

INFORME DE LABORES

1 DE SEPTIEMBRE DE 2001



INFORME DE LABORES

1 DE SEPTIEMBRE DE 2001



INFORME DE LABORES

D. R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D. F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 968 811-984-0

www.ssa.gob.mx

ÍNDICE

	Pág.
Presentación	11
Secretaría de Salud	15
Misión Institucional	15
Estructura Orgánica	15
1. Oficina del C. Secretario	21
Función	21
Estructura Orgánica	21
1.1. Dirección General de Asuntos Jurídicos	24
1.2. Dirección General de Comunicación Social	27
1.3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico Consolidación del Arbitraje Médico	29
1.4. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	33
1.4.1. Dirección General de Salud Ambiental	34
1.4.2. Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud	38
1.4.3. Dirección de Control Sanitario de la Publicidad	42
1.4.4. Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios	44
1.4.5. Laboratorio Nacional de Salud Pública	48
1.5. Programa Mujer y Salud	51
2. Subsecretaría de Innovación y Calidad	55
Función	55
Estructura Orgánica	55
2.1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud	56
2.1.1. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud	56
2.1.2. Formación, Capacitación y Actualización de Recursos Humanos para la Salud	59
2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud	61
2.2.1. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud	62
Programa de Ampliación de Cobertura	62
Programa de Educación, Salud y Alimentación	65
Programa de Cirugía Extramuros	68
2.2.2. Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas	69
2.2.3. Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)	70
2.2.4. Sistema e-Salud	71
2.2.5. Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)	72

	Pág.
2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud	73
2.3.1. Seguro Popular de Salud	74
2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)	75
2.4. Centro Nacional de Trasplantes	77
2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	78
3. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud	85
Función	85
Estructura Orgánica	85
3.1. Dirección General de Promoción de la Salud	87
3.1.1. Comunidades Saludables	88
3.1.2. Educación Saludable	91
3.2. Dirección General de Salud Reproductiva	93
3.2.1. Programa de Salud Reproductiva	93
3.2.2. Planificación Familiar	94
3.2.3. Salud Perinatal	96
3.2.4. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida	97
3.2.5. Riesgo Preconcepcional, Climaterio e Infertilidad	98
3.2.6. Cáncer Cérvico-uterino	98
3.2.7. Cáncer de Mama	100
3.3. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica	101
3.3.1. Programa de Salud Bucal	101
3.3.2. Tuberculosis	102
3.3.3. Lepra	103
3.3.4. Programa de Acción para la Atención de las Enfermedades asociadas con la Deficiencia Endémica de Yodo	104
3.3.5. Enfermedades Transmitidas por Vectores	105
Paludismo	105
Dengue	107
Oncocercosis	108
Enfermedades de Chagas o Tripanosomosis Americana	108
Leishmaniosis	109
Intoxicación por Picadura de Alacrán o Alacranismo	109
3.3.6. Zoonosis	110
Brucelosis	110
Rabia	111
Taeniosis/Cisticercosis	112
3.3.7. Cólera	113
3.3.8. Atención al Envejecimiento	114
Programa de Acción en Prevención y Control de Diabetes	115
Programa de Acción en Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial	115
Programa de Acción para la Prevención y Control de Cáncer de Próstata	117

	Pág.
3.3.9. Programa de Acción de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	117
3.3.10. Accidentes	119
3.3.11. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica	121
3.4. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	123
3.4.1. Arranque Parejo en la Vida	126
3.4.2. Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia	126
Vacunación	127
Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e	
Infecciones Respiratorias Agudas	128
Nutrición	129
Salud del Adolescente	129
3.4.3. Vete Sano, Regresa Sano	130
3.5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS	131
4. Subsecretaría de Relaciones Institucionales	135
Función	135
Estructura Orgánica	135
4.1. Secretariado del Consejo Nacional de Salud	136
4.2. Dirección General de Relaciones Internacionales	138
4.3. Dirección General para la Descentralización Hospitalaria	140
4.3.1. Prestación de los Servicios Hospitalarios	143
Hospital Juárez del Centro	143
Hospital de la Mujer	144
Hospital Nacional Homeopático	146
4.4. Centro Nacional de Rehabilitación	147
4.4.1. Instituto de Ortopedia	148
4.4.2. Instituto de Rehabilitación	150
4.4.3. Instituto de Comunicación Humana	152
4.5. Hospital Juárez de México	153
5. Subsecretaría de Administración y Finanzas	157
Función	157
Estructura Orgánica	157
5.1. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	159
5.2. Dirección General de Tecnología de la Información	161
5.3. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	164

	Pág.
5.4. Dirección General de Recursos Humanos	168
5.5. Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	171
5.6. Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública	174
6. Consejo Nacional contra las Adicciones	181
Función	181
Estructura Orgánica	181
6.1. Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental	181
6.2. Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones	183
6.3. Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental	184
6.4. Servicios de Salud Mental	186
6.5. Centros de Integración Juvenil, A.C.	188
7. Coordinación General de Planeación Estratégica	193
Función	193
Estructura Orgánica	193
7.1. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño	197
7.2. Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud	198
8. Organismos Públicos Descentralizados	203
8.1. Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud	203
Función	203
Estructura Orgánica	203
8.2. Institutos Nacionales de Salud	206
8.2.1. Instituto Nacional de Cancerología	206
8.2.2. Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”	209
8.2.3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	214
8.2.4. Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”	216
8.2.5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”	219
8.2.6. Instituto Nacional de Pediatría	224
8.2.7. Instituto Nacional de Perinatología	228
8.2.8. Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”	230

	Pág.
8.2.9. Instituto Nacional de Salud Pública	233
8.2.10. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”	236
8.3. Hospitales Generales	239
8.3.1. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”	239
8.3.2. Hospital General de México	241
9. Programa IMSS-Solidaridad	249
10. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	259
11. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX)	269
12. Consejo de Salubridad General	275
13. Anexo Estadístico	281
Mortalidad General por Entidad Federativa. Tasas 1999	281
Mortalidad General por Entidad Federativa. Tasas Estandarizadas 1999	282
Tendencia de la Mortalidad General 1980-1999	283
Tendencia de la Mortalidad General según Grupos de Edad 1980-1999	284
Veinte Principales Causas de Mortalidad General 1999	285
Mortalidad Infantil por Entidad Federativa 1999	286
Tendencia de la Mortalidad Infantil 1980-1999	287
Veinte Principales Causas de Mortalidad Infantil 1999	288
Mortalidad Preescolar por Entidad Federativa 1999	289
Tendencia de la Mortalidad Preescolar 1980-1999	290
Veinte Principales Causas de Mortalidad Preescolar 1999	291
Mortalidad Escolar por Entidad Federativa 1999	292
Tendencia de la Mortalidad Escolar 1980-1999	293
Veinte Principales Causas de Mortalidad Escolar 1999	294
Principales Causas de Mortalidad Materna 1999	295
Tendencia de la Morbilidad por Poliomeilitis Aguda 1980-2000	296
Tendencia de la Morbilidad por Sarampión 1980-2000	297
Tendencia de la Morbilidad por Tos Ferina 1980-2000	298
Tendencia de la Morbilidad por Tétanos 1980-2000	299
Tendencia de la Morbilidad por Difteria 1980-2000	300
Tendencia de la Morbilidad por Tuberculosis Pulmonar 1980-2000	301
Tendencia de la Morbilidad por Tuberculosis otras formas 1980-2000	302
Tendencia de la Morbilidad por Lepra 1980-2000	303
Tendencia de la Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas 1980-2000	304
Tendencia de la Morbilidad por Enfermedades Diarreicas 1980-2000	305
Tendencia de la Morbilidad por Cólera 1991-2000	306
Tendencia de la Morbilidad por Sífilis Adquirida 1980-2000	307

	Pág.
Tendencia de la Morbilidad por Infecciones Gonocócicas 1980-2000	308
Tendencia de la Morbilidad por SIDA 1980-2000	309
Tendencia de la Morbilidad por Paludismo 1980-2000	310
Tendencia de la Morbilidad por Oncocercosis 1980-2000	311
Tendencia de la Morbilidad por Dengue Clásico 1980-2000	312
Tendencia de la Morbilidad por Rabia 1980-2000	313
Tendencia de la Morbilidad por Brucelosis 1980-2000	314
Principales Servicios Proporcionados 2000-2001	315

Presentación

PRESENTACIÓN

Honorable Congreso de la Unión:

En cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 80 de la Ley de Planeación, me permito someter a la consideración de esa soberanía el Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al período que comprende del 1º de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001.

En este lapso se han dado los primeros pasos para contribuir, desde el Sector Salud, al cambio que la sociedad mexicana expresó como mandato democrático. Por ello, en estos meses, con la participación activa de los trabajadores de la salud en su conjunto, nos hemos dado a la tarea de iniciar una profunda renovación de la labor sustantiva de la Secretaría de Salud y, en consecuencia, a su reestructuración orgánica.

El rumbo de nuestro sistema de salud está claramente definido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, elaborado a partir de una amplia consulta ciudadana que resultó ejemplar por la intensa participación de todos los sectores de la población a través de más de 23 mil propuestas.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo. Su visión está definida para que en el año 2025 toda mexicana y todo mexicano tenga acceso a la protección de su salud, cuyo objetivo privilegia la atención de los grupos más vulnerables. Con un sistema de salud estrechamente vinculado a otros sectores afines como: desarrollo social, educación, ambiente, seguridad, así como con la participación solidaria e incluyente de la sociedad en su conjunto.

Para fortalecer el Sistema Nacional de Salud, es necesario reconocer los avances importantes que se han obtenido en las últimas décadas, pero también aceptar los rezagos que se tienen y los problemas emergentes que se presentan, producto de la transformación no sólo del país, sino del contexto general de las naciones.

Por eso, en el Programa se establecieron tres retos fundamentales para atender este desafío, que contribuyan al cambio en el país y que nos conduzca a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; abatir las desigualdades en salud; garantizar un trato adecuado; evitar gastos excesivos que impacten en el bolsillo, así como fortalecer las instituciones públicas.

Los retos son: Calidad, Equidad y Protección Financiera.

El primer reto corresponde a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, donde se hacen los mejores esfuerzos para que el usuario de estos servicios, sobre todo aquellos que carecen de seguridad social, se sientan satisfechos, tanto del trato digno, como de los resultados, estos últimos en beneficio de su salud. Para ello, se buscará fortalecer la infraestructura física y de recursos humanos, capacitar e incentivar a los prestadores de servicios, mejorar la calidez en la atención y otras actividades en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que ya dio inicio.

Para enfrentar el reto de la equidad, se requiere disminuir la brecha de los rezagos y las dolorosas desigualdades que aún persisten y que se acentúan entre regiones y entre mujeres y hombres, principalmente en la zona sur del país, afectando a la población con mayor grado de marginación. Atacaremos con mayor énfasis los problemas del subdesarrollo, como son los relacionados con las infecciones comunes, la desnutrición, los padecimientos ligados al embarazo y al parto; así como a enfermedades asociadas al desarrollo industrial y urbano, tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las adicciones y las enfermedades mentales, entre otras.

El tercer reto consiste en evitar los gastos excesivos de bolsillo, que afectan la economía de las familias, en muchos de los casos con graves deterioros en su patrimonio al tener la familia que pagar por su atención en el momento de usar los servicios. Para dar atención a esto, estableceremos acciones que fortalezcan el Sistema Nacional de Salud, con esquemas de financiamiento justos, que eviten la postergación de la atención médica, por falta de recursos, o que incluso deban renunciar a ella.

Se inició la ejecución del Programa Nacional de Salud y la atención de los tres grandes retos, a través de la puesta en marcha de 10 estrategias básicas, con las cuales al término de la Administración, lograremos que las mexicanas y los mexicanos contemos con mejores niveles de salud, para estar involucrados efectivamente en el desarrollo del país.

Con el informe de labores que presentamos, damos a conocer de manera sucinta las principales actividades y los resultados del esfuerzo de la Secretaría de Salud, donde los médicos, las enfermeras, los paramédicos, el personal de los servicios y los administrativos, día con día comprometen su participación en beneficio de la población.

Julio Frenk Mora

Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD

Misión Institucional

La Secretaría de Salud en su misión asume: contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la prevención y promoción de la salud como objetivo social compartido; alcanzar el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población. Además:

Favorecer los procesos que impulsen la enseñanza y formación de recursos humanos para la salud, que permita a los trabajadores un desarrollo profesional y personal, así como un mejor desempeño laboral.

Fortalecer las acciones de investigación en sus diversos campos, que propicien la actualización en nuevas técnicas para el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación temprana, en beneficio de las mexicanas y mexicanos.

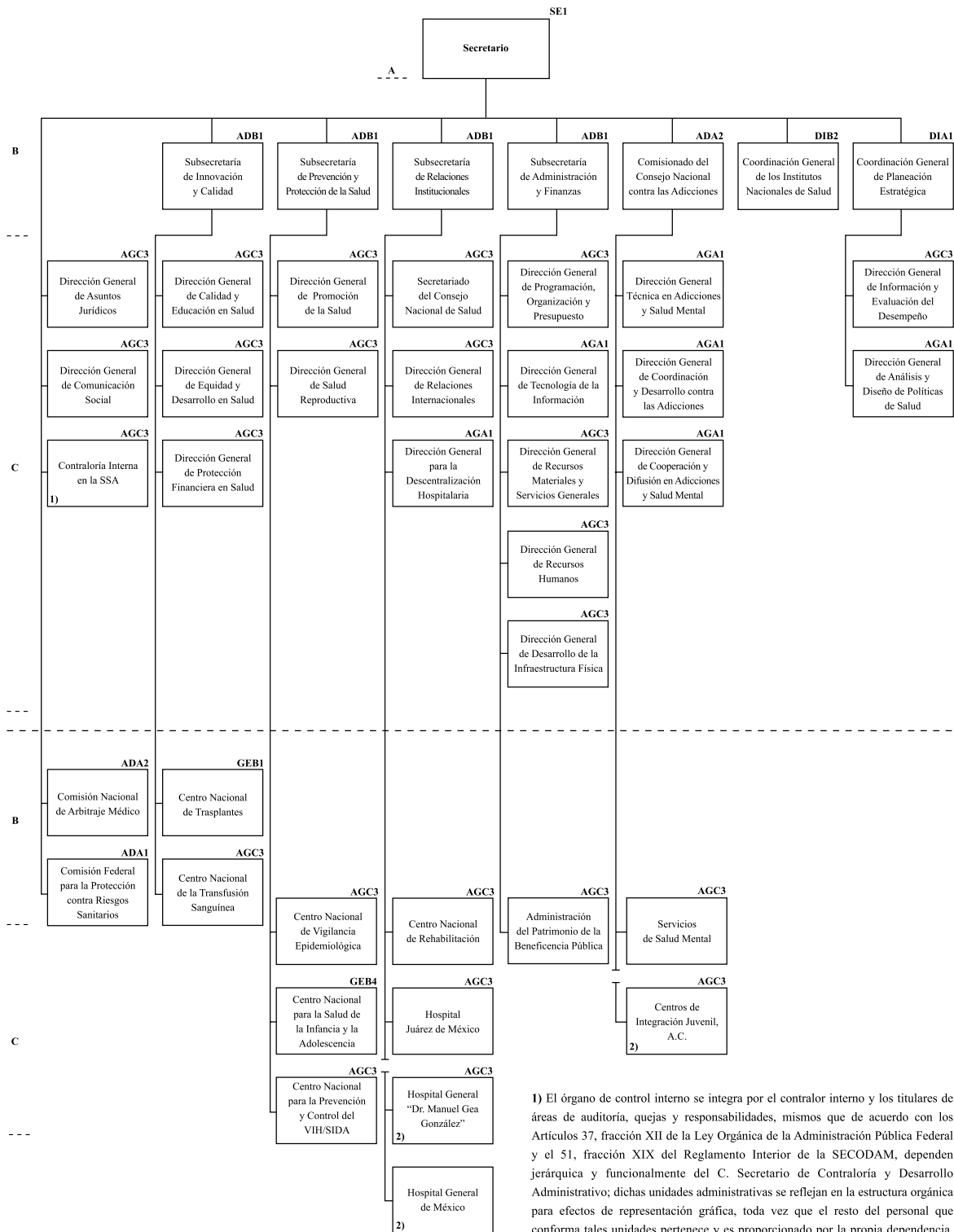
Fortalecer su función rectora que favorezca el diseño e implementación de políticas, programas, y proyectos, así como impulsar la coordinación intra e intersectorial, y las acciones de supervisión, evaluación y seguimiento, del Sistema Nacional de Salud.

Estructura Orgánica

Durante los primeros meses, se realizó un análisis de las atribuciones y funciones de cada una de las unidades administrativas, con objeto de readecuar la estructura orgánica a los nuevos compromisos establecidos a partir de la transición democrática determinada por las mexicanas y mexicanos. De la evaluación realizada, se establecieron 4 subsecretarías, un comisionado, 2 coordinaciones generales, 20 direcciones generales, 11 órganos desconcentrados y 13 organismos públicos descentralizados, en una estructura básica que responde a los retos que tiene en materia de salud, la presente Administración: mejorar la calidad de los servicios, alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud; y dotar de protección financiera a la mayoría de la población.

Para su funcionamiento, se publicó el 5 de julio próximo pasado, el Reglamento Interior que establece las funciones de cada una de las unidades que la integran.

Secretaría de Salud
Estructura Básica
 Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud
 Vigencia: 2001



1) El órgano de control interno se integra por el contralor interno y los titulares de áreas de auditoría, quejas y responsabilidades, mismos que de acuerdo con los Artículos 37, fracción XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el 51, fracción XIX del Reglamento Interior de la SECODAM, dependen jerárquica y funcionalmente del C. Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo; dichas unidades administrativas se reflejan en la estructura orgánica para efectos de representación gráfica, toda vez que el resto del personal que conforma tales unidades pertenece y es proporcionado por la propia dependencia.

2) Organismos Públicos Descentralizados.

La recomposición de la estructura orgánica no sólo fortalece la función de rectoría, normatividad, asesoría, supervisión, evaluación y control, en materia de salud, sino que propone una nueva forma de interactuar con los Organismos Públicos Descentralizados estatales (OPD's), así como con los organismos públicos descentralizados de control indirecto, como son los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Generales, quienes son los responsables de prestar los servicios de salud a la población no asegurada, en especial a la población indígena y a la que se encuentra en mayor grado de marginación.

La nueva estructura tiene por objeto que la Secretaría de Salud a través de sus unidades administrativas conduzca las actividades en forma programada y con base en las políticas, se alcancen los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Se integra por:

El C. Secretario, quien tiene la encomienda de establecer, dirigir y controlar las políticas, programas, proyectos, normas y reglamentos de la Secretaría de Salud; aprobar la organización y funcionamiento de la SSA; aprobar y expedir el Manual de Organización General de la Secretaría y las Condiciones Generales de Trabajo de la misma; e informar al Congreso de la Unión sobre el estado que guarda la Secretaría y el sector que coordina, entre otras.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad que promueve, diseña, conduce, regula y evalúa las acciones permanentes e innovadoras que contribuyan a garantizar el acceso, la equidad y la calidad para mejorar continuamente la prestación de los servicios y las condiciones de salud y de satisfacción de la población.

La Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, tiene la misión de vigilar, controlar y coordinar los programas dirigidos a la atención médica y asistencia social, la salud reproductiva y la planificación familiar, la promoción de la salud, la medicina preventiva, el control sanitario y la vigilancia epidemiológica.

La Subsecretaría de Relaciones Institucionales coordina la relación institucional de la SSA con el Congreso de la Unión y otras instancias que determine el C. Secretario; fomenta la participación ciudadana para democratizar las políticas y programas de salud; y vigila las acciones en materia de cooperación internacional. Además, incorpora nuevos modelos para la gestión hospitalaria y propicia la consolidación del Sistema Nacional de Salud y de los Sistemas Estatales de Salud.

La Subsecretaría de Administración y Finanzas sustituye a la Oficialía Mayor, conserva sus funciones y fortalece su participación en la administración descentralizada de los servicios de salud, en el marco del proceso de descentralización que permite tener ahora una función integradora y normativa de la administración de los recursos para la salud.

Por otra parte, se continuó con:

La Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, que tiene la encomienda de apoyar y dar seguimiento a los programas, acuerdos y compromisos de trabajo, que adquirieron los titulares de los Institutos Nacionales de Salud con los órganos de gobierno; realizar actividades para mejorar las acciones de investigación y enseñanza que se realiza en los institutos, que propician la actualización de nuevas técnicas para el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación, en beneficio de la población que atiende y que carece de los servicios de seguridad social.

El Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones, tiene como uno de sus propósitos establecer las estrategias para el combate frontal contra las adicciones, considerando como ejes integradores la educación, la prevención, el tratamiento, así como el control de la publicidad y las modificaciones fiscales en la materia. Por otro lado, favorecer el desarrollo del modelo de atención a la salud mental, establecer programas para la atención integral de los trastornos mentales y favorecer la oferta de los servicios para la atención de la población con enfermedades mentales.

Se creó:

La Coordinación General de Planeación Estratégica, con el fin de actualizar los planes y programas dentro de las nuevas políticas establecidas por el Ejecutivo Federal y en específico las relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, acordes con el proceso innovador, que pretende mejorar la calidad y ser más equitativo en todos los órdenes en que participa la Federación, para que la población en general tenga certidumbre y confianza en los resultados presentados.

A efecto de fortalecer las atribuciones actuales, están en elaboración manuales de operación que respondan a las funciones y ámbitos de competencia de las unidades administrativas que conforman la estructura básica y no básica de la Secretaría de Salud.

INFORME DE LABORES

1 DE SEPTIEMBRE DE 2001



Capítulo 1

Oficina del C. Secretario

1. OFICINA DEL C. SECRETARIO

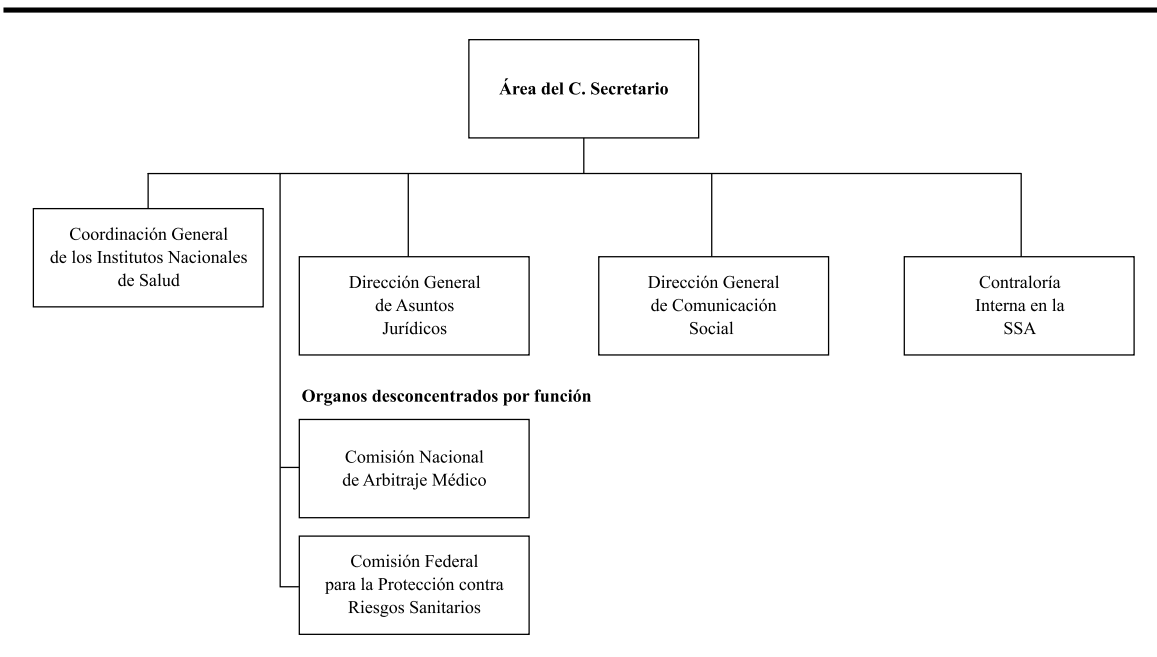
Función

Al C. Secretario de Salud le corresponde la representación, trámite y resolución de los asuntos competencia de la Secretaría.

Tiene las siguientes funciones: Establecer, dirigir y controlar las políticas de la Secretaría, así como coordinar y evaluar las de las entidades paraestatales del sector coordinado; Aprobar el anteproyecto del presupuesto anual de egresos de la Secretaría, así como evaluar el de las entidades paraestatales del sector coordinado y el que se asigne a los organismos descentralizados de salud en las entidades federativas; Aprobar, controlar y evaluar los programas de la Secretaría, así como coordinar la programación y presupuestación de las entidades agrupadas administrativamente en el sector coordinado; Someter al acuerdo del Presidente de la República los asuntos encomendados a la Secretaría y al Sector Salud, que lo ameriten; Desempeñar las comisiones y funciones especiales que el Presidente de la República le confiera y mantenerlo informado sobre el desarrollo de las misma. Entre otras.

Estructura Orgánica

Área del C. Secretario



Al titular de la Secretaría, se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de: la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección General de Comunicación Social, Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

En el período, se realizaron diversas actividades que permitieron avanzar en el cumplimiento de los compromisos contraídos. Destacan:

El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, a través de la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como un órgano desconcentrado de la SSA, con autonomía técnica, administrativa y operativa para el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios; asimismo, se realizaron reformas al Consejo de Salubridad General, con la creación de la Junta Ejecutiva, para lograr una mayor coordinación entre las instituciones públicas, mejorar la calidad en la prestación de los servicios, y para aprovechar los recursos destinados a la atención médica.

Por otro lado, se fortaleció el Consejo Nacional de Salud con la creación de dos comisiones permanentes: la administrativa y la técnica. Se creó una oficina de enlace con el H. Congreso de la Unión, logrando durante el período de este informe la realización de 12 reuniones de trabajo con las Comisiones de Salud y Seguridad. Además, la SSA participó en la propuesta de la reforma hacendaria en la búsqueda de mejorar el presupuesto asignado hasta ahora, para la atención de la salud de las mexicanas y mexicanos.

Un importante impulso se dio a la investigación en salud, a través de la reactivación de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud; así como la integración del Fondo Concurrente con la participación de la SSA-CONACYT-IMSS-ISSSTE; y el Programa de estímulos a la productividad científica de los investigadores de la SSA.

Se elaboró el Programa Operativo para la Transparencia y el Combate a la Corrupción, con acciones que propicie transparentar los procesos administrativos; asimismo, se integró un grupo que evalúa y da seguimiento al cumplimiento de los compromisos, que beneficien los procesos administrativos, optimice la aplicación de recursos y genere confianza a la población.

Con objeto de fortalecer los procesos administrativos, se participa en el Programa de Fortalecimiento de Control Interno, de manera conjunta con la SECODAM.

Se establecieron los indicadores para la evaluación y compensación por resultados, comprometidos para el año actual. Asimismo, se establecieron los indicadores estratégicos, que formaron parte del Sistema Nacional de Indicadores.

Por otro lado, se iniciaron las actividades del Proyecto e-Salud, con la conformación del equipo intersectorial de trabajo, integrado con representantes del IMSS, ISSSTE, de la Coordinación Nacional del Programa IMSS-Solidaridad y de la SCT, bajo la coordinación de la SSA. Este esfuerzo coordinado permitirá a los usuarios tener acceso gradual a la atención médica básica y especializada a distancia, acercando los servicios de salud a comunidades marginadas, rurales e indígenas; al intercambio de datos en materia de salud, a través de un sistema de información sectorial único e integral; a la modernización administrativa que permitirá agilizar procesos como el abasto de insumos, medicamentos, instrumental y equipo médico, con una importante reducción de costos y tiempos de operación; entre otros.

Se participó en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y se elaboró el Programa Nacional de Salud 2001-2006, contando con la activa participación de la ciudadanía, que a través de los diferentes medios proporcionaron 22 950 propuestas.

En el ámbito internacional, nuestro país participó en diversos foros bilaterales, destacando la suscripción de convenios de cooperación con Israel, Brasil y Cuba y el fortalecimiento institucional de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. En junio de este año la SSA participó en la Reunión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicada al tema del SIDA, en la que se concluyó que esta pandemia es un reto de salud pública y de seguridad nacional, generando políticas para facilitar el acceso a antirretrovirales mediante la creación de fondos especiales.

Desde el inicio de la actual Administración, el C. Secretario participó en eventos como seminarios, foros, conferencias, presentaciones, ceremonias, y entrevistas; tal fue el caso de la reunión “Violencia sobre la Salud de las Mujeres”; la Ceremonia Conmemorativa 50 años sin Viruela; la presentación del Programa Nacional de Salud 2001-2006; su intervención en la Sesión Especial de Asamblea General de la ONU sobre VIH/SIDA; la ponencia durante la Quinta Reunión de la Comisión de Macroeconomía y Salud; su participación en la mesa redonda: “Retos de la Reforma en México”, dentro del seminario internacional “Reformas a los Sistemas de Salud: Financiamiento y Equidad”, organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (CIDE), entre muchas otras.

Para enfrentar el reto de la equidad, se pusieron en marcha los programas: Mujer y Salud, Salud para los Pueblos Indígenas, Arranque Parejo en la Vida, y Vete Sano, Regresa Sano. Además, se fortalecieron las acciones preventivas, a través de la realización de dos Semanas Nacionales de Salud; una Semana Nacional de Salud Bucal y una Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina. Por otro lado, con la industria farmacéutica se logró una reducción de 80 y 82 por ciento en el costo de dos antirretrovirales; se impulsó el programa contra el Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas; y se propuso un Modelo de Atención en Salud Mental.

En materia de trasplantes, destacó por su trascendencia en la salud de las mexicanas y mexicanos, el primer trasplante cardíaco en niños, así como el trasplante de hígado a un menor, tomando parte del de su padre, realizados en el Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez” durante el mes de junio de este año.

Durante el período de este informe, continúan en control epidemiológico las enfermedades prevenibles por vacunación y la erradicación de la poliomielitis; la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad general, así como el incremento sostenido de la esperanza de vida y la reducción de la fecundidad. Cabe mencionar que el 10 de julio de este año, se celebró el Cincuenta Aniversario del último caso de viruela en México.

No se presentó un sólo caso de cólera, logrando que la Organización Panamericana de la Salud elimine a nuestro país de la lista de áreas infectadas por cólera. Se apoyó oportunamente a la población afectada por el volcán Popocatepetl durante la temporada de lluvias.

Para superar el reto de la calidad, la Secretaría de Salud puso en marcha la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, de la que ya se tienen avances en los indicadores. Para el primer nivel se logró reducir 6.4 minutos el tiempo de espera; se incrementó en 22.2 puntos porcentuales la satisfacción de los usuarios y se incrementó en 20.3 por ciento los usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico. Para el segundo nivel de atención, la reducción del tiempo de espera fue de 6 minutos, se incrementó en 6.3 puntos porcentuales la satisfacción de los usuarios y se incrementó en 7.3 por ciento los usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico. Los demás resultados se comentarán ampliamente en el apartado de la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Con relación al reto de protección financiera, está en desarrollo el Programa de Seguro Popular de Salud que para el año 2001 iniciará operaciones con diferentes esquemas de financiamiento y prestación. El programa beneficiará a la población sin seguridad social que vive en zonas donde existe infraestructura pública de segundo nivel de atención, por lo que en una primera etapa está orientado principalmente a población que vive en zonas urbanas y suburbanas. También se fortaleció la función regulatoria de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que son una figura nueva dentro del mercado de la salud en el país.

A través de la Coordinación de Asesores se llevaron a cabo diversas actividades de apoyo, control, coordinación y seguimiento, entre las que destacan el seguimiento de la atención a los compromisos con el Presidente de la República, informando periódicamente sobre los avances, a través de su Coordinación de Atención Ciudadana. Coordina las reuniones del gabinete de la SSA y da seguimiento a los acuerdos y compromisos derivados de las mismas, así como el seguimiento a los acuerdos del C. Secretario con los titulares de las áreas mayores de la Secretaría.

La Coordinación de Asesores planeó, organizó e implementó el Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción; además se responsabiliza del grupo de seguimiento que evalúa y monitorea los compromisos asumidos por las unidades administrativas.

La Coordinación de Asesores participó en la elaboración de la Cuenta de la Hacienda Pública correspondiente al año 2000, así como la relacionada al primer semestre del 2001. Tiene a su cargo la elaboración e integración de los informes mensuales sobre los avances en materia de salud, que se dan a conocer a la opinión pública; así como los informes de labores y de gobierno correspondientes a la Secretaría.

1.1. Dirección General de Asuntos Jurídicos

La misión de esta Dirección General es representar al Titular de la dependencia en los asuntos de carácter jurídico así como, participar en los del sector coordinado, sistematizar y adecuar el marco jurídico, de las actividades institucionales y aplicar las disposiciones reglamentarias y administrativas correspondientes a la Secretaría.

Sus funciones son: dirigir y representar a la Secretaría en los asuntos jurídicos para proteger y tutelar sus intereses; coadyuvar en la elaboración de anteproyectos de disposiciones jurídicas relativas a los asuntos de salud; actuar como órgano de consulta jurídica de las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de salud y entidades agrupadas administrativamente en el sector, entre otras.

Estructura

Para cumplir con estas funciones, la Dirección General de Asuntos Jurídicos dispone de una estructura integrada por una dirección general adjunta, tres direcciones de área, una coordinación administrativa, seis subdirecciones y diez jefaturas de departamento.

Durante el período de este informe, se llevó a efecto la actualización del marco jurídico con la elaboración de los siguientes instrumentos jurídicos que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio pasado:

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Decreto por el que se reforma el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, y se abroga el diverso por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, publicado el 24 de agosto de 1988.
- Decreto por el que se reforma el Consejo Nacional de Vacunación.

- Proyecto de Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
- Proyecto de Reglamento de Donación y Trasplantes.

Dentro del programa de medicamentos genéricos intercambiables se realizaron las siguientes publicaciones en el Diario Oficial de la Federación:

- Séptima actualización del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables (19.feb.01).
- Sexta adición a la Relación de Terceros Autorizados ante la Secretaría de Salud (04.abr.01).
- Séptima adición a la Relación de Terceros Autorizados ante la Secretaría de salud (23.jul.01).

En materia de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), se revisaron y publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre del 2000 los siguientes documentos:

- Trámites ante la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud relativos a las ISES.
- Formatos de los trámites que aplica la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud a las ISES y a las empresas interesadas en constituirse en ISES.

Actividades de carácter consultivo

Se atendieron durante el período del informe 65 consultas a las diferentes unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, así como organismos descentralizados sectorizados.

Durante el período del 1º de diciembre de 2000 al 6 de agosto de 2001, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Revisión de 135 instrumentos consensuales de diferente índole, destacando los de colaboración, coordinación y concertación de acciones con instituciones públicas y privadas.
- Registro de 892 instrumentos consensuales entre contratos, convenios, acuerdos y bases.
- 11 Normas Oficiales Mexicanas.
- 19 ordenamientos jurídicos.
- 3 documentos internacionales.
- 298 nombramientos de servidores públicos de la Secretaría y de los Institutos Nacionales de Salud.
- 346 firmas y rúbricas de mandos medios y superiores adscritos a esta dependencia.

Conviene mencionar que entre los instrumentos jurídicos inscritos en el registro destacan el acuerdo por el que se crea el Comité de Obras Públicas de la Secretaría de Salud, el Acuerdo por el que se da a conocer la Calendarización de los recursos y distribución de la población objetivo del Programa de Ampliación de Cobertura, el Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura; las Bases de Coordinación para Vigilar y Regular la Calidad Sanitaria de moluscos bivalvos frescos congelados y procesados, destinados al consumo humano, que se aplicarán a través del Programa Mexicano de Sanidad de Moluscos bivalvos, la Declaración Conjunta de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Para establecer una política de Estado, que permita la prevención y atención conjunta de riesgos a la salud derivados de factores ambientales; el Memorándum de entendimiento en materia de salud y medicina, celebrado con el Gobierno de Israel; el Acuerdo complementario al convenio básico de

cooperación científica y técnica celebrado con la República del Brasil en materia de salud. El proyecto específico de colaboración derivado del Acuerdo de cooperación entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud de la República de Cuba.

Se atendieron las solicitudes del trámite denominado registro único de personas acreditadas ante esta dependencia y 90 consultas de distintas unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría, así como de las entidades administrativamente sectorizadas. En el ámbito internacional se analizaron los aspectos jurídicos de 15 instrumentos, resaltando los de materia sanitaria y de cooperación técnica y científica, así como el documento relativo a la convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas y tóxicas y sobre su destrucción.

Se ha participado en la actualización de la página electrónica de la Secretaría de Salud, respecto de los ordenamientos jurídicos aplicables a la Secretaría. Se dictaminaron 8 marcos jurídicos de unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría. Se asistió a las sesiones de la Comisión Ciudadana de Estudios contra la Discriminación, específicamente en los trabajos de la Subcomisión para Proyectos de Reformas Legales.

La Secretaría de Salud, al principio de esta Administración, contaba con 6 recomendaciones parcialmente cumplidas, de las cuales dos se encuentran totalmente cumplidas y se han realizado las gestiones necesarias con las unidades administrativas responsables y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para su cabal cumplimiento. Se recibieron 7 quejas de unidades administrativas de esta dependencia presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las cuales fueron atendidas brindando la debida asesoría para que fueran desahogadas, dentro de los plazos establecidos. Únicamente se espera la resolución de dicha Comisión.

Asimismo, se recibió la recomendación número 11/2001 del 30 de mayo y actualmente se encuentran en análisis las alternativas institucionales para darle cumplimiento.

En materia de Normas Oficiales Mexicanas, se dictaminaron 7 y remitieron al Diario Oficial de la Federación, destacando por su importancia las relativas a la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales y la de la atención a la salud del niño, así como 4 modificaciones, 8 proyectos y 3 cancelaciones.

Se dictaminaron los aspectos jurídicos de 2 actualizaciones al cuadro básico y catálogo de medicamentos del Sector Salud y se remitieron al Diario Oficial de la Federación para su publicación.

Del primero de diciembre de 2000 a la fecha, se recibieron y contestaron 79 demandas en materia laboral, es decir más de 8 demandas mensuales; se recibió la notificación de 18 laudos favorables para la Secretaría, así como 8 laudos condenatorios, en los cuales se promovió juicio de amparo. Asimismo, se dictaminaron 30 actas administrativas, de las cuales en 20 de ellas se procedió al cese del trabajador.

Para el debido seguimiento de los juicios laborales ante las autoridades en materia de trabajo, personal de esta dirección asistió en promedio a 55 audiencias al mes. A la fecha, en materia civil, la Secretaría de Salud tiene interés jurídico en 5 juicios, lo cual genera en promedio 2 audiencias mensuales. Existen además 5 expedientes que se encuentran en estudio y recopilación de documentación a fin de ejercitar las acciones civiles que procedan en defensa de los intereses de la Secretaría.

De igual forma, se desahogó un promedio mensual de 40 requerimientos en materia de alimentos y 15 en materia testamentaria. De diciembre del año próximo pasado a la fecha, se encuentran en trámite 18 averiguaciones previas en los cuales la Secretaría tiene interés jurídico. Asimismo, se desahogó un promedio mensual de 70 requerimientos para tratamiento de toxicómanos, 66 requerimientos relativos

a psicotrópicos y estupefacientes y 40 más de peritos médicos. Se han recibido y atendido 87 demandas de amparo, lo que significa un promedio de 9 demandas mensuales, en las que se señala como responsables a diversas autoridades sanitarias, lo cual ha generado la elaboración de 360 informes previos y justificados. De las demandas recibidas, 14 de ellas corresponden a diversos juicios de garantías radicados en diferentes estados de la república. De los juicios de amparo tramitados, 9 causaron ejecutoria.

Para el debido seguimiento de los juicios de amparo, en los que autoridades de esta Secretaría son señaladas como responsables, fue desahogado un promedio mensual de 8 requerimientos judiciales. En materia fiscal, se recibieron 124 demandas de nulidad, de las cuales ya han sido contestadas 54, quedando por contestar a la fecha 70. La contestación de las demandas generó un promedio mensual de 5 reuniones de trabajo con personal de las diferentes unidades administrativas involucradas en el asunto de que se trate. Mensualmente fueron desahogados ante la autoridad fiscal un promedio de 15 requerimientos y presentados 15 escritos de alegatos. En asuntos relacionados con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se han atendido 6 solicitudes de apoyo para la emisión de opiniones.

Durante el período de 1° de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001, se participó en carácter de asesor legal en 14 sesiones del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, 5 sesiones del Comité de Obras, 4 sesiones del Comité de Enajenación de Bienes, 23 sesiones del subcomité revisor de bases de licitación y 27 sesiones de los subcomités de adquisiciones de sus órganos desconcentrados. Se intervino en 32 eventos de licitación. Se analizaron y se emitió opinión legal de 52 eventos de invitación restringida a cuando menos tres personas, en materia de adquisiciones.

1.2. Dirección General de Comunicación Social

La Dirección General de Comunicación Social (DGCS), tiene como principales funciones mantener informada a la población sobre el desarrollo de los programas de la Secretaría y contribuir a la difusión homogénea de las actividades del Sector Salud, de conformidad con las disposiciones que emita la Secretaría de Gobernación en materia de comunicación social.

En su estructura se integran 1 dirección de área, 5 subdirecciones y 6 jefaturas de departamento.

Durante el período comprendido entre el 1° de diciembre de 2000 y el 31 de agosto de 2001, se proporcionó apoyo a los programas sustantivos a través de 20 campañas nacionales y una regional, con una cobertura de 31 estados y el Distrito Federal. Se realizaron 23.5 por ciento más campañas de comunicación que las elaboradas durante el mismo período del año anterior, al pasar éstas de 17 a 21.

Se avanzó en un 91.3 por ciento (21 de 23 campañas) de lo programado originalmente para este lapso. Las variaciones se debieron a modificaciones en el programa de trabajo. Se pospuso la producción de las campañas de control del SIDA, cáncer cérvico-uterino, mortalidad materna y del Programa de Ampliación de Cobertura. Asimismo, se desarrollaron campañas que no estaban contempladas en el programa anual, tales como el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Programa para la Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y Prevención de Accidentes de Tránsito en Zonas Urbanas.

La DGCS de la SSA realizó la evaluación de dos campañas de comunicación. Se obtuvieron muestras representativas a nivel nacional que permitieron conocer la penetración y el impacto de las campañas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y de la correspondiente a Prevención de Accidentes de Tránsito en Zonas Urbanas.

Se realizaron 17 spots de radio y 19 de televisión que fueron transmitidos en 98 canales de televisión y en 1 335 radiodifusoras. Es decir, 54.5 por ciento más que lo realizado en el período anterior y con un avance del 78.3 por ciento de acuerdo con lo programado.

Se elaboraron 214 materiales impresos tanto para campañas de comunicación como para educación para la salud. De éstos materiales, 41.6 por ciento se destinó a campañas y 58.4 por ciento a programas de educación. Esta producción equivale al 79 por ciento de lo que se realizó durante el período anterior.

Con base en el perfil epidemiológico de nuestro país y con el propósito de satisfacer las demandas de las distintas áreas de la Secretaría de Salud, 42.8 por ciento de las campañas se dedicaron a prevención, 28.5 por ciento a educación, 19 por ciento a control, 4.7 por ciento a calidad y 4.7 por ciento a planeación estratégica.

El tiempo de radio y televisión asignado para el tema de educación para la salud fue del 44.5 por ciento, para prevención del 35.3 por ciento, para calidad del 16.4 por ciento y para control del 3.5 por ciento.

	Radio	Televisión	Total de impactos en medios electrónicos	Porcentaje
Educación	2 326 120	158 956	2 342 015	44.5
Prevención	1 671 885	186 298	1 858 185	35.3
Calidad	811 275	55 468	866 743	16.4
Control	176 220	10 584	186 804	3.5
Totales	-	-	5 254 747	99.7

Durante el período que se informa, se emitieron 124 comunicados de prensa, se realizaron 245 eventos de carácter informativo, se concedieron 819 entrevistas para radio y televisión y se llevaron a cabo 45 conferencias de prensa, es decir, de diciembre de 2000 a agosto de 2001 se emitieron 66 por ciento menos comunicados de prensa, se llevaron a cabo 185 por ciento más eventos de carácter informativo, se concedieron 146 por ciento más entrevistas para radio y televisión y se realizaron 195 por ciento más conferencias de prensa que en el período comprendido entre diciembre de 1999 y agosto de 2000.

El impacto en estas acciones se observó en una mayor presencia de las acciones de la SSA en los medios impresos y electrónicos. Cabe señalar que el hecho de que durante este período se han emitido un número menor de comunicados con respecto al período anterior, no es significativo, puesto que el impacto real de los boletines de prensa se evalúa por la difusión que cada uno de ellos tiene a través de los medios, y no por la cantidad de comunicados que da a conocer una oficina de comunicación social. El objetivo final de un comunicado es transmitir el mensaje a la población a través de los medios masivos de comunicación y, así, tener un impacto real en la opinión pública.

	Diciembre 99 - agosto 2000	Diciembre 2000 - agosto 2001	Diferencia (%)
Eventos de carácter informativo	132	245	+185
Comunicados de prensa	374	124	-66
Conferencias de prensa	23	45	+195
Entrevistas para radio y televisión	559	819	+146

Para apoyar a la población afectada durante la emergencia del volcán Popocatepetl se emitió un comunicado de prensa en el que se difundió detalladamente la situación, así como las acciones realizadas por la Secretaría de Salud para apoyar a la población afectada.

1.3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico

La CONAMED como instancia gubernamental de resolución extrajudicial de conflictos médicos tiene la misión institucional, de atenderlos buscando su resolución con la participación activa de los pacientes o sus familiares inconformes y el personal del equipo médico, involucrado, actuando invariablemente en su atención con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto. Todo ello a través de la aplicación del modelo de atención de inconformidades que contempla acciones de gestión inmediata, conciliación y arbitraje y las gestiones periciales; asimismo emitiendo opiniones técnicas y recomendaciones dirigidas al gremio médico e instituciones de salud para contribuir en la mejoría de la calidad de la práctica de la medicina.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico además de contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud y fomentar una cultura de corresponsabilidad de la misma, pugna por un ejercicio médico que, inmerso en los más elevados principios éticos y humanísticos, propicie una satisfactoria relación médico-paciente que permita contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud.

Los profesionales de la medicina y las propias instituciones están cada vez más abiertos a las aportaciones de la CONAMED y promueven la aplicación de medidas correctivas, para reducir los casos de mala práctica; igualmente, los órganos de contraloría y las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, reconocen el valor de los dictámenes emitidos.

Para cumplir con la misión de la CONAMED se tienen como premisas el contribuir al fortalecimiento de una institución noble, porque ese es el carácter de sus objetivos; fuerte, porque el beneficio social de sus actos respalda la confianza que le brinda la sociedad; respetable, porque la objetividad e imparcialidad son los valores fundamentales de su actuación en la resolución de las controversias.

En la esencia de la virtud institucional radica el compromiso con la satisfacción de la sociedad a fin de impulsar el bienestar social, con justicia y equidad; la participación de esta institución se basa en la voluntad de las partes y la buena fe de las mismas para resolver los conflictos. Esto aunado a los resultados obtenidos a lo largo de cinco años ha contribuido a su legitimación ante la sociedad.

A continuación se da cuenta de las principales acciones y resultados obtenidos en el período que se informa:

En el presente año se realizó un replanteamiento estructural y funcional de la institución que condujo a un cambio en la estructura orgánica en la que se reasignaron funciones al área sustantiva y se crearon tres áreas adjetivas como son promoción y difusión, investigación y enseñanza e innovación y calidad. Por otra parte la reorganización operativa bajo un enfoque de servicio con mayor eficiencia sustentado en el principio de otorgar atención especializada y profesional a través de un esquema de operación modular, el uso de un proceso estandarizado con instrumentos y protocolos homogéneos; todo enfocado a obtener la claridad y satisfacción de los usuarios respecto de la atención recibida. Los cambios realizados han permitido un mejor aprovechamiento de recursos; impulsar un trabajo profesional interdisciplinario; perfeccionamiento dinámico de la metodología; adecuaciones al sistema automatizado de información; actualización de la asesoría externa certificada; la puesta en marcha de procesos de autoevaluación permanente; y la retroalimentación de nuestros usuarios.

El ejercicio de planeación estratégica implicó la participación de todo el personal de la institución, aprovechando con ello el alto sentido de pertenencia y la experiencia adquirida a lo largo de cinco años, lo que se ha traducido en cambios y la consolidación de acciones en pro de la mejoría de la atención. Este ejercicio permitió actualizar la misión y replantear la visión de la CONAMED en el contexto

actual, detectar las áreas de oportunidad para la generación de acciones tendientes a mejorar la práctica médica orientadas a la prevención. Producto de este ejercicio se definieron también los objetivos estratégicos, metas, líneas y programas de acción.

Misión

“Propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes”.

Visión

“Ser un factor de éxito en los servicios de salud de México”.

Objetivos estratégicos

- Consolidar el modelo de atención de inconformidades para ser el Centro Nacional de referencia;
- Lograr una óptima resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de usuarios;
- Influir en la mejoría de la práctica de la medicina;
- Proyectar en el contexto nacional e internacional el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social.

Indicadores estratégicos y metas

Con objeto de medir el logro de los objetivos y el cumplimiento de la misión de la CONAMED se replantearon los indicadores estratégicos y las metas quedando como siguen:

- Alcanzar una cobertura de 90 por ciento en la atención de inconformidades;
- Lograr un 70 por ciento de efectividad en la capacidad conciliatoria;
- Obtener un 70 por ciento por ciento de eficiencia arbitral;
- Promover la incorporación de comisiones estatales de arbitraje médico.

Para el logro de los objetivos se pusieron en marcha los siguientes proyectos:

- Descentralización de la CONAMED.
- Proyecto de certificación ISO 9001-2000.
- Estandarización del modelo de arbitraje médico.
- Ampliación de cobertura.
- Crear y operar el Consejo Nacional de Arbitraje Médico.
- Coordinación interinstitucional con instancias de atención ciudadana de quejas.
- Programa de recomendaciones por especialidad y nivel de atención.
- Colaboración con Academias y Consejos de especialidad.
- Consolidar convenios de colaboración con Instituciones de educación superior.
- Programa de difusión en medios masivos de comunicación.
- Reconocimiento de la revista CONAMED.
- Programa editorial.

- Participación en foros internacionales.
- Acreditación de la CONAMED como instancia certificadora a nivel internacional en materia de arbitraje médico.
- Convocar para la elaboración de la carta de los derechos de los pacientes.

Como parte del proyecto de certificación de la Comisión en la norma ISO 9001-2000 asegurando el arraigo de una cultura de calidad, se realizó un estudio de investigación de las necesidades de los usuarios y prestadores de servicios médicos que acuden a la CONAMED, para adecuar los procesos de servicio de la Institución al cumplimiento de sus necesidades y expectativas. Se encuestaron los servicios de solución de inconformidades, dictámenes periciales y recomendaciones y la Institución cuenta ahora con información objetiva sobre los aspectos claves del servicio para sus usuarios.

Involucramiento de todo el personal en los procesos de calidad y capacitación en herramientas para la mejora: rediseño de procesos, estándares de servicio, calidad en el servicio, etc. Se han invertido aproximadamente 5 000 hrs/hombre del personal en tareas relacionadas con la mejora de los procesos de servicio como documentación y rediseño de procedimientos, análisis de problemas e implementación de acciones de mejora.

Se elaboró un estudio del clima laboral de la institución para conocer las inquietudes del personal y darles cauce. Se obtuvo un índice de satisfacción de 70.45 por ciento teniendo como las categorías más altas de satisfacción: sentido de pertenencia, calidad de vida en el trabajo, conocimiento de la misión, visión, roles y objetivos.

Dentro de las principales actividades sustantivas realizadas se tiene:

- Por asesorías, durante el período, se atendieron 1 325 solicitudes de información especializada, cifra que es mayor en 19 por ciento a la reportada para el mismo período en el año 2000, que fue de 1 113. La asesoría juega un papel de vital importancia en el quehacer de la Comisión, lo que ha permitido resolver múltiples asuntos y asegurar la pertinencia de las inconformidades que ingresan. En este rubro el porcentaje de avance en relación a lo programado es de 82.8 por ciento.
- En la atención de las quejas (inconformidades), las cuales suman 1 574, resalta la gestión inmediata con las instituciones prestadoras de servicios, las cuales se resuelven en un plazo no mayor de 48 horas; en el período se atendieron 514 inconformidades, es decir el 32.7 por ciento del total de quejas; las restantes 1 060 se incluyeron al proceso de conciliación y arbitraje. El avance en la atención logrado respecto a lo programado es de 66.6 por ciento. La eficiencia conciliatoria alcanza un 71.8 por ciento.
- En la elaboración de los dictámenes periciales, la CONAMED involucra la participación de especialistas médicos expertos, certificados por sus respectivos consejos médicos. Se elaboraron 475 dictámenes logrando hasta la fecha el 66.6 por ciento de la meta anual. La eficiencia pericial es de un 92.3 por ciento y la arbitral alcanza 79.1 por ciento.

La atención de inconformidades supera la meta planteada inicialmente, lo anterior debido a la promoción y difusión que se ha hecho de los servicios que presta la Comisión. Los indicadores restantes, manifiestan un avance satisfactorio, por lo que se espera al término del año, se rebasen las expectativas; afectan positivamente el logro de éstos indicadores la reorganización funcional y estructural ya mencionada.

Las comisiones estatales trabajan en colaboración y coordinación con nuestra institución, respetando la autonomía que les otorga su decreto de creación, es así como seguimos la política

federalista que ha respaldado este gobierno, al no incrementar dependencias federales con delegaciones estatales; hasta la fecha 17 entidades tienen comisión estatal, tres más que al inicio del período (Jalisco, Nayarit y Sinaloa). Se espera que para fin de este año se contará con tres más, haciendo un total de 20.

Con el propósito de estrechar los mecanismos de colaboración con todas las entidades y coordinar acciones que favorezcan la adopción del modelo de arbitraje médico en México, el cual propicia el mejoramiento continuo de la calidad de la atención a la salud y la relación médico-paciente, se han realizado, entre otras acciones dos reuniones nacionales de Comisiones de Arbitraje Médico, una en abril y otra en julio del año en curso. Dichas reuniones de trabajo han sentado las bases para el desarrollo homogéneo de las actividades de gestión, conciliación y arbitraje médico en las diferentes entidades federativas donde se han constituido o están por constituirse Comisiones de Arbitraje Médico. La temática abordada versó sobre aspectos relacionados con la estandarización de los procesos; las principales acciones de investigación y enseñanza esenciales para la materia; la relevancia de medidas de promoción y difusión como es la identidad institucional; el desarrollo del modelo de arbitraje médico bajo un enfoque de calidad; los principales aspectos administrativos que tienen lugar en las Comisiones; el proyecto de transformación de la CONAMED a organismo público descentralizado y su homologación con las comisiones estatales; la operatividad de los sistemas informáticos en las comisiones; la celebración de convenios institucionales y municipales y otros temas relevantes para análisis jurídico como son la contradicción de criterios en materia de amparo y los requerimientos judiciales derivados de la emisión de dictámenes.

Dentro de las tareas de apoyo a la gestión se han efectuado:

- A) Se ha iniciado la difusión de las recomendaciones generales para mejorar la práctica de la medicina y su publicación a nivel nacional, éstas son:
 - 1.- Mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia.
 - 2.- Informar y obtener consentimiento por escrito antes de realizar procedimientos con riesgo.
 - 3.- Elaborar un expediente clínico completo.
 - 4.- Actuar con bases científicas y apoyo clínico.
 - 5.- Proceder sólo con facultad y conocimientos.
 - 6.- Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo.
 - 7.- Atender a todo paciente en caso de urgencia calificada y nunca abandonarlo en su atención.
- B) Se reestructuró y adecuó el Plan Rector de Comunicación, con un componente dirigido a elevar la cultura en salud tanto a los prestadores de servicios médicos, como a los pacientes, a quienes también se les promueven los servicios que se prestan en la institución. En este marco se diseñó bajo el concepto de comunicación educativa un cartel denominado “Tu médico la mejor señal”, el cual se está distribuyendo a nivel nacional. Para ello se han signado los primeros convenios de colaboración con asociaciones de profesionales, privadas y sociales, para su distribución en todo el sector salud del país.
- C) Se propuso y aprobó el establecimiento del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, que se integra por los titulares de las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico. Será una instancia de coordinación de las instituciones públicas que aplican el modelo de arbitraje

médico en México, como mecanismo para mejorar la práctica de la medicina y elevar la calidad de la atención que se brinda a la ciudadanía.

- D) Se avanzó en la coordinación para la elaboración y promoción de la carta de los derechos de los pacientes ya que a la CONAMED se le asignó dicha tarea en el Programa Nacional de Salud, Derechos de los Pacientes. Para ello se convocó a un grupo rector multidisciplinario, el cual ha elaborado a manera de decálogo, una propuesta en la que se refieren una serie de derechos de carácter general. Dicho documento ha sido remitido a las principales instituciones y asociaciones vinculadas con la salud, así como a organizaciones no gubernamentales y sociales con la finalidad de recibir aportaciones que enriquezcan el documento previo a su publicación y difusión.

Asuntos	2000	2001		Variación vs. 2000	Porcentaje de avance respecto a lo programado ⁽²⁾
		Programado	Alcanzada		
Asesorías	1 672	1 600	1 325	95.7	82.8
Quejas ⁽¹⁾	2 607	2 362	1 574	90.6	66.6
Dictámenes	644	713	475	110.7	66.6
Total	4 923	4 675	3 374	95.0	72.1

(1) Las quejas se resuelven por gestión inmediata, convenios de conciliación o por laudo arbitral
 (2) Avance estimado para los primeros 8 meses, con respecto del programado anual

1.4. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

La Comisión fue creada en este año por Decreto Presidencial el 5 de julio, considerando la gran importancia que tiene para el Estado la protección de la sociedad en su conjunto, frente a potenciales riesgos a la salud ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias; así como la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.

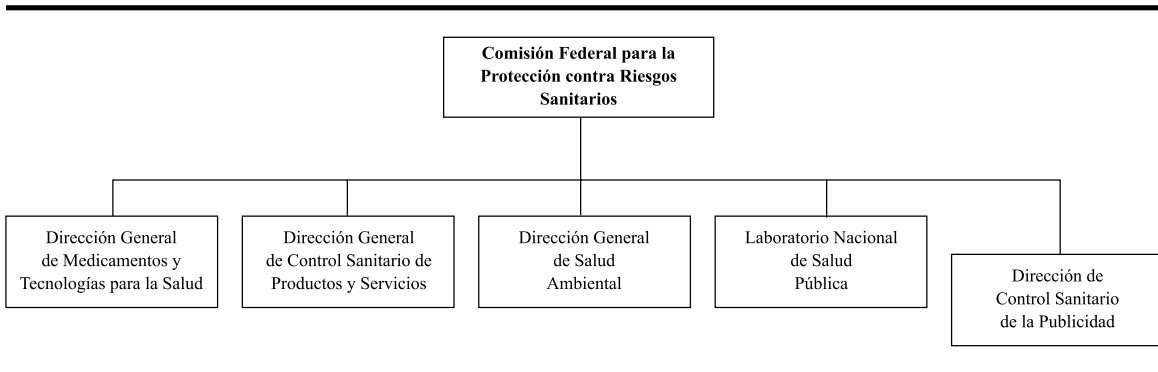
Para su diseño se tomó en cuenta que el ejercicio de las funciones estaba fraccionado por especialidades, a través de diversas unidades administrativas centrales, por lo que era conveniente adaptar la integración de las funciones de control sanitario en un solo órgano.

Las atribuciones conferidas se refieren a: proponer al Secretario de Salud e instrumentar la política nacional de protección contra riesgos sanitarios en materia de medicamentos, otros insumos para la salud, alimentos, bebidas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, productos biotecnológicos, materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos anteriores; así como de prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, salud ocupacional y saneamiento básico; ejercer el control y vigilancia sanitarios de los productos señalados anteriormente, de las actividades relacionadas con éstos, de los establecimientos destinados al proceso de dichos productos y de su publicidad; elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas relativas a los productos, actividades, servicios y establecimientos materia de su competencia; evaluar y expedir o revocar las autorizaciones que en las materias de su competencia se requieran; expedir certificados oficiales de condición sanitaria de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionadas con las materias de su competencia; imponer

sanciones y aplicar medidas de seguridad en el ámbito de su competencia y ejecutar la evaluación de riesgos a la salud, en las materias de su competencia. Entre otras.

Estructura Orgánica

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios



Para su funcionamiento se apoyará directamente en 4 direcciones generales, una dirección que atiende los asuntos materia de control sanitario de la publicidad, una dirección jurídica y una administrativa.

En este breve tiempo, su función adicional a la coordinación de actividades de las unidades bajo su cargo, ha sido la de analizar e integrar la normatividad para proponer los ajustes necesarios, para su operación autónoma, en beneficio de la población.

Por su parte, las direcciones generales, el Laboratorio Nacional de Salud Pública y la Dirección de Control Sanitario de la Publicidad, en el período de este informe, realizaron su función con los resultados que a continuación se mencionarán.

1.4.1. Dirección General de Salud Ambiental

Al inicio de esta administración se elaboró un diagnóstico para conocer la situación que tenía la Dirección General de Salud Ambiental, así como las áreas de salud ambiental de las entidades federativas. Este diagnóstico hizo evidente la necesidad de reorganizar a la dirección y redefinir tanto el enfoque como los programas que se venían trabajando, ya que se privilegiaban los aspectos regulatorios y normativos, dejando prácticamente fuera lo relativo a medición de exposición, análisis de riesgo y comunicación de riesgo.

Así, se definió como función de esta área el proteger la salud de la población de la exposición innecesaria o excesiva a agentes físicos, químicos y biológicos que no dependan exclusivamente de la decisión personal. Con el propósito de poder cumplir con esta función la dirección general se reestructuró en cuatro nuevas direcciones: Medición de Exposición e Impacto, Análisis de Riesgos, Política y Manejo de Riesgos y Comunicación de Riesgos y Participación Social, además de que el trabajo se horizontalizó con una metodología basada en el Modelo de Atención a la Salud Ambiental. Este modelo fue desarrollado conjuntamente con los responsables de las áreas de Regulación Sanitaria y Salud Ambiental de las 32 entidades federativas.

El modelo parte de la elaboración de un diagnóstico de salud ambiental, que permite conocer y priorizar los riesgos ambientales que afectan la salud de la población, a través de la medición de la exposición y el análisis de riesgos. Los métodos para realizar este diagnóstico fueron discutidos en la reunión nacional con los responsables de regulación sanitaria y salud ambiental. El resultado de esta reunión fue un listado de indicadores de salud ambiental que serán recopilados durante el segundo semestre de este año y serán de utilidad para profundizar en las líneas de acción en la solución de los problemas de salud causados por exposiciones ambientales. También en dicha reunión se analizó el plan estratégico de manejo en salud ambiental y el modelo de atención a la salud ambiental.

A partir de lo anterior, se cuentan con los elementos para la definición de políticas regulatorias y no regulatorias, considerando a lo largo de todo el proceso como una estrategia fundamental a la comunicación de riesgos y a la participación social.

Con el fin de programar actividades que dieran respuesta a la problemática identificada por las entidades federativas se elaboró una encuesta con los 32 responsables estatales de salud ambiental, la mayor parte de los estados reportaron: problemas de saneamiento básico, inadecuada disposición de excretas, incapacidad para mantener niveles de cloración adecuados y manejo de aguas residuales. Con relación a los problemas asociados con plaguicidas y sustancias tóxicas: la inadecuada disposición de residuos y envases, así como la necesidad de actualizar el marco regulatorio. Como efectos del ambiente en la salud: la exposición a plomo y a contaminantes atmosféricos son los de mayor preocupación. Asimismo, reportaron la incapacidad de instrumentar comunicación de riesgos a la población.

Acorde con lo anterior, se establecieron ocho líneas generales de trabajo:

- Manejo seguro de sustancias químicas.
- Protección contra riesgos físicos.
- Metales pesados.
- Agua de calidad.
- Manejo saludable de desechos.
- Calidad del aire.
- Evaluación y manejo de casos críticos, y
- Salud ambiental y globalización.

A partir de estas líneas se han derivado 48 programas y proyectos. Para la instrumentación de estos programas y proyectos se han definido seis estrategias generales: priorización, desarrollo gerencial, participación e integralidad, gerencia del conocimiento, financiamiento y formación y actualización de recursos humanos. También se ha focalizado a tres poblaciones de atención prioritaria: niños y niñas, indígenas y trabajadores y trabajadoras.

En lo referente a la profesionalización del personal de la Dirección General, en particular a los mandos medios, es conveniente resaltar que se ha logrado elevar el nivel académico de los mismos, ya que anteriormente se contaba con 3 personas con nivel de maestría y ahora se tienen 11 con este nivel, además de 3 con doctorado. Asimismo, se ha hecho un esfuerzo por actualizar a todo el personal, por lo que se enviaron 62 personas adscritas a esta dirección y 41 personas de 14 entidades federativas a ocho distintos cursos del Instituto Nacional de Salud Pública. Los mandos medios y superiores participaron en un taller de formación de equipos de trabajo, lo que ha permitido consolidar el proceso de reestructuración de la dirección general.

Asimismo, se han impartido tres cursos de capacitación a personal del nivel local y estatal. Los mandos medios y superiores participaron en un taller para conocer, analizar y atender a lo establecido en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. En materia de control sanitario en el uso médico de las radiaciones, se capacitaron 47 verificadores, con el objeto de reforzar la especialización en las diferentes entidades federativas.

Se han organizado dos talleres a nivel nacional e internacional y tres reuniones a nivel regional, nacional y binacional. En el taller nacional se definieron las prioridades de atención en lo relativo a la salud del niño y el ambiente y en el marco del mismo, se firmó la Declaración conjunta de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, para establecer una política de Estado, que permita la prevención y atención conjunta de riesgos a la salud derivados de factores ambientales, tendientes a lograr un marco de sustentabilidad en salud y ambiente. El taller internacional, en el marco del comité ejecutivo del grupo técnico de trabajo de plaguicidas del TLC, se efectuó para continuar impulsando el desarrollo de un mercado común de plaguicidas entre los países, a través del trabajo compartido en la evaluación de estos productos. Asimismo se busca la armonización en la forma de regular plaguicidas, criterios aplicados en las evaluaciones y límites máximos de residuos y tolerancias; la resolución de los problemas de comercio derivados de las diferencias, sin perder de vista el mejoramiento de la seguridad de los alimentos, la protección ambiental y el fortalecimiento de los procesos regulatorios, encaminados en forma global a la protección de la salud de la población.

En la reunión regional participaron 7 estados de la región sur, para compartir los avances en la instrumentación, a nivel de las entidades federativas, del Modelo de Atención de la Salud Ambiental y del llenado de la Guía para el Desarrollo del Diagnóstico de Salud Ambiental en el componente de saneamiento básico. La reunión binacional de jornaleros agrícolas entre México y Estados Unidos generó una sola estrategia para desarrollar un programa conjunto con todas las instituciones involucradas para tener criterios unificados para la capacitación en el manejo seguro de plaguicidas que conllevan a la protección de la salud.

En lo que se refiere a la emisión de Normas Oficiales, se logró la publicación de las siguientes: NOM-127-SSA1-1994, NOM-180-SSA1-1998 y NOM-181-SSA1-1998 en materia de vigilancia, equipo y productos de tratamiento de agua para garantizar la calidad sanitaria del agua para uso y consumo humano, entrando en vigencia el 20 y 30 de diciembre del 2000, y el 22 de febrero del 2001, respectivamente. NOM-182-SSA1-1998 en materia de etiquetado de nutrientes vegetales, entro en vigencia el 20 de febrero del 2001. El PROY-NOM-179-SSA1-1998, vigilancia y Evaluación del Control de Calidad del Agua para Uso y Consumo Humano distribuida por Sistemas de Abastecimiento Públicos, está en proceso de publicación como norma oficial mexicana.

Asimismo, se participó en la elaboración de las normas conjuntas con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para la modificación a la NOM-013-STPS-SSA1-1993, relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se generen radiaciones electromagnéticas no ionizantes y la NOM-016-STPS-SSA1-2000, Servicios preventivos de salud en el trabajo, mismas que están en proceso de publicación en el Diario Oficial de la Federación; con el Instituto Nacional de Ecología para la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-1995, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica, está en proceso de publicación.

Durante este período se atendieron cinco solicitudes de evaluación de riesgos a la población cercana a industrias potencialmente contaminantes, las investigaciones realizadas servirán como modelo para la atención de otros casos críticos que se presenten en el futuro y puedan ser atendidos por los servicios estatales.

También se elaboraron las bases de colaboración para la verificación administrativa de sujetos regulados por la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y Comprimidos, celebradas entre la Secretaría de Salud, Procuraduría General de la República y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las cuales están en proceso de dictamen de las áreas jurídicas de dichas dependencias para su firma.

Se firmaron las bases de coordinación para vigilar y regular la calidad sanitaria de moluscos bivalvos frescos, frescos congelados y procesados, destinados al consumo humano a través del Programa Mexicano de Sanidad de Moluscos Bivalvos (PMSMB). Las secretarías participantes fueron: Marina; Medio Ambiente Recursos Naturales y Pesca; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación y Salud. El objetivo básico de las mismas es llevar a cabo la vigilancia y regulación en forma coordinada de la calidad sanitaria de los moluscos bivalvos que se destinen al consumo humano, a fin de proporcionar protección a la salud del consumidor.

En seguimiento al Acuerdo Nacional para la Descentralización Integral de los Servicios, y como parte de los servicios de salud no personales en materia de salud ambiental, se descentralizaron para su operación a 30 Organismos Públicos Descentralizados de Salud (OPD's), con diversas actividades de regulación sanitaria. Por lo que ahora, nuestra participación consiste en brindar asesoría respecto al procedimiento a seguir en las acciones de vigilancia sanitaria de establecimientos, actividades, servicios y productos de riesgo sanitario, así como, en la aplicación de nuevas Normas Oficiales Mexicanas publicadas en el Diario Oficial de la Federación como parte de la política normativa a cargo de la Secretaría de Salud.

En lo que respecta a trámites, hasta julio de 2001 se han realizado un total de 5 604 trámites, lo que representa un 71 por ciento de lo realizado en el año 2000, que incluyen avisos de funcionamiento, licencias sanitarias, químicos esenciales, avisos de desvío de actividades irregulares de químicos esenciales, informe anual de químicos esenciales, registros y permisos de importación de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, certificados de cumplimiento de NOM, certificados de calidad de agua, inicio de operación de agua e importación del agua.

Dentro del programa de Denuncias Ciudadanas se recibieron 8 relacionadas con sustancias tóxicas, plaguicidas y nutrientes vegetales, las cuales han sido atendidas al 100 por ciento.

Dentro del programa de protección radiológica fueron corregidas 462 instalaciones y considerando las acciones de vigilancia y control de calidad realizados, estimamos que 367 280 personas se han incorporado a este proceso de protección, lo que ha impactado en disminuir la dosis colectiva y laboral que recibe la población mexicana.

Otro avance que es conveniente considerar es lo relativo al posicionamiento de la salud ambiental en los diferentes programas de la Secretaría de Salud, así se han incorporado acciones en el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, Arranque Parejo en la Vida, así como en el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES).

A partir del 6 de julio, la Dirección General pasó a formar parte de la Comisión Federal para la

Protección contra Riesgos Sanitarios. Sin lugar a dudas esta nueva ubicación permitirá fortalecer muchas de las actividades que se han venido desarrollando.

Verificación Sanitaria

		Rayos X	Plaguicidas Fertilizantes	Sustancias Tóxicas	Agua Potable	Total
Verificación	DGSA	79	7	2	86	174
	Estados	460	26	16		502
	Total	539	33	18	86	676
Dictamen	DGSA	33	7	1	60	101
	Estados	206	42			248
	Total	239	49	1	60	349

1.4.2. Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud

La misión de la Dirección General es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población garantizando la seguridad de los medicamentos y tecnologías para la salud, propiciando que se incremente su calidad y eficacia, a través de la regulación sanitaria.

Medicamentos y Tecnologías para la Salud

Con el propósito de fortalecer el marco regulatorio de los medicamentos y tecnologías para la salud, esta unidad administrativa emprendió las siguientes acciones:

- Se tiene preparada una primera propuesta de modificaciones a la Ley General de Salud y al Reglamento de Insumos para la Salud, que permitirá actualizar la regulación sanitaria ante los nuevos tiempos de la globalización y con criterios armonizados con otros países, estar en condiciones de incorporarse a los Tratados Comerciales suscritos por el país.
- En materia de medicamentos, se cuenta con la versión electrónica (disco compacto) de la VII Edición de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, que es la normatividad para la elaboración y fabricación de los medicamentos en nuestro país. Asimismo, se cuenta con el Suplemento de la Séptima Edición de la FEUM y la primera impresión de la Farmacopea Herbolaria.
- Respecto a las Normas Oficiales Mexicanas en el período que se informa se publicaron la NOM-016-SSA1-1993 que establece los requisitos sanitarios de los condones de hule látex y la NOM-176-SSA1-1998, requisitos sanitarios que deben de cumplir los fabricantes, distribuidores y proveedores de fármacos utilizados en la elaboración de medicamentos de uso humano. Con estas dos normas se cuenta con 54 normas específicas para medicamentos y tecnologías para la salud.

Descentralización de trámites y servicios en materia de medicamentos y tecnologías para la salud

Para continuar la descentralización de las funciones de regulación sanitaria, la Dirección General de Tecnologías y Medicamentos para la Salud emprendió en el período que se informa, las siguientes acciones con las entidades federativas:

- Durante los meses de julio y agosto se realizaron cuatro talleres regionales de capacitación con las 31 entidades federativas en donde se entregó la normatividad para continuar operando los trámites relacionados con la instalación y operación de farmacias, droguerías y boticas a nivel nacional, así como el control de los medicamentos que sean o contengan estupefacientes y psicotrópicos de venta en este tipo de establecimientos.
- En estos eventos se entregó el Sistema de Medicamentos y Tecnologías para la Salud (SISEMET), el cual permite de forma automatizada expedir las autorizaciones sanitarias y llevar el control y vigilancia sanitarios de los mismos de manera electrónica. Este sistema sustituye al PRODGIS que fue entregado en 1998.
- En este mismo aspecto, se entregaron las actas de verificación sanitaria por tipo de establecimiento a fin de homogeneizar los actos de la vigilancia sanitaria a nivel nacional y dar claridad y transparencia a los particulares.
- Por su parte, se presentaron los lineamientos normativos del Programa de Farmacovigilancia en México y las acciones a emprender en el segundo semestre del 2001 con el propósito de implementar los Comités Estatales de Farmacovigilancia. A la fecha se cuenta con 17 Comités operando en el país, además de contar con 5 centros institucionales.

Reforzar la regulación de la venta y promoción de medicamentos

Esta Dirección General implementó el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables, que tiene por objetivo poner al alcance de la población en general medicamentos de alta calidad a un menor precio; esto es, medicamentos que han comprobado técnicamente ser comparables e intercambiables con el medicamento innovador, que al ser elaborados por diferentes laboratorios son más baratos en el mercado.

Durante el presente período los avances que ha presentado el programa son los siguientes:

Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables

Concepto	Diciembre 2000-agosto 2001	Total Acumulado
Denominaciones genéricas	6	186
Medicamentos Genéricos Intercambiables	125	1 170
Laboratorios participantes	7	86

Cabe señalar que se calcula en 57 por ciento el descuento promedio de los medicamentos genéricos intercambiables respecto al medicamento innovador. Con respecto a los grupos terapéuticos por su mayor número encontramos que 377 corresponden a enfermedades infecciosas y parasitarias, 110 a soluciones electrolíticas y sustitutos del plasma y 94 a gastroenterología (ver cuadro 1).

Por otra parte, esta unidad administrativa inició en el período que se informa la implementación de la Norma de Etiquetado de Medicamentos, que entre otros aspectos establece que en los marbetes o en la caja de las mismas se deberá identificar con un número el grupo al que pertenece el medicamento de acuerdo con el artículo 226 de la Ley General de Salud. Esto tiene un beneficio al público usuario y a las farmacias ya que se identifican claramente cuándo el medicamento se debe vender con receta o cuándo es de libre venta, además de identificar con figuras la precaución para la dosificación para mujeres embarazadas y otras leyendas de cuidado.

Política de medicamentos esenciales

Se realizó un consenso entre el Sector Salud, la Academia Nacional de Medicina y otras instituciones académicas y de investigación y docencia con la finalidad de elaborar un listado de medicamentos esenciales; es decir, aquellos medicamentos de uso frecuente y generalizado entre la población, de acuerdo con las características epidemiológicas prevalentes en el país.

El resultado es una lista de medicamentos esenciales que comprende 125 medicamentos con 229 formas farmacéuticas, resultando 349 opciones de compra.

Reuniones, eventos y otros proyectos

Con la participación de las Asociaciones Nacionales de Propietarios de Farmacias se continuó desarrollando el Programa Nacional de Capacitación en el Manejo y Dispensación de Medicamentos. Este programa se encuentra sustentado en la Norma de Competencia Laboral (NTCL) en la materia y está avalada por CONOCER. Su objetivo es que el personal que trabaja en las farmacias unifique sus conocimientos y habilidades de acuerdo con la normatividad sanitaria y de forma particular para la venta y dispensación de los medicamentos genéricos intercambiables.

En el período que se informa, se realizaron dos cursos de capacitación en el ámbito central dirigidos a la actualización de formadores y a la selección de nuevos formadores; en total participaron 63 personas de diversas entidades federativas. El compromiso de cada formador es el de capacitar en el año a 45 personas de igual número de farmacias, a fin de lograr en el sexenio la meta de que al menos una persona de cada farmacia se encuentre plenamente capacitada en la norma para el manejo y dispensación de medicamentos.

Dentro de las actividades que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está desarrollando para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica en las Américas, se creó un grupo de trabajo de representantes de las farmacopeas del continente, el cual realizó una reunión en Orlando, Florida, el 26 de marzo, al que asistieron representantes de Argentina, Brasil, México y Estados Unidos. En esta reunión se tomaron importantes acuerdos relacionados con el intercambio de información, capacitación, desarrollo conjunto de monografías de un fármaco, sustancias de referencia y la organización de las siguientes reuniones regionales y binacionales, intercambio de expertos de cada comité y la Convención de la Farmacopea de EUA. Producto de la reunión, se realiza el primer intercambio de experiencias entre el personal de la farmacopea mexicana y la de los EUA, visitando los primeros, del 20 de enero al 10 de febrero, las instalaciones de la USP en Washington, DC y la delegación americana en forma recíproca, la farmacopea mexicana del 16 al 25 de abril en la Ciudad de México.

Por otra parte, se continúa asistiendo a la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Medicamentos y de Insumos para la Salud que coordina el Consejo de Salubridad General que tiene el

propósito de evaluar, modificar e incluir nuevas claves y producto que forman parte de la normatividad para las compras que realiza la Secretaría de Salud.

Se realizaron 12 reuniones de los comités específicos de insumos para la salud y seis de medicamentos.

Cuadro 1. Medicamentos Genéricos Intercambiables por grupos terapéuticos

Grupo Terapéutico	Medicamentos Genéricos Intercambiables
Analgesia	53
Anestesia	11
Cardiología	43
Dermatología	42
Endocrinología	41
Enfermedades infecciosas y parasitarias	377
Enfermedades Inmunoalérgicas	43
Gastroenterología	94
Gineco-obstetricia	4
Hematología	19
Nefrología y Urología	9
Neumología	91
Neurología	14
Nutriología	11
Oftalmología	61
Oncología	68
Otorrinolaringología	8
Planificación familiar	2
Psiquiatría	9
Reumatología	52
Soluciones electrolíticas y sustitutos del plasma	110
Total	1 162

Con el fin de informar sobre los avances obtenidos en el período, a continuación se presentan cuadros comparativos.

Control y vigilancia de medicamentos que sean o contengan estupefacientes y psicotrópicos

Concepto	2000	2001	Variación *
Permisos sanitarios de importación y exportación de estupefacientes y psicotrópicos	2 468	1 769	699
Visitas de adquisición sanitaria a establecimientos que manejan estupefacientes o psicotrópicos	2 019	1 316	703
Muestras tomadas en el aeropuerto de la Ciudad de México	840	627	213
Liberaciones sanitarias	949	828	121
Avisos de provisiones de compra-venta de estupefacientes para farmacias, droguerías y boticas	145	102	43
Permisos para adquisición en plaza de materias primas, fármacos y medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos	383	311	72
Permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes	97	54	43

Medicamentos Genéricos Intercambiables

Concepto	Alcanzado a 2000	Alcanzado a 2001	Variación *
Denominaciones Genéricas	176	186	10
Laboratorios participantes	74	86	12
Medicamentos Genéricos Intercambiables	976	1 170	194

Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos

Registro de:	2000	2001	Variación *
Medicamentos	478	439	39
Dispositivos Médicos	2 220	1 431	789

Control y vigilancia sanitaria de establecimientos de medicamentos y tecnologías para la salud

Visitas de verificación a establecimientos de:	2000	2001	Variación *
Medicamentos que no sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos de la Industria Químico-Farmacéutica	1 581	1 138	443
Dispositivos Médicos	906	570	336

***Variación**

Se hace la aclaración que la variación que se presentan en estos datos estadísticos corresponde a las fechas de comparación entre septiembre de 1999-agosto de 2000 a enero-agosto de 2001, por lo que la variación existente puede ser un tanto incierta sin que exista punto de comparación entre ambas.

En relación a las cifras en materia de Medicamentos Genéricos Intercambiables se hace la aclaración que son las alcanzadas a agosto de 2001 desde su creación, ya que el Programa es permanente y no se corta por año.

1.4.3. Dirección de Control Sanitario de la Publicidad

A esta unidad administrativa le corresponden las siguientes atribuciones: expedir o revocar, en su caso, las autorizaciones para la difusión de la publicidad dirigida a la población en general, objeto de control y vigilancia sanitarios; supervisar, verificar y, en su caso, ordenar la suspensión de la emisión o difusión de mensajes publicitarios, que contravengan lo dispuesto en la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables en la materia, con excepción de aquellos dirigidos a profesionales de la salud; proponer las leyendas precautorias u orientadoras que deberán incluirse en la publicidad y etiquetas o envases de los diferentes productos o servicios; imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, así como remitir a las autoridades fiscales competentes, en su caso, las resoluciones que impongan sanciones económicas para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución; establecer las políticas y elaborar los lineamientos que deberán observar las autoridades sanitarias del país en los procesos de supervisión y vigilancia de la publicidad dirigida a la población en general objeto de control sanitario.

La Dirección, en el ámbito de su competencia, realizó diversas acciones que le permitieron cumplir con las funciones encomendadas. A continuación mencionaremos, las más relevantes:

- Se llevó a cabo la difusión de la Legislación Sanitaria en Materia de Publicidad entre anunciantes, medios de comunicación y publicistas, con el propósito de mejorar las funciones a cargo de la Dirección. Se elabora un manual práctico del marco legal de la Ley General de Salud y su Reglamento en la materia, que se dará a conocer a los usuarios de la publicidad de los servicios y actividades regulados en dichos ordenamientos.
- Se ha reducido el tiempo de respuesta a la promoción de los particulares de las solicitudes de autorización publicitaria y se ha incrementado el número de solicitudes de proyectos y campañas publicitarias, así como de avisos publicitarios.
- Existe a la fecha un incremento en el número de procedimientos administrativos iniciados por publicidad irregular.
- Se participa con la Secretaría de Gobernación, otras dependencias del Ejecutivo Federal, representantes del Congreso de la Unión, y Organizaciones no Gubernamentales, en la revisión integral de la legislación de los medios electrónicos.

Monitoreo de medios

Descentralización

Derivado del proceso de descentralización en materia de Control Sanitario de la Publicidad, actualmente 30 entidades federativas, autorizan publicidad de productos y servicios de su competencia como son: prestación de servicios de salud “personas morales”; de insumos para la salud, excepto medicamentos y, servicios y procedimientos de embellecimiento; en 31 entidades se llevan a cabo acciones de vigilancia sanitaria y 29 entidades coadyuvan monitoreando publicidad de competencia federal.

En el nuevo Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, se estableció el “Aviso de publicidad”, de esta manera en 27 entidades federativas, 87 por ciento, se presentan avisos de publicidad de servicios de salud “personas físicas”; alimentos; bebidas no alcohólicas; insumos para la salud sólo cuando se dirija a profesionales de la salud y productos de perfumería, belleza y aseo.

Asimismo, 17 entidades han iniciado procedimientos jurídicos administrativos, en contra de anunciantes cuya publicidad viola el marco normativo vigente en materia de publicidad de competencia de los estados.

De igual modo se continuó con el proceso permanente de asesoría, capacitación y apoyo a las 31 Unidades Estatales de Control Sanitario de la Publicidad, en el desempeño de las funciones de evaluación y vigilancia sanitaria de la publicidad.

- En el mes de marzo se llevó a cabo un Taller de Capacitación e Inducción a los titulares de la Unidad Estatal de Control Sanitario de la Publicidad, al cual asistieron los representantes de los estados de Baja California, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Sonora.

Prestación de Servicios

Se realizaron acciones de vigilancia sanitaria con el monitoreo de los medios masivos de comunicación en prensa, impresos, televisión, radio, espectaculares e Internet, con la verificación de

274 688 anuncios publicitarios de los productos, servicios y actividades sujetos a control sanitario en materia de publicidad.

Resultados de monitoreo de medios

Año	Publicidad monitoreada
1997	240 327
1998	231 312
1999	197 625
2000	228 908
2001 (Diciembre-00 / Agosto-01)	274 688

Evaluación Publicitaria

Durante el ejercicio que se informa, se registra un incremento importante de las actividades a cargo de la Dirección, con la obligación de reducir el tiempo de respuesta a la promoción de los particulares de las solicitudes de autorización publicitaria; a partir de la vigencia del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad, se reciben los avisos de publicidad, por lo que sumados a las solicitudes de autorización de proyectos de mensajes de publicidad, dan un total de 6 779 mensajes publicitarios, lo que representa un ingreso para la Federación por la cantidad de casi 9 millones de pesos, por concepto de pago de derechos de estos últimos.

Resultados de evaluación publicitaria

Año	Proyectos publicitarios	Avisos
1997	4 320	-
1998	5 648	-
1999	5 288	-
2000	5 543	800
2001 (Diciembre-00 / Agosto-01)	4 728	2 051

1.4.4. Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios

Con base en el nuevo marco normativo establecido en el Decreto de Creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; la Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios, tiene las siguientes atribuciones: ejercer el control sanitario a que deberán sujetarse las actividades, productos, establecimientos y servicios vinculados con el proceso, importación y exportación de los alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas, tabaco y productos de perfumería, belleza y aseo, así como las materias primas y aditivos que intervengan en su elaboración, productos biotecnológicos relacionados con los anteriores y sustancias y elementos que puedan afectar su proceso; elaborar, con la participación de la Dirección Jurídica y de Política Normativa, y expedir las normas oficiales mexicanas, así como establecer las especificaciones sanitarias y, en su caso, las propiedades nutritivas de los alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, productos de

perfumería, belleza y aseo, tabaco, materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los mismos, productos biotecnológicos, sustancias y elementos que puedan afectar su proceso, así como de los establecimientos, servicios y actividades vinculados a los productos mencionados; imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad, en la esfera de su competencia, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las resoluciones que impongan sanciones económicas para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución:

Para vincular la salud en el desarrollo económico y social se llevaron a cabo diversas actividades.

Seguridad Sanitaria de los Alimentos

Una de las preocupaciones permanentes de los gobiernos es establecer condiciones que posibiliten el acceso de la población a una alimentación suficiente, nutritiva y sana. En tal contexto, el aseguramiento de la calidad sanitaria de los alimentos determina una serie de condiciones sociales y económicas que impactan indudablemente en la calidad de vida de las personas. Las enfermedades gastrointestinales son producidas principalmente por agua y alimentos contaminados y constituyen una de las principales causas de morbilidad debida a factores infecciosos.

La preservación de la salud de las personas, al reducir los riesgos asociados al consumo de alimentos contaminados, alterados o adulterados, es uno de los objetivos del aseguramiento de la calidad sanitaria de los alimentos, al tiempo que permite incrementar la disponibilidad de alimentos y elevar el nivel competitivo de las empresas; en este sentido, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios en coordinación con los Servicios de Salud Pública de las Entidades Federativas, ejerce el control sanitario de los alimentos mediante un conjunto de acciones de orientación, educación, verificación, muestreo y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones; de manera paralela, promueve el cumplimiento de las disposiciones sanitarias a través de acciones de fomento, con la participación de los productores, comercializadores y consumidores. En este sentido se obtuvieron los siguientes resultados:

Control sanitario de establecimientos

Los productos alimenticios nacionales e importados son vigilados mediante un programa de verificación aleatorio que permite vigilar con mayor intensidad aquellos giros que representan mayor riesgo, optimizando los recursos existentes en la dependencia. Del 1° de diciembre al 31 de agosto se realizaron 3 716 visitas de verificación, 3 915 muestreos de productos y 3 203 muestreos de etiquetas y se efectuaron los dictámenes y notificaciones correspondientes. Como resultado de estas acciones se ha contribuido a mejorar las condiciones sanitarias de productos y establecimientos. En el cuadro siguiente se señalan algunos resultados:

Mejoría de la calidad sanitaria en establecimientos y productos	2000 Porcentaje	2001 Porcentaje
Cumplimiento de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad en los establecimientos sujetos a regulación	81	81
Cumplimiento de especificaciones microbiológicas de leche pasteurizada	63	92
Muestras de productos de la pesca frescos, refrigerados y congelados identificadas con <i>Vibrio Cholerae</i>	11	0
Muestras de productos cárnicos donde se detectó la presencia de <i>Salmonella sp</i>	4	0
Muestras de sal para consumo humano que cumplen con la adición de yodo	96	96

Primer Informe de Labores

También se realizaron acciones especiales para la mejora de la seguridad sanitaria de la leche pasteurizada nacional, de los quesos artesanales, del mejoramiento de los servicios generales en los mercados públicos y centros de abasto, del contenido de aflatoxinas en maíz en Tamaulipas y de la venta de alimentos en la vía pública como a continuación se muestra:

Programa	Retos	Resultados
Pasteurizadoras	Mejora tecnológica y de calidad de los productos	78-82% de cumplimiento de BPHS
Quesos	Integración del Padrón y aplicación de las Buenas Prácticas Sanitarias	13% de cobertura en verificación de 3 285 establecimientos
Mercados Públicos y Centros de Abasto	Mejora de los servicios que permitan tener Buenas Prácticas Sanitarias en los locales y bodegas	1 936 establecimientos 96.7% del padrón conformado
Maíz en Tamaulipas	Control sanitario para evitar que el maíz contaminado por aflatoxinas sea distribuido a los mexicanos	0% dirigido a consumo humano

Adicionalmente se realizaron acciones de forma coordinada con los Servicios Estatales de Salud de la República Mexicana, obteniéndose los siguientes resultados:

Agua purificada envasada y hielo industrial y purificado

Años	Padrón de Plantas	Verificación %	Número de Verificaciones	Número de Visitas por Planta	% de Plantas con Anomalías	% de Muestras con Coliformes (Totales, no fecales)	% de Suspensión de Trabajos y Servicios
Agua							
2000	2 137	100	6 478	3.03	31.47	10.20	2.14
2001 (ene-jun)	2 208	100	4 617	2.09	30.62	9.65	1.77
Hielo							
2000	460	100	1 586	3.44	18.34	8.89	1.76
2001 (ene-jun)	580	100	970	1.67	23.50	12.47	0.82

Programa Permanente de Fomento al Consumo de Productos Pesqueros

Parámetros	2000	2001
No. de visitas a plantas de productos pesqueros, pescaderías, ostionerías y restaurantes	39 641	54 865
No. de muestras analizadas	30 714	31 624
No. medidas de seguridad sanitaria y sanciones	3 589	2 629
No. de volantes informativos repartidos	118 620	223 225

En el mismo período se atendieron diversas alertas sanitarias derivadas del comercio internacional de alimentos presuntamente contaminados con microorganismos patógenos y sustancias tóxicas.

Actualización y complementación de los instrumentos legales y normativos

Debido a la carencia de referencia técnica para la regulación de los bienes y servicios, se ha tratado de cubrir lo más rápidamente posible la falta de especificaciones, actualizando los elementos normativos en la materia para el período que se informa, se han realizado trabajos con 8 proyectos de normas.

Dentro del mismo ámbito de la normalización y en virtud de que las responsabilidades se comparten con otras dependencias, se consideró conveniente desarrollar esquemas de trabajo coordinado, particularmente en los campos en los que los ámbitos de competencia se traslapan. En este sentido, se iniciaron trabajos de colaboración con la SAGARPA, así como el desarrollo de un plan estratégico para contender con la inocuidad de los alimentos.

Apoyo a los procesos de comercio internacional

Durante el período que se informa se atendieron un total de 7 798 trámites relacionados con el comercio internacional.

Trámites atendidos relacionados con el comercio internacional

Tipo	2001
Trámites relacionados con la importación	4 810
Trámites relacionados con la exportación	2 988
Total	7 798

En el ámbito del fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud se desarrollaron diferentes acciones, a mencionar:

Modernizar y fortalecer la regulación sanitaria

El modelo cuya finalidad es ofrecer la posibilidad de atender los problemas en los lugares mismos donde se originan, ha sido descentralizado a todas las Entidades Federativas, preservando la rectoría de la Federación respecto a la normatividad con objeto de dar congruencia a la definición y desarrollo de la regulación sanitaria de los bienes y servicios y determinar el funcionamiento del programa evitando así el desfase regulatorio entre una entidad con relación a otra. Para su consolidación se están desarrollando diversas estrategias como:

Formación y desarrollo de recursos humanos

Se han desarrollado acciones de capacitación a través de cursos, conferencias y talleres, en temas relacionados con la armonización de los procedimientos de verificación, dictamen y fomento sanitario, dentro de las que destacan:

- 24 cursos de capacitación sobre verificación, dictamen y seguimiento jurídico a 850 personas.
- 2º Diplomado en verificación sanitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.
- 19º Diplomado en la materia en la Facultad de Química de la UNAM.

- Colaboración en la Maestría de Regulación Sanitaria del Instituto Nacional de Salud Pública.
- Taller de evaluación de riesgos con la SAGARPA y la OPS.
- Pláticas semanales de divulgación científica y tecnológica, para las cuales se contó con la presencia de 13 expertos en diversos campos de la ciencia y la técnica, de los sectores gubernamental, académico e industrial.

Desarrollo de documentación normativa

El proceso de descentralización consideró además de las acciones de capacitación y actualización del personal responsable de la operación del programa de bienes y servicios, la dotación de los manuales, guías y referencias para el funcionamiento del programa, así como de los correspondientes al sistema de cómputo de control sanitario, que les permite apoyar la operación, concentrar volúmenes de información, y la obtención de información más oportuna y veraz para la toma de decisiones. Se editó el libro sobre el “Seminario sobre venta de alimentos en la vía pública”; se revisaron 3 instrucciones de trabajo para el desarrollo de la verificación sanitaria y se desarrolló una nueva instrucción de trabajo misma que fue enviada para comentarios a todo el país.

Armonización Internacional

Se asistió a los siguientes eventos, donde la delegación mexicana realizó aportaciones importantes:

- 2ª Reunión Internacional del Grupo de Acción Intergubernamental Especial del Codex sobre Alimentos Obtenidos por Medios Biotecnológico.
- 4ª Reunión de Autoridades Sanitarias de las Américas sobre productos cosméticos realizada en Argentina.
- Reunión con Autoridades Sanitarias de Países Centroamericanos en Panamá.
- 9ª Reunión del Comité del Codex sobre Sistemas de Inspección y Certificación de Importaciones y Exportaciones de Alimentos, realizada en Perth, Australia.
- 12ª Reunión del Comité del Codex para Latinoamérica y el Caribe.
- 24ª Reunión Internacional de la Comisión del Codex Alimentarius en Ginebra Suiza.
- 29ª Reunión Internacional del Codex Alimentarius del Comité de Etiquetado de Alimentos Preenvasados.
- Exposición y Convención Internacional de la Industria Cárnica.
- V SIMPOSIUM Internacional de “Alimentos Fermentados y Funciones Digestivas Saludables”.

1.4.5. Laboratorio Nacional de Salud Pública

El Laboratorio Nacional de Salud Pública es el sustento técnico-científico en algunas de las acciones de la regulación y control necesarias para proteger a la población contra posibles riesgos sanitarios. Asimismo, es un mecanismo de apoyo en algunos programas sustantivos de prevención y protección de la salud.

Entre sus actividades principales se encuentran verificar la calidad e inocuidad de los alimentos, bebidas, medicamentos, biológicos, cosméticos y otros productos como juguetes, cerámica y muestras

ambientales a través de ensayos de laboratorio en cumplimiento con las normas oficiales mexicanas. Además, lleva a cabo la aprobación de los laboratorios de prueba oficiales y privados para asegurar la calidad del servicio permitiendo ampliar la cobertura.

Otra función es coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública con el fin de armonizar los criterios de funcionamiento y homologar métodos de prueba, lo cual se lleva a cabo a través de diversas estrategias como capacitación, asesorías, supervisiones y coordinación del Programa Nacional de Muestras Control.

En este informe se presenta información relacionada con las actividades analítica, capacitación y aprobación de laboratorios de prueba.

La razón principal de un laboratorio es realizar análisis. El objetivo de estos puede variar; pueden llevarse a cabo como parte de un proyecto de investigación, para evitar daños a la población al identificar riesgos potenciales o actuales y/o como apoyo en la toma de decisiones en procesos legales. La actividad analítica sustenta estas tres funciones. De ahí que los resultados deban ser de calidad, es decir confiables y oportunos. Es por estas razones que se han desarrollado una serie de acciones que le han permitido cumplir con efectividad su responsabilidad.

Las metas del programa analítico se establecen de acuerdo con las necesidades de los usuarios y la capacidad instalada del propio laboratorio; el tipo de muestras ha ido variando de acuerdo con la normatividad actual lo que está íntimamente relacionado con la metodología implementada.

Las muestras que se reciben para control se clasifican en tres grandes categorías: alimentos, en donde se incluyen agua, bebidas y otros diversos; medicamentos y productos biológicos en donde las vacunas son de las más importantes.

Para el período que se informa se han analizado un total de 19 347 muestras y realizado aproximadamente 96 735 determinaciones, lo que corresponde 116 por ciento de cumplimiento de la meta establecida.

Actividad Analítica
Diciembre 2000 / Agosto 2001

Tipo de muestras	Analizadas
Alimentos	14 367
Medicamentos	1 652
Biológicos	984
Otras toxocologías	2 344
Total	19 347 (116%)

El indicador de cumplimiento de la meta puede variar debido a situaciones externas al propio Laboratorio y usuarios del servicio, como es la presencia de fenómenos naturales que obligan a realizar operativos especiales en la vigilancia epidemiológica o en la regulación sanitaria. Tal fue el caso del operativo especial de monitoreo de plomo en dulces o la certificación de productos con la NOM-SSA-010 Límite de Plomo y Cadmio Soluble Cerámica Vidriada y NOM-SSA-115 Seguridad e Información Comercial en Juguetes y Artículos Escolares.

Es fundamental que el Laboratorio emita resultados además de confiables en los tiempos mínimos requeridos en la realización del análisis. Como resultado se establecieron estándares de respuesta que se han reducido como lo muestra el siguiente cuadro:

Tiempos de respuesta

Producto	Año		
	Anterior a 1998	1998-2000	2001
Alimentos	mayor a 45 días	45 días	30 días
Medicamentos	mayor a 45 días	45 días	28 días
Biológicos	mayor a 90 días	60 y 90 días	desde 20 a 90 días

Los resultados anteriores se han logrado en parte debido a que el Laboratorio implementó un sistema de calidad, lo cual favorece que cada una de las actividades de los procesos y el desarrollo de sistemas hayan sido documentados, lo que significa que se tiene consistencia. Esto ha sido plenamente demostrado al continuar con una acreditación vigente de parte de la Entidad Mexicana de Acreditación, para la realización de más de 500 pruebas, así como la renovación de la certificación en la guía ISO-9002 de parte del Instituto Mexicano de Certificación y Normalización. Lo anterior significa que se tiene un sistema que permite revisar y establecer políticas y objetivos de calidad acordes con nuevos conceptos de nivel internacional.

El impacto más relevante de las acciones anteriores se ve reflejado en la captación de ingresos propios a través de cuotas de recuperación por el servicio analítico, el cual representa 97.5 por ciento del Presupuesto Anual de Cuotas y 47 por ciento del Presupuesto Global Anual.

Con relación a la meta de capacitación se tiene un cumplimiento de 89.5 por ciento, reflejándose una meta por abajo de la programada en el área administrativa; esta situación en parte es debida a que la reestructuración de la Secretaría también afectó al Laboratorio Nacional de Salud Pública, por lo que ha habido una rotación importante de personal administrativo además de los retiros voluntarios.

Capacitación

Capacitación	Agosto 2001		Diciembre 2001
	Programada	Alcanzada	
Técnicos Químicos Veterinarios Biólogos	794	729	192
Administrativos	107	78	25
Total	901	807	217

El Laboratorio Nacional de Salud Pública tiene como atribución aprobar los Laboratorios de Prueba Oficiales o Privados para realizar la evaluación de la conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas publicadas por la Secretaría de Salud. Así como coordinar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública por lo que para ello se efectuaron 40 visitas de evaluación por diferentes causas; 8 de primera vez, 15 de seguimiento, 8 renovaciones, 7 de ampliación y 2 por mostrar inconsistencias en su servicio.

La SSA y la SAGARPA establecieron con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y el Departamento de Agricultura del Gobierno de los EEUU (USDA), un arreglo de cooperación con el propósito de mejorar la inocuidad de los alimentos y reducir las enfermedades transmitidas por alimentos en ambos países. El acuerdo cubre los alimentos procesados y sin procesar, los alimentos balanceados, aditivos e insumos como plaguicidas y medicamentos veterinarios. Las actividades consideran el intercambio de información, diálogo para el desarrollo de posiciones comunes, cuando así convenga a ambos países, identificación de proyectos de investigación y regulaciones de interés mutuo y entrenamiento conjunto. Como parte del arreglo se pretende también firmar cartas de confidencialidad respecto a la información proporcionada por la FDA. Este se firmará el 4 de septiembre durante la Reunión Bilateral, a desarrollarse.

1.5. Programa Mujer y Salud

El Programa Mujer y Salud (PROMUSA), inició sus actividades en el mes de marzo de este año, tiene como misión reducir las inequidades de género a través de la incorporación de la perspectiva de género de manera transversal en el Sistema Nacional de Salud. Cabe mencionar su carácter multisectorial además del interinstitucional, ya que este Programa presenta múltiples puntos de convergencia con los programas estratégicos de la Secretaría de Salud, lo que propicia la potencialización de sus acciones.

A través del Programa de Mujer y Salud, se definen y diseñan políticas para generar más y mejores oportunidades para la protección y preservación de la salud de las mexicanas, estas acciones consideran su intervención desde la planeación y la asignación presupuestal, hasta la prestación de los servicios, la seguridad social, la enseñanza, la información y la investigación.

Con la creación del Consorcio Nacional Mujer y Salud, se enfatizan desde una perspectiva de género aspectos como:

- Crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres.
- Reducir las inequidades entre hombres y mujeres en el terreno de la salud.
- Mejorar la calidad de la atención a las necesidades de salud de las mujeres.
- Fortalecer la protección financiera de las mujeres en materia de salud.

La incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud, permitirá reducir la brecha de inequidad, hasta hoy vigente, ya que se han identificado necesidades diferentes de atención, debido a que:

- Los riesgos específicos asociados a actividades y actitudes consideradas femeninas o masculinas.
- Distinta percepción de necesidades de atención de hombres y mujeres.
- Diferente grado de acceso y de control sobre los recursos.
- Responsabilidades diferenciadas inapropiadamente en la familia y en la comunidad.
- Distinta prioridad en la asignación de los recursos públicos para la atención de la salud y en la investigación.
- Distinta participación en el proceso de democratización de la salud.

El PROMUSA orientó sus acciones durante el presente período a documentar las inquietudes de género que existen en esta compleja relación, y al diseño de políticas que las reduzcan, para lograr una mayor equidad entre hombres y mujeres, con tales fines se desarrollaron acciones en los ámbitos de:

Promoción y abogacía, participando en la 19 Reunión del Subcomité del Programa Mujer, Género y Desarrollo de la OPS, Washinton, D.C.; en el Simposium 2001 sobre Violencia de Género en América Latina y el Caribe; en la Reunión sobre Derechos de las Mujeres a la Salud y Análisis de Presupuestos. Asimismo, se colaboró con la Oficina para el Desarrollo Regional de los Pueblos Indígenas, para desarrollar un programa de salud reproductiva y violencia doméstica en población indígena.

En este ámbito, la SSA participó conjuntamente con SEDESOL, INI, ST, CONAFE, INEA, DIF e IMSS, en la estructuración del programa interinstitucional sobre jornaleros agrícolas; así como en el Foro Proequidad y en el Taller de Priorización de Programas de Acción, este último realizado en Cocoyoc, Mor.

En el campo de la investigación, se desarrollaron y propusieron diversos protocolos de investigación, como el de las “Diferencias en la Calidad de los Servicios en Hombres y Mujeres en Servicios de Urgencias y Consulta Externa”; el protocolo para la Encuesta Nacional de Salud con Perspectiva de Género; y el protocolo de investigación que incluye los cuatro componentes del programa, que se está realizando conjuntamente con Funsalud y *Population Council*.

En cooperación técnica, se participó en la revisión e incorporación de las variables de género en la Estructura Programática 2002, además se elaboró el documento de “Presupuestos Sensibles al Género”, que se distribuyó en todas las áreas de la SSA. Asimismo, de manera conjunta con la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA, se realizó la revisión de los instrumentos del Sistema Nacional de Información.

INFORME DE LABORES

D. R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D. F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 968 811-984-0

www.ssa.gob.mx

Presentación

PRESENTACIÓN

Honorable Congreso de la Unión:

En cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 80 de la Ley de Planeación, me permito someter a la consideración de esa soberanía el Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al período que comprende del 1º de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001.

En este lapso se han dado los primeros pasos para contribuir, desde el Sector Salud, al cambio que la sociedad mexicana expresó como mandato democrático. Por ello, en estos meses, con la participación activa de los trabajadores de la salud en su conjunto, nos hemos dado a la tarea de iniciar una profunda renovación de la labor sustantiva de la Secretaría de Salud y, en consecuencia, a su reestructuración orgánica.

El rumbo de nuestro sistema de salud está claramente definido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, elaborado a partir de una amplia consulta ciudadana que resultó ejemplar por la intensa participación de todos los sectores de la población a través de más de 23 mil propuestas.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo. Su visión está definida para que en el año 2025 toda mexicana y todo mexicano tenga acceso a la protección de su salud, cuyo objetivo privilegia la atención de los grupos más vulnerables. Con un sistema de salud estrechamente vinculado a otros sectores afines como: desarrollo social, educación, ambiente, seguridad, así como con la participación solidaria e incluyente de la sociedad en su conjunto.

Para fortalecer el Sistema Nacional de Salud, es necesario reconocer los avances importantes que se han obtenido en las últimas décadas, pero también aceptar los rezagos que se tienen y los problemas emergentes que se presentan, producto de la transformación no sólo del país, sino del contexto general de las naciones.

Por eso, en el Programa se establecieron tres retos fundamentales para atender este desafío, que contribuyan al cambio en el país y que nos conduzca a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; abatir las desigualdades en salud; garantizar un trato adecuado; evitar gastos excesivos que impacten en el bolsillo, así como fortalecer las instituciones públicas.

Los retos son: Calidad, Equidad y Protección Financiera.

El primer reto corresponde a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, donde se hacen los mejores esfuerzos para que el usuario de estos servicios, sobre todo aquellos que carecen de seguridad social, se sientan satisfechos, tanto del trato digno, como de los resultados, estos últimos en beneficio de su salud. Para ello, se buscará fortalecer la infraestructura física y de recursos humanos, capacitar e incentivar a los prestadores de servicios, mejorar la calidez en la atención y otras actividades en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que ya dio inicio.

Para enfrentar el reto de la equidad, se requiere disminuir la brecha de los rezagos y las dolorosas desigualdades que aún persisten y que se acentúan entre regiones y entre mujeres y hombres, principalmente en la zona sur del país, afectando a la población con mayor grado de marginación. Atacaremos con mayor énfasis los problemas del subdesarrollo, como son los relacionados con las infecciones comunes, la desnutrición, los padecimientos ligados al embarazo y al parto; así como a enfermedades asociadas al desarrollo industrial y urbano, tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las adicciones y las enfermedades mentales, entre otras.

El tercer reto consiste en evitar los gastos excesivos de bolsillo, que afectan la economía de las familias, en muchos de los casos con graves deterioros en su patrimonio al tener la familia que pagar por su atención en el momento de usar los servicios. Para dar atención a esto, estableceremos acciones que fortalezcan el Sistema Nacional de Salud, con esquemas de financiamiento justos, que eviten la postergación de la atención médica, por falta de recursos, o que incluso deban renunciar a ella.

Se inició la ejecución del Programa Nacional de Salud y la atención de los tres grandes retos, a través de la puesta en marcha de 10 estrategias básicas, con las cuales al término de la Administración, lograremos que las mexicanas y los mexicanos contemos con mejores niveles de salud, para estar involucrados efectivamente en el desarrollo del país.

Con el informe de labores que presentamos, damos a conocer de manera sucinta las principales actividades y los resultados del esfuerzo de la Secretaría de Salud, donde los médicos, las enfermeras, los paramédicos, el personal de los servicios y los administrativos, día con día comprometen su participación en beneficio de la población.

Julio Frenk Mora

Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD

Misión Institucional

La Secretaría de Salud en su misión asume: contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la prevención y promoción de la salud como objetivo social compartido; alcanzar el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población. Además:

Favorecer los procesos que impulsen la enseñanza y formación de recursos humanos para la salud, que permita a los trabajadores un desarrollo profesional y personal, así como un mejor desempeño laboral.

Fortalecer las acciones de investigación en sus diversos campos, que propicien la actualización en nuevas técnicas para el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación temprana, en beneficio de las mexicanas y mexicanos.

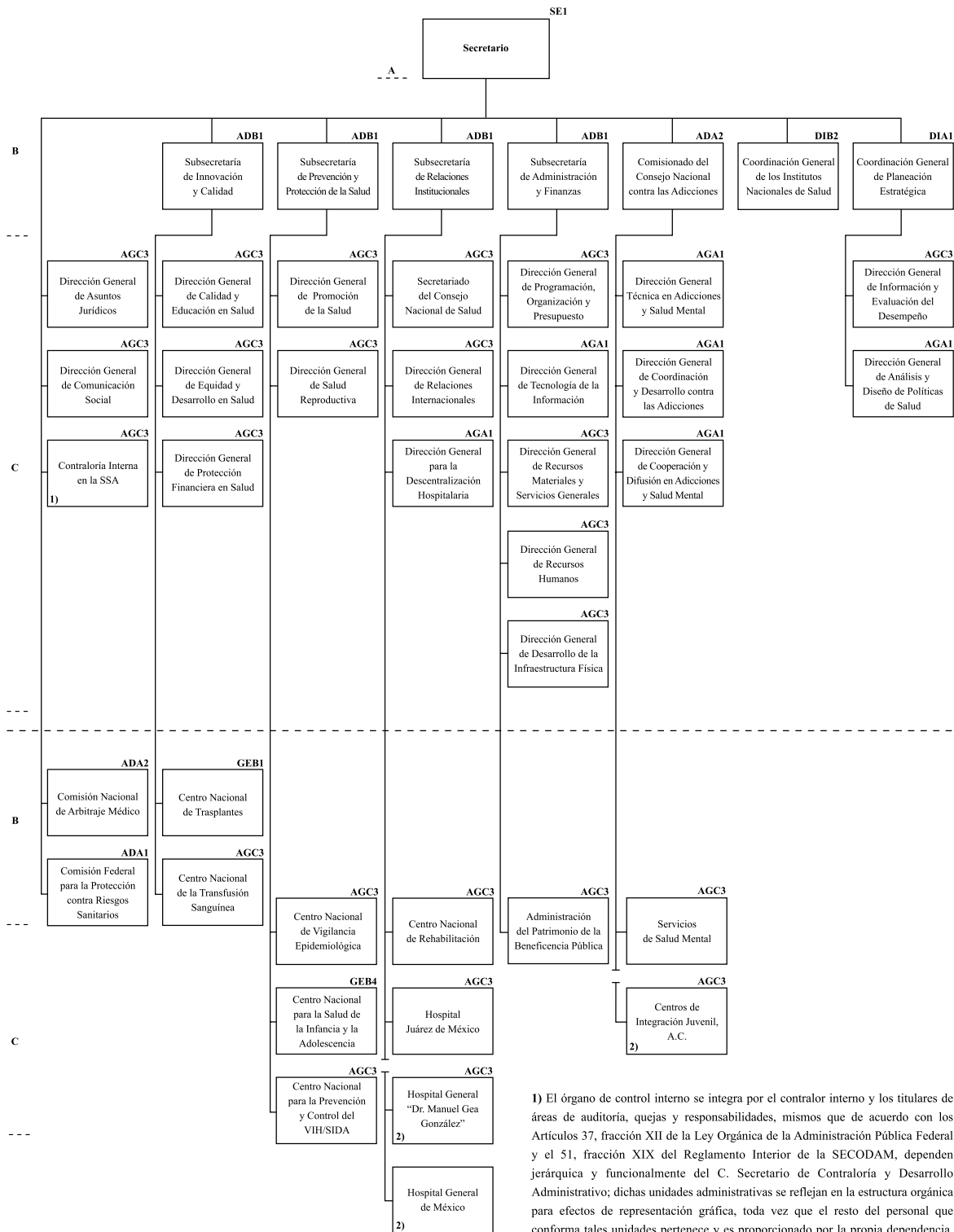
Fortalecer su función rectora que favorezca el diseño e implementación de políticas, programas, y proyectos, así como impulsar la coordinación intra e intersectorial, y las acciones de supervisión, evaluación y seguimiento, del Sistema Nacional de Salud.

Estructura Orgánica

Durante los primeros meses, se realizó un análisis de las atribuciones y funciones de cada una de las unidades administrativas, con objeto de readecuar la estructura orgánica a los nuevos compromisos establecidos a partir de la transición democrática determinada por las mexicanas y mexicanos. De la evaluación realizada, se establecieron 4 subsecretarías, un comisionado, 2 coordinaciones generales, 20 direcciones generales, 11 órganos desconcentrados y 13 organismos públicos descentralizados, en una estructura básica que responde a los retos que tiene en materia de salud, la presente Administración: mejorar la calidad de los servicios, alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud; y dotar de protección financiera a la mayoría de la población.

Para su funcionamiento, se publicó el 5 de julio próximo pasado, el Reglamento Interior que establece las funciones de cada una de las unidades que la integran.

Secretaría de Salud
Estructura Básica
 Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud
 Vigencia: 2001



1) El órgano de control interno se integra por el contralor interno y los titulares de áreas de auditoría, quejas y responsabilidades, mismos que de acuerdo con los Artículos 37, fracción XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el 51, fracción XIX del Reglamento Interior de la SECODAM, dependen jerárquica y funcionalmente del C. Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo; dichas unidades administrativas se reflejan en la estructura orgánica para efectos de representación gráfica, toda vez que el resto del personal que conforma tales unidades pertenece y es proporcionado por la propia dependencia.

2) Organismos Públicos Descentralizados.

La recomposición de la estructura orgánica no sólo fortalece la función de rectoría, normatividad, asesoría, supervisión, evaluación y control, en materia de salud, sino que propone una nueva forma de interactuar con los Organismos Públicos Descentralizados estatales (OPD's), así como con los organismos públicos descentralizados de control indirecto, como son los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Generales, quienes son los responsables de prestar los servicios de salud a la población no asegurada, en especial a la población indígena y a la que se encuentra en mayor grado de marginación.

La nueva estructura tiene por objeto que la Secretaría de Salud a través de sus unidades administrativas conduzca las actividades en forma programada y con base en las políticas, se alcancen los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Se integra por:

El C. Secretario, quien tiene la encomienda de establecer, dirigir y controlar las políticas, programas, proyectos, normas y reglamentos de la Secretaría de Salud; aprobar la organización y funcionamiento de la SSA; aprobar y expedir el Manual de Organización General de la Secretaría y las Condiciones Generales de Trabajo de la misma; e informar al Congreso de la Unión sobre el estado que guarda la Secretaría y el sector que coordina, entre otras.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad que promueve, diseña, conduce, regula y evalúa las acciones permanentes e innovadoras que contribuyan a garantizar el acceso, la equidad y la calidad para mejorar continuamente la prestación de los servicios y las condiciones de salud y de satisfacción de la población.

La Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, tiene la misión de vigilar, controlar y coordinar los programas dirigidos a la atención médica y asistencia social, la salud reproductiva y la planificación familiar, la promoción de la salud, la medicina preventiva, el control sanitario y la vigilancia epidemiológica.

La Subsecretaría de Relaciones Institucionales coordina la relación institucional de la SSA con el Congreso de la Unión y otras instancias que determine el C. Secretario; fomenta la participación ciudadana para democratizar las políticas y programas de salud; y vigila las acciones en materia de cooperación internacional. Además, incorpora nuevos modelos para la gestión hospitalaria y propicia la consolidación del Sistema Nacional de Salud y de los Sistemas Estatales de Salud.

La Subsecretaría de Administración y Finanzas sustituye a la Oficialía Mayor, conserva sus funciones y fortalece su participación en la administración descentralizada de los servicios de salud, en el marco del proceso de descentralización que permite tener ahora una función integradora y normativa de la administración de los recursos para la salud.

Por otra parte, se continuó con:

La Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, que tiene la encomienda de apoyar y dar seguimiento a los programas, acuerdos y compromisos de trabajo, que adquirieron los titulares de los Institutos Nacionales de Salud con los órganos de gobierno; realizar actividades para mejorar las acciones de investigación y enseñanza que se realiza en los institutos, que propician la actualización de nuevas técnicas para el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación, en beneficio de la población que atiende y que carece de los servicios de seguridad social.

El Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones, tiene como uno de sus propósitos establecer las estrategias para el combate frontal contra las adicciones, considerando como ejes integradores la educación, la prevención, el tratamiento, así como el control de la publicidad y las modificaciones fiscales en la materia. Por otro lado, favorecer el desarrollo del modelo de atención a la salud mental, establecer programas para la atención integral de los trastornos mentales y favorecer la oferta de los servicios para la atención de la población con enfermedades mentales.

Se creó:

La Coordinación General de Planeación Estratégica, con el fin de actualizar los planes y programas dentro de las nuevas políticas establecidas por el Ejecutivo Federal y en específico las relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, acordes con el proceso innovador, que pretende mejorar la calidad y ser más equitativo en todos los órdenes en que participa la Federación, para que la población en general tenga certidumbre y confianza en los resultados presentados.

A efecto de fortalecer las atribuciones actuales, están en elaboración manuales de operación que respondan a las funciones y ámbitos de competencia de las unidades administrativas que conforman la estructura básica y no básica de la Secretaría de Salud.

Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

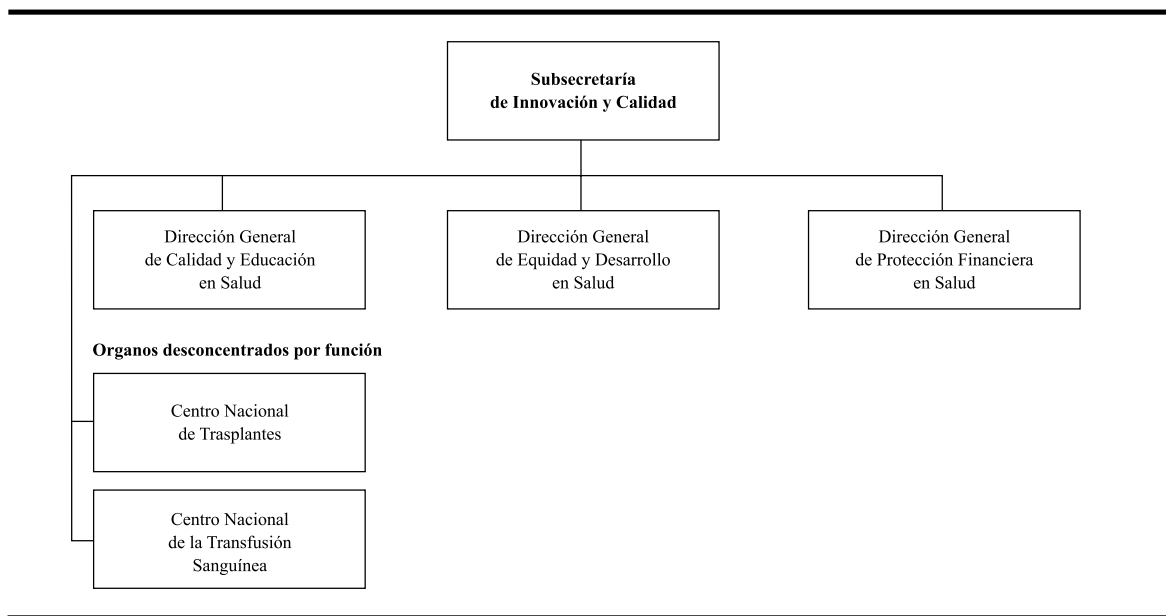
2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Función

La Subsecretaría de Innovación y Calidad tiene como función establecer las normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que deban regir en las unidades administrativas que se encuentran adscritas a su responsabilidad. Asimismo, promueve, diseña, conduce, regula y evalúa acciones permanentes e innovadoras que contribuyan a garantizar el acceso, la equidad y la calidad para mejorar continuamente la prestación de los servicios y las condiciones de salud y de satisfacción de la población.

Estructura Orgánica

Subsecretaría de Innovación y Calidad



Su estructura se encuentra integrada por tres Direcciones Generales: Calidad y Educación en Salud; Equidad y Desarrollo en Salud y Protección Financiera en Salud. Estas tres unidades administrativas se integran con trece direcciones de área; 23 subdirecciones y 66 jefaturas de departamento. Además de lo anterior, la Subsecretaría coordina las acciones que en materia de normalización, sistemas y procedimientos llevan a cabo dos unidades desconcentradas como son el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y el Centro Nacional de Trasplantes.

Dentro de los compromisos establecidos para esta Administración, está la protección de la población no asegurada de los gastos excesivos en salud, que tiene que pagar gastos médicos de hospitalización y medicamentos que impactan en su bolsillo. Para evitar esto, se inició el análisis para definir el proyecto que permita a la población no asegurada, tener acceso al segundo nivel de atención, que disminuya el impacto de una enfermedad o accidente sobre el ingreso disponible de las familias.

Por otra parte se lanzó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como un programa de concertación de acciones por parte de todo el sector, pudiendo a la fecha no sólo construir

y monitorear seis indicadores de trato digno, sino que además han logrado disminuirse los tiempos de espera para recibir atención médica de primero y segundo nivel en promedio 6 minutos a nivel nacional, hecho que constituye un hito en la prestación de los servicios de salud en nuestro país.

Acorde a lo establecido en el Programa Nacional de Salud, se instaló la Coordinación de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y como hecho significativo se inició la ministración de las primeras 500 dosis de micronutrientes a mujeres embarazadas y niños indígenas de hasta 24 meses de edad.

2.1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Tiene como atribuciones, entre otras, proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional para elevar la calidad de los servicios de salud y para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, así como el establecimiento y desarrollo de modelos innovadores educativos y de atención a la salud.

Para cumplir con estas funciones, dispone de una estructura que permite agilizar e integrar los procesos relacionados con los programas para la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, entre los que destacan la formación, capacitación y actualización del personal, el desarrollo de competencias directivas para el personal responsable de conducir los servicios de salud, la profesionalización del personal encargado de la capacitación, la elaboración de Guías Técnicas basadas en evidencias científicas para la prestación de los servicios de salud, la investigación operativa de servicios de salud orientada a la calidad y la regulación y adecuación normativa.

Las actividades para esos programas se realizan en 7 direcciones de área, 10 subdirecciones y 18 jefaturas de departamento.

2.1.1. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Para incidir favorablemente en la calidad de los servicios de salud que otorga el Sistema Nacional de Salud, se puso en marcha al inicio de la actual administración la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo general es elevar la calidad de los servicios y homologarla en niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población.

Durante el período diciembre 2000 - agosto 2001, se desarrollaron diversas actividades a efecto de mejorar la calidad técnica y la percepción de los usuarios de los servicios de salud, con énfasis en aquellos que otorgan las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Se actualizó el diagnóstico situacional para conocer el nivel de calidad de los servicios de salud, se definieron los indicadores de arranque, se proporcionó asesoría a directivos de los Servicios Estatales de Salud y se inició la medición periódica y sistemática de los avances.

El diagnóstico inicial puso de manifiesto el bajo nivel de la calidad en general, la heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, instituciones (públicas y privadas), la pobre percepción por parte de la población y la poca información sobre el desempeño de los servicios de salud en general.

Bajo este contexto se estructuró y puso en operación un proyecto de mejora continua a corto plazo, conocido como “plan de arranque para los primeros 100 días”, conformado por indicadores de calidad

percibida a fin de lograr un impacto favorable en los usuarios de los servicios de salud, mediante la construcción de los siguientes indicadores: tiempo de espera en primer nivel y en urgencias, satisfacción del usuario por el tiempo de espera, surtido completo de recetas en el primero y segundo nivel de atención, satisfacción de los usuarios por el surtido completo de recetas y, satisfacción de los usuarios por la información recibida acerca de su diagnóstico y tratamiento por el médico.

Por otra parte, a partir de marzo del 2001, se inició la instrumentación y puesta en operación del proyecto CALISALUD, el cual se apoya de una línea telefónica gratuita para el usuario TU VOZ, nombre homologado con los números 01800-T(8), U(8), V(8), O(6), Z(9).

Este proyecto, sin duda de gran apoyo para los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, propicia el contacto directo entre usuarios y prestadores de los Servicios de Salud, al cruzar información cuantitativa y cualitativa de los mismos; los resultados sirven también para la oportuna y adecuada toma de decisiones en la determinación de prioridades del enfoque del servicio y en la definición de metas para la implantación de acciones de mejora en el corto, mediano y largo plazo.

Para favorecer el desarrollo de la cultura de calidad, la SSA junto con representantes permanentes del IMSS y del ISSSTE, revisa el avance de la Cruzada; a su vez, los Comités Estatales de Calidad, instancia directiva que coordina y sigue las actividades de mejora de calidad en la entidad federativa, impulsa la instrumentación, aplicación, seguimiento y evaluación de las acciones con el apoyo del Equipo Consultor Sectorial, lo que ha dado como resultado entre otros, la capacitación de poco más de 850 servidores públicos en más de 20 entidades federativas.

En apoyo a este cambio de cultura de las organizaciones, se ha impulsado también la implantación de talleres claves para el cambio al interior de las mismas, en 12 entidades federativas y varias oficinas centrales.

En coordinación con la Facultad de Medicina de la UNAM, se diseñó una estrategia para incorporar aspectos básicos sobre calidad de la atención médica a pasantes en servicio social; el uso de herramientas de medición de aspectos críticos para ser aplicados en unidades de primer nivel, permitirá mejorar la calidad de la atención y el desempeño del estudiante.

Durante el período que se informa, se han constituido y operan regularmente 28 Comités Estatales de Calidad, 140 por ciento de lo programado (20).

Avance Nacional de Indicadores del Primer Nivel de Atención

Indicadores	2000 ^{1/}	2001 ^{2/}	Variación	Porcentaje de avance
Tiempo de espera (minutos)	29	22.6	-6.4	132.7
% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera	63.3	85.5	22.2	90.0
% de recetas surtidas en forma completa	95.2	95.5	0.3	100.5
% de usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos	72.6	87.2	14.6	91.8
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	72.6	92.9	20.3	116.1
% de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento	73.7	93.2	19.5	116.5

1/ Corresponde a cifras de diciembre 2000
2/ Corresponde a cifras de enero a agosto de 2001

Avance Nacional de Indicadores del Segundo Nivel de Atención

Indicadores	2000 ^{1/}	2001 ^{2/}	Variación	Porcentaje de avance
Tiempo de espera (minutos)	22.0	16.0	-6.0	93.8
% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera	81.2	87.5	6.3	92.1
% de recetas surtidas en forma completa	95.1	96.3	1.2	101.4
% de usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos	94.7	90.0	-4.7	94.7
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	84.7	92.0	7.3	115.0
% de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento	84.5	92.0	7.5	115.0

1/ Corresponde a cifras de diciembre 2000

2/ Corresponde a cifras de enero a agosto de 2001

Principales determinantes para la obtención de los avances

Calidad técnica

- Elaboración de diagnóstico de la situación actual del nivel de calidad en los servicios de salud;
- Definición, aplicación y medición periódica de los indicadores de calidad;
- Asesoría y capacitación en materia de calidad al personal de salud en las entidades federativas.

Calidad percibida

- Puesta en marcha del proyecto Calisalud, que contará con una línea telefónica gratuita TU VOZ, a través de la cual se favorecerá la atención inmediata a felicitaciones o quejas.

Desarrollo de cultura por la calidad

- Para la conformación de los Comités Estatales de Calidad, se capacitó a más de 850 servidores públicos del sector.
- Se realizaron los talleres de “Nueve Claves para el Cambio” con equipos interinstitucionales de 12 entidades federativas.
- En coordinación con la UNAM se estableció una estrategia para la medición y mejora de la calidad de la atención de los médicos pasantes en servicio social.

Eficacia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

- La diferencia en el tiempo promedio de espera en los servicios de consulta general fue de 6.4 minutos, cumpliendo así con el tiempo previsto.
- La diferencia de tiempo promedio de espera en los servicios de urgencias fue de 6 minutos, muy cercano al tiempo previsto.
- Se conformaron 28 Comités Estatales de Salud, 140 por ciento respecto a lo programado.
- Se logró la certificación de 6 080 médicos especialistas, avance equivalente al 102 por ciento de lo comprometido para agosto del 2001.

- En el primero y segundo nivel respectivamente:
 - Reducción de 6.4 y 6.0 minutos el tiempo de espera en el primer y segundo nivel de atención.
 - Incremento en 22.2 y 6.3 puntos porcentuales la satisfacción de los usuarios.
 - Incremento en 0.3 y 1.2 por ciento de recetas surtidas en forma completa.
 - Incremento en 20.3 y 7.3 por ciento de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico y en 19.5 y 7.5 por ciento con la información sobre su tratamiento.
 - Incremento en 14.6 por ciento de usuarios satisfechos por la entrega completa de medicamentos en el primer nivel, mientras que en el segundo nivel los resultados estuvieron 4.7 por ciento por debajo de lo esperado, situación que obedece a la falta de disponibilidad del recurso.

2.1.2. Formación, Capacitación y Actualización de Recursos Humanos para la Salud

La formación, capacitación y actualización de los recursos humanos en el área de la salud, se realizó con base en indicadores definidos para la utilización de campos clínicos, en respuesta a una política de desarrollo sustentable y sólida, cuya normatividad garantiza la formación y desarrollo de alta calidad de los recursos humanos para la salud y asegura su cumplimiento.

Las principales estrategias desarrolladas se orientaron al mejoramiento del sistema de información de enseñanza en salud, la coordinación sectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la descentralización de funciones y responsabilidades, la capacitación y educación continua del personal institucional y la implementación de un programa de reconocimiento y estímulos a la productividad, colaboración y eficiencia del personal del área de la salud.

Durante el período que se informa, se asignaron 9 981 campos clínicos para el desarrollo del internado médico en todo el sector, considerando como indicador de cobertura y eficiencia un estudiante por cada cinco camas censables.

	SSA	IMSS	ISSSTE	Otras	Total
Internado Médico	3 843	4 107	1 174	857	9 981

Accedieron 35 519 alumnos de 580 instituciones educativas y 94 carreras vinculadas con las áreas de la salud, a campos clínicos para la realización del servicio social.

	SSA	IMSS	ISSSTE	DIF	Otras	Total
Medicina	6 693	1 949	-	12	379	9 333
Odontología	1 984	519	245	129	590	3 467
Enfermería	10 769	2 111	851	206	879	14 816
Carreras afines	2 110	554	159	64	324	3 211
Regulación Sanitaria	4 570	-	-	-	-	4 570
Investigación	122	-	-	-	-	122
Total	26 248	5 133	1 255	411	2,172	35 519

En unidades de la SSA se ubicó el 74.7 por ciento de estos estudiantes, logrando con ello mayor cobertura de los servicios de salud para población abierta.

En lo que se refiere a los estudios de postgrado, se ratificó la autorización de 80 establecimientos de salud de segundo y tercer nivel como sedes para especialidades médicas y 15 como subsedes, en las cuales se asignaron 5 010 médicos para su formación, en 76 especialidades reconocidas por el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM).

R-1	R-2	R-3	R-4	R-5	R-6	R-7	R-8	Total
1 246	1 381	1 250	739	286	89	17	2	5 010

La coordinación entre la SSA y la UNAM dio como resultado la creación de un Programa de Postgrado para Médicos Especialistas el cual actualmente contempla 40 cursos en 14 sedes.

Otro avance producto de la coordinación interinstitucional es la homologación de las becas que se asignan mensualmente a los médicos que realizan su especialidad, la cual incluye apoyos adicionales para material didáctico y uniformes. Asimismo, continuó el registro y expedición de cédulas a médicos especialistas conjuntamente con la Dirección General de Profesiones de SEP.

	Autorizaciones
Consejos Médicos	18 276
Instituciones Educativas	10 384
Sector Salud	20 497
Curriculum	1 014
Total	50 173

En apoyo al desarrollo del profesional y fortalecimiento de las instituciones de salud en la atención y servicio, se mantuvo el Programa de Servicio Social Profesional. Con este programa se llevan servicios de especialidades básicas en sedes hospitalarias prioritarias de las entidades federativas. Actualmente se tienen 105 sedes autorizadas para servicio social profesional, que brindan atención en las especialidades de anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y medicina familiar, con un total de 969 médicos residentes en su último año.

La SSA a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, apoya a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, órgano colegiado que a su vez se apoya de cuatro Comités (planeación y evaluación, enseñanza de pregrado y servicio social, enseñanza de postgrado, formación de personal técnico), cuatro Subcomités (enfermería, estomatología, psicología y educación continua) y 10 Grupos de Trabajo (homeopatía, trabajo social, ciencias químicas, odontopediatría, ortodoncia, terapia respiratoria, terapia física, radioterapia, gericultura y urgencias).

Como resultado de las acciones realizadas por el Comité de Planeación y Evaluación, se fortalecieron a través de la orientación pedagógica en el área de la salud, 16 planes y programas de estudio y se encuentran en proceso de ajuste 130 en los niveles técnico, licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.

El Subcomité de Enfermería, organizó un taller de evaluación curricular para revisar y proponer un plan de estudios del Bachillerato Tecnológico en Enfermería General más completo; a través del Subcomité de Estomatología se contribuye a garantizar la formación de alta calidad en este ámbito mediante recomendaciones para los planes y programas de la especialidad de odontopediatría, criterios para el desarrollo de actividades de educación continua en estomatología, lineamientos para la apertura de Escuelas y Facultades de Estomatología.

El Comité de Enseñanza de Postgrado y Educación Continua vigila la organización, elaboración y aplicación del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas; fueron sedes de inscripción las 32 entidades federativas y de aplicación 16; se inscribieron 15 000 médicos a los cuales se les proporcionó suficiente información. Durante el examen se establecieron y aplicaron estrictas medidas de seguridad.

El Comité de Formación de Personal Técnico fortaleció los planes y programas de estudio de las carreras técnicas en salud, a través de la elaboración y recomendación de estándares básicos de formación, basada en competencias en las áreas de terapia física, terapia respiratoria, gericultura y urgencias médicas.

Con base en el diagnóstico de necesidades de capacitación de la SSA, se efectuaron 64 eventos, a los que asistieron 1 966 personas, 20 por ciento más de lo programado para el período; se aprobaron 106 becas económicas de capacitación y educación continua y a través de la Comisión Nacional Mixta de Capacitación otras 112 becas a favor de trabajadores de la SSA.

El programa de reconocimiento y estímulos a la productividad alcanzó los siguientes resultados:

Investigación de servicios de salud con enfoque de calidad

Carrera	SSA	ISSSTE	IMSS	SEDENA	SSaDF	MARINA	DIF	SCT
Enfermería	10 172	4 185	1 534	708	634	288	71	11
Médicos	3 822	1 468	546	134	618	85	27	36
Odontólogos	326	115	15	124	138	27	2	2
Total	14 320	5 768	2 095	966	1 390	400	100	49

Durante el período que se informa se desarrollaron 144 proyectos en 13 entidades federativas con el apoyo de la representación en México de la Oficina Sanitaria Panamericana. Para esta modalidad de investigación, se destinaron 2 millones de pesos de primer y segundo nivel de atención dependientes de la SSA.

2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud

Le corresponde contribuir a elevar el nivel de vida y bienestar de los grupos vulnerables mediante el otorgamiento de un paquete de servicios de salud, con equidad de acceso y utilización, principalmente en las regiones prioritarias y a la población con acceso limitado o sin cobertura de los servicios de salud, con énfasis en la atención de la salud de los pueblos indígenas; formular, difundir y coordinar las políticas, programas y estrategias en materia de equidad y desarrollo de los servicios esenciales de salud; e impulsar el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades

de la población, con base en estrategias innovadoras que permitan captar y atender las demandas de la población. Entre otras.

Tiene a su cargo la ejecución, supervisión, evaluación y seguimiento de los programas de extensión de cobertura como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa de Educación, Salud, y Alimentación (PROGRESA) y el Programa de Cirugía Extramuros (PCE); así como los proyectos que inician, como el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS); el Sistema de Salud y la instrumentación en este año del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES).

2.2.1. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud

Programa de Ampliación de Cobertura

Este programa con seis años de vigencia pasará a formar parte de los programas regulares de los estados a partir del año 2002. Continuó otorgando el paquete Básico de Servicios de Salud, a través de sus dos estrategias de operación, la ampliación funcional y la ampliación geográfica, la primera como complemento y reforzamiento de los servicios estatales y la segunda como extensión de los servicios de salud, para acercar los mismos a la población que carece de seguridad social y que se ubica en las áreas de alta marginación.

Universo de trabajo

Para el período de diciembre de 2000 a agosto del 2001 el PAC continuó su operación en las 19 entidades en las que venía trabajando: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

La población cubierta durante este período fue de cerca de 8.5 millones de mexicanos, ubicados en 44 760 localidades de alta y muy alta marginación de 878 municipios. Es importante mencionar, que para finales del 2001 se tiene programado alcanzar una cobertura de 8.8 millones de habitantes. En el universo de municipios que cubre el PAC, residen 4.36 millones de personas, que hablan diferentes tipos de lenguas indígenas.

Principales acciones y resultados

En el período de diciembre del 2000 al mes de agosto del 2001 se dio continuidad a las acciones de apoyo a los servicios de salud, a través del PAC, las cuales dieron lugar a los siguientes resultados:

- Se proporcionó el Paquete Básico de Servicios de Salud (Paquete Básico) a cerca de 8.5 millones de mexicanos del área rural e indígena en condiciones de pobreza extrema, que representan el 96.6 por ciento de los 8.8 millones programados para el 2001.
- Se fortaleció la red de servicios de salud del primer nivel de atención en 878 municipios, de 19 entidades federativas.
- Se incorporó y capacitó continuamente a 5 128 prestadores de servicios de salud.
- Se promovió la corresponsabilidad de la comunidad en acciones de salud a través de 10 778 auxiliares de salud.

- Se difundieron y se establecieron medidas básicas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de pláticas, material impreso (carteles, trípticos, etc.), así como mensajes radiofónicos y videos promocionales.
- Se consolidó la coordinación entre las instituciones que otorgan servicios de salud a la población abierta, y
- Se continuó con la aplicación de la normativa básica del primer nivel de atención para población abierta, con el propósito de alcanzar la cobertura universal a través del Paquete Básico en 28 entidades federativas.

Recursos Humanos

Se continuó apoyando con recursos federales la contratación de 5 128 recursos humanos institucionales 1 552 de la rama médica, 1 538 enfermeras, 1 604 de la paramédica y 434 de otras categorías para el otorgamiento del Paquete Básico. Además, participa personal institucional contratado con otras fuentes de financiamiento, siendo un total de 5 732, que en conjunto con los del PAC, hacen un total de 10 860 recursos humanos institucionales que colaboran en la operación del Programa.

Infraestructura

En materia de infraestructura el PAC se apoya con la operación de 2 362 unidades médicas fijas de primer nivel, de estas unidades 1 110 se fortalecieron con recursos humanos, 1 273 con mobiliario y equipo y 1 973 con medicamentos.

Adicionalmente, participan 1 404 equipos de salud itinerantes para otorgar servicios de salud a los habitantes de los municipios con la población más dispersa y marginada del país. De éstos, 589 corresponden a equipos de salud que cuentan con vehículos para transportarse, 184 brigadas a pie y 631 de otras modalidades. Adicional a esto se realizaron acciones en apoyo a la estrategia de ampliación funcional y de continuidad a la consolidación de la ampliación geográfica de servicios de salud.

Estas acciones comprendieron fundamentalmente el reforzamiento y construcción de centros de salud. En tal sentido las obras se definieron con base en los Planes Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA), así como en los requerimientos inmediatos de atención a unidades deterioradas, a la creación de nueva infraestructura en apoyo a la operación de unidades móviles de salud.

En el período reportado se concluyó la construcción de 52 nuevas unidades de salud, con inversión federal de 20.85 millones de pesos, en beneficio de poco más de 112 mil habitantes; se construyeron 5 almacenes regionales para mejora de abasto; con inversión federal de 2.75 millones de pesos; se construyó un hospital, con inversión federal de 2.53 millones de pesos, en beneficio de poco más de 138 mil habitantes; se ampliaron 10 unidades con inversión federal de 1.10 millones de pesos, en beneficio de casi 19 mil habitantes; se amplió un hospital regional, con inversión federal de 245 mil pesos, en beneficio de poco más de 8 mil habitantes; se ampliaron 2 edificios jurisdiccionales con inversión federal de 300 mil pesos; se rehabilitaron 37 unidades de salud, con inversión federal de 5.32 millones de pesos, en beneficio de poco más de 88 mil habitantes.

Se encuentran en proceso de construcción 34 centros de salud, con inversión federal de 20.82 millones de pesos, que beneficiarán a poco más de 148 mil habitantes; se rehabilitan 6 centros de salud, con inversión federal de 1.84 millones de pesos, que beneficiarán a poco más de 16 mil habitantes;

se amplían 3 unidades de salud, con inversión federal de 388 mil pesos, en beneficio de 4 500 habitantes; finalmente se amplía un almacén regional, con inversión federal de 477 mil pesos.

Lo anterior significa una inversión total de 56.62 millones de pesos destinados a 108 acciones de infraestructura concluidas y 44 en proceso, para un total de 152 obras en beneficio de poco más de 535 mil habitantes.

En el período reportado, el Programa de Ampliación de Cobertura continuó dando especial énfasis a la construcción de nuevas unidades de salud, para ampliar y consolidar efectivamente la cobertura de servicios de salud. Asimismo se continuaron realizando acciones de ampliación de unidades para hacer más eficiente su operación y se procuró mayor focalización a las acciones de rehabilitación. En cuanto al monto de inversión se erogaron 56.62 millones de pesos, que disminuyó con relación al ejercicio del período 99-00 en virtud de haber procurado una mayor focalización de obras.

Parque vehicular

Para apoyar la operación del Programa, se dispone de un total de 1 591 vehículos adquiridos con recursos PAC y con otras fuentes de financiamiento, de los cuales 584 corresponden a unidades móviles terrestres, 5 a unidades móviles acuáticas, ambas para la prestación de servicios de salud, 434 para supervisión, 127 para abasto y distribución de insumos.

Principales acciones sustantivas

Durante este período se otorgaron poco más de 4 millones de consultas de medicina general y en promedio se dieron 4.2 consultas por embarazada. En el período diciembre 2000-agosto de 2001, se han realizado 2 655 cursos para todo el personal institucional y comunitario que participa en el programa, alcanzando con ello el 72 por ciento de la meta propuesta. En lo referente al número de asistentes se tuvo la presencia de 33 754 personas alcanzando el 60 por ciento de la programación.

Actividades relevantes

Durante el mes de julio se llevó a cabo los días 30 y 31 la “Reunión Nacional para los Programas de Equidad y Desarrollo en Salud”, cuyo objetivo general fue el presentar a los responsables de la planeación, organización y administración de los Servicios Estatales de Salud, las estrategias de los programas de equidad y desarrollo en salud.

Los objetivos específicos de la reunión fueron:

- Difundir la actual estructura y funciones de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud;
- Dar a conocer los proyectos innovadores en el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006;
- Identificar los elementos indispensables para la Descentralización del Programa de Ampliación de Cobertura, con la participación de las diferentes áreas involucradas en el procedimiento para lograr la continuidad del Programa;
- Integrar los programas operativos anuales del 2002 para los Programas de Ampliación de Cobertura y de Educación, Salud y Alimentación.

Descentralización del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)

Durante el período que se informa y en atención a los lineamientos de política que indica el Plan

Nacional de Desarrollo para la federalización de los servicios de salud, la Secretaría del Ramo se ha abocado a la tarea de efectuar la descentralización del Programa de Ampliación de Cobertura de manera cuidadosa y definitiva, con la finalidad de asegurar tanto su transferencia hacia los servicios estatales de salud, como su desarrollo y progreso operativo.

Para ello, se ha analizado y acordado en el seno del Consejo Nacional de Salud con los secretarios estatales de las diecinueve entidades federativas participantes, llevar a la práctica la descentralización de este programa prioritario, conformando diferentes grupos de trabajo tanto de carácter interno, que cubren todos los componentes y funciones que dan cuerpo a este programa (aspectos legales, recursos humanos, recursos financieros y materiales, entre otros), como de relación interinstitucional con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, para poder cumplir con su solvencia económica y su sentido de dirección focalizado, procurando la agilidad y transparencia en la aplicación de los recursos financieros.

Adicionalmente, para asegurar que esta descentralización se realice atendiendo a la construcción de un federalismo disciplinado, se ha conformado un grupo de trabajo con los secretarios de salud y el personal directivo de los estados de Campeche, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Oaxaca y Puebla. Esto permitirá que al cierre del presente ejercicio se cuente con los instrumentos legales, programáticos y normativos que son imprescindibles para que en el ejercicio del año 2002, los diecinueve estados participantes dirijan, ejecuten y evalúen de manera autónoma este programa preservando sus atributos y valores de calidad y eficiencia en beneficio de la población rural e indígena que registra los mayores índices de marginación del país.

Hasta el momento se han elaborado los programas operativos anuales de cada uno de los servicios de salud de las entidades federativas participantes, lo que dará lugar a que oportunamente sean revisados y aprobados por la Cámara de Diputados. Por otra parte, se tienen prácticamente concluidos los documentos legales, administrativos y de contenido técnico que permitirán dar cauce a su entrega formal a los estados involucrados, para su conducción y operación autónoma en el próximo ejercicio presupuestal. Con esto podemos decir que su sustentabilidad técnico-financiera se asegura y sus propósitos de equidad y mejora continua en la calidad de los servicios no presenten riesgos de estancamiento o deterioro.

Al concluir el proceso de descentralización se habrán transferido:

- Recursos humanos, que equivalen a 5 128 plazas institucionales necesarias para la práctica operativa.
- Recursos materiales, conformados por todos los bienes muebles (activos) que se adquirieron con cargo a los presupuestos del PAC por el período 1996-2001, y que son utilizados en las entidades para el otorgamiento de servicios médicos y de supervisión.
- Infraestructura física, con lo que se transferirán 298 inmuebles que fueron construidos con recursos del Programa en el período 1996-2001.

Programa de Educación, Salud y Alimentación

El programa en su componente de salud, PROGRESA proporciona a las familias beneficiarias tres estrategias básicas de operación: 1) otorgar el Paquete Básico de Servicios de Salud; 2) coadyuvar en el reforzamiento alimentario-nutricional de grupos de riesgo, niños menores de 5 años y mujeres embarazadas y en lactancia, a través de la dotación de suplemento alimenticio, y 3) favorecer y promover el autocuidado de la salud entre familias a través de pláticas de educación para la salud.

Principales acciones y resultados

En el período actual (diciembre de 2000 a agosto del 2001), el Programa operó en 31 entidades federativas, de las cuales la Secretaría de Salud es responsable de la totalidad de las familias inscritas al PROGRESA, en 14 de éstas, teniendo responsabilidad compartida con el IMSS-Solidaridad en los 17 restantes.

La continuidad de las acciones de sus tres estrategias básicas, permitieron obtener los siguientes logros:

LLevar el Paquete Básico de Servicios de Salud a las familias de las áreas rurales e indígenas con mayor grado de marginación en las 31 entidades federativas del país; dotar a niños menores de 5 años con 316 millones de dosis de suplemento y 115 millones a mujeres embarazadas y en lactancia; así como, difundir y establecer estrategias básicas para la promoción de la salud, a través de pláticas que abordan 35 temas relacionados con el Paquete Básico de Servicios de Salud, material impreso (carteles, trípticos, etc), así como mensajes por radio y televisión.

Recursos humanos

La operación del componente de salud del PROGRESA se llevó a cabo, de manera sustantiva, a través del apoyo del personal que forma parte de la estructura formal de las instituciones de salud. Sin embargo, debido a que se ha generado un incremento en la demanda de atención, en este período se continúa reforzando con recursos federales la plantilla de personal, con la contratación de 2 819 prestadores de servicios de salud institucionales y 1 465 recursos comunitarios. Incluyendo al personal contratado, hasta agosto de este año participan en el Programa un total de 50 494 recursos profesionales y técnicos, de los cuales, 17 544 corresponden a la rama médica; 19 353 a enfermería, 6 956 al área paramédica y 6 641 a otras ramas de los Servicios Estatales de Salud. Asimismo, se incorporaron a las actividades de promoción y prevención 28 259 recursos comunitarios.

Suplemento alimenticio

Durante el período de este Informe, el Sector Salud entregó 316 millones de dosis alimenticias en forma de papillas a niños menores de cinco años y 115 millones de dosis de suplementos alimenticios a mujeres embarazadas y en período de lactancia. Estos suplementos alimenticios de consumo diario en la población de las 31 entidades federativas, proporcionan el 100 por ciento de los requerimientos de micronutrientes y el 20 por ciento de las calorías requeridas por persona.

Promoción y educación para la salud

Dentro de la estrategia de promoción a la salud se imparten sesiones que abordan 35 temas básicos de educación para la salud, a las que debe asistir mensualmente cada titular de familia, y para lo cual se cuenta con el material de apoyo necesario, tanto para los prestadores de servicios como para los titulares, hasta la fecha el personal del Sector Salud ha impartido más de 1.5 millones de sesiones. Cabe mencionar que, como parte de las actividades intersectoriales que se realizan en este Programa, a partir del próximo ciclo escolar, el Sector Salud impartirá siete temas en sesiones educativas a jóvenes beneficiarios del Programa que cursan la educación media superior, lo cual es acorde con la Estrategia 1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social, del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Principales acciones sustantivas

En el período de diciembre de 2000 a agosto del 2001, en los servicios del Sector Salud se otorgó atención a 2.6 millones de familias beneficiarias de los 3.2 millones de familias establecidas como meta para este año. Se estima que en el último cuatrimestre del año se registrarán en el sector Salud poco más de 600 mil familias. En el universo de municipios que cubre el PROGRESA, residen 6.7 millones de personas, que hablan diferentes tipos de lenguas indígenas.

En este mismo período se otorgaron 15.26 millones de consultas a integrantes de familias beneficiarias del PROGRESA, lo que significa que el Sector Salud otorgó 1.74 millones de consultas mensuales en promedio. Del total de consultas 5.70 millones corresponden a niños menores de cinco años, y 676.6 mil a mujeres embarazadas. Se estima que este año el Sector Salud otorgará 22.2 millones de consultas a la población beneficiaria.

Los indicadores actuales y el comportamiento de sus resultados durante el período julio de 2000-abril de 2001 muestran que los indicadores: porcentaje de familias beneficiarias en control, porcentaje de niños menores de 2 años en control nutricional, porcentaje de niños de 2 a 4 años en control nutricional, porcentaje de mujeres embarazadas en control prenatal y porcentaje de mujeres en lactancia en control muestran una clara tendencia positiva, lo que señala que se ha incrementado constantemente el control de la población objetivo del programa.

Indicadores de seguimiento y evaluación

No.	Indicador	2000			2001	
		Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic	Ene-Feb	Mar-Abr
1	Porcentaje de familias beneficiarias en control	97.44	97.99	97.71	97.98	97.87
2	Porcentaje de niños menores de 2 años en control nutricional	73.94	85.69	87.12	90.85	91.35
3	Porcentaje de niños de 2 a 4 años en control nutricional	72.76	85.09	86.58	90.37	91.68
4	Porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición	20.20	17.51	16.89	16.12	16.23
5	Porcentaje de niños de 2 a 4 años con desnutrición	35.82	30.77	29.84	28.03	27.49
6	Porcentaje de mujeres embarazadas en control prenatal	87.42	91.66	92.65	92.82	93.16
7	Promedio de consultas prenatales por embarazada	1.78	1.76	1.64	1.62	1.74
8	Porcentaje de mujeres en lactancia en control	89.26	91.26	92.90	93.43	94.12
9	Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron suplemento alimenticio	87.61	78.37	71.28	51.87	69.46
10	Porcentaje de niños menores de 2 a 4 años que recibieron suplemento alimenticio	130.97	115.36	102.75	80.06	113.89
11	Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplemento alimenticio	94.88	87.94	81.77	64.65	79.87
12	Promedio de sobres de suplemento alimenticio por niño menor de 5 años	13.84	13.53	14.47	13.19	12.97
13	Promedio de sobres de suplemento alimenticio por mujer embarazada	15.90	15.38	16.59	14.98	14.89
14	Promedio de sobres de suplemento alimenticio por mujer en lactancia	18.80	16.87	18.05	15.10	15.01
15	Porcentaje de niños menores de 2 años recuperados de desnutrición	6.36	6.93	6.63	6.72	5.82
16	Porcentaje de niños de 2 a 4 años recuperados de desnutrición	6.52	6.89	7.29	5.97	6.44
17	Porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición leve	15.41	13.50	13.00	12.54	12.58
18	Porcentaje de niños de 2 a 4 años con desnutrición leve	28.46	24.70	24.05	22.66	22.26
19	Porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición moderada	4.28	3.58	3.51	3.24	3.28
20	Porcentaje de niños de 2 a 4 años con desnutrición moderada	6.79	5.57	5.33	4.95	4.80
21	Porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición severa	0.51	0.43	0.38	0.35	0.37
22	Porcentaje de niños de 2 a 4 años con desnutrición severa	0.58	0.50	0.46	0.42	0.42
23	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer de mujeres beneficiarias del PROGRESA	4.02	4.36	2.94	3.27	3.58

Fuente: Dirección de Información Gerencial. IMSS-Solidaridad

Los resultados obtenidos para los indicadores “porcentaje de niños menores de 2 años recuperados de desnutrición” y “porcentaje de niños de 2 a 4 años recuperados de desnutrición” muestran una constante disminución que coincide con la disminución en los porcentajes de menores de 5 años con desnutrición.

En congruencia con los resultados anteriores, los obtenidos para los indicadores de los diferentes tipos de desnutrición tanto para los grupos de edad de menores de 2 años como los de 2 a 4 años también señalan una tendencia global hacia la baja.

Las cifras obtenidas para el indicador: porcentaje de niños con bajo peso al nacer de mujeres beneficiarias del PROGRESA durante el período en cuestión, muestran una disminución de 10.9 puntos porcentuales al comparar los resultados de los bimestres julio-agosto de 2000 y marzo-abril de 2001.

Dada la importancia de la complementariedad y potenciación de los tres componentes del programa, se continuará trabajando con este enfoque integral y dentro del marco de participación multisectorial para proporcionar servicios, equitativos y de calidad que resuelvan la problemática social existente, entre las que se encuentra las diferencias de género con sus consecuentes inequidades en salud, educación y alimentación.

Programa de Cirugía Extramuros

El Programa de Cirugía Extramuros (PCE) se ha caracterizado por prestar en forma gratuita atención médica quirúrgica especializada a la población de escasos recursos y que no cuentan con acceso regular a los servicios de este tipo; actualmente orienta sus acciones a atender en forma primordial a las comunidades incorporadas en los programas PAC y PROGRESA.

Sus principales objetivos son: 1) Disminuir la brecha de inequidad entre los diferentes grupos poblacionales mediante campañas quirúrgicas especializadas, 2) Beneficiar a la población en situaciones de marginación y pobreza, 3) Disminuir el rezago quirúrgico nacional ampliando la cobertura, 4) Establecer alianza estratégica con los sectores social y privado y 5) Promover la participación del personal especializado a nivel federal, estatal y municipal.

Especial esfuerzo se ha enfocado a la descentralización progresiva del PCE, estimulando la participación altruista del gremio médico de las entidades federativas para la solución de problemas quirúrgicos locales en forma permanente, además de las campañas que por su volumen y calidad permiten tener mejor relación costo-beneficio, calidad y calidez de la atención, a través de la concertación con las autoridades de los servicios estatales de salud, con el sector privado, con los cirujanos de instituciones públicas y privadas; así como la Coordinación Interinstitucional con los Servicios Estatales de Salud, DIF, IMSS, colegios médicos e instituciones privadas, además de la identificación de las localidades y municipios a beneficiar.

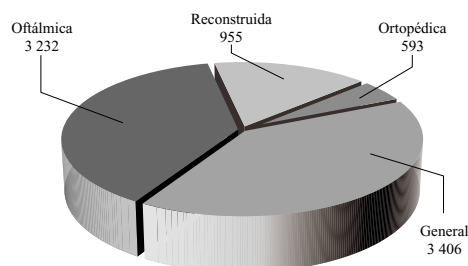
Principales acciones sustantivas

Durante este período se efectuaron 8 186 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 593 fueron cirugías ortopédicas, 3 406 cirugías generales, 3 232 cirugías oftálmicas y 955 cirugías reconstructivas.

Se realizaron 2 962 cirugías a través de campañas desconcentradas (36.2 por ciento) y 5 224 cirugías en campañas descentralizadas (63.8 por ciento).

Se realizaron 72 campañas, en las que participaron 19 entidades federativas: Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.

Programa de Cirugía Extramuros
Cirugías realizadas por tipo
diciembre 2000 - agosto 2001



2.2.2. Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas

Forma parte de los compromisos de la presente administración, registrados en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, “Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, atendiendo de manera prioritaria las necesidades de salud de los que menos tienen” que identifica a los pueblos indígenas como el grupo de población sujeto de esa atención prioritaria.

Para desarrollar el Programa, se han elaborado estrategias prioritarias que responderán a los objetivos propuestos para los pueblos indígenas, que se incorporarán a los programas regulares de salud, con los apoyos adicionales que se requieran para asegurar su ejecución y los resultados previstos. Las estrategias son:

- Red escalonada de servicios de salud en zonas indígenas.
- Prevención y rehabilitación del alcoholismo en zonas indígenas.
- Sistema de información en salud en zonas indígenas.
- Adecuación normativa de la medicina tradicional.
- Participación social en la planeación y evaluación de los programas de salud en zonas indígenas.

Tiene como retos a superar la gran dispersión de la población indígena que encarece la prestación de los servicios; la diversidad lingüística que dificulta la comunicación y difusión de las acciones de salud; y la insuficiente infraestructura de servicios de salud para zonas indígenas.

Se ha puesto en marcha el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, donde se integrarán en una 1ª fase, 361 municipios de 13 entidades federativas, cuya población se encuentra por arriba del 40 por ciento que habla lengua indígena, además de coincidir con municipios de muy alta marginación, donde vive una población indígena de 3.6 millones de personas.

En este programa se da especial apoyo a través de la suplementación con micro nutrientes a 85 mil niños de 6 a 24 meses de edad y 75 mil mujeres embarazadas o en período de lactancia de 361 municipios indígenas. Con esta suplementación se corrigen deficiencias y se reponen reservas corporales, de vitaminas y minerales, tanto de niños de 6 a 24 meses, como mujeres embarazadas o en período de lactancia que los consuman.

Se están reforzando las acciones de capacitación al personal de salud de centros y unidades móviles de atención, en los 361 municipios indígenas, con un enfoque transcultural, que les permita conocer la

cosmovisión y concepción de proceso salud-enfermedad de esta población. Se ha iniciado un proceso de interrelación de la medicina tradicional y la medicina institucional, a partir del conocimiento y la utilización de la herbolaria. Se impulsa para ejecución próxima, el saneamiento ambiental en pueblos indígenas, enfocado a protección sanitaria de abastecimiento de agua, disposición adecuada de desechos y mejoramiento físico de vivienda, para reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa.

Para su difusión se editaron y reprodujeron 4 mil ejemplares del programa, 16 504 manuales de operación de suplementación con nutrimentos, así como 768 175 folletos y 14 700 carteles, los cuales se distribuirán en 13 entidades federativas, 65 jurisdicciones sanitarias, 361 presidencias municipales, 1 127 unidades de salud y 9 199 casas de salud con auxiliares comunitarios. Se trabaja en la comunicación educativa, incorporando mensajes basados en investigación formativa y definición de contenidos.

2.2.3. Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)

La presente administración propone la adopción de un nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), que retoma los éxitos de cobertura alcanzados, pero innovadoramente restablece la continuidad de la atención, basada en compromisos y en un uso eficiente y racional de los recursos para la salud.

Su antecedente es el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta (MASPA), en operación, que pretendía generar una estructura del sistema de salud, que garantizara una cohesión de los servicios, dando igualdad a las condiciones de atención de la población sin seguridad social; al transcurrir de los años, se han generado traslapes, inequidades y falta de calidad en la atención. El MASPA no abarcó más allá de la atención primaria, y dejó fuera de su alcance al nivel hospitalario, así como a otras instituciones de salud. Un alto porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención. La autonomía y los acuerdos de gestión, estimulan la responsabilidad y generan incentivos para mejorar la calidad y la productividad de los servicios. Los mecanismos de compensación promueven la pluralidad y fortalecen a los prestadores que ofrezcan los mejores servicios al menor costo. La racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones y entidades para la oferta de servicios excedentes se estimula con un nuevo marco regulatorio.

Para ello, el MIDAS es un modelo de atención que separa las funciones de financiamiento y prestación de servicios, propicia la autonomía de gestión hospitalaria, integra la operación de todos los servicios de salud en sus diferentes niveles, crea redes virtuales de instituciones y unidades de salud, evita duplicidades y traslapes, favorece el uso eficiente y racional de los recursos públicos para la salud; se basa en compromisos, está orientado al usuario, incrementa la capacidad resolutive del primer nivel y el acceso a niveles más complejos del sistema y articula el cuidado profesional con el autocuidado, favoreciendo la participación ciudadana, comunitaria y de las autoridades locales en los procesos de toma de decisiones para la prestación de servicios de salud.

Objetivos del MIDAS

Evitar fragmentaciones en la atención proporcionada por las diferentes instancias de la SSA, entre las diferentes instituciones de atención a la salud y prestadoras de servicios, así como las formadoras de recursos humanos para la salud, así como:

- Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario;
- Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención;
- Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato;

- Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas;
- Optimizar la capacidad instalada del sector salud, para el logro de la cobertura total;
- Crear una red virtual sectorial para la prestación de servicios de salud.

Beneficio social tangible. Se espera con esto:

- Aumento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención y de la satisfacción de los usuarios;
- Consolidación de la cobertura básica y acceso de la población hacia el nivel hospitalario mediante mecanismos eficientes de referencia;
- Establecimiento de estándares mínimos de calidad de atención en todos los niveles del sistema, incluyendo a todos los prestadores de servicios de salud;
- Incremento de la equidad en el acceso a los servicios de salud; y
- Fortalecimiento de la participación ciudadana en la toma de decisiones y vigilancia del actuar de los servicios de salud.

2.2.4. Sistema e-Salud

Durante el primer semestre de 2001 se conformó un equipo intersectorial de trabajo el cual está integrado con representantes del IMSS, del ISSSTE, de la Coordinación Nacional del Programa IMSS-Solidaridad y de la SCT, bajo la coordinación de la SSA, a través de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, que ha establecido la orientación inicial del proyecto e-Salud, y dentro de éste, se desarrolla el proyecto de Telesalud. En sucesivas etapas de complejidad creciente, con base en la infraestructura disponible y la que se programe para los períodos sucesivos, este esfuerzo coordinado permitirá a los usuarios tener acceso, entre otros, a los siguientes servicios, que gradualmente se están implementando:

- Atención médica básica y especializada a distancia, acercando los servicios de salud a comunidades marginadas, rurales e indígenas;
- Intercambio de datos en materia de salud, a través de un sistema de información sectorial único e integral;
- Modernización administrativa que permitirá agilizar procesos como el abasto de insumos, medicamentos, instrumental y equipo médico, con una importante reducción de costos y tiempos de operación;
- Atención al público en materia de trámites sanitarios diversos, el registro de usuarios, su adscripción al sistema, cambio de médico, obtención de citas y asesoría médica a distancia;
- Enseñanza, asesoría y aprendizaje a distancia en materia de salud, a través de teleeducación a personal de salud y población en general;
- Información en línea acerca de ubicación, disponibilidad y acceso a servicios de salud, así como asesoría para el auto cuidado de la salud.

Los trabajos del equipo intersectorial han permitido avanzar en: la elaboración del diagnóstico sectorial sobre el uso de tecnologías que servirá para integrar la información correspondiente a las instituciones participantes.

La actualización del Catálogo Sectorial de Unidades de Salud del primero y segundo niveles de atención, para determinar la ubicación y capacidad instalada en materia de tecnología de la información; la definición de los contenidos y servicios que cada institución de salud participante incluirá en el Portal e-Salud, a fin de que la población en general tenga acceso a información básica en salud.

Se ha iniciado la revisión y actualización de la legislación y reglamentos en materia de salud para dar sustentabilidad a las acciones del Programa Nacional e-Salud, entre estas actividades se encuentra la revisión de la NOM-SSA-168 del Expediente Clínico, a fin de dar validez al Expediente Clínico Electrónico, así como para incorporar elementos de confidencialidad y protección de la información clínica electrónica; todo ello, en coordinación con las áreas jurídicas de las instituciones públicas del sector.

Se han revisado las experiencias en materia de telesalud del ISSSTE, de universidades y de instituciones privadas, con la finalidad de retomar las fortalezas y evitar las debilidades, para avanzar con agilidad en la instrumentación de sistemas institucionales de telesalud.

Dentro de las acciones que se incluyen en el componente sectorial e-Salud, es importante destacar el subprograma TeleSalud, donde se consideran los siguientes servicios:

a) Diagnóstico y tratamiento a distancia; b) Segunda opinión médica, monitoría y orientación a pacientes; c) Urgencias sanitarias y desastres naturales; d) Capacitación continua a distancia; e) Asistencia en acciones de salud pública; f) Interconsulta y referencia de pacientes; g) Difusión de información general; h) Administración de servicios de salud; i) Apoyo para el uso de nuevas tecnologías.

Para lograr su cometido, e-Salud tendrá dos niveles de desarrollo: un primer nivel tecnológico, relativo a la infraestructura de cómputo, comunicaciones, telemática e Internet, el segundo nivel, que abarca los aspectos normativo y legal aprovecha los beneficios del primero, orientado por un plan que dará acceso a todos los servicios que proporciona el sector, disponible todo el tiempo, estandarizado y fácil de utilizar.

Las acciones para incorporar las nuevas tecnologías de la información se realizan en el marco del Programa Sectorial e-Salud y, dentro de éste, se desarrolla el proyecto de Telesalud. Los elementos básicos que dan sustento a estas acciones se encuentran en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 en la Estrategia 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud, así como en las líneas de acción 10.6. Telemedicina: invertir en redes y en la 10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica.

Durante el período que se informa, se han logrado establecer las bases para su proyección en el corto y mediano plazos, contemplándose la definición de los servicios globales y su desarrollo en cada una de las instituciones participantes; así, se han definido sus etapas de implementación, partiendo de la revisión del marco jurídico y la definición de mecanismos de coordinación intersectorial que aseguren su sinergismo y su continuidad a futuro, sobre la base de ampliar y mejorar los servicios que se ofrecen a la población, especialmente de aquella que presenta mayores rezagos y más acentuados índices de marginalidad.

2.2.5. Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)

De manera conjunta la Secretaría de Salud, con el apoyo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Nacional Financiera, definieron el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud. PROCEDES contempla dentro de sus objetivos:

- Procurar mayor equidad en los servicios de salud para población que vive en zonas de alta marginación;
- Aumentar la calidad de los servicios de salud en municipios con los menores índices de bienestar;
- Incrementar el acceso, equidad y calidad de los servicios de salud con dignidad a grupos indígenas;
- Incrementar la eficiencia de las áreas centrales de la SSA y los Servicios Estatales de Salud; y
- Desarrollar modelos de innovación en servicios que permitan disminuir los rezagos en salud.

El PROCEDES, impactará en las 32 entidades federativas del país, pero destinando sus acciones, hacia la población que vive en áreas rurales de menores índices de bienestar, así como a aquella en las principales áreas urbanas con mayores grados de marginación. En total se pretende beneficiar con programas de equidad y calidad en salud a 1 100 municipios, incluyendo 530 municipios indígenas, y a un total de 13.6 millones de habitantes en el transcurso de los 5 años del proyecto.

Aun cuando este proyecto arrancará formalmente en enero de 2002, para el 2001 se ha convenido iniciar acciones preparatorias, evaluaciones ex-ante y modelos piloto, cuyo objetivo sea el crear esquemas innovadores para disminuir los rezagos en salud, hacer un uso más eficiente de los recursos públicos destinados a este sector y separar, tal como ya lo hacen la mayoría de los países desarrollados, principalmente los europeos y Canadá, el financiamiento de la prestación de servicios.

Dentro del marco de fortalecimiento de un auténtico federalismo, el PROCEDES pretende desarrollar la mayoría de sus acciones, derivadas de propuestas que presenten los propios gobiernos de las entidades federativas interesadas, que compartan los objetivos del programa, así como la visión de sistema, que la SSA ha acordado con todas las entidades federativas representadas en el Consejo Nacional de Salud.

El PROCEDES es, en resumen, un programa de financiamiento fresco y estratégico, que de manera focalizada, destinará recursos hacia programas sustantivos prioritarios de la SSA, que vayan etiquetados a aumentar la calidad de los servicios, aumentar el acceso a servicios esenciales, y a disminuir el rezago en salud, acumulado por décadas, en regiones altamente marginadas y destinados a poblaciones altamente vulnerables.

2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud

Dirección General de reciente creación, se le asignaron funciones adicionales: determinar y proponer políticas y estrategias encaminadas a proveer protección financiera a la salud para grupos de población abierta; colaborar en el diseño de los instrumentos de operación, procesos de administración, necesarios para la provisión de protección financiera a la salud para grupos de población abierta; establecer los mecanismos de coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría que participen en acciones encaminadas a proveer protección financiera a la salud. Además de disponer lo conducente para la supervisión de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES); emitir las bases de planeación y desarrollo de lineamientos e instrumentos técnico-normativos para apoyar el buen funcionamiento de dichas instituciones. Emitir los dictámenes para el funcionamiento de las ISES, entre otros.

Tiene bajo su responsabilidad la coordinación del Programa de Seguro Popular de Salud y la regularización de las instituciones de seguros especializadas en salud. Como parte de los trabajos relacionados con su función participó en:

Reuniones

Taller de Planeación del Seguro Popular de Salud, en Cocoyoc, Morelos (27 de Julio 2001) y en la 5a. reunión de Macroeconomía y Salud (11-14 de Junio 2001). Asimismo, participó en seminarios y reuniones que permitan fortalecer los proyectos en desarrollo. Entre éstos destacan: Seminario sobre contratación de servicios hospitalarios, Barcelona (7-14 de Julio 2001); Seminario sobre Grupos Relacionados de Diagnóstico, México D.F. (4 de Julio 2001); Programa Flagship del Banco Mundial sobre Reforma Sustentable al Sector Salud, México D.F. (4-8 de Junio 2001) y en Santiago de Chile (Abril 2001).

2.3.1. Seguro Popular de Salud

El Programa del Seguro Popular de Salud es un esfuerzo conjunto del Gobierno Federal y los gobiernos estatales por brindar protección financiera a segmentos de población que no cuentan con cobertura derivada de alguna institución de seguridad social, y que al enfrentar gastos catastróficos en salud, ponen en peligro su estabilidad financiera. El principio de protección financiera supone la existencia de un seguro o prepago que ampare un paquete de servicios definido (primer y segundo nivel), que al momento de necesitarlos, su costo sea mínimo o nulo.

Cada año, entre 2 y 3 millones de familias corren el peligro de empobrecerse debido a los gastos catastróficos en salud. Aproximadamente, 75 por ciento de esta población no es beneficiaria de alguna institución de seguridad social. La SSA es responsable del cuidado de la salud de la población sin seguridad social, principalmente de los grupos vulnerables, como lo establece el artículo 25 de la Ley General de Salud. Por ello, esta Secretaría instrumentará el Programa del Seguro Popular de Salud, con el propósito de reducir el número de familias que, debido a los altos costos de la atención médica, postergan o renuncia a atender su condición de salud o se empobrecen al enfrentar gastos catastróficos. Se pretende que los pagos de bolsillo puedan convertirse en un prepago al ofrecer incentivos a las familias para invertir en su salud.

El Programa del Seguro Popular de Salud, es un programa que pretende exentar a sus beneficiarios del pago de cuotas de recuperación en hospitales y exámenes de laboratorio que involucren el segundo nivel de atención a través de un prepago subsidiado progresivamente por el Gobierno Federal. En algunos casos, habrá prestaciones adicionales como ayudas económicas, medicamentos, y otros servicios, según las condiciones imperantes en cada estado. Los recursos captados por el prepago se utilizarán para cubrir los ingresos que los hospitales públicos de segundo nivel dejarán de percibir por el cobro de cuotas de recuperación y los ingresos adicionales se utilizarán para mejorar la articulación entre el primer y el segundo nivel de atención médica; con el propósito de elevar la capacidad resolutoria del primer nivel y reducir los gastos innecesarios en el segundo nivel. Por lo anterior, será crucial la coordinación con las acciones definidas en el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES); en primer lugar, para establecer un sistema adecuado de referencia y contrareferencia entre los diferentes niveles de atención y, en segundo, para proporcionar un servicio de calidad que satisfaga a los beneficiarios del programa y de esta manera no tenga que realizar pagos de bolsillo que pongan en riesgo su estabilidad financiera.

De conformidad con los principios del nuevo federalismo, los estados de la República serán los responsables de asumir la iniciativa de este programa. Por ello, a través de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD), encargados de prestar los servicios de salud a la población no asegurada en las entidades federativas, articularán las prestaciones del Programa del Seguro Popular de Salud, proponer

a los grupos beneficiarios, realizar la afiliación y cobranza y, en su caso, decidir la prestación de beneficios adicionales. La diversidad de condiciones en cada estado hará que el diseño particular de este programa dependa de la infraestructura de unidades médicas con las que se cuente, y del perfil de la población sin seguridad social a la que se pretenda cubrir. El Gobierno destinará recursos a la OPD para subsidiar el pago de la aportación familiar al programa según el estrato socioeconómico de los beneficiarios que se encuentren en los padrones sociales que coordina la Secretaría de Desarrollo Social. La Federación también subsidiará parcialmente a los grupos o colectividades que se encuentran fuera de la seguridad social y de los padrones sociales, pero que estén interesados en incorporarse al programa. La afiliación colectiva de grupos que no estén incluidos en los padrones de SEDESOL será un requisito indispensable para lograr una adecuada dispersión del riesgo y facilitar la evaluación.

Para el año 2001, este Programa iniciará operaciones en cinco estados de la República, con diferentes esquemas de financiamiento y prestación. El programa beneficiará a la población sin seguridad social que vive en zonas donde existe infraestructura pública de segundo nivel de atención, por lo que en una primera etapa está orientado principalmente a población que vive en zonas urbanas y suburbanas.

2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Otro de los proyectos de la Dirección General es la regulación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que son una figura nueva dentro del mercado de la salud en el país y para las cuales se han focalizado los esfuerzos en el desarrollo de la regulación que asegure su adecuado funcionamiento.

Para la regularización de estas instituciones, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), y la Secretaría de Salud, trabajaron el marco regulatorio básico para la operación del aseguramiento privado, conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGIMS). A la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, le corresponde la regularización financiera, y a la Secretaría de Salud la regulación para la prestación de los servicios de salud. Esta última consiste en emitir los dictámenes provisionales, definitivos y anuales a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) así como realizar la vigilancia e inspección periódica de manera exclusiva sobre los servicios y productos que ofrecen a la población asegurada, con la finalidad de que la red de hospitales, clínicas y personal médico sea suficiente, para hacer frente a las obligaciones adquiridas con la población usuaria.

Dentro de las actividades más importantes realizadas del 1 de diciembre del 2000 al 31 de agosto del 2001, se encuentran las siguientes:

Dictámenes anuales

Durante el período que se informa, se emitieron siete dictámenes anuales a aseguradoras que venían operando el ramo de salud.

Dictámenes provisionales

Dieciséis empresas solicitaron dictamen provisional para iniciar el trámite de constitución en ISES, otorgándose éste en el 100 por ciento de los casos. Cabe mencionar que una empresa, posterior al otorgamiento del dictamen, decidió no continuar el trámite de constitución en ISES.

Dictámenes definitivos

Debido a que las empresas están en proceso de autorización como ISES por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, sólo algunas de ellas han solicitado la revisión del dictamen definitivo, pero éste no puede ser otorgado hasta que cuenten con la autorización de la SHCP. Se espera que la SHCP emita las autorizaciones a las ISES a finales de agosto y en septiembre la Dirección General de Protección Financiera en Salud emitirá los dictámenes definitivos a las empresas que cumplan con los requisitos establecidos para ello.

Ratificación de Contralores Médicos

Se otorgaron siete ratificaciones de Contralores Médicos a las aseguradoras que venían operando el ramo de salud. Se cuenta con los expedientes ya revisados de 13 Contralores Médicos propuestos para las ISES, estando en espera de la autorización de la SHCP para poder otorgar las ratificaciones correspondientes.

Informes cuatrimestrales de Contralores Médicos

Los contralores médicos de seis aseguradoras que venían operando el ramo de salud, entregaron los informes cuatrimestrales correspondientes al último cuatrimestre del año 2000 y al primero del 2001, mismos que fueron revisados, señalando las observaciones correspondientes, mismas que ya fueron corregidas.

Reuniones con Contralores Médicos

Se han tenido dos reuniones con los contralores médicos propuestos para las ISES y los directivos de las mismas, a fin de estrechar los vínculos entre la Secretaría de Salud y las ISES para orientar y definir las acciones que se tienen que ir efectuando para cumplir con la regulación establecida.

Reuniones del Comité Interno de ISES

Durante el período que se informa, se tuvieron dos reuniones del Comité Interno, mismas en las que se analizaron algunos casos de contralores médicos propuestos y se clarificó parte de la regulación de las ISES.

Fortalecimiento del marco jurídico de las ISES

Se tienen reuniones quincenales con el comité de salud, integrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y la Secretaría de Salud, para ir afinando detalles sobre la regulación de las ISES.

Coordinación con autoridades del estado de California de los Estados Unidos

Existen empresas establecidas en México que realizan actividades comerciales tanto en México como en Estados Unidos, por lo que es necesaria la coordinación de las autoridades de ambos países para su adecuada regulación. En agosto del presente año, se llevó a cabo una reunión entre autoridades de California de Estados Unidos (Departamento de Salud Administrada, Departamento de Seguros, Departamento de Servicios de Salud) y autoridades mexicanas (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y Secretaría de Salud).

2.4. Centro Nacional de Trasplantes

Entre las principales funciones del Centro Nacional de Trasplantes, está la de ejercer el control y la vigilancia sanitaria de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, de las actividades relacionadas con éstos y de los establecimientos en que se realicen dichos actos. De acuerdo con las políticas del Sistema Nacional de Salud, el Centro Nacional de Trasplantes tiene como propósito la difusión, planeación, organización, evaluación, capacitación, investigación, vigilancia y control de cada uno de los componentes que integran el Programa Nacional de Trasplantes.

Con la finalidad de elevar el número de donaciones cadavéricas y así brindar más oportunidades de vida a la población que requiere de un trasplante, durante el período de este informe el Centro Nacional de Trasplantes fortaleció la vigilancia y el control sanitario de los establecimientos y de los profesionales dedicados a la realización de trasplantes; además fomentó la creación de los Centros Estatales de Trasplantes, e impulsó entre la población la promoción de una cultura para la donación.

Asimismo, se consolidó como un órgano desconcentrado y logró la aprobación del Reglamento de la Ley General de Salud, respecto a la Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida.

Actualmente, se encuentra en consenso el Proyecto de la Norma Oficial en Materia de Disposición de Órganos y Tejidos Humanos, con un avance del 80 por ciento respecto a la meta programada para el mismo período de este informe; además por primera vez se cuenta con una lista única de pacientes en espera de un órgano de origen cadavérico, cuya finalidad es lograr la equidad para todos aquellos que requieran de un trasplante y que se encuentren inscritos en ella.

Con el propósito de contar con información actualizada en materia de trasplantes, se diseñó e implementó un sistema electrónico vía *Internet*, con el que se ha logrado la recolección simultánea de datos en “tiempo real”, con información referente a donadores, receptores, trasplantes y evolución de pacientes trasplantados.

Se inició la creación de los Centros Estatales de Trasplantes, para dar así cumplimiento a lo establecido por el Ley General de Salud, contando actualmente con tres Centros Estatales; además, se actualizó el Registro de Establecimientos para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplantes, contando con 180 centros autorizados para la disposición de órganos y tejidos con estos fines.

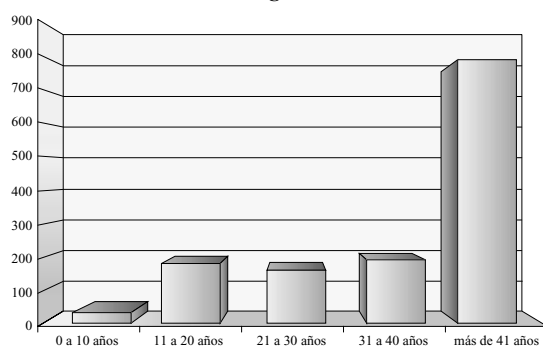
Con la finalidad de asegurar una mayor calidad de los procedimientos para los trasplantes, se dispone de un registro de profesionales de las diferentes disciplinas del proceso donación y trasplantes, este registro esta conformado actualmente por 1 400 profesionistas.

Cabe mencionar que durante el mes de abril se realizó el primer evento de reconocimiento como Benefactores de la Sociedad, a familiares que han donado órganos o tejidos de donador cadavérico, y durante el mes de junio se desarrollaron los Primeros Juegos Nacionales de Pacientes Trasplantados con un total de 350 atletas, los cuales participaron en diversas disciplinas, provenientes de 15 entidades federativas.

Durante el período de este informe se realizaron 1 120 trasplantes de riñón, 1 500 de córnea, 50 de hígado y 15 de corazón, 13.0, 12.0, 163.0 y 50.0 por ciento más que los trasplantes realizados el período anterior. Con estas acciones se logró beneficiar a 2 787 familias. Destacó por su trascendencia, el primer trasplante cardiaco en niños, realizado en el Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez” durante el mes de junio de este año, así como el de hígado a un menor, tomando parte del de su padre, esto en el mes de agosto en la misma institución.

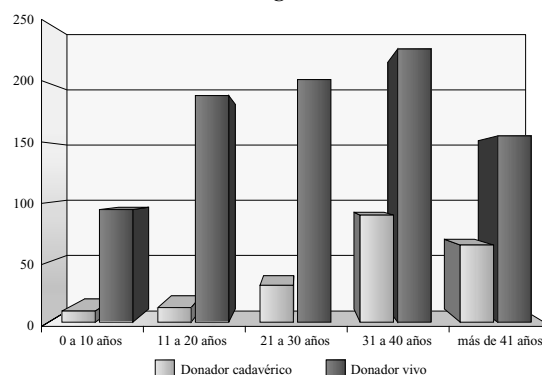
Con el propósito de favorecer la difusión de información, durante el período de este informe se fortaleció la capacitación del personal que labora en las instituciones de salud que atienden a la población sin seguridad social, para brindar información real, confiable y oportuna. Asimismo, se logró la capacitación de 250 médicos y enfermeras, que fueron formados como Coordinadores Hospitalarios en Trasplantes, pilar fundamental en el proceso de donación.

**Trasplante de Córneas
enero - agosto 2001**



Fuente: Registro Nacional de Trasplantes

**Trasplante de Riñones
enero - agosto 2001**



Fuente: Registro Nacional de Trasplantes

Trasplantes realizados 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Riñón	946	1 948	1 234	1 481	1 120
Córnea	942	1 525	1 334	1 997	1 500
Hígado	1	1	3	29	50
Corazón	0	3	5	15	15

2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Es un órgano desconcentrado por función que tiene como responsabilidad:

Formular, proponer y evaluar las políticas y estrategias nacionales en materia de disposición de sangre humana, sus componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas; definir y supervisar las políticas, procedimientos e instrumentos a que se sujetarán las autoridades sanitarias del país para el control sanitario de los actos de disposición y de internación y salida de sangre humana, sus componentes y células progenitoras hematopoyéticas, así como de los establecimientos, servicios y actividades vinculadas con dichos actos; coordinar, supervisar, evaluar y concentrar la información relativa a las unidades de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas recolectadas en el territorio nacional, así como de los actos de disposición en la materia, en coordinación con los centros estatales de transfusión sanguínea y ejercer el control y vigilancia sanitarios de los actos de disposición de sangre humana, sus componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, de las actividades relacionadas con éstas y de los establecimientos destinados a estos actos, así como expedir, revalidar o revocar en su caso, las autorizaciones que en la materia se requieran. Entre otras.

Sus objetivos son: conducir la política nacional de la disposición de sangre humana, sus componentes y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos; impulsar el aseguramiento de la calidad en la disposición de la sangre para evitar las enfermedades transmisibles por transfusión; fortalecer la optimización de la sangre mediante su fraccionamiento, conservación y distribución de componentes sanguíneos, así como promover su uso racional; y regular las bases y requisitos del funcionamiento de los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, con apego a las disposiciones legales, en beneficio de la salud pública.

Para cumplir con este propósito se aplicaron las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre Humana, sus componentes, de manera conjunta con los Centros Estatales de Transfusión Sanguínea;
- Actualización permanente del registro de donadores incluyendo los de fenotipo poco común;
- Actualización y simplificación de la legislación sanitaria en materia de medicina transfusional;
- Rectoría en el funcionamiento de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión;
- Participar en la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, para mejorar los aspectos técnicos de la atención a los donadores altruistas y familiares.

Derivado de las acciones llevadas a cabo en el período que permitieran el fortalecimiento del control y calidad en la disposición de la sangre y sus componentes, se obtuvieron los siguientes resultados:

- No se ha reportado un solo caso de VIH/SIDA asociado a transfusión.
- Capacitación de 861 334 donadores en todo el país en el período enero-agosto del 2001.
- Se realizaron las siguientes pruebas serológicas: VIH 861 334, AgsHB 861 334, HVC 861 334, Chagas 861 334, Treponema Pallidum 120 586, otros 68 906. En total 3 634 828.
- Se obtuvieron 859 060 componentes sanguíneos, de los cuales se transfundieron 1 295 484 (69.7 por ciento).
- Donantes autólogos a nivel nacional 3 661.
- Componentes obtenidos por procedimientos de aféresis a nivel nacional, se realizaron 12 335.
- Fortalecimientos de bancos de sangre humana y sus componentes de manera conjunta con los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.
- Otorgamiento de los componentes sanguíneos a las instituciones que los requieren, cuando son solicitados.
- Actualización permanente del registro de donadores de fenotipo poco común, se tiene un registro de 250 donadores.
- Impulso al Programa Plasma-Albúmina para mejorar el aprovechamiento e industrialización del plasma y la producción de albúmina y de otros hemoderivados. En el período se han procesado 103 419 unidades, con la obtención de 14 774 unidades de albúmina con un ahorro al Sector Salud de 12.4 millones de pesos.
- Capacitación profesional en Medicina Transfusional y postgrado, mediante la impartición de 71 cursos incluyendo el Programa de Educación a Distancia, con un total de 1 661 capacitados y tres médicos residentes egresados.

- Impulso a la promoción de campañas de donación altruista de sangre en todo el país, con la realización de 38 035 campañas en el período enero-agosto.
- Rectoría en el funcionamiento de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.
- Racionalización y mejoría en el uso de la sangre humana y sus componentes.

Capacitación

El objetivo principal del área de promoción y capacitación, del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, es promover la formación y actualización de personal que interviene en la obtención, estudio y aplicación de la sangre, sus componentes y células hematopoyéticas progenitoras, así como la difusión de los aspectos fundamentales de la Medicina Transfusional, mediante el Curso de Postgrado para Médicos Especialistas, en convenio con la unidad de postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estas actividades la realiza el CNTS, mediante enseñanza tradicional y educación a distancia. Actualmente se cuenta con tres médicos especialistas que están cursando el CPME, los tres cuentan actualmente con un anteproyecto de investigación en el área de Medicina Transfusional. En cuanto a cursos llevados a cabo en el CNTS, se tenían programados 8 cursos, de los cuales sólo se han llevado a cabo 5 que nos da un 62 por ciento de lo proyectado, los tres cursos restantes fueron diferidos por el cambio de sede del Centro.

Cursos	Número de eventos	Número de asistentes
Pruebas serológicas pretransfusionales	2	9
Control de calidad	1	3
Fraccionamiento y conservación de la sangre	1	3
Inmunohematología	1	1
Total	5	16

Se llevaron a cabo diversas actividades de formación y capacitación, en los que participó también el personal de CNTS. Estos se presentan a continuación:

Se recibieron 5 personas en adiestramiento en servicio, 2 de la Habana, Cuba; 1 de Panamá, para medicina transfusional; 1 de Chile para plasmaféresis y 1 del CNTS de Michoacán en Trámite de Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable para Banco de Sangre.

Programa de Educación a Distancia de la OPS / OMS. Sangre y Componentes Seguros

Actividad profesional	Número de educandos
Administrativo	11
Enfermería	73
Médico	64
Químico	43
Técnico en laboratorio	58
Trabajo social	10
Total	259
Total diplomados	11

Los cursos de capacitación para el personal del CNTS, de acuerdo al diagnóstico, quedó de la siguiente forma. Se tenían programados 7 cursos, llevándose a cabo el 100 por ciento.

Cursos y Trabajadores Capacitados

Cursos de Capacitación para el desempeño	Trabajadores		Porcentaje de Avance
	Programados	Capacitados	
Computación	10	5	50
Fraccionamiento y conservación de sangre	1	1	100
Manejo de residuos peligrosos	3	3	100
Taller de ETS y VIH/SIDA	1	1	100
Primeros Auxilios	1	1	100
Taller de asertividad	1	1	100
Control de calidad	3	1	33
Total	20	13	65

El CNTS asistió a diversos cursos y congresos que permitieron mejorar las prácticas de manejo y control de los componentes sanguíneos. Estos fueron:

Cursos	Capacitados
Congreso Iberoamericano de MT	4
Manejo de Celldyn	2
Inmunología básica	3
Dream Team	1
Flash Avanzado	1
Total	11

Actividades básicas con sesiones generales al personal de salud del CNTS, con un total de 15 sesiones académicas con 191 asistentes, como parte de las actividades de educación continua para dicho personal. Durante mayo y junio no hubo sesiones generales dirigidas al personal, ya que se llevaron a cabo las acciones de cambio de sede y no dispusimos de un lugar adecuado para el desarrollo de las mismas.

Promoción y captación de donadores

Siguiendo las políticas del SNTS o referente a la donación de sangre, se ha procurado mantener el incremento de la donación altruista, toda vez que hemos identificado que los donadores de bajo riesgo se encuentran en los grupos de estudiantes de las distintas universidades. En este sentido, se han dirigido las campañas de donación altruista a estos sectores de población, haciendo énfasis en la importancia de donar sangre de manera altruista. Para lograr esto durante el segundo trimestre se designó a un equipo de trabajo integrado por trabajadores sociales especializados en el ramo, así como médicos y enfermeras

para sensibilizar a los posibles donadores de las instituciones de educación media y superior, resaltando la importancia de donar sangre y la de los beneficios que obtienen. No obstante, aunque la política del SNTS es el incrementar la donación altruista, no se ha descuidado la donación familiar, realizando campañas de educación dirigidas al candidato a donar por medio de trípticos informativos, videos e información personal que permitan disminuir la donación a través de donadores con conductas de riesgo. Con base en lo anterior durante el primer trimestre fueron valorados 13 192 donadores de sangre, 9 150 se aceptaron, 69 por ciento, y 4 042 se rechazaron, 31 por ciento.

Donadores Totales enero - junio 2001

Mes	Valorados	Aceptados	Porcentaje	Rechazados	Porcentaje
Enero	2 386	1 644	69	742	31
Febrero	2 378	1 605	67	773	33
Marzo	2 362	1 666	71	696	29
Abril	2 210	1 540	70	670	30
Mayo	2 099	1 450	69	649	31
Junio	1 757	1 245	71	512	29
Total	13 192	9 150	69	4 042	31

Durante el primer semestre se aceptaron 8 290 donadores familiares y 860 donadores altruistas. Conforme a las metas programadas para el presente año, en donación familiar se tiene un avance del 44 por ciento y en donación altruista el 43 por ciento.

En el período que se evalúa en este informe, se realizaron 61 campañas promocionales de donación altruista de sangre en instituciones educativas y empresas. En este mismo período durante el primer semestre del 2001 se realizaron 97 procedimientos de planquetaféresis, plasmaféresis y plaquetas con plasma por hemaféresis.

Capítulo 3

Subsecretaría de Prevención y
Protección de la Salud

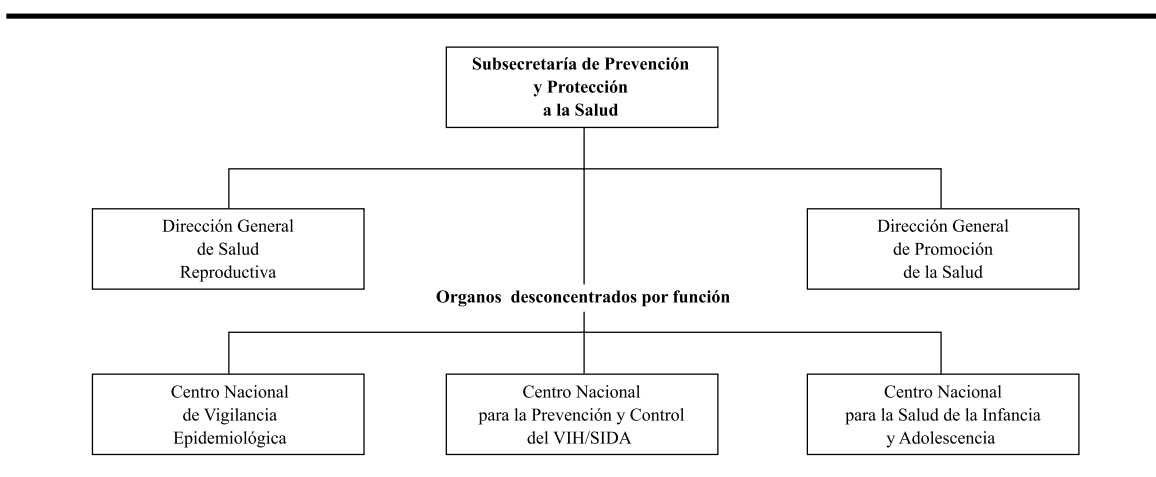
3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Función

Vigilar, controlar y coordinar los programas dirigidos a la atención médica y asistencia social, la salud reproductiva y la planificación familiar, la promoción de la salud, la medicina preventiva, el control sanitario y la vigilancia epidemiológica.

Estructura Orgánica

Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud



La Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud cuenta con 2 direcciones generales: la Dirección General de Salud Reproductiva y la Dirección General de Promoción de la Salud; 3 órganos desconcentrados por función: el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Las 5 unidades administrativas se integran con 3 direcciones generales adjuntas, 30 direcciones de área; 52 subdirecciones y 87 jefaturas de departamento.

Acciones realizadas

En el período de informe esta Subsecretaría ha realizado, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, la conceptualización y preparación coordinada, los diversos Programas de Acción que dan el “Blindaje” sanitario a la población, y que van encaminados a colaborar en la vinculación de la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, para fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud dentro del Sector.

En este sentido, se han definido 22 programas de acción bajo la responsabilidad de esta Subsecretaría, a saber:

- Comunidades saludables.
- Educación saludable.
- Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”.
- “Arranque Parejo en la Vida”.
- Brucelosis.
- Cáncer Cérvico Uterino.
- Cólera.
- Enfermedades Transmitidas por Vectores.
- Infancia y Adolescente.
- Rabia.
- Salud Bucal.
- Salud Reproductiva.
- Tuberculosis.
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres.
- Atención al Envejecimiento.
- Cáncer de Mama.
- Cáncer de Próstata.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.
- Accidentes.
- VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
- Vigilancia Epidemiológica.

Para la definición se realizaron diversos foros de consulta al sector salud, además de la participación abierta de diversos organismos e instituciones relacionadas con la salud. Cabe recalcar la participación activa de las diversas instituciones del Sector Salud, así como de los servicios de salud de las 32 entidades federativas.

La realización de diversas reuniones de coordinación con instituciones del Sector Salud y con organizaciones civiles y académicas, con la finalidad de determinar prioridades, contenidos y metas para los diferentes Programas de Acción.

Se llevo a cabo el primer Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud, en donde participaron todos los responsables de los programas de acción de todos los estados y del nivel federal, para realizar el ejercicio conjunto de preparación del Programa Operativo 2002 (POA-2002). En este ejercicio se incluyó la participación de los directores de administración y de planeación de las entidades federativas, situación que favoreció un resultado de común acuerdo y coordinado.

En julio, se realizó la celebración de los primeros 50 años sin Viruela en México. La ceremonia estuvo presidida por el Secretario de Salud, con la asistencia de distinguidas personalidades como los doctores Guillermo Soberón Acevedo y Jesús Kumate Rodríguez, ex Secretarios de Salud,

y de los doctores Ciro de Quadros y Donald Henderson de OPS. Se realizó un reconocimiento a todos los médicos y enfermeras que en diferentes épocas participaron en las campañas de vacunación y que lograron que en 1951 se presentara el último caso de esta enfermedad en el país.

Durante el mes de agosto se realizó la presentación, para conocimiento público, de los Programas de Acción de Comunidades Saludables, Educación Saludable y Arranque Parejo en la Vida.

Se estableció el Comité Nacional del Programa “Arranque Parejo en la Vida” y se instalaron los Consejos Nacionales de Vacunación y de Prevención y Control del SIDA. En adición, se llevó a cabo la firma del Convenio de Colaboración entre las Secretarías de Salud y de Educación Pública en apoyo al Programa de Educación Saludable.

Como parte de las acciones encaminadas a mejorar el desempeño institucional, se está llevando a cabo el programa de desarrollo humano para todo el personal directivo y de apoyo de la Subsecretaría. Asimismo, se desarrollan reuniones mensuales al nivel directivo con la finalidad de detectar y definir prioridades y mejorar la interacción técnica entre las diversas áreas afines.

Resultados obtenidos

Se han definido 22 Programas de Acción a cargo de esta Subsecretaría, que están dirigidos a la atención de los principales problemas de salud en el país. Estos programas fueron establecidos, por primera vez, en coordinación con todas las instituciones del Sector Salud y diversos organismos públicos y privados.

En otro sentido, también por primera vez, se logró determinar los recursos irreductibles para cada Programa de Acción y ahora se conoce el costo real de ellos.

En general, se puede mencionar que se ha logrado la coordinación y coparticipación de las diversas instancias involucradas en la salud pública, que están y participan, en la ejecución de los diversos Programas de Acción.

3.1. Dirección General de Promoción de la Salud

La Dirección General de Promoción de la Salud tiene como función fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva.

Normas Oficiales

- Se encuentra en proceso de aprobación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-043 SSA-2-1999 Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación.
- La Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993 para el Fomento de la Salud Escolar se encuentra en proceso de actualización.

Reuniones

- Reunión Nacional para los directores, subdirectores y jefes de promoción de la salud en las entidades federativas.
- VIII Reunión de la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

Capacitación

- Durante el período de este informe, los cursos impartidos permitieron capacitar a 7 mil médicos, 7 100 enfermeras y 1 700 técnicos, 27.6, 40, 42 y 39.4 por ciento más, respectivamente, en comparación con la estimación inicial para el mismo período.

Capacitación	Agosto 2001		Diciembre 2001
	Programada	Alcanzada	
Técnico	1 332	1 700	3 000
Médicos	5 000	7 000	10 192
Enfermeras	5 000	7 100	8 000
Total	11 332	15 800	21 192

Esta Dirección tiene bajo su responsabilidad los siguientes programas:

- Comunidades saludables.
- Educación saludable.
- Salud en la escuela.
- Salud familiar.
- Ejercicios para el cuidado de la salud.

3.1.1. Comunidades Saludables

La promoción de la salud ubica su estrategia en los tiempos de cambio que vive México, y que precisan de crear consensos, asumir compromisos y sumar esfuerzos y voluntades políticas para el desarrollo de programas integrales que le permitan cumplir con su máximo objetivo; generar una cultura de vida saludable, a través de la creación de entornos que favorezcan la salud, con la participación corresponsable y activa de los sectores público, social y privado y, en un esfuerzo conjunto, generar oportunidades que eleven la calidad de vida y la expectativa de salud de la población.

En este contexto se diseñó el Programa de Comunidades, que tiene como objetivo: generar y fortalecer aptitudes y actitudes en la población para el autocuidado de la salud, como medio para facilitar acciones de prevención y protección; propiciando la participación corresponsable de todos los sectores y logrando un mayor impacto en los niveles de salud y desarrollo en general.

Para operar el Programa de Comunidades Saludables, se establecieron diversas estrategias que permiten alcanzar sus objetivos: Educación para la Salud, Participación Social, Comunicación Educativa, Capacitación, Coordinación y Concertación e Investigación y evaluación.

El programa para su operación consideró los siguientes componentes, con el fin de que los individuos que comparten actividades y espacios físicos participen con acciones que coadyuven a mejorar las condiciones de salud en su comunidad y en consecuencia, ésta reúna los requisitos para ser calificada como saludable:

1) Municipios Saludables: representa una movilización amplia de gobiernos locales a favor de la salud, facilitando la participación activa de la sociedad y la conjunción de objetivos con las instituciones relacionadas al desarrollo social municipal; representa un espacio de intercambio de experiencias y el apoyo a proyectos, en el programa están actualmente acreditados 1 618 municipios, está constituida además la Red Mexicana de Municipios por la Salud, este movimiento tiene 1 397 integrantes que han hecho manifiesto su compromiso de trabajar por la salud mediante el acuerdo de sus cabildos, y son encabezados por un Comité Coordinador formado por un Presidente municipal por entidad federativa. Se han llevado a cabo 45 589 proyectos terminados de los cuales 90 por ciento corresponden a obras de saneamiento básico. A su vez en muchos estados ya funcionan redes estatales de municipios saludables que permiten una mejor definición de prioridades y facilitan la coordinación entre los gobiernos estatales y municipales.

Los municipios mexicanos tienen ante sí el reto de consolidarse como un motor del desarrollo social ante las recientes reformas del artículo 115 constitucional, que le otorgan nuevas facultades y atribuciones, esto representa para la Secretaría de Salud una gran oportunidad de influir en el gasto municipal y la políticas públicas locales para prevención de enfermedades y protección de la salud.

2) Mercados Saludables: el mercado es un espacio físico donde se reúne mucha gente por lo tanto está expuesto a la presencia de fauna nociva que depende de varios factores, como el clima, la topografía del lugar y la disponibilidad de alimentos y de refugio, es decir cualquier medio donde las condiciones les sean favorables para su proliferación y establecimiento.

El tener el mercado infestado de plagas, representa uno de los principales problemas de salud pública que requiere ser resuelto de inmediato, ya que estos lugares son los que distribuyen y venden diariamente alimentos a la población para su consumo.

Las plagas, se adaptan al medio ambiente con facilidad, se establecen en todo tipo de instalaciones; casas, áreas de cultivo, rastros y mercados, provocando daños a sus estructuras y materiales, contaminan alimentos y lo más importante transmiten enfermedades graves para el ser humano y otras especies de animales que ocupamos como parte de nuestra alimentación.

El mercado saludable tiene como objetivos; promover la participación del municipio y de la población involucrada en este ámbito en la práctica de acciones preventivas para el control de fauna nociva en los mercados y fortalecer las acciones preventivas mediante el enfoque de riesgo.

Para cumplir los objetivos se llevan a cabo las siguientes líneas de acción: capacitación a los trabajadores de los mercados en la práctica de acciones a desarrollar para el control de plagas; diseño y elaboración de una campaña de prevención y control de plagas; establecimiento de mecanismos de colaboración con organizaciones públicas, sociales y privadas para su difusión y desarrollo; vinculación con el componente de municipios saludables; incentivar la incorporación de los diferentes grupos de población en la operación del programa y el fortalecimiento de la vinculación de este componente con los programas de acción.

3) La Escuela Saludable y Segura: es aquella en la cuál los alumnos, maestros, padres de familia y personal de salud trabajan juntos para mejorar la educación y la salud de los escolares y de los ambientes donde viven, aprenden y se desarrollan; tiene como objetivo: contribuir al bienestar físico, mental y social de alumnos, maestros y padres de familia, mediante un conjunto de acciones coordinadas a realizarse en el ambiente escolar y su entorno, el universo de atención son los preescolares, primarias y secundarias:

- Alumnas y alumnos.
- Educadoras, maestras y maestros, directivos, personal docente de apoyo.
- Madres y padres de familia.
- Entorno escolar.

Para cumplir con el objetivo se integraron diversas líneas de acción:

- Educación para la Salud.
- Prevención, detección y derivación de problemas de salud.
- Promoción de ambientes saludables y seguros.
- Participación social.

4) Localidades de 500 a 2500 habitantes: la atención a estas localidades tiene como objetivo promover estilos de vida saludables en la población, mediante la capacitación y la participación activa de madres de familia y población en general.

Para dar cumplimiento al objetivo se llevan a cabo las siguientes líneas de acción: capacitación en el paquete de servicios al total de mujeres embarazadas, en período de lactancia y con niños menores de cinco años; fortalecimiento a la vinculación del componente con los programas sustantivos; analizar y evaluar las acciones que se realizan en cada entidad federativa; promover la reproducción de materiales en el marco del programa, el personal de salud dirige sus acciones de orientación alimentaria a madres y padres de familia, a procuradoras, agentes de salud, maestros, alumnos y población en general; promover acciones de salud orientadas a la atención de la mujer en sus diferentes etapas del ciclo de la vida para la prevención y atención oportuna de enfermedades, en el ámbito escolar, laboral y familiar; elaborar y difundir los lineamientos para la capacitación del personal técnico y administrativo de los servicios de atención primaria a la salud para la promoción de la salud de la mujer.

5) Prisiones Preventivas y Centros de Readaptación Social: el trabajo en este espacio tiene como objetivo capacitar y orientar a la población de los centros de readaptación social sobre el paquete de servicios de salud, así como promover el saneamiento físico y ambiental del entorno.

Para operarlo se han marcado las siguientes estrategias: establecimiento de los lineamientos y procedimientos; capacitación a los responsables estatales de promoción de la salud, y coordinación interinstitucional e intersectorial y seguimiento y evaluación.

Avances

- El programa se presentó el 9 de agosto en la VIII Reunión de la Red Mexicana de Municipios por la Salud en la Ciudad de Puebla.
- Se constituyó el Comité Nacional de Comunidades Saludables.
- Se definieron y se entregaron a la Secretaría de Hacienda las reglas de operación del Fondo Nacional de Comunidades Saludables para su autorización y publicación.
- Se emitió la convocatoria para participar en el fondo.
- Se recibieron en los comités estatales de Comunidades Saludables 1 027 proyectos.
- Se avalaron en los Comités Estatales 802 proyectos, que se recibieron en el Comité Nacional para su evaluación, autorización, control y seguimiento.

Capacitación	Agosto 2001		Diciembre 2001
	Programada	Alcanzada	
Sesiones de Educación para la Salud	213 457	248 136	372 204
Cursos a agentes y procuradoras	20 197	11 387	16 744
Cursos a mujeres	2 284	6 734	10 086
Cursos personal de salud	569	120	1 806
Personas capacitadas	287 059	148 147	217 056
Banderas Blancas	1 658	647	858
Casas Amigas del niño y de la madre	2 355	3 987	4 546
Cursos a comités locales de salud	3 002	2 156	5 200

3.1.2. Educación Saludable

El programa de Educación Saludable se implementará en forma conjunta entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública y tiene como propósito promover el desarrollo de una cultura de la prevención de riesgos y enfermedades y otorgar cuidados a la salud de los escolares, en los niveles de preescolar, primaria y secundaria; se pretende contribuir al bienestar físico, mental y social de los educandos con la participación de todos los integrantes de la comunidad escolar y autoridades locales.

El impacto a lograr a través de las acciones coordinadas entre la Secretaría de Salud y de Educación, tiene una temporalidad indefinida ya que el período de educación básica corresponde a la etapa en la que se adquieren hábitos y actitudes que perduran el resto de la vida.

El programa tiene como objetivo: establecer en la comunidades escolares y en su entorno, una cultura del autocuidado de la salud que contribuya al bienestar físico, mental y social de los alumnos, su familia y del personal docente; así como en la formación y al mantenimiento de ambientes saludables y seguros.

Se plantearon estrategias de planeación, coordinación, actualización de contenidos, comunicación social, capacitación, organización para la participación, información y seguimiento y evaluación.

Para su operación el programa plantea las siguientes líneas de acción:

Educación para la Salud, que busca la adquisición de conocimientos, el desarrollo de actitudes y valores, así como habilidades para vivir, transmitidas a través de los contenidos educativos, la comunicación educativa, y el desarrollo de prácticas en las que intervenga el personal educativo y de salud. En los programas de estudio y en los libros de texto para la educación básica se han incorporado contenidos de salud que rigen el proceso de enseñanza aprendizaje; dichos contenidos están incorporados en las asignaturas de ciencias naturales, civismo, educación física, biología salud ambiental y orientación educativa.

Prevención, detección y derivación de problemas de salud, se orienta a la atención de aquellos problemas de salud que afectan con mayor frecuencia el aprendizaje y rendimiento del escolar, así como los que causan ausentismo. Entre estos problemas están los relacionados con la agudeza visual y auditiva; posturales, las enfermedades de la piel, las odontológicas, infecciones crónicas, parasitosis, violencia intra familiar, los accidentes y las adicciones.

También se pretende incidir en las causas de morbilidad y mortalidad que afectan a los escolares.

Entre las primeras, destacan las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, parasitosis, otitis media, amigdalitis estreptocócica, asma y desnutrición, a través del Paquete de Servicios de Salud para Escolares (PASSE).

Promoción de ambientes escolares saludables, con el que se busca un ambiente saludable que sustente la interacción equilibrada de los individuos, el medio físico y el natural, para favorecer el desarrollo humano.

En la escuela se requiere cuidar el ambiente físico y el social a través de la identificación de los factores de riesgo (para trabajar en su resolución) y de los factores protectores (para promover su cuidado y desarrollo). En efecto, la vida de los escolares transcurre en un micro ambiente que favorece o afecta su salud; asimismo, viven en un ambiente físico constituido por su vivienda, el edificio escolar, la vía pública y los sitios a donde concurren, y un ambiente social cuyos componentes influyen en las relaciones interpersonales, condicionan la convivencia y matizan los afectos.

Construir y mantener ambientes saludables es una acción esencial de la promoción para la salud, que requiere el desarrollo de conocimientos, actitudes de cuidado, responsabilidad y respeto. Bajo esta premisa, con el Programa se incorporarán acciones tendientes a mejorar la estructura física y el entorno ambiental de la escuela, mediante obras de saneamiento básico, como la disposición de excretas y la disposición de desechos sólidos, entre otros.

Participación social, que tiene como centro la organización de los docentes, padres de familia, instituciones y autoridades locales para identificar los problemas de salud, elaborar programas de trabajo y coordinarse para su ejecución; consecución y gestión de recursos, control y seguimiento de las acciones concretas. La participación social es un elemento indispensable de la educación para la salud, para el desarrollo de ambientes saludables y condición indispensable para atender y resolver los problemas.

La participación podrá darse a través de los canales ya establecidos como los Consejos, así como por aquellos que se generen por las dinámicas propias del trabajo que surjan en los planteles escolares.

Avances

- El 13 de agosto, las Secretarías de Salud y de Educación Pública firmaron las Bases de Coordinación para el Establecimiento, Desarrollo y Ejecución del Programa de Educación Saludable.
- Se inició el proceso de actualización de libros de texto gratuitos para el ciclo escolar 2003-2004, con la incorporación de mensajes que promueven la salud y el autocuidado.
- Se inició el proceso de actualización de libros guía para el maestro, para la incorporación de mensajes de salud para el ciclo escolar 2002-2003.
- Durante el período de este informe, se otorgaron más de 9 mil cursos a docentes y padres de familia, con un incremento de 64.2 por ciento, respecto al número de cursos programados inicialmente para este período.
- Además, se revisaron alrededor de 3.5 millones de escolares y fueron referidos para su atención médica casi 1.1 millones.

Capacitación	Agosto 2001		Diciembre 2001
	Programada	Alcanzada	
Escuelas (preescolar, primaria y secundaria)	36 053	162 040	243 060
Cursos a docentes y padres de familia	5 535	9 089	14 770
Número de niños revisados	4 420 253	3 464 035	4 196 358
Número de niños referidos para atención	1 341 863	1 065 085	2 012 794

3.2. Dirección General de Salud Reproductiva

Entre las principales funciones de esta Dirección General, está la de formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer.

En la Secretaría de Salud, las acciones realizadas durante los primeros nueve meses de la presente Administración en materia de salud reproductiva, se reorientaron y fortalecieron con el propósito de disminuir las diferencias entre las diferentes regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y en los municipios de alto riesgo, así como para contribuir que hombres y mujeres tomen decisiones responsables y libres sobre su sexualidad, su vida reproductiva y post-reproductiva con menores riesgos y mayor igualdad en las condiciones de salud.

A continuación se presentan los principales resultados y las acciones desarrolladas durante el período comprendido entre diciembre del año 2000 y agosto del 2001.

3.2.1. Programa de Salud Reproductiva

Las acciones llevadas a cabo en los primeros ocho meses de este año, permitieron integrar un Programa de Salud Reproductiva para el período 2001-2006, que contempla, siete componentes esenciales: salud materna, salud del recién nacido, prevención y control del cáncer cérvico-uterino, prevención y control del cáncer mamario, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y atención en el climaterio y la menopausia.

El Programa de Salud Reproductiva establece estrategias de tipo general y objetivos muy puntuales para cada uno de los componentes, los cuales han sido el marco de referencia para el planteamiento y desarrollo de las acciones en materia de salud reproductiva en la Secretaría de Salud.

Con el propósito de contar con los elementos necesarios para gestionar recursos materiales y financieros para fortalecer el desarrollo del programa, en el mes de julio se llevó a cabo el Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud. Los objetivos de este encuentro fueron analizar las estrategias del programa, establecer metas operativas y de resultados para el año 2002, y determinar los requerimientos presupuestales para integrar el Programa Operativo Anual (POA) del año 2002.

Por otra parte, para dar cumplimiento a los compromisos internacionales que el Gobierno de México ha adquirido en materia de salud reproductiva durante los meses de julio y agosto, se realizó el Tercer Curso Internacional de Capacitación en Salud Reproductiva, con la participación de personal de alto nivel de responsabilidad del programa de salud reproductiva de los países de Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y del estado de Veracruz. Este evento permitió compartir la experiencia de México en el campo de la salud reproductiva.

3.2.2. Planificación Familiar

El componente de planificación familiar tiene como propósito fundamental contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos modernos y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, a los adolescentes y las comunidades indígenas.

En cumplimiento a la estrategia de promover y coordinar la capacitación al personal de salud en las necesidades específicas de cada segmento de la población, durante el período que se informa se llevó a cabo un Taller de Anticoncepción Posparto, Poscesárea, Transcesárea y Posaborto en el estado de Baja California, dirigido a médicos gineco-obstétricas, enfermeras y personal del área de trabajo social, con la finalidad de capacitar al personal en aspectos teórico-prácticos en la aplicación de dispositivo intrauterino, obliteración tubárica bilateral con anestesia local y sedación, riesgo reproductivo y criterios para el uso de anticonceptivos hormonales orales sólo de progestina. Con esta actividad se pretende contribuir a incrementar la cobertura de anticoncepción posparto, poscesárea, transcesárea y posaborto en el estado.

Cabe señalar que la capacitación teórica y práctica se realiza, en el lugar de adscripción, con un 60 por ciento de práctica y 40 por ciento teórico, con tópicos sobre riesgo reproductivo, orientación-consejería durante el control prenatal y en momentos propicios durante la atención del parto y puerperio, haciendo énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, y en el consentimiento informado que permita garantizar la toma de decisión libre e informada en la aceptación o no aceptación de un método anticonceptivo, que es de vital importancia para que la mujer tome la mejor decisión al respecto antes de su egreso de la unidad de salud.

Otra de las estrategias del componente de planificación familiar es impulsar la vasectomía sin bisturí mediante la capacitación de los prestadores de servicios. En cumplimiento a esta estrategia, durante el período del informe se efectuaron cinco jornadas quirúrgicas para certificar en la técnica de vasectomía sin bisturí a seis médicos, que ofrecen el servicio de manera permanente en los centros específicos de atención que se han establecido en los servicios de salud del Estado de México (3), Chihuahua (1), Aguascalientes (1) y Quintana Roo (1). Es importante aclarar que se estableció el compromiso de intensificar las actividades de promoción, por todo el personal operativo de los diferentes niveles y aprovechar el uso de los medios de comunicación, así como la pinta de bardas y mantas alusivas en las unidades de primer nivel donde se encuentra adscrito este servicio.

Una actividad importante de los servicios de vasectomía sin bisturí es la orientación-consejería, porque a través de ella el prestador de los servicios ofrece al solicitante la posibilidad de tomar una decisión fundamentada en el conocimiento de otras opciones anticonceptivas, para fortalecer esta actividad se realizaron tres Talleres de Orientación-Consejería en Vasectomía sin Bisturí, en los estados de Aguascalientes, Chihuahua y Distrito Federal en donde participaron 60 médicos y 50 trabajadoras sociales, enfermeras y psicólogas.

En este año, se inició el proceso de depuración de los módulos de vasectomía sin bisturí, para seleccionar y mantener en funciones sólo aquellos que garanticen la productividad de nuevos usuarios y se procederá a dar de baja a los módulos que reportan una nula o muy baja productividad. En las jurisdicciones sanitarias en donde se den de baja módulos, se implantará la estrategia de realizar jornadas quirúrgicas trimestrales, para llevar a cabo un mínimo de 10 procedimientos, los cuales serán

realizados por el personal del módulo más accesible a esa jurisdicción, con esto se garantizará un mejor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos. A la fecha se han identificado a los estados de Chiapas, Oaxaca, Colima, Guerrero y Tlaxcala en los que se llevará a cabo este proceso de depuración.

Con la finalidad de intercambiar experiencias de México en el trabajo con adolescentes, se asistió a la Reunión Mundial de Servicios Amigables de Salud del Adolescente en Ginebra, Suiza, del 7 al 9 de marzo del 2001, al Congreso Mundial de Pediatría y Ginecología Infanto-Juvenil en Buenos Aires, Argentina, del 29 de marzo al 2 de abril, a la Reunión Internacional de Educación a Distancia en Salud Integral del Adolescente organizada por la Organización Panamericana de la Salud, del 5 al 8 de junio. Se recibió la visita de una representante del Population Council de Bolivia, el 2 de abril, a la cual se le mostró el funcionamiento de los Servicios de Atención a Adolescentes, en Taxco, Guerrero. Asimismo, con el objetivo de apoyar a los Grupos Vulnerables se asistió al Foro Nacional de Integración Social de las Personas con Discapacidad, del 28 de febrero al 2 de marzo, en Cd. Victoria, Tamaulipas. Se participó en el Taller de los Adolescentes con o sin Discapacidad organizado por el DIF-Tamaulipas, del 27 al 29 de junio. Asimismo, se asistió al IV Congreso de Educación Sexual y Sexología en Boca del Río, Veracruz, organizado por la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS), del 26 al 28 de marzo del 2001.

Además, para contribuir a reforzar las acciones de capacitación para personal multidisciplinario que trabaja con adolescentes en instituciones educativas, se realizaron dos cursos de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en Culiacán, Sinaloa y en Puebla con una asistencia de 60 participantes. Asimismo, se impartieron tres sesiones educativas e informativas a 216 adolescentes.

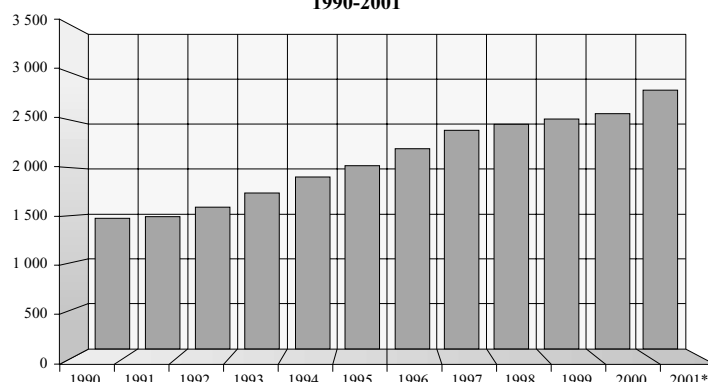
Para apoyar la atención en salud reproductiva a grupos vulnerables como es la población indígena, se llevó a cabo una reunión de trabajo con personal de las unidades de salud participantes y vinculadas con las comunidades indígenas en el proyecto: "Estrategias para el Mejoramiento de la Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas del estado de Guerrero en el año 2001".

Por otro lado se realizó una reunión con las y los responsables del Programa de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria de Zacapoaxtla y una visita de asesoría y apoyo técnico a 7 localidades de Cuetzalan del Progreso, Puebla, con el fin de corroborar la continuidad de la etapa operativa del Programa de Salud Reproductiva en comunidades indígenas, del 26 al 31 de marzo del 2001. Asimismo, se realizó una visita de asesoría y apoyo técnico a las 11 localidades del estado de Guerrero, con el propósito de verificar la implementación de la etapa operativa. En apoyo a estas acciones y con el objetivo de fortalecer la relación entre el personal de salud y las comunidades indígenas, se llevó a cabo un Curso Taller de Salud Reproductiva para Comunidades Indígenas en Cuetzalan del Progreso, Puebla, para 68 prestadores de servicio.

El resultado de las acciones de planificación familiar en la SSA fomentó de manera importante el uso de los diferentes métodos anticonceptivos que se ofertan en la institución. Durante los primeros ocho meses de este año, se captó un promedio mensual de 74 760 nuevas aceptantes de métodos de regulación de la fecundidad, cifra semejante a la obtenida durante al año 2000.

La aceptación de métodos anticonceptivos de mayor efectividad y continuidad contribuyeron a que el número de usuarias activas mantenga una tendencia ascendente histórica. En diciembre del año 2000, había en el programa 2.7 millones de parejas usuarias de algún método anticonceptivo otorgado por la SSA, y para agosto del 2001 la cifra asciende a 2.8 millones, lo que representó un incremento de 5.6 por ciento.

SSA: Logro de usuari@s activ@s de planificación familiar
1990-2001



* Cifra estimada al mes de agosto
Fuente: Estimaciones de la DGSR con base en el SISPA

El servicio de planificación familiar se ha fortalecido en los últimos años, particularmente en lo que corresponde a la oferta de métodos durante el control prenatal, de tal manera que el número de mujeres que adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario por la atención de un evento obstétrico fue de 171 102 aceptantes, de las cuales el 48.6 por ciento optaron por el DIU y el 30 por ciento por la OTB, lo que representó mayores beneficios, ya que estos métodos no interfieren con la lactancia. La cobertura de anticoncepción postevento obstétrico durante el periodo enero-agosto del 2001, se mantuvo en 40.7 por ciento, cifra semejante a la correspondiente al año 2000.

Actualmente, se tienen 170 servicios de atención en vasectomía sin bisturí, lo que ha contribuido a una mayor oferta de este servicio en las unidades médicas de la SSA. Durante el año 2001, se realizaron mensualmente 422 procedimientos quirúrgicos de este tipo, cifra que representó una productividad ligeramente superior a la del año 2000, año en que se realizaron 418 procedimientos.

El impacto de las acciones de planificación familiar permitió un incremento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos; según CONAPO se estima que para el año 2001 la cobertura de mujeres en edad fértil unidas que usan algún método anticonceptivo es de 71.4 por ciento; asimismo, ha contribuido en la reducción de la tasa global de fecundidad que para el año 2000 fue de 2.4 hijos por mujer y para el 2001 de 2.34 hijos por mujer.

3.2.3. Salud Perinatal

En el Programa de Salud Reproductiva el componente de salud perinatal tiene como propósito esencial garantizar una maternidad sin riesgo en todas las mexicanas, contribuyendo a reducir los daños a la salud por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio y mejorar la calidad de vida de las niñas y niños mexicanos.

Las acciones de salud perinatal, en cuanto al componente de salud materna tienen como objetivos fundamentales disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor número de defunciones y tasas, intensificar la información y educación en salud materna e incrementar la calidad

de la atención. En tanto que las acciones de salud del recién nacido, están enfocadas a contribuir a la disminución de la mortalidad neonatal, reduciendo las diferencias entre las diversas regiones del país; incrementar la cobertura de tamiz neonatal y mejorar la calidad de los servicios de salud perinatal, incorporando nuevas tecnologías, de acuerdo a las necesidades de la población.

Uno de los objetivos en salud perinatal es la prevención y control de los defectos al nacimiento; para tal fin se envió al Diario Oficial de la Federación, para su publicación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana correspondiente, el cual estará sujeto a consulta pública y posteriormente será revisado y publicado como Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.

El resultado de las acciones del componente de salud perinatal fomentó de manera importante el uso de los servicios para embarazadas en la institución. Durante los primeros ocho meses del año 2001 se otorgaron en los centros de atención de la SSA 2.65 millones de consultas prenatales, por lo que en promedio cada embarazada recibió 3.2 consultas de control prenatal durante su embarazo.

Durante el año 2000, se atendieron 708 967 eventos obstétricos, de los cuales el 94 por ciento se atendieron en unidades médicas de la SSA y el 6 por ciento restante en las localidades rurales del componente comunitario, incluyendo los atendidos por las parteras tradicionales, para agosto del año 2001 se atendieron 522 726 eventos obstétricos.

El impacto de las acciones del componente de salud perinatal ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna en México. De acuerdo con estimaciones del INEGI en 1999 hubo un total de 1 400 muertes maternas lo que representó una tasa de mortalidad materna de 5.1 defunciones por 10 000 nacidos vivos registrados para ese año, lo que representó una reducción de 5.5 por ciento con respecto a la tasa calculada en 1990. Se estima que durante el año 2000, se registraron 1 390 muertes maternas en todo el país, lo que representó una tasa de mortalidad materna de 4.93 por 10 000 nacidos vivos registrados.

3.2.4. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida

Las experiencias exitosas en materia de salud perinatal, acumuladas en los años anteriores, y la aparición de nuevos retos en materia de salud de las embarazadas y de los recién nacidos, así como de los niños de uno a 24 meses de edad, llevaron a la formulación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, el cual se establece en el Programa Nacional de Salud como una respuesta estratégica para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.

El Programa tiene como objetivos atender con calidad a todas las mujeres embarazadas, para prevenir, diagnosticar y tratar en forma oportuna las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, atender a los recién nacidos, y vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de uno a 24 meses de edad. Lo anterior contribuye directamente a reducir las muertes maternas, de recién nacidos e infantes en las regiones del país en donde suceden con mayor frecuencia.

La aplicación de las acciones del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida garantizan una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos, una vida más saludable para la mujer y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país. Las acciones se agrupan en cuatro componentes sustantivos: atención del embarazo, atención del parto y puerperio, atención del recién nacido y atención del niño de 1 a 24 meses de edad. Además, para fortalecer la capacidad de respuesta, se establecieron cuatro componentes estratégicos: fortalecimiento de la infraestructura y logística, desarrollo humano de los prestadores de servicios de salud, monitoreo y evaluación, y el establecimiento de redes sociales de apoyo al programa.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida inició la primera etapa en los estados de Aguascalientes, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, para progresivamente incorporarse a todas las entidades federativas del país; a finales del año 2006 tendrá como beneficios haber evitado 420 muertes maternas, 4 mil defunciones en recién nacidos y 12 mil muertes en menores de 2 años.

En el mes de agosto, se firmó el Acuerdo Secretarial por el que se creó el Comité Nacional del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, con el objeto de mantener un estrecho seguimiento y evaluación de las acciones que se instrumenten en el marco de dicho Programa. El Comité quedó integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá; el Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud, quien será el vicepresidente; el Secretario del Consejo Nacional y los directores generales de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Equidad y Desarrollo en Salud, de Calidad y Educación en Salud, de Desarrollo de la Infraestructura Física y de Información y Evaluación del Desempeño, así como por los titulares de los centros nacionales de Vigilancia Epidemiológica y para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

Con el propósito de presentar el Programa de Acción a los representantes de las instituciones del Sector Salud en los estados de Aguascalientes, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, así como de establecer acuerdos y compromisos para iniciar la operación del Programa, en el mes de agosto se llevó a cabo el I Taller del Subcomité Técnico Interinstitucional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Las instituciones participantes en la reunión fueron la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el IMSS-Solidaridad, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y Petróleos Mexicanos.

3.2.5. Riesgo Preconcepcional, Climaterio e Infertilidad

Con el propósito de proporcionar información y servicios de calidad de salud sexual, para que las mujeres disfruten de su sexualidad y promover la cultura de autocuidado, minimizando los efectos negativos de la disminución de la función gonada. Durante el período del presente informe, se han incorporado al Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para Brindar la Atención Médica, las propuestas y observaciones hechas por los sectores público y privado. Actualmente se encuentra para su validación en el área jurídica y posteriormente se publicará en el Diario Oficial de la Federación.

3.2.6. Cáncer Cérvico-Uterino

El componente de prevención y control del cáncer cérvico-uterino tiene como propósito la detección temprana, y el tratamiento adecuado y oportuno de este tipo de neoplasia maligna, así como proporcionar educación y comunicación para favorecer la prestación de los servicios con calidad y equidad, y así contribuir a prolongar la vida saludable de las mujeres mexicanas.

Para promover la coordinación de acciones para la prevención, control y seguimiento del cáncer cérvico-uterino, se realizaron reuniones de trabajo en el estado de Veracruz con el grupo de Cooperación México-Japón, con el objetivo de contribuir a la prevención de esta patología. También

se coordinaron actividades con los servicios estatales de salud con el fin de llevar a cabo acciones fundamentales para la prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino, así como para el seguimiento y cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino.

Para contribuir a fortalecer la calidad de la atención, se formaron y capacitaron 20 médicos colposcopistas, 59 citotecnólogos y 6 médicos citopatólogos, en coordinación con el Hospital General de México, con el Hospital Dr. Manuel Gea González, con el Hospital General de Occidente, el Hospital General de Tampico, el Hospital Regional de León, el Hospital Universitario de Nuevo León, el Hospital Universitario de Durango, el Instituto Nacional de Cancerología y los Laboratorios Centrales del Distrito Federal y Zacatecas. Adicionalmente, se impartieron dos cursos de actualización en Citología Ginecológica, dirigido a personal de los laboratorios de Citología Ginecológica y un curso de actualización en Colposcopia para médicos colposcopistas.

Una de las estrategias de carácter general del Programa de Salud Reproductiva 2001-2006, es privilegiar la atención en los estados y municipios de alto riesgo y mayor rezago en su cobertura en áreas rurales y zonas indígenas. Para avanzar en esta estrategia, mediante las unidades móviles, se realizaron actividades de detección, diagnóstico y tratamiento en forma simultánea con médicos especialistas en colposcopia y citología, y enfermeras capacitadas en la técnica de la toma de la muestra cervical Papanicolaou, en 7 entidades federativas: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas.

Para consolidar el uso y manejo de la información, así como para avanzar en el establecimiento del sistema único de información de cáncer cérvico uterino en el Sector Salud, se realizaron visitas a los estados de Sonora, Baja California, Baja California Sur y Puebla, con el propósito de asesorar en el uso y manejo de la información generada a través del sistema de cómputo del PROCACU 2000, también se capacitó a personal del IMSS, ISSSTE y de otras instituciones.

Las acciones realizadas en este componente han tenido importantes resultados tanto en el número de detecciones, como en el número de displasias y cánceres detectados. De acuerdo con los datos del PROCACU 2000, de enero a agosto del 2001, el avance en la meta de detecciones era de 69.2 por ciento, de 52 por ciento en la meta programada de detección de displasias y de 43 por ciento en la de detección de cáncer.

Durante el período de este informe se realizaron 1.6 millones de detecciones para cáncer cérvico-uterino, 11.7 por ciento más que las realizadas el mismo período del año anterior; se detectaron más de 25 mil displasias y casi 5 mil casos de cáncer, con una reducción de estos últimos de 10.8 por ciento, respecto a los casos detectados el período previo.

La morbilidad y mortalidad por carcinoma cérvico-uterino, constituye un verdadero problema de salud pública y un enorme desafío para el Sistema Nacional de Salud. En 1999 por esta causa fallecieron 4 590 mujeres, lo que representó una tasa de mortalidad de 19.9 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más. Las entidades federativas con las tasas más altas fueron: Yucatán, Oaxaca, Tabasco, Nayarit y Morelos; mientras que Zacatecas, Nuevo León y Querétaro presentaron las tasas más bajas.

3.2.7. Cáncer de Mama

El objetivo de este componente es brindar información y servicios accesibles para fomentar una cultura preventiva y hacia el autocuidado en la mujer, y en los prestadores de servicio desarrollar un amplio sentido de responsabilidad para detectar factores de riesgo, realizar la detección temprana y otorgar un tratamiento oportuno.

En cumplimiento a la vigilancia de la normatividad oficial para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama se han elaborado lineamientos técnicos normativos privilegiando las acciones de tipo preventivo y de eliminación de factores de riesgo, a la búsqueda de un equilibrio con acciones de detección temprana, vigilancia epidemiológica y terapéutica. En este sentido el 23 de abril se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana de Prevención y Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia del Cáncer de la Mama.

Con auspicio del sector privado, el 24 y 25 de mayo del 2001 se llevó a cabo el Primer Seminario Internacional de Actualización en Detección Oportuna del Cáncer de Mama, con la participación de expertos nacionales y extranjeros y con la asistencia de 157 participantes provenientes de los Servicios Estatales de Salud de las entidades federativas del país, de instituciones del Sistema Nacional de Salud y de Organizaciones No Gubernamentales, todos ellos comprometidos en la lucha contra esta neoplasia maligna.

Para avanzar en la gestión de recursos humanos, materiales y financieros específicos para el desarrollo del Programa, en el período que se informa se han incorporado a los ya existentes, seis equipos mastográficos para la detección oportuna, por lo que en la actualidad se dispone de 63 mastógrafos distribuidos en toda la República Mexicana.

Para contribuir a otorgar servicios de calidad para la detección, tratamiento y seguimiento de mujeres con cáncer mamario, durante el período del informe, con el apoyo del Hospital General de México y del Instituto Nacional de Cancerología se ha continuado con la capacitación de médicos radiólogos en imagenología de la glándula mamaria, con lo que el número de profesionales actualizados en detección de neoplasias no palpables se ha elevado a 36.

En algunas entidades federativas como Coahuila, Morelos, Chihuahua y Jalisco, se ha iniciado la capacitación en detección oportuna del cáncer de la mama con énfasis en la enseñanza de la autoexploración, la exploración clínica de las mamas y el estudio mastográfico. La capacitación está dirigida al personal médico y paramédico que presta su servicio en las unidades médicas del primer nivel de atención, con la participación docente de los especialistas responsables de la prestación del servicio en las unidades del segundo nivel de atención y de los Centros Estatales Oncológicos. Este programa de capacitación contempla, la actualización de los ginecólogos en el manejo de patología mamaria benigna y de los médicos patólogos en la interpretación de muestras histopatológicas sospechosas de cáncer.

En 1999 se registraron en total 3 460 defunciones por cáncer mamario, lo que representó una tasa de 14.98 defunciones por cada 100 000 mujeres de 25 años y más. Las entidades federativas con las mayores tasas de mortalidad por esta neoplasia maligna fueron: Coahuila, Nuevo León, Distrito Federal, Sonora y Chihuahua, en tanto que las que registraron las más bajas tasas fueron Quintana Roo, Oaxaca y Guerrero.

3.3. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Entre las funciones del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se encuentra la relacionada con la de proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de atención a la salud del adulto y del anciano; de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y de accidentes, de atención de urgencias epidemiológicas y desastres; de prevención y tratamiento de la salud bucal; así como de vigilancia epidemiológica y laboratorio.

3.3.1. Programa de Salud Bucal

El objetivo general de este Programa es reducir las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia entre la población mexicana: la caries dental y la enfermedad periodontal; así como recuperar la salud bucal de la población en general.

Durante la Primera Semana Nacional de Salud Bucal, que constituye la fase intensiva del Programa, se privilegiaron las acciones preventivas, realizando más de 19.1 millones de éstas, y 1.4 millones de acciones curativo-asistenciales.

Durante el período del 1^a de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001, se realizaron a través del programa permanente más de 8.2 millones de acciones curativo-asistenciales, 3.9 por ciento más que lo programado inicialmente para el mismo período. De éstas acciones, 1.4 millones fueron obturaciones con resina y amalgama, que superaron a lo previsto originalmente en 4.9 por ciento; y se realizaron más de 373 mil terapias pulpares, 1.6 por ciento menos que la previsión original para este período. Asimismo, se efectuaron casi 18 mil cirugías bucales y 800 mil extracciones de piezas dentales, 7.6 y casi 1 por ciento por arriba de lo programado. Por otro lado, con el propósito de apoyar el diagnóstico, durante este período se tomaron más de 128 mil radiografías, 3 por ciento más de las programadas inicialmente.

Actividad	2000	Diciembre 2000-Agosto 2001		Diciembre 2001
		Programado	Alcanzado	
Limpieza dental	2 395 858	1 708 290	1 751 117	2 438 685
Aplicación tópica de flúor	755 119	526 220	563 191	792 090
Odontoxesis	764 781	547 403	573 732	791 110
Detección de alteraciones en tejidos bucales	252 250	175 384	178 117	254 983
Selladores de fosetas y fisuras	427 699	307 934	345 464	465 229
Extracciones	1 102 111	795 511	800 095	1 106 695
Obturaciones de amalgama	1 591 097	1 129 435	1 182 419	1 644 081
Obturaciones con resina	266 674	182 704	194 594	278 564
Técnica tra	177 823	124 248	132 385	185 960
Obturaciones semipermanentes	638 406	443 694	462 794	657 506
Terapias pulpares	519 351	379 822	373 637	513 166
Cirugía bucal	24 725	16 645	17 902	25 982
Farmacoterapia	823 005	590 232	626 186	858 959
Otras atenciones	1 254 120	878 376	906 754	1 282 498
Rayos x	179 873	124 485	128 181	183 569
Totales	11 172 892	7 930 383	8 236 568	11 479 077

Las acciones del Programa de Salud Bucal del Preescolar y Escolar, incluyeron la realización de más de 16.5 millones de enjuagues bucales, cifra similar a la programada para el período de este informe; se otorgaron más de 10 millones de instrucciones de técnica de cepillado y más de 6 millones de acciones de control de placa dentobacteriana, 2.2 y 4.6 por ciento por arriba de lo programado originalmente, en total se otorgaron más de 38.8 millones de acciones preventivas en preescolares y escolares, superando a la expectativa inicial en 3 por ciento.

Actividad	2000	Diciembre 2000-Agosto 2001		Diciembre 2001
		Programado	Alcanzado	
Enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%	22 706 145	16 530 160	16 590 683	22 766 668
Enseñanza de técnicas de cepillado	14 581 485	9 829 486	10 043 349	14 795 348
Uso de hilo dental	8 222 152	5 377 087	5 969 191	8 814 256
Control de placa dentobacteriana	8 754 542	5 968 093	6 240 258	9 026 707
Total	54 264 324	37 704 826	38 843 481	55 402 979

Por otro lado, se concluyó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, en el que participaron todas las entidades federativas, y se presentó la propuesta de ampliación de zonas donde no es necesaria la sal yodada fluorurada. Además, en materia de normatividad, se logró un avance del 95 por ciento en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el Uso y Manejo de Fluoruros en Estomatología.

Con el propósito de integrar las necesidades y los compromisos en materia de salud bucal, se realizó la programación presupuestal para el año 2002, con la participación de las 32 entidades federativas.

Cabe mencionar, que con la finalidad de fortalecer la capacidad instalada para la atención odontológica de la población no asegurada, la compañía Colgate Palmolive donó 75 consultorios dentales al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para ser instalados en zonas marginadas.

En materia de capacitación, se realizaron diversos cursos de inducción al puesto, para los responsables estatales de Chihuahua, Morelos y Tlaxcala; asimismo, se realizaron cursos teórico/prácticos relacionados con la Técnica del Tratamiento Restaurativo Atraumático, en los que participaron 135 personas.

3.3.2. Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa ocasionada por el *M. Tuberculosis*, que afecta a población económicamente activa y que puede involucrar casi cualquier parte del organismo, siendo la forma pulmonar la que constituye un riesgo de transmisión y por lo tanto un problema de salud pública, ya que un caso no tratado puede infectar por año de 10 a 15 personas. Actualmente, la tuberculosis se encuentra entre las 15 primeras causas de muerte, con una mortalidad de 3.3 muertes por 100 000 habitantes, y el 95 por ciento de los casos ocurre en mayores de 15 años. Las entidades donde el problema de la tuberculosis tiene una mayor magnitud son: Baja California, Guerrero, Tamaulipas, Nayarit, Nuevo León, Veracruz, Sinaloa, Tabasco, Chiapas y Baja California Sur.

Se han implementado medidas para la prevención y control de la enfermedad incrementando la detección de casos, fortaleciendo y mejorando el sistema de información, incrementando la información sobre educación para la salud en todos los niveles en todo el país. Se ha difundido la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud y se ha vigilado su correcta aplicación en todos los niveles de atención.

Durante el período de enero a agosto de 2001, se detectaron casi 5 mil casos nuevos de tuberculosis, lo que significó una reducción de 54.7 por ciento, respecto a lo esperado; asimismo las detecciones realizadas presentaron una reducción de 5.3 por ciento al realizarse casi 169 mil de 178 mil programadas inicialmente para el mismo período de este informe. Se realizaron más de 331 mil baciloscopias de diagnóstico y de control, 45.1 por ciento menos que las programadas inicialmente.

Programa	2000	Agosto 2001		Diciembre 2001
		Programado	Alcanzado	
Casos	6 467	10 730	4 866	16 094
Detecciones	460 825	178 274	168 775	267 394
Baciloscopias diagnósticas	605 610	538 818	303 413	808 177
Baciloscopias de control	62 189	64 377	27 917	96 560

Entre las actividades realizadas durante este período, destacan:

- Celebración del Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis.
- Colaboración en el plan de reforzamiento del programa de tuberculosis en Chiapas.
- Evaluación externa de Organización Panamericana de la salud, que incluyó la evaluación de Tamaulipas, Baja California, Campeche y Distrito Federal.
- Participación en el Encuentro Nacional de Prevención y Control para la elaboración del Programa Operativo Anual POA 2002, con la participación de todas las entidades federativas.
- Se otorgaron 15 cursos para capacitar a 1 276 profesionales sobre aspectos técnicos y administrativos del Programa.

3.3.3. Lepra

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, causada por *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos, en población adulta con afección del sistema inmune celular. Se estima que el 5 por ciento de la población mexicana presenta esta afección.

Durante el período de este informe, se realizaron más de mil detecciones, 2 por ciento más que las detecciones realizadas en el período previo y 39.8 por ciento de la expectativa inicial para el período enero a agosto de 2001. Se reportaron 171 casos nuevos en el período, 44.7 por ciento menos que en el período del año anterior, en el que se notificaron casos de otras instituciones, y con relación al período de este informe los casos nuevos se ubicaron 56.6 por ciento por debajo de lo estimado, debido

a la utilización de la técnica propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, que estima la prevalencia real con la proporción de discapacidad en casos nuevos.

Se fortaleció la coordinación con las entidades federativas y con las instituciones del Sector Salud, con el propósito de lograr la incorporación de todos los casos a la poliquimioterapia, durante el período se logró incorporar al 83 por ciento de los casos a la poliquimioterapia.

Programa Lepra	2000 Alcanzada	Programado	2001 Alcanzado	Diciembre 2001
Detecciones BK	1 080	788	1 102	1 182
Casos nuevos	309	394	171	591
Porcentaje de casos en poliquimioterapia	80.1	95	83	95

En 17 entidades federativas existen 84 municipios que no han logrado abatir el problema por debajo de un caso por 10 000 habitantes, indicador de eliminación de la lepra como problema de salud pública por considerarse que a este nivel la transmisión se autolimita.

Además de las acciones ya mencionadas, se realizaron otras que por su trascendencia se comentan a continuación:

- Publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, para la Prevención, Control y Eliminación de la Lepra.
- Participación de todas las entidades federativas en el Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud, para la elaboración del Programa Operativo Anual 2002.
- Celebración del Día Mundial de Lucha contra la Lepra, impartiendo 13 mil pláticas a 221 mil asistentes; se otorgaron 569 cursos a personal de salud y se distribuyeron 349 mil materiales de promoción; asimismo, se emitieron 3 697 mensajes a través de los medios de comunicación.
- Se impartieron dos cursos estatales para la capacitación en prevención y control de la lepra a personal médico, de enfermería y laboratorio, con la asistencia de 144 personas; además, se elaboró y distribuyeron 400 carpetas didácticas, 3 000 tarjetas ABC de la lepra en apoyo al personal de salud y 3 000 tarjetas para apoyo al paciente.

3.3.4. Programa de Acción para la Atención de las Enfermedades Asociadas con la Deficiencia Endémica de Yodo

De acuerdo a los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia total de bocio endémico en México ha disminuido significativamente a cifras menores de 2.3 por ciento. En tales México esta en vías de ser considerado por la OMS, como un país para alcanzar la eliminación virtual de las enfermedades relacionadas con la deficiencia de yodo.

El registro de casos de bocio en México, se ha abatido de 3 820 casos y tasa de 4.2 por 100 mil habitantes en 1995 a 1 717 y tasa de 1.7 en el año 2000, es decir, 55 puntos porcentuales.

Aun cuando el programa en México a logrado introducir en su sistema de vigilancia epidemiológica el registro de casos de bocio diagnosticados en los centros asistenciales, este dato, no es valido como indicador de prevalencia de bocio endémico, debido a que no es posible diferenciar entre los probables bocios causados por deficiencia de yodo, de aquellos cuya etiopatogenia es de otra naturaleza. Por lo anterior el sistema de vigilancia epidemiológica también se apoya en la determinación de yodo en sal en todo el país y en la determinación de yodo en orina entre la población de 6 a 14 años.

El programa de control de la calidad sanitaria de la sal, considerando los ordenamientos de la Norma Oficial Mexicana, está a cargo de la actual Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios, el proceso de las muestras por el Laboratorio Nacional de Salud y el Instituto de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas; y la vigilancia epidemiológica a cargo la Dirección General de Epidemiología y del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Objetivo

Alcanzar la eliminación virtual de las enfermedades relacionadas con la deficiencia de yodo.

Acciones realizadas

- El 17 de enero del presente año se publicó en el Diario oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-038-SSA-2000 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Enfermedades por Deficiencia de Yodo.
- Derivado de las observaciones recibidas durante la etapa de consulta, se realizaron las adecuaciones pertinentes a la Norma las cuales serán enviadas a los integrantes del Comité de Expertos para su validación.
- Se capacitó en materia del programa a los 32 responsables del programa de salud del adulto y el anciano y en el curso de actualización a 70 recursos de salud del primer nivel de atención del D.F.

Resultados obtenidos

- Diez localidades más en 5 estados de la república mexicana, se han sumado a aquellas que cumplen con los parámetros marcados por la OMS (mediana de yodurias < a 100).

3.3.5. Enfermedades Transmitidas por Vectores

La variedad climatológica de nuestro país, así como su diversidad regional y los movimientos migratorios, propician el desarrollo de algunos vectores que afectan la salud de la población que reside en estas áreas.

Con el propósito de reducir los efectos que causan las enfermedades transmitidas por vectores, durante la actual Administración, se fortalecieron las medidas de prevención, control y vigilancia epidemiológica, a través de programas estratégicos, que integran las acciones para el control del paludismo, dengue, oncocercosis, chagas, leishmaniosis y alacranismo.

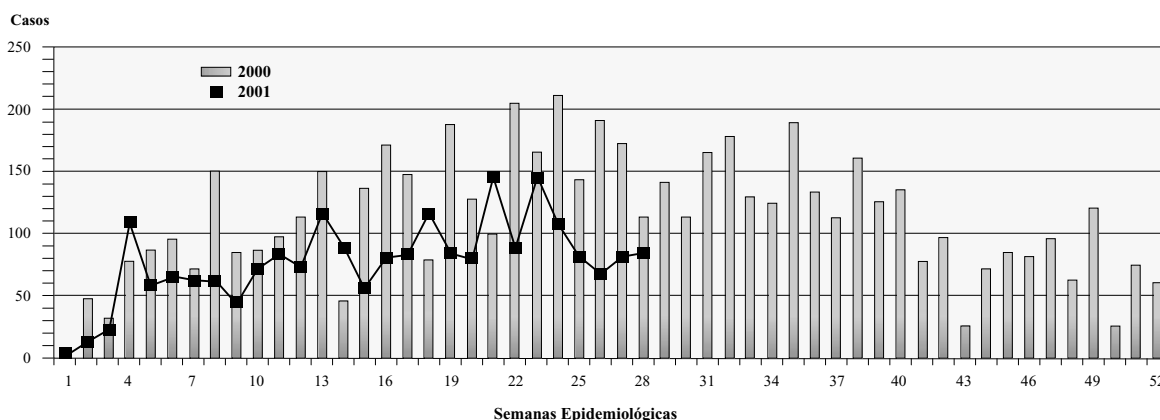
Paludismo

El paludismo es una enfermedad parasitaria endémica, limitada actualmente a regiones rurales de algunos estados de la costa del Océano Pacífico y en la frontera sur. Es transmitida por la picadura de un mosquito del género *Anopheles*, de un humano enfermo a otro sano. Las migraciones entre las áreas rurales y las

provenientes de los países de Centro América, frecuentemente ponen en riesgo a la población que vive en áreas libres de este problema y a los centros de desarrollo económico y turístico del país.

La tendencia durante este período es descendente, ya que se registraron 3 147 casos; con una reducción de 39.8 por ciento en el número de casos registrados el mismo período del año anterior y 3.7 por ciento menos, con relación a la estimación inicial para el período enero a agosto de 2001. Durante este período y comparado con el mismo del año anterior, los estados de Chiapas, Chihuahua, Sinaloa, Tabasco, Oaxaca y Quintana Roo concentran el 70 por ciento de los casos del país.

Casos de Paludismo en México
Comparativo 2000-2001



Fuente: Dirección General de Epidemiología

Entre los avances para el control del paludismo, destacó la eliminación del insecticida DDT para el control de los vectores; se logró extender la aplicación el Modelo Oaxaca a todos los focos de transmisión de paludismo del país, propiciando la reducción de la incidencia para este año. Además, se dio seguimiento especial a los trabajos de control del paludismo en los estados de Oaxaca y de la frontera sur, para incrementar los impactos sobre la enfermedad, en donde se continúan realizando investigación operativa para adecuar el modelo a las condiciones de transmisión local.

En materia de capacitación, se realizó en Panamá un taller de coordinación y cooperación con representantes de todos los países de Centroamérica, asistidos por Organismos Internacionales.

Con los beneficios de la estratificación epidemiológica se logró el uso racional de insecticidas para el control del vector, con una reducción de localidades y casas del 33.6 y 44.8 por ciento respectivamente. Con la aplicación de la estrategia de eliminación de lama o limo en ríos y arroyos con participación comunitaria, el rociado antilarvario se redujo en 37.8 por ciento.

El impacto obtenido se fundamenta en las estrategias actuales del Programa como la estratificación epidemiológica integral, la eliminación de parásitos en la población persistente, el control antilarvario ecológico con participación comunitaria y el control químico de mosquitos adultos con insecticidas piretroides de bajo impacto ecológico, aplicados con técnica de bajo costo y alto rendimiento.

Con el propósito de reforzar las acciones para el control epidemiológico del paludismo en la frontera sur de nuestro país, se realizó la Reunión Binacional Chiapas-Guatemala, en la que se definió la nueva

metodología en las cuatro jurisdicciones sanitarias de la frontera con Guatemala. Se logró la incorporación de Promoción de la Salud, Epidemiología, el PAC y PROGRESA, para atender sus áreas de influencia y participar en actividades de participación comunitaria, detección y tratamiento de enfermos.

En materia de normalización, se concluyó la Norma Oficial de Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

A partir del mes de marzo y hasta el mes de junio se brindó apoyo, asesoría y capacitación para el programa de “Limpieza de Arroyos para la Prevención de Paludismo” en Tapachula y Palenque Chiapas, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Durango, Chihuahua, Quintana Roo y Campeche.

Dengue

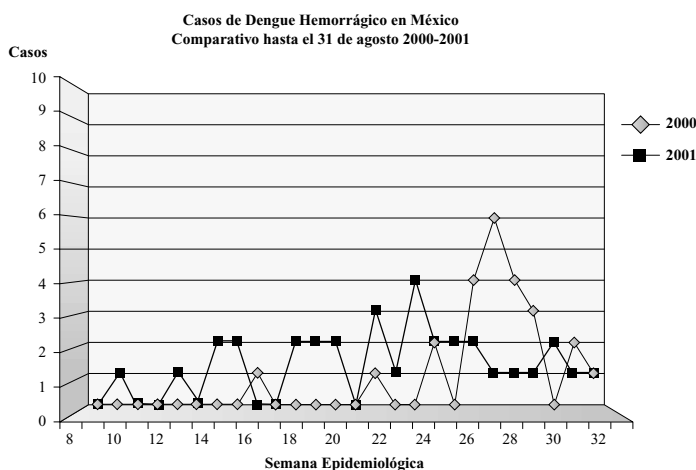
Es una enfermedad endémica producida por cuatro virus del dengue, se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, de una persona enferma a una sana, se presenta en forma de brotes y en ciudades o localidades con grandes concentraciones humanas. En este momento, circulan en nuestro país, los cuatro serotipos, lo que aumenta el riesgo de padecer las formas graves hemorrágicas de este padecimiento.

Durante el período del 1 de enero al 31 de agosto de este año, se registraron 1 181 casos probables de dengue clásico, que comparados con los 1 293 casos reportados en el mismo período del año anterior, representó un descenso de casi 9 por ciento.

Entre los estados que reportan el mayor número de casos se encuentran Veracruz, Chiapas, Nuevo León, Campeche y Oaxaca.

De los 1 181 casos de dengue clásico reportados este año, fueron confirmados por laboratorio 175, comparado con el período del año anterior que fue de 162 casos confirmados. El fortalecimiento de las clínicas de febriles del sistema de vigilancia epidemiológica permitió incrementar la posibilidad para la confirmación por laboratorio de los casos hemorrágicos.

Con relación al dengue hemorrágico, durante el período del 1 de enero al 31 de agosto de este año, se reportaron 38 casos de dengue hemorrágico, que comparados con los 30 casos reportados en el período del año anterior, representó una diferencia de 8 casos. Todos los casos de dengue hemorrágico se concentraron Chiapas, Nuevo León y Veracruz.



Fuente: DGE / SSA

Cabe mencionar que desde 1999 se ha logrado mantener en cero las defunciones por dengue hemorrágico.

- Con el propósito de brindar apoyo y asesoría en las actividades operativas de los programas estatales, se realizaron 16 visitas a los estados de Chiapas, Oaxaca, Jalisco, Veracruz, Nuevo León y Quintana Roo. Se contó con una mayor participación de las autoridades municipales, sobre todo en la aportación de recursos para la contratación de personal, para la compra de insecticidas y equipos de nebulización.

En materia de capacitación, se realizaron cinco cursos regionales, para la formación de 228 médicos especialistas como capacitadores estatales sobre diagnóstico, manejo y tratamiento del dengue hemorrágico. Asimismo, durante el mes de abril, se realizó un Taller Internacional, con el objetivo de integrar el Modelo de Participación Comunitaria para el Control del Dengue, contando con la participación de expertos de OPS/OMS y del Centro del Control de enfermedades de Puerto Rico.

Se realizaron tres reuniones con la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Dirección de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, en donde se definieron las actividades del Programa para la Vigilancia, Prevención y Control del Dengue y Paludismo, programa a desarrollarse con los países de Centroamérica.

Oncocercosis

Enfermedad parasitaria producida por un nemátodo del género *Onchocerca* transmitida al hombre por un vector del género *Simulido*; en México los estados afectados son Chiapas y Oaxaca.

Durante el período de este informe, se registraron 128 casos, que representan de oncocercosis, 4.5 veces más que los reportados el mismo período del año anterior, y 14 por ciento más que lo programado inicialmente para el período de este informe, esto se debió al reforzamiento del Programa de Eliminación de la Oncocercosis en Chiapas a partir de enero, con insumos y viáticos al personal, lo que permitió la intensificación de la búsqueda de casos, con lo que se logrará dar cumplimiento a la meta establecida para lograr el 100 por ciento de cobertura en todas las comunidades reportadas como endémicas.

Acciones relevantes

- Se realizaron en las comunidades centinelas, pruebas serológicas rápidas en menores de 15 años, mostrando negatividad en todos los casos.
- En enero del 2001 con en auspicio de OEPA se realizó un taller en Huatulco Oaxaca, para mejorar el Programa mexicano de eliminación de la Oncocercosis. Derivado de este se realizaron dos talleres de actualización en Oaxaca dirigido a brigadistas y personal médico.
- En el segundo trimestre se puso en marcha el mecanismo para descentralizar el tratamiento a las unidades de salud que se ubiquen en comunidades con oncocercosis.
- Con el auspicio del mismo organismo en el segundo trimestre, se contrató al consultor en sistemas de información que fue otro de los compromisos del taller de Huatulco.

Enfermedad de Chagas o Tripanosomosis Americana

Enfermedad parasitaria transmitida al hombre, causada por un parásito llamado *Tripanosoma cruzi*, transmitida entre animales y humanos por el excremento de las chinches besuconas u hociconas. La enfermedad cursa con tres fases: aguda, indeterminada y crónica. Sus síntomas iniciales son muy

inespecíficos. Afecta principalmente el corazón, esófago y colon, cuando la enfermedad se hace crónica sobreviene la muerte.

Durante el período enero-agosto del 2001 se registraron 4 casos, cifra que representó una disminución del 76.5 por ciento comparativamente con el mismo período del año anterior que se registraron 17 casos. De continuar con tendencia a la disminución de casos se cumplirá con la meta establecida al cierre del año 2001, no más de 30 casos.

La cobertura de tratamiento mejoró en 13 puntos porcentuales con relación al mismo período del año anterior.

Acciones relevantes

- Se otorgó tratamiento a todos los casos reportados.
- El programa ya opera en 10 entidades federativas.
- Se practicó pesquisa del vector dentro de domicilio en 3 216 comunidades.
- En el primer trimestre se han hecho las gestiones con Bayer y OPS/OMS para que los estados tengan accesibilidad al medicamento Nifurtimox.

Leishmaniosis

Enfermedad producida por un parásito protozoario del género *Leishmania* que se transmite por insectos dípteros del género *Lutzomya* y *Phlebotomus*, actúan como reservorios los mamíferos silvestres, domésticos y el hombre. En México existen cuatro variedades clínicas del padecimiento: cutánea localizada, cutánea difusa, mucocutánea y visceral. Esta enfermedad se presenta en Chiapas, Yucatán, Veracruz, Tabasco, Sinaloa y Jalisco.

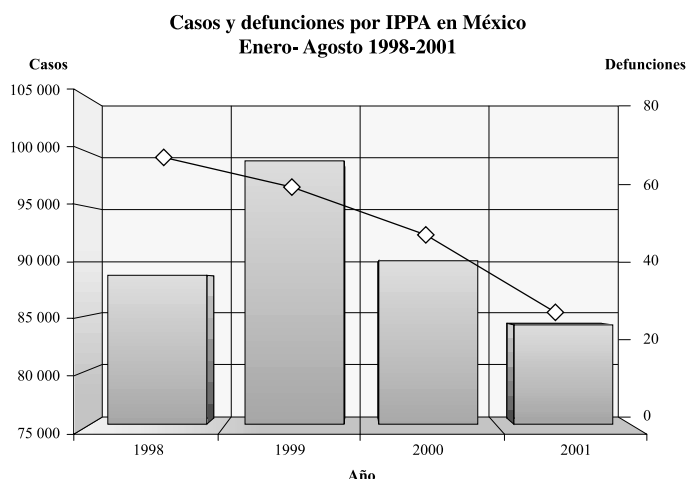
Durante el período de este informe se registraron 457 casos en todas sus formas clínicas, con un incremento del 328 por ciento comparativamente con el mismo período del año anterior. El fortalecimiento de la búsqueda permitió la detección de un mayor número de casos. Cabe mencionar que la cobertura con tratamiento ascendió a 95 por ciento de los casos. Para el logro de la meta se iniciaron gestiones para la adquisición del medicamento de elección y se adquirieron por donación 500 ampollas de Stibogluconato de sodio, para efectuar una investigación y obtener un tratamiento alternativo. En el segundo trimestre se estableció el compromiso con Aventis Farma para la importación al país del Glucantime.

Intoxicación por Picadura de Alacrán o Alacranismo

La intoxicación por picadura de alacrán o alacranismo, es un problema de salud pública, puede o no presentar un cuadro sintomático tóxico, afecta a diferentes órganos y sistemas, produciendo una amplia gama de signos y síntomas causados por estimulación del Sistema Nervioso Central. El Programa de Alacranismo se desarrolla en 16 entidades federativas, en las que habitan especies de alacranes altamente tóxicos del género *Centruroides*, sin embargo, existe vigilancia epidemiológica en toda la República.

Durante el período que se informa se reportaron 84 074 casos, que comparado con el mismo período del año anterior representó una disminución de 6.8 por ciento. El descenso se ha visto favorecido por el mejoramiento del control físico y químico contra el alacrán, así como a las actividades de mejora en las viviendas.

Durante este período, el número de defunciones reportadas fue de 27, que comparadas con las 47 del mismo período del año anterior, representó un descenso de 57.4 por ciento. Esta disminución se debió a la oportuna atención de los agredidos en las unidades de salud y centro comunitarios, atendidos por voluntarios, así como a la amplia distribución del suero antialacrán.



Fuente: Boletín Epidemiológico, DGE, SISPA, CNVE / SSA

De las actividades relevantes destacan:

- Se realizaron acciones de mejora en 165 289 viviendas, 17 por ciento más que el año anterior; el rociado domiciliario cubrió a 46 748, y la población protegida ascendió a 186 992 en zonas de alto riesgo, 11 y 10 por ciento más que el año previo.
- En el mes de marzo se participó en la 5ª Reunión Internacional de Expertos en Intoxicación por Picadura de Animales Ponzosñosos.

3.3.6. Zoonosis

Las zoonosis son enfermedades transmitidas al hombre a través del contacto directo o indirecto con animales enfermos, para reducir el riesgo de contagio, la Secretaría de Salud durante esta Administración, fortaleció las acciones de prevención, control y vigilancia epidemiológica, a través de la intensificación de acciones específicas de promoción y educación para la salud, así como las dirigidas a tratamientos específicos y a la focalización de las zonas con mayor incidencia.

Brucelosis

La brucelosis es ocasionada por bacterias del género *Brucella*, que se transmite al hombre a través de la leche y subproductos contaminados no pasteurizados, por contacto con desechos, tejidos o excreciones de animales, por inoculación o inhalación de polvo en corrales y mataderos.

Para cumplir con el propósito de reducir la morbilidad y la mortalidad por esta causa, se fortalecieron las acciones dirigidas al reservorio en coordinación con la SAGARPA y para mejorar la

calidad de la atención a los enfermos, se orientaron los esfuerzos a la identificación y seguimiento de los casos en humanos que permita rastrear la fuente de transmisión con rapidez y precisión.

En el período de este informe, se realizaron 206 mil estudios de laboratorio, lo que representó 1.5 por ciento más con relación al año pasado, con estos estudios se logró identificar a 1 205 casos, 20 por ciento menos con respecto al período anterior.

De los estudios epidemiológicos realizados, el 50 por ciento estableció como fuente de infección a los quesos, el 28 por ciento a la leche, 12 por ciento a otros alimentos y 10 por ciento por contacto con animales enfermos.

Durante el período de este informe, se fortalecieron las acciones de coordinación con la SAGARPA, para favorecer la vacunación contra la brucelosis en el ganado caprino, principalmente en áreas enzoóticas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre, fue modificada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de febrero del 2001.

Rabia

La rabia es causada por un *Lyssavirus* y es transmitida al hombre principalmente por la saliva de animales infectados a partir de una mordedura, rasguño o una lamedura sobre mucosa o piel con solución de continuidad.

Durante el período de este informe, se registraron dos casos de rabia en humanos, uno transmitido por perro y otro por otras especies; se otorgaron 90 mil consultas a personas agredidas, lo que se mantiene sin variación respecto al año anterior, se iniciaron 33 mil tratamientos antirrábicos a personas agredidas, lo que representó 6.5 por ciento más de lo programado inicialmente para el período enero a agosto de este año.

Para el control de la rabia en los animales, se vacunaron 12.4 millones de perros, cifra similar a lo programado para este período y 5.1 por ciento más con relación a los perros vacunados el mismo período del año anterior. Además, se realizaron 20 mil cirugías para esterilización de mascotas, más del doble de las cirugías realizadas el período previo y de las estimadas para el lapso de este informe. Los casos confirmados por laboratorio ascendieron a 94, lo que representó una reducción de 54.8 por ciento, respecto a los casos confirmados el período anterior.

Cabe mencionar, que se redoblaron los esfuerzos para continuar abatiendo el riesgo de contraer rabia humana, fortaleciendo las acciones de la vacunación antirrábica canina en fases intensivas por todo el país, durante la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y como resultado de una nueva estrategia de promoción, concientización y participación social, se aplicaron 10.6 millones de dosis, 30 por ciento más de lo programado, destacando las jornadas en municipios y localidades de alto riesgo y permanente en áreas donde persisten los casos de rabia canina, mediante la estrategia barrido casa por casa.

Se continuó con el monitoreo del virus rábico en los animales domésticos y silvestres; así como con el fortalecimiento de las acciones para la atención médica oportuna de las personas agredidas, utilizando en todos los casos que ameritan tratamiento la vacuna antirrábica humana en cultivos celulares, que reduce las reacciones postvacunales.

Adicionalmente se ha emprendido un operativo emergente de barrido casa por casa, para incrementar la cobertura de vacunación antirrábica canina en 38 municipios de la Jurisdicción Sanitaria de Tepexi de Rodríguez, Puebla, aplicándose 61 488 dosis; se logró también la donación voluntaria de

4 321 perros y el envío de 532 muestras al laboratorio, con una positividad del 0.4 por ciento. Se apoyó a las localidades de San Miguel Canoa, Puebla y San Isidro Buensuceso, Tlaxcala.

Se modificó la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Rabia, sustituyéndose el uso de suero antirrábico heterólogo por inmunoglobulina antirrábica humana, para evitar reacciones adversas posteriores a su aplicación.

Se consolidó la transferencia de tecnología para la caracterización del virus rábico que circula en el país, con lo que a través del INDRE, se ha podido tipificar la variante antigénica del 5.3 por ciento del total de muestras enviadas, identificándose las Variantes V1(perro), V7 (zorro) y V11 (vampiro), lo que a su vez permite detectar el agente transmisor y facilitar la evaluación de la eficacia del programa de vacunación contra rabia canina.

La rabia como problema de salud pública, requiere de la concientización y participación de la comunidad, para mantener vacunadas a sus mascotas, evitar que éstas deambulen por las calles y que se reproduzcan indiscriminadamente, por lo que dentro de las actividades para la estabilización de la población canina, a través de la coordinación con ONG's, autoridades municipales y escuelas de veterinaria del país, se sacrificaron 130 mil perros, no deseados o sin dueño. Para apoyar estas actividades, se firmó un convenio de concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y el Comité Pro-Animal, así como de acciones de esterilización de mascotas, que involucró la participación de la Secretaría de Salud, los servicios estatales de salud y los grupos protectores de animales.

Taeniosis/Cisticercosis

La teniosis es una parasitosis intestinal causada por la forma adulta del género *Taenia*, que se adquiere por la ingestión de carne de cerdo con cisticercos vivos, insuficientemente cocida o cruda. El hombre puede desarrollar la cisticercosis, enfermedad causada por la presencia de los huevos de tenia en alimentos contaminados o por la cohabitación con una persona portadora de la tenia con deficientes hábitos higiénicos.

En el período de este informe, se detectaron 560 casos de teniosis, lo que representó una reducción del 13.7 por ciento en comparación con los casos reportados el período previo y un incremento del 8.5 por ciento respecto a lo programado inicialmente para el período enero a agosto de 2001. Del total de casos que fueron atendidos por la Secretaría de Salud, sólo el 26 por ciento fue confirmado a través de pruebas de laboratorio. Además, se atendieron 280 casos de cisticercosis, con un incremento de 1.4 por ciento respecto al año anterior y una reducción de 1.1 por ciento respecto a la estimación inicial para este período.

Se proporcionó tratamiento antiparasitario específico con praziquantel al 23 por ciento de los casos, y el resto fue tratado con albendazol; el 98 por ciento de los contactos fue tratado con la administración de albendazol.

La Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la Prevención y Control del Binomio Taeniosis/Cisticercosis, fue actualizada y esta próxima su publicación en el Diario Oficial.

El mejoramiento de la calidad de atención de los enfermos de teniosis/cisticercosis, así como la promoción de acciones específicas en el cerdo, constituyen acciones fundamentales en la reducción de la morbilidad por estos padecimientos.

La información a la población residente en áreas de alto riesgo en el país es otra actividad que contribuye a la reducción de los casos, durante el período de este informe, se otorgaron 8 109 pláticas y se distribuyeron más de 313 mil folletos y volantes. Asimismo, éstas acciones se reforzaron con la administración de 394 245 tratamientos antiparasitarios a familias a través del Paquete Básico de Servicios de Salud.

3.3.7. Cólera

El cólera es una enfermedad bacteriana intestinal aguda causada por el *V. cholera*, que se manifiesta por diarrea de intensidad variable, que puede provocar deshidratación grave, choque hipovolémico y diversas alteraciones homeostáticas que conducen a la muerte.

El Programa de Prevención y Control del Cólera tiene tres componentes, que integran acciones para reducir los factores de riesgo que facilitan la transmisión y diseminación del padecimiento, y los que influyen en la mortalidad por el mismo, éstos son:

La vigilancia epidemiológica, que establece la búsqueda intencionada de casos sospechosos de la enfermedad, la obtención de muestras fecales de éstos, y la atención médica adecuada y oportuna. Con esta información, de dónde y cuándo se están presentando casos, el personal de salud podrá contar con los elementos para la toma de decisiones con el objeto de optimizar recursos.

El saneamiento básico, que permite establecer como único mecanismo de contagio, el consumo de agua o alimentos contaminados por la bacteria que produce la enfermedad. Participan en su desarrollo, el personal de las diferentes instituciones de salud, así como la Comisión Nacional del Agua.

Las actividades se encaminan principalmente, a garantizar que el agua para uso y consumo humano, cumpla con la calidad de pureza adecuada para los fines a los cuales se destina, a través de las mediciones de cloro residual libre; complemento de este apartado, es la obtención de muestras de aguas o alimentos para la identificación de la bacteria en el ambiente y la aplicación en caso necesario, de las medidas de control que eviten su diseminación, disminuyendo así el riesgo de enfermar de la población.

La capacitación, que considera dos rubros, el primero dirigido al personal médico para la atención de los pacientes de manera adecuada oportuna y de calidad, con lo que se cumplirá uno de los objetivos generales y evitar que las personas que enferman mueran por esta causa; y el segundo, es brindar a la población las medidas básicas que debe seguir para evitar enfermar, a través de la modificación de sus hábitos y costumbres higiénicas y alimentarias.

Durante el período comprendido del 1 de enero al 31 de agosto de este año, se realizaron trabajos en 218 localidades, en las que se encuestaron más de 32 mil viviendas y se evaluaron a más de 142 mil personas en riesgo, éstas acciones presentaron reducciones de 21.3, 53.2 y 54.1 por ciento, respectivamente, en comparación con lo realizado el período anterior.

Se obtuvieron para su análisis bacteriológico cerca de 850 muestras y se ministraron 690 tratamientos, lo que representó incrementos de 92.9 y 66.7 por ciento, respectivamente, con relación al mismo período del año anterior. Además, se distribuyeron cerca de 23 mil sobres de Vida Suero Oral y se realizaron más de 600 determinaciones de cloro residual, 54 y 20.6 por ciento menos que el período anterior.

Se llevaron a cabo nueve reuniones regionales de capacitación, con un total de 360 asistentes. La estrategia de reunir al personal, se realizó dentro del Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud 2001 llevada a cabo en la Ciudad de México, con un total de 128 asistentes exclusivamente de los Servicios Estatales de Salud.

Con las acciones emprendidas se logró que durante la actual Administración no se presentaran casos de cólera.

3.3.8. Atención al Envejecimiento

El perfil demográfico del país ha sufrido una transformación, lo que ha provocado un crecimiento de los grupos de edad avanzada que se vincula con problemas de salud más costosos, de larga evolución y de difícil prevención. Para enfrentar el reto de la transición demográfica, desde 1998 se iniciaron los trabajos del Grupo Binacional de Envejecimiento México-Estados Unidos, y en 1999 se celebró el Simposium: México-Estados Unidos “El Nuevo Reto hacia un Envejecimiento Saludable”, obteniéndose 2 investigaciones conjuntas, intercambio entre expertos de ambos países, asesoría para la elaboración de documentos técnicos y la adaptación de 2 documentos, y material de comunicación social para uso en México.

Debido a lo anterior, en 1999 se instaló el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), con el propósito de establecer esquemas preventivos que permitan a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental.

El objetivo del Programa de Acción de Atención al Envejecimiento, es propiciar un nivel óptimo de salud para alcanzar una vejez saludable con autonomía y funcionalidad.

Acciones realizadas

- Se fortaleció la red de Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, que involucró la participación de 18 entidades federativas, con la distribución de acervos bibliográficos y la “Carpeta Gerontológica y de Geriatría”, productos obtenidos mediante la colaboración técnica y científica en materia de envejecimiento de México con Canadá y Estados Unidos.
- Se desarrolló una cartilla de salud del y la adulta mayor, que permitirá un mejor control de las acciones de prevención y control de las enfermedades más frecuentes. Se espera distribuir más de 7 millones de éstas el próximo año.
- Cada día más adultos mayores se vacunan contra enfermedades propias de su edad, en este periodo se aplicaron más de un millón de dosis.
- A finales del año 2000 se terminó el levantamiento de la encuesta sobre las condiciones de salud y bienestar en los adultos mayores (SABE), que se realizó la Ciudad de México, con lo que se ha enriquecido el conocimiento en la materia. Con la información de la encuesta, se desarrolló un Taller de Análisis de la información, con la participación de expertos de Canadá.
- Se desarrolló el “Plan de Acción México-Canadá 2001-2003”, y se elaboró el documento “Política de Apoyo para la Atención del Adulto Mayor”, para la promoción del envejecimiento óptimo en las entidades federativas en México y en otros países, a través de la Organización Panamericana de la Salud.
- Mediante el Plan para Prevenir la Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular en personas mayores de 60 años, se involucró a casi 139 mil pacientes con hipertensión arterial, logrando el control de las cifras de presión arterial en el 65.8 por ciento de los enfermos.

Con las acciones emprendidas, se logró ampliar el conocimiento sobre las condiciones de salud y bienestar de la población adulta mayor, para la emisión de medidas para atender los problemas de salud en este grupo; además se fortalecieron la “Red de Comités Estatales para la Atención del Envejecimiento” y los Tratados de Cooperación Técnica con Estados Unidos y Canadá.

Programa de Acción en Prevención y control de Diabetes

Actualmente la diabetes se ha constituido como un problema de salud pública para nuestro país, debido a que en 1999 se registraron 45 632 defunciones por esta causa, además, se estima que existen 5.5 millones de personas que la padecen. Por ello, desde el inicio de la actual Administración, se intensificaron las acciones de detección y prevención, con el propósito de retardar su aparición, así como para disminuir los riesgos de las posibles complicaciones.

El objetivo de este Programa es proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la diabetes y las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y anciana, así como elevar la calidad de vida en este grupo de población.

Las actividades incluyen la detección temprana de la diabetes; la promoción de estilos de vida saludables; el desarrollo de Grupos de Ayuda Mutua; la capacitación al personal de salud y a la población; y la realización de Campañas permanentes de comunicación social y educativa.

Durante el período de este informe, en materia de normatividad se publicó la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Diabetes, de la que se han distribuido 40 mil ejemplares. Por otro lado, se realizaron dos reuniones con los responsables del Programa de Salud del Adulto y del Anciano, y se desarrollaron 10 “Talleres Estatales sobre el Manejo de Insulina”.

Dentro del proyecto Binacional de Diabetes en la Frontera norte del país se desarrollaron 4 cursos de capacitación para promotores en diabetes; además, se participó en las Jornadas Nacionales de Diabetes en Guanajuato, Puerto Vallarta y en el Congreso de la Asociación de Médicos Internistas de México.

Se realizaron 3.6 millones de detecciones, 12.0 por ciento más que las realizadas durante el período anterior. Durante el período de este informe, estuvieron en operación 4 497 grupos de ayuda mutua para las y los enfermos con padecimientos crónicos, 7.4 por ciento más que el período anterior, en los que participaron más de 94 mil personas, 9 por ciento más que el año anterior.

En los centros estatales de capacitación se realizaron 250 cursos, y se capacitaron a 10 300 trabajadores de la salud, 40 y 45 por ciento más con relación al período previo. Asimismo, se inicio la encuesta Binacional de Diabetes en la frontera norte de nuestro país.

Con las acciones emprendidas durante la actual Administración, se logró la reducción de un tercio de las personas que ignoraban que padecían esta enfermedad, así como el control metabólico de 34.1 por ciento de los pacientes en tratamiento. Cabe mencionar, que actualmente el 40.0 por ciento de las unidades médicas cuentan con un grupo de auto ayuda.

La prevalencia de diabetes fue de alrededor del 11 por ciento, y la tasa de mortalidad por esta causa en 1999 fue de 46.5 por 100 mil habitantes.

Programa de Acción en Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial

Las enfermedades cardiovasculares se constituyen en un problema de salud pública, por ocupar los primeros lugares dentro del cuadro de mortalidad general en México. Las enfermedades del corazón, son la primera causa de muerte y del total de ellas, la enfermedad isquémica, representa el 64 por ciento. Por otro lado, las enfermedades cerebrovasculares se ubican en el sexto lugar.

El aumento sostenido en la prevalencia de ciertas enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y la obesidad, que se constituyen en factores de riesgo para la

presentación de estas enfermedades, han hecho de la enfermedad cardiovascular un gran desafío para su abordaje en el país y en el mundo entero.

Objetivo

El objetivo de este Programa es proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo de población.

Las actividades del Programa involucran la detección temprana de las enfermedades; la promoción de estilos de vida saludables; el desarrollo de Grupos de Ayuda Mutua; la capacitación al personal de salud y de la población; y el desarrollo de Campañas permanentes de comunicación social y educativa.

Entre las acciones realizadas durante el período enero a agosto de este año, fue la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, logrando la distribución de más de 37 mil ejemplares en todo el país. Se desarrolló material promocional para la prevención y control de la hipertensión arterial y se distribuyeron más de un millón y medio de materiales impresos.

Cabe mencionar que se fortaleció la detección oportuna, ya que constituye una de las herramientas más importantes para poder ingresar a tratamiento y lograr el control de las personas con la enfermedad; durante el período de este informe, se realizaron 5.3 millones de detecciones y se estima alcanzar para fin de año cerca de 8 millones.

El programa recibió el apoyo de 4 497 grupos de ayuda mutua, cifra que se espera incrementar a 4 600 al término del año, de ellos alrededor del 51 por ciento son mixtos.

A través del “Plan para reducir la mortalidad por enfermedad cerebrovascular”, se atendieron a 138 720 personas mayores de 60 años con hipertensión arterial, logrando un control adecuado de sus cifras de presión arterial en el 65.8 por ciento de los enfermos, lo que contribuirá a prevenir en cerca del 20 por ciento, el riesgo de presentar un evento de enfermedad cerebrovascular.

En materia de capacitación conjuntamente con la Sociedad Mexicana de Hipertensión arterial, el AMPAC, el Instituto Nacional de Cardiología y la OPS en México, desarrollaron un plan de capacitación sobre mediciones clínicas biológicas y antropométricas para personal de salud, que permitirá en un plazo de 3 años llevar a cabo 32 talleres estatales y 250 talleres regionales.

Resultados Obtenidos

- Se logró el control de las cifras de presión arterial en el 41.5 por ciento en el total de los pacientes en tratamiento y el 65.8 por ciento de las personas mayores de 60 años con hipertensión.
- El 40.0 por ciento de las unidades médicas cuentan con un grupo de auto ayuda.
- La prevalencia de hipertensión arterial fue de 36.3 por ciento.
- La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón en 1999 fue de 70.6; la de enfermedades isquémicas del corazón de 44.9 y la de enfermedades cerebro vasculares 26.3 por 100 mil habitantes.

Programa de Acción para la Prevención y control de Cáncer de Próstata

La hiperplasia prostática benigna (HPB), es un trastorno común y su incidencia está estrechamente relacionada con la edad. La prevalencia histológica de la HPB, aumenta de aproximadamente 1 de cada 5 hombres en el grupo de 41 a 50 años, hasta 4 de cada 5 a los 80 años. Si bien, la evidencia clínica de enfermedad es mínima, la sintomatología también es dependiente de la edad. En nuestro país, de 1989 a 1998 se registraron 56 976 defunciones por cáncer de próstata, con un aumento en el período del 25 por ciento, siendo el grupo de edad más afectado el de 65 y más años, seguido del de 15 a 65 años. En 1999, se ubicó en el segundo lugar como causa de muerte en la población masculina en edad post- productiva, con tasa de 70.1 por 100 mil habitantes. Es prioritario adoptar estrategias que faciliten la detección oportuna de la hiperplasia benigna de próstata en los diferentes grupos etáreos a partir de los 45 años de edad, por considerarse un factor de riesgo de cáncer, a través del programa de acción de Prevención del Cáncer de Próstata.

El Programa de Prevención del Cáncer de Próstata tiene como propósito prevenir o retardar la aparición de este cáncer, a través de la vigilancia y manejo farmacológico, o en su caso quirúrgico de la hiperplasia prostática benigna, para elevar la calidad de vida en este grupo poblacional.

La coordinación interinstitucional e intersectorial, la promoción de la salud, el fortalecimiento de la detección, el control de la hiperplasia benigna de próstata, la referencia de pacientes al segundo nivel de atención, y la capacitación, son las principales actividades del Programa.

Durante el período de este informe, se elaboró el programa sectorial, que considera intervenciones de prevención primaria y secundaria, dirigidas a población masculina de 45 años y más, con el objeto de sensibilizar, identificar y tratar uno de los principales factores de riesgo del cáncer de próstata que es la hiperplasia prostática benigna; además, se imprimieron un millón de trípticos y diez mil posters, para su distribución en las unidades del Sector Salud.

3.3.9. Programa de Acción de Urgencias Epidemiológicas y Desastres

El Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres tiene como objetivo atender adecuada y oportunamente a la población en riesgo que haya sido afectada por un desastre, restaurando y preservando su salud. Asimismo, establecer las medidas preventivas y de control pertinentes.

Para el cumplimiento de estos objetivos el Programa establece tres componentes de intervención:

- Por enfermedades transmisibles.
- Por intoxicaciones, considerando las alimentarias o las ocasionadas por productos químicos, incluyendo las toxinas de origen animal o vegetal.
- Los desastres, ocasionados por un fenómeno natural o por el hombre.

Durante el período de este informe, se continuó con el monitoreo permanente, constante y sistemático en los medios de comunicación, con el propósito de detectar oportunamente los posibles daños a la salud de la población. Además, se ha mantenido y reforzado la concertación con todas las instituciones de salud, para el fortalecimiento estratégico del Programa, apoyados con las instancias vinculadas para la promoción de la salud, el desarrollo humano, el diagnóstico y la vigilancia sanitaria; asimismo, con otras instituciones extra sectoriales, a través del Comité de Vigilancia Sanitaria.

Destaca, la instalación de Comités de Vigilancia Sanitaria en cada entidad federativa, asimismo, se capacitó al personal responsable del Programa del nivel estatal y de todas las jurisdicciones en el manejo, funcionalidad y utilidad del programa de cómputo Epi-desastres, que se utilizará para la compilación, tabulación y análisis de la información generada durante alguna eventualidad, con lo que se facilita la toma de decisiones en beneficio de la salud de la población afectada.

Se reforzaron las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades asociadas a las lluvias, con énfasis en los estados de Quintana Roo, Oaxaca, Guerrero y Estado de México. Asimismo, como consecuencia de los terremotos ocurridos en el mes de enero y febrero en el Salvador, se brindó apoyo técnico y humano a este país.

Destacó la cooperación con el personal de los Servicios Estatales de Salud en tres estados: Chiapas por un operativo especial durante enero y febrero en la frontera con Guatemala y en junio; Morelos y Zacatecas, por inundaciones, lo que representó una reducción de 50 por ciento en las entidades federativas que fueron apoyadas durante el mismo período del año anterior. Se emitieron 10 alertas epidemiológicas, 23.1 por ciento menos que las alertas epidemiológicas del período previo; asimismo, se otorgaron 70 asesorías relativas a los eventos reportados.

Se editaron tres documentos técnicos sobre aspectos clínicos de histoplasmosis, naegleriasis y mordedura por lagartos venenosos.

En los diferentes operativos durante el período del año anterior y el presente, no se han presentado brotes de enfermedades transmisibles. Los problemas de salud que más frecuentemente se han presentado son las infecciones respiratorias agudas, las lesiones de la piel y las enfermedades diarreicas.

Durante el período de este informe, se realizaron 2 550 visitas domiciliarias y se aplicaron encuestas a 12 755 personas para la búsqueda de enfermos y detección de factores de riesgo, esto representó reducciones de 98.6 por ciento en ambas actividades, con relación al mismo período anterior.

Los principales eventos que fueron reportados en el período comprendido del 1° de enero al 31 de agosto del año 2000 y 2001 fueron los siguientes:

Causa	2000	2001
Intoxicaciones e infecciones alimentarias	124	107
Padecimientos infecciosos	67	51
Desastres ocasionados por fenómenos naturales	31	24
Desastres provocados por el hombre	9	14
Intoxicaciones por químicos	6	8
Lesiones por abeja	7	6
Otros	4	9
Total	248	219

Fuente: Reportes de los SESA

En materia de capacitación, se impartieron 29 cursos-taller en los Servicios Estatales de Salud, 27 cursos más que los impartidos el mismo período del año anterior; en estos cursos participaron 390 personas de todas las instituciones del Sector Salud y la Comisión Nacional del Agua, capacitando 290 personas más que las capacitadas durante el período previo.

Este año además, dentro del Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud 2001, se realizó la reunión del personal responsable del programa, los epidemiólogos estatales, directores de servicios de salud y administradores de las 32 entidades federativas con el objeto de concertar las actividades a realizar dentro del Programa, con un total de 96 asistentes.

3.3.10. Accidentes

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Programa Nacional de Salud, el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), ha instrumentado diversas estrategias cuyas acciones permitirán cumplir las metas establecidas para el año 2001: reducir la morbilidad por accidentes en 10 por ciento y la mortalidad en 20 por ciento.

Las estrategias son:

- Descentralización.
- Adecuación del marco jurídico en materia de accidentes.
- Educación para la prevención de accidentes.
- Atención médica integral prehospitalaria e intrahospitalaria.
- Instalación de un sistema único de información.
- Formación y capacitación de recursos humanos.
- Fortalecimiento de la investigación operativa sobre accidentes.

El proceso de descentralización considerado como el eje de las estrategias para la puesta en marcha del sistema de atención médica de urgencias, con el propósito de optimizar los recursos, incrementar la cobertura, mejorar la accesibilidad, establecer una organización por niveles y una red de servicios, desarrollar modalidades de atención, y fortalecer la promoción a la salud.

Actualmente funcionan 31 Consejos Estatales para la prevención de accidentes; sólo esta pendiente el del Distrito Federal. Cabe destacar que al cierre de este informe 13 entidades federativas concluyeron el programa de trabajo para la prevención y atención de accidentes.

Durante la primera Reunión Regional participaron 29 Consejeros Estatales.

En materia de normalización, se realizó la revisión de la NOM 020 SSA2 1994 para la Aplicación a las Unidades Móviles Tipo Ambulancia, y se elaboró el Anteproyecto de Reglamento de la Ley General de Salud en materia de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, que actualmente se encuentra en revisión.

Para fomentar una cultura para la prevención de accidentes entre la población en general y entre el personal de salud, el CONAPRA impulsó, apoyó y se elaboró diverso material educativo impreso. Para la Campaña Decembrina del 2000, se transmitieron por televisión los mensajes “Si te quieres divertir, empieza por prevenir”, “Tanto en la calle, como en la casa”, y “Abróchate a la vida”.

Para la Campaña de Semana Santa de este año, se imprimieron 600 mil dípticos ilustrativos de medidas preventivas para el conductor de vehículos.

Para la Campaña de Verano 2001, se emitieron spots en radio y televisión, además se colocaron mensajes en anuncios espectaculares y parabúses, con el propósito de informar a la población sobre factores de riesgo en accidentes.

Destacan las acciones realizadas por los siguientes estados:

Baja California

Elaboración de material gráfico, posters y botones para la campaña permanente del uso de cinturón de seguridad; campaña de Semana Santa con seis spots radiofónicos con el título “Hoy nadie quiere tener un Accidente”, 80 sesiones de 15 minutos para orientar a 800 madres de familia, 60 periódicos murales de prevención de accidentes, 15 000 dípticos de “Prevención de Accidentes en Carreteras”, 50 000 volantes “Cinturón, licor y familia”.

Sonora

Campaña de Semana Santa con 47 080 Recados Escolares de prevención de accidentes, 15 000 reproducciones de trípticos, promoción en radio y televisión para la prevención de accidentes en carretera; elaboración de 6 mantas con medidas preventivas para carretera, edición del tríptico “En accidentes, para prevenir hay que explicar”.

Sinaloa

En su campaña de Semana Santa realizó la promoción de medidas preventivas y para el autocuidado, se distribuyeron 5 455 folletos preventivos, 8 868 trípticos promocionales y 136 carteles promocionales.

Colima

Para la campaña de Semana Santa se distribuyeron 900 posters y un paquete promocional para los presidentes municipales, en las unidades médicas se distribuyeron 420 posters y se entregaron 20 posters a la Secretaría de Turismo, además 120 posters que fueron colocados en las unidades móviles de la Secretaría de Salud, se brindó capacitación sobre reanimación cardiopulmonar a salvavidas, al personal de guarderías y del ejército mexicano. Se instalaron 4 mantas alusivas a prevención de accidentes, se difundieron mensajes para la prevención de accidentes en la vía pública y en el hogar, por medio de 88 spots televisivos, se realizó una grabación en radio para 5 programas en la XERL de 6 minutos cada uno. Asimismo, se otorgaron dos entrevistas de radio, una entrevista en televisión, se elaboró un artículo sobre prevención de accidentes, 80 spots en radio y 6 inserciones en prensa sobre prevención de accidentes.

Guanajuato

En la campaña de Semana Santa se distribuyeron 10 000 trípticos de prevención de accidentes.

Guerrero

Operativo GAVIOTA que tiene como objetivo proporcionar atención médica oportuna y eficaz a los visitantes que lo soliciten, tanto en las instalaciones de las unidades de salud como en los puestos de

auxilio que se ubican estratégicamente. Se colocaron cartelones para fomentar el “Uso del cinturón de seguridad”, el de “ La seguridad vial es responsabilidad de todos”, “Prevenir un accidente es tarea de todos”. Además, se enviaron Recados Escolares, para prevención de accidentes en vacaciones, se elaboró un díptico dirigido al maestro, y otro para la población “Tu seguridad en el agua”.

Veracruz

Elaboración de lonas informativas para prevención de accidentes en períodos vacaciones, ubicadas en carreteras y gasolineras, elaboración de trípticos, dípticos, folletos y carteloncillos diferentes para las campañas del período vacacional, prevención hogar y accidentes de tráfico.

Tamaulipas

Elaboración de botones, prendedores, calcomanías y dípticos “Sofía y Diego” para las campañas de Semana Santa, y la permanente de Cinturón de Seguridad.

Puebla

Elaboración de dos videos educativos: “Unidos por la Salud en Puebla, Manual para Maestros.- Como Prevenir Accidentes en la Escuela” y “Prevención de Accidentes en el Hogar”.

En materia de atención médica integral, para la atención prehospitalaria se realizaron los proyectos de los siguientes Programas: “Atención de las Urgencias”, “Sistema de Atención Médica de Urgencias”, “Programa de Atención Médica Prehospitalaria” que propone la instalación de un teléfono único, central única de recepción, información, distribución y control de unidades móviles tipo ambulancia, verificación y certificación de unidades tipo ambulancia, currícula básica e intermedia de técnicos en urgencias médicas, cursos de capacitación a personal médico en atención medica integral a pacientes accidentado, cédula de recursos materiales, capacidad física instalada, equipo y recursos humanos.

Para la atención hospitalaria se elaboró la cédula de registro de recursos materiales, equipo y humanos, el Manual de procedimientos para los pacientes en los servicios de urgencias.

Se otorgó el Curso de Atención Médica Integral del Paciente Accidentado; además se elaboró el Programa Operativo Anual y se otorgaron nueve entrevistas radiofónicas y cuatro en televisión. Entre otras actividades se encuentran la compilación de ponencias por estado, los resúmenes y conclusiones de las reuniones, la elaboración del documento que contiene las inquietudes, proyectos, necesidades, objetivos, avances, metas, políticas, acciones, normas, procedimientos y legislación, mismo que fue entregado a los Consejeros Estatales.

3.3.11. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Durante el período de este informe, el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) sesionó de manera mensual de acuerdo a lo establecido en el cronograma de reuniones, en apoyo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Se fortalecieron los cuatro grupos de trabajo del Comité. Se establecieron 30 acuerdos en este período y se dio cumplimiento a más del 70 por ciento. Asimismo, se dio seguimiento a los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica en cada una de las reuniones del Grupo Técnico.

Se dio cumplimiento a los compromisos de coordinación para la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, (SINAVE). Para esta fecha se ha incrementado el número de unidades médicas que lo integran, para llegar a 17 190 de las cuales, 83.4 por ciento notifican de manera oportuna el informe semanal de padecimientos sujetos a vigilancia. Mediante este mecanismo de notificación semanal se han registrado y dado seguimiento y en su caso atendido poco más de 20 millones de diagnósticos.

En el período, se desarrolló y dio inicio el Sistema de Información Geo-referencial Mexicano en Salud, el cual incluye información de las principales causas de morbilidad y mortalidad de importancia nacional, regional, estatal y municipal. Además, incluye un anexo de indicadores socioeconómicos que permiten ubicar los daños a la salud en el contexto de la diversidad de factores que influyen en ésta.

La difusión de la información generada, se ha fortalecido mediante el uso del intranet e internet. Esto ha reducido el tiempo en la integración de archivos y su envío hacia los diferentes usuarios de manera expedita. Lo anterior representa una disminución importante en el consumo de papel y en las horas/hombre destinadas a este tipo de acciones.

Un componente esencial del SINAVE, es la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), la cual comprende a hospitales de 2º y 3er niveles de atención. Actualmente, opera en 133 unidades de todo el país y cuenta con participación de todas las instituciones de salud.

Durante el período la RHOVE registró 37 263 casos de infecciones nosocomiales, 10 por ciento más que en el período anterior. Para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de este componente se llevaron a cabo 10 cursos de capacitación con 259 asistentes; asimismo, se efectuaron 26 visitas de supervisión a unidades hospitalarias de 17 entidades federativas, 25 por ciento más que en el período previo. Se fortaleció la vigilancia de diarreas por rotavirus, influenza, resistencia y susceptibilidad antimicrobiana.

En el período se fortalecieron las acciones de capacitación y supervisión de los distintos Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, en apoyo a los programas de prevención y protección de la salud con 22 cursos regionales y 56 visitas de supervisión. Especial énfasis se dio a la vigilancia de: poliomielitis, difteria, tétanos, sarampión, cólera, dengue hemorrágico, paludismo, rabia, defectos al nacimiento, tuberculosis, y VIH/SIDA, entre otros.

Mediante la operación de estos sistemas se garantizó el estudio integral y control epidemiológico de casos, brotes y situaciones que pudieron poner en peligro la salud de la población, además de que se establecieron mecanismos oportunos de alerta ante la presencia de los mismos.

Durante el mes de abril se detectaron tres casos importados de sarampión, la búsqueda retrospectiva incluyó 43 centros de salud y la revisión de 13 520 diagnósticos, encontrándose 40 casos sospechosos, los cuales se descartaron a sarampión; se implementaron las medidas de prevención y control. Los indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación en el ámbito nacional se mantienen por arriba del 80 por ciento.

La Secretaría de Salud mantuvo en operación la vigilancia activa de la mortalidad a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED). A diciembre del 2000 se alcanzó una cobertura nacional de más de 90 por ciento, con cerca de 420 mil certificados de defunción recolectados y codificados para el año 2000; en el período anterior la cobertura tuvo un rendimiento

similar. Al segundo trimestre del 2001 se tienen registrados más de 200 mil certificados de defunción y se ha dado curso a la ratificación y rectificación en el 100 por ciento de causas sujetas a estudio epidemiológico de diciembre del 2000 a agosto del 2001.

Se continuó con el fortalecimiento de la vigilancia de padecimientos no transmisibles en atención a que éstos fueron responsables en los últimos años de 9 de las 10 primeras causas de muerte en el país. Se realizan acciones conjuntas con la Dirección General de Salud Reproductiva para iniciar la operación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama a partir del 2002. Se produjo el compendio informativo sobre neoplasias malignas correspondiente a 1999, que incluye la información de 88 000 casos de cáncer en el país.

Se trabaja en la unificación de los procedimientos y criterios para la recopilación y procesamiento de la información sobre casos probables de diabetes e hipertensión arterial, a fin de establecer indicadores nacionales. Se dio inicio al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en unidades hospitalarias sobre las complicaciones de los casos de diabetes tipo 2.

Para el fortalecimiento técnico del trabajo epidemiológico, se realizaron 5 cursos de actualización para 50 asistentes, en el marco del XIX Curso Internacional en Epidemiología Aplicada; fueron efectuados dos diplomados intramuros en epidemiología para 80 participantes, así como 5 cursos monográficos. Están en formación 27 especialistas en Epidemiología que cursan tres grados de la especialidad y participan en los operativos de atención a la población afectada por brotes epidémicos.

Se conformó la Dirección de Investigación y Evaluación, cuyas funciones se dirigen a coordinar, efectuar y promover acciones de investigación sobre tópicos relevantes en Salud Pública, así como proveer de información oportuna sobre el cumplimiento de estándares, en las entidades federativas, para la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas, en el desarrollo de los Programas Estratégicos, a fin de contribuir a mejorar la calidad de los mismos.

Se desarrolló el modelo de evaluación operativa de los programas de competencia de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.

3.4. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

El Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CNSIA), tiene bajo su responsabilidad la Coordinación del Consejo Nacional de Vacunación, y la participación en los siguientes programas:

- Salud de la Infancia.
- Salud de la Adolescencia.
- Vete Sano, Regresa Sano.
- Arranque Parejo en la Vida.

En los tres primeros la responsabilidad es directa del Centro y en el último es la Dirección General de Salud Reproductiva, el Centro coordina y dirige lo correspondiente a la población de uno a 23 meses de edad.

Además, define las políticas de vacunación a toda la población y elabora las normas correspondientes.

Actividades relevantes

Normas Oficiales Mexicanas

Publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño y cancelación de las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; NOM-023-SSA2-1994, Para el Control, Eliminación y Erradicación de las Enfermedades Evitables por Vacunación y NOM-024-SSA2-1994, para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la Atención Primaria a la Salud.

Elaboración, publicación y difusión del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2000, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano y análisis de las observaciones al mismo, para dar la respuesta a los comentarios recibidos y continuar con el proceso correspondiente a la publicación definitiva.

Reuniones

Con la finalidad de dar a conocer y discutir aspectos relevantes de los Programas responsabilidad del Centro, así como evaluar avances de la programación de las Semanas Nacionales de Salud, se realizaron 2 reuniones con el personal que integra los equipos de salud que son la contraparte del CNSIA en los estados, la primera de ellas en el Distrito Federal y la segunda en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

En el marco del Encuentro de Prevención y Protección de la Salud, se trabajó igualmente con los equipos de salud estatales y las direcciones generales, con las que se comparten responsabilidades, para elaborar el Programa Operativo Anual del año 2002.

Hubo presencia del Centro en los siguientes eventos internacionales: Regional sobre nutrición en Managua, Nicaragua; 14ª. Reunión del Programa Ampliado de Inmunización de México, América Central y Caribe Latino, en Haití; X Congreso Panamericano de Infectología, Guadalajara, Mex.; III Reunión preparatoria de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, New York, EUA; Reunión sobre Lecciones Aprendidas en la Erradicación de la Poliomiélitis, OPS, Washington, EUA; Reunión Binacional México-California para definir colaboración en materia de salud de migrantes, San Diego, California, EUA; dos reuniones del Comité Asesor de Vacunación, CDC, Atlanta, EUA; Reunión Internacional de Adolescentes, Monterrey, Mex; Comité Trinacional Canadá-Estados Unidos de Norte América-México de planeación estratégica para la vigilancia y control de infecciones por virus de la influenza, EUA; Reunión Latinoamericana sobre Otitis Media, Guadalajara, Mex; Reunión Regional de Capacitación sobre Infecciones Respiratorias Agudas, OPS, Guadalajara, Mex; Reunión Regional de Vacunología, Cancún, Mex.

Eventos

Se efectuó la ceremonia conmemorativa de 50 años sin viruela en México, trascendente e histórico hecho, ya que el último caso de esta enfermedad en nuestro país se notificó en 1951, en Tierra Nueva, San Luis Potosí, mientras que en el mundo este hecho fue 29 años después. En la ceremonia participaron altas autoridades y personalidades que intervinieron en el proceso de erradicación de esta enfermedad, se entregaron diplomas a seis sanitaristas que participaron en la erradicación, se devolvió una placa conmemorativa, se canceló un matasello conmemorativo y además se emitió un billete de lotería para el premio mayor del 24 de julio.

Se realizaron dos Semanas Nacionales de Salud.

Operativos especiales en los estados

En el estado de Chiapas con el propósito de mejorar las coberturas de vacunación, en el marco del Plan de Fortalecimiento de las Acciones de Vacunación en Municipios con Bajas Coberturas de Vacunación.

En Baja California Sur en la Jurisdicción Sanitaria de Los Cabos y en Quintana Roo en la Jurisdicción Sanitaria de Cancún, debidos a reportes de casos probables de Sarampión.

Actividades de apoyo al estudio de dos casos probables de difteria, uno en el estado de Oaxaca, y otro en el estado de Campeche, finalmente descartados.

Desarrollo Humano

El personal del CNSIA asiste permanentemente a eventos académicos organizados por la propia Secretaría de Salud, por otras instituciones de salud y académicas. Además el Centro realizó los siguientes eventos:

- Un Taller sobre Metodología de la investigación.
- Un curso básico de Manejo de Bases de Datos.
- Dos cursos de Usos de Nuevos Biológicos a personal de enfermería impartidos en el CECADE.
- Un curso de Actualización en Nutrición para personal de nutrición impartido en el CECADE.
- El personal del Centro participó como ponente en seminarios, cursos, talleres a los que fue invitado por instituciones de los sectores de salud y educativo.
- Con relación a la capacitación del personal estatal, la estrategia fundamental son los Centros de Capacitación, y como parte de apoyo a sus docentes, un pediatra de Veracruz asistió a un curso de AIEPI en Texas del 15 al 17 de mayo. Se capacitaron 309 prestadores de servicios y 1 449 mujeres o responsables de menores de 5 años.
- En total en el período referido, se capacitaron 1 162 trabajadores de salud.

Campañas de comunicación y movilización comunitaria

Durante este lapso se efectuaron tres campañas nacionales de promoción, una referente a temporada invernal, cuyo mensaje versó acerca de evitar la automedicación y cuidados en casa para prevenir las infecciones respiratorias agudas y las otras con relación a la Primera y Segunda Semanas Nacionales de Salud. La campaña en torno a la prevención y control de diarreas fue retransmitida, no obstante, se efectuaron concertaciones específicas para promover las medidas preventivas a través de órganos de difusión alternativos de los sectores público, social y privado. Para cada campaña se plantearon estrategias de comunicación educativa en las que se consideraron boletines y ruedas de prensa, entrevistas en los principales medios de comunicación, guiones para ser difundidos por las 22 estaciones del Sistema de radio indigenista y la producción de materiales gráficos, tales como 5 modelos de carteles, 2 modelos de pinta de bardas y mantas, que representaron un tiraje total de 450 mil ejemplares. Para cada jornada se concertaron apoyos adicionales y estrategias alternativas de difusión con los sectores más representativos. Estas experiencias están asentadas en las memorias gráficas con las principales acciones efectuadas en las entidades federativas que incluyen el nivel central. Para la estrategia de participación comunitaria denominada Club Salud del Niñ@ se ha consolidado su descentralización. Asimismo, se estableció trabajo conjunto con el DIF, cuyo programa piloto se efectuó en Puebla. En este lapso se han rebasado los 100 mil socios y socias; adicional a las más de 1 500 escuelas inscritas.

Evaluación

Evaluaciones trimestrales de coberturas, de las Semanas Nacionales de Salud y de información relevante de las entidades federativas.

Con la finalidad de conocer la operatividad de las Semanas Nacionales de Salud se realizó la evaluación de las mismas que comprendió tres etapas: planeación, ejecución e impacto.

Para evaluar la cobertura de las acciones del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, en coordinación con el IMSS Ordinario y el ISSSTE, se realizó una encuesta rápida integral en 12 ciudades del país.

Investigación operativa

Se tienen cuatro proyectos de investigación en proceso: “Promoción del Uso Adecuado de Medicamentos en la Atención a Niños Menores de Cinco Años en el Primer Nivel”, financiado por CONACYT; “Impacto de la Administración de Zinc y Vitamina A en la Respuesta Inmune y en la Incidencia y Severidad de Eventos Diarreicos en Niños de 8 a 23 meses”; “Impacto de la Vacunación con Hib en las Enfermedades Invasivas producidas por *Haemophilus Influenzae* tipo b en el estado de Nuevo León”; “Estudio de Costo-efectividad de una Campaña Masiva de Vacunación contra Rubéola y Sarampión en Trabajadores de la Salud” en colaboración con el CDC de Atlanta.

3.4.1. Arranque Parejo en la Vida

Objetivo

Articular acciones de comprobado impacto en la atención de las mujeres al inicio de su embarazo y hasta los primeros dos años de vida de los niños y niñas que coadyuve a mejorar su calidad de vida y potencial de desarrollo.

Acciones realizadas

Se participó en reuniones de trabajo con la Dirección General de Salud Reproductiva, para la definición conceptual del Programa, a su vez se desarrolló lo correspondiente a las acciones del menor de dos años y se definieron los indicadores de evaluación del componente del Programa responsabilidad de este Centro.

3.4.2. Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia

Objetivo

Elevar la calidad de vida de la población menor de 10 años mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Estrategias

- Optimización del uso de los recursos disponibles para atender los componentes del programa.
- Fortalecimiento de la coordinación sectorial e intersectorial.
- Desarrollo humano.

- Educación para la salud.
- Fomento a la investigación en sistemas de salud.
- Mercadotecnia y movilización social.
- Transformación del sistema de información.

Vacunación

El Sector Salud ha logrado extender las acciones de vacunación a las áreas urbanas marginadas, así como a más de 100 mil localidades sin servicios de salud a través del Programa de Ampliación de Cobertura y visitas bimestrales de brigadas móviles de vacunación. Estas acciones se llevan a cabo en dos momentos, permanentemente y en forma intensiva.

Las acciones permanentes se ofrecen cotidianamente a la población en todas las unidades de atención médica de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en los centros de custodia temporal de niños como albergues, guarderías, jardín de niños y mediante brigadas con visitas periódicas, a las localidades sin servicios permanentes de salud.

Las acciones intensivas tienen como propósito fundamental elevar las coberturas de vacunación en un período muy corto, de tal forma que en una semana se ofrece a la población infantil un paquete básico de salud (acciones integradas de atención primaria) cuyo eje central son las acciones de vacunación. Se realizan antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que previenen o cuando las condiciones epidemiológicas así lo requieren, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad.

Las acciones intensivas de mayor envergadura han sido las Semanas Nacionales de Salud, cuyo eje central son las actividades de vacunación, además se realizan bloqueos vacunales ante la presencia de casos y brotes de las enfermedades inmunoprevenibles.

De diciembre de 2000 a agosto del presente año se realizaron dos Semanas Nacionales de Salud (SNS), celebradas en febrero y mayo de 2001, la actividad principal fue la aplicación de la vacuna Sabin de manera indiscriminada a los menores de cinco años de edad. El total de dosis aplicadas en el período fue de más de 21.8 millones.

Para el resto de biológicos durante las Semanas Nacionales de Salud referidas, se iniciaron o completaron esquemas. De vacuna DPT y pentavalente se aplicaron 1.9 millones de dosis, 274 mil de BCG y 3.3 millones de toxoide tetánico-diftérico (Td). Este último se aplicó a escolares del sexto grado de primaria y a mujeres en edad fértil y embarazadas que radican en municipios de riesgo para tétanos neonatal. En total se aplicaron 28.2 millones de dosis de vacuna, 2.8 por ciento menos a lo realizado en el mismo período del año anterior. Este hecho demuestra el avance en la aplicación de vacunas durante las actividades permanentes.

Además, durante la segunda Semana Nacional de Salud se realizaron actividades adicionales para disminuir los daños a la salud atendidos por los otros componentes del Programa. Se distribuyeron 6.6 millones de sobres "Vida Suero Oral" y se informó sobre su uso adecuado a más de 6 millones de madres de menores de cinco años, 6.5 y 8 por ciento más que en el período anterior. En áreas de riesgo se ministraron 15.5 millones de dosis de antiparasitarios a niños de 2 a 14 años de edad y más de 5.9 millones de megadosis de vitamina "A" a niños de seis meses a cuatro años de edad, 6.7 y 4.9 por ciento más que en la segunda Semana Nacional de Salud del año 2000.

Durante las dos Semanas Nacionales de Salud realizadas en el período que se informa, se obtuvieron logros superiores al 94 por ciento para todas las acciones referidas en los párrafos anteriores.

El grupo blanco para el Programa es el de niños y niñas de un año de edad, en diciembre de 2000 las coberturas de vacunación con esquema básico completo (8 dosis) fueron de 94.4 por ciento. En el esquema básico se incluyen 4 vacunas, cuyas coberturas fueron: Sabin y DPT 97.4 por ciento, con BCG 99.7 por ciento y Triple Viral 95.9 por ciento. En los preescolares, la cobertura con esquema básico completo fue de 98.0 por ciento, y por tipo de vacuna, Sabin 99.1 por ciento, DPT 99.0 por ciento, BCG 99.8 por ciento y Triple Viral 98.5 por ciento.

Para agosto del 2001, se estima que la cobertura de vacunación con esquema básico completo en los niños de un año de edad será de 94.8 por ciento, con las vacunas Sabin y DPT de 97.5 por ciento, con BCG de 99.7 por ciento y con Triple Viral 95.9 por ciento. En los preescolares, la cobertura con esquema básico completo se estima que será de 98.3 por ciento, con las vacunas Sabin y DPT de 99.2 por ciento con BCG de 99.8 por ciento y con Triple Viral 98.5 por ciento.

En todos los biológicos para ambos grupos de edad se considera que habrá incrementos. A este momento las coberturas han llegado a tal nivel, que hay dos retos, el primero es mantener los logros alcanzados y el segundo es llegar al poco universo que aún no cuenta con esquema completo.

El impacto de las acciones de vacunación se aprecia claramente al revisar las cifras de casos notificados de las enfermedades prevenibles por vacunación. En relación con poliomielitis, no se registran casos desde el 18 de octubre de 1990, tampoco se han registrado casos de difteria desde octubre de 1991. Hasta la semana No. 25 del 2001 se han reportado 15 casos de tos ferina y un caso de tétanos neonatal cifra menor a lo reportado para la misma semana durante el año 2000, en la que fueron 32, y 6 casos respectivamente.

Después de que hubo más de 3 años sin casos de sarampión, en el año 2000 se presentaron 30, este brote ratificó la existencia de altas coberturas de vacunación dado que sus características epidemiológicas fueron las mismas que las descritas para poblaciones bien vacunadas: casos aislados y en población programáticamente no prevenible. A la semana epidemiológica No. 25 de este año se presentaron 3 casos de sarampión con las mismas características que los del 2000.

De continuar las acciones y la tendencia actual de la presentación de casos de las enfermedades evitables por vacunación, seguramente al cierre del 2001 va a haber menor número que los esperados.

Otro logro importante es que, como consecuencia de las acciones permanentes de información a la población, se ha elevado el uso de la Cartilla Nacional de Vacunación por arriba del 97 por ciento, lo que se ha podido demostrar a través de encuestas realizadas en todas las entidades federativas.

Prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas

En este rubro se fortalecieron varias acciones, destacando el reforzamiento de la vigilancia en la cloración de agua, la promoción de la lactancia materna, la capacitación de las madres con énfasis en la identificación de signos de alarma y en la terapia de hidratación oral, la administración de megadosis de vitamina "A" en población en riesgo, el tratamiento oportuno y de buena calidad de los pacientes con enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas, así como la aplicación de vacunas hasta completar esquemas básicos.

Durante el programa permanente, el personal de salud de la SSA capacitó en el manejo efectivo de casos por diarreas e infecciones respiratorias agudas a más 1.5 millones de madres de menores de cinco años y

además de los sobres Vida Suero Oral que se entregaron en las SNS, distribuyó aproximadamente 7.4 millones de sobres.

Con estas acciones se ha logrado mantener una tendencia descendente de las defunciones por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. En el período diciembre 1999-agosto 2000, se registraron 1 946 defunciones por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, de continuar con la tendencia actual se estima que para el mismo período de los años 2000-2001 serán 1 753 lo que representa un descenso del 9.9 por ciento. De igual forma, las defunciones en el mismo grupo poblacional, por infecciones respiratorias agudas continúan con tendencia descendente, en el período referido de los años 1999-2000 fueron 3 347, mientras que para el correspondiente a 2000-2001 se estiman 2 694, es decir, una reducción del 19.5 por ciento.

Nutrición

Además de las acciones incluidas en la segunda Semana Nacional de Salud, es importante resaltar que está funcionando un sistema de vigilancia del estado nutricional a través de indicadores antropométricos, en el que se incorporan los datos de los niños menores de cinco años que acuden a las unidades de salud a demandar vacunas; a diciembre del 2000 se contaba con información de más de 1.4 millones de niños menores de cinco años. La Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, reportó una prevalencia de bajo peso de 7.5 por ciento, para diciembre del mismo año el sistema reportaba 7.8 por ciento y a marzo del presente año de 6.6 por ciento.

Salud del Adolescente

Objetivo

Elevar la calidad de vida de la población adolescente, mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar acciones esenciales de atención a la salud para los adolescentes, en salud, salud reproductiva y promoción de la salud.
2. Promover acciones de salud enfocadas a la familia.
3. Promover acciones de salud enfocadas a la comunidad y la escuela.
4. Mejorar la cobertura de los servicios de salud.
5. Incrementar la coordinación interinstitucional.
6. Capacitar a los prestadores de servicios con un enfoque claro de desarrollo humano.

Acciones realizadas

Se realizaron reuniones de coordinación con las instituciones del Sector Salud y las direcciones generales de la Secretaría de Salud con las que se tienen que realizar acciones conjuntas, el producto de estas reuniones es el Programa Sectorial, el cual ha sido presentado en diversos foros. Además en la Reunión Nacional de Responsables Estatales realizada en Guadalajara, Jalisco, se realizó un taller, con el propósito de elaborar un diagnóstico situacional y definir líneas estratégicas.

Se distribuyó a todos los responsables estatales del programa y de los centros de capacitación, así

como a los representantes federales de las instituciones del Sector, una carpeta con información bibliográfica que permite identificar la situación actual de la población adolescente, así como las instituciones que tienen programas de intervención en este grupo poblacional.

3.4.3. *Vete Sano, Regresa Sano*

Objetivo

Proteger la salud de la población migrante, a través de información y atención en su lugar de origen y en el lugar de destino.

Acciones realizadas

Se elaboró el programa y se ha realizaron múltiples presentaciones del mismo.

El compromiso para el presente año es iniciar los trabajos en 12 entidades y 582 Municipios.

Se realizó reunión de trabajo con los estados seleccionados y se programaron las acciones a realizar durante el presente año.

Principales retos estructurales a superar y oportunidades a concretar

Estandarizar la prestación de servicios de los programas responsabilidad del Centro, tanto en las instituciones del Sector Salud, como en los Organismos Públicos Descentralizados, con la finalidad de que las acciones alcancen simultáneamente una mayor efectividad.

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

Ofrecer información, orientación y capacitación a la población para que adopte conductas saludables en lo individual y colectivo, así como en la protección del medio ambiente.

Posicionar los aspectos básicos de los Programas entre los diferentes públicos objetivo.

Modificar el sistema de evaluación actual y sus herramientas informáticas de apoyo, para convertirlo en interinstitucional y que aporte información sectorial útil para tomar decisiones y mejorar el desempeño del programa.

Favorecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación de los programas, proveer información científica para toma de decisiones, modulación y articulación de las acciones de salud.

Personal Capacitado

Capacitación	Diciembre 2000	Agosto 2001		Diciembre 2001 Programada
		Programada	Alcanzada	
Área médica		1 138	948	490
Área administrativa		23	115	46
Computación		1	3	3
Total		1 162	1 066	539
Cursos de capacitación en los Centros Regionales Estatales	10	144	41	64

3.5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

Entre las funciones del Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA e ITS, está la de formular y proponer las políticas y estrategias en materia de prevención, tratamiento y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concertación de acciones entre las instituciones de los sectores público, social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con estas materias.

En nuestro país, como en todo el mundo, el SIDA es un grave problema de salud pública, en su trascendencia se entretrejen repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas. Por ello, para la actual administración la lucha contra el SIDA es una prioridad impostergable, en la que se deben sumar y coordinar esfuerzos de las diferentes instancias del sector público, privado, organizaciones de la sociedad civil, individuos y comunidades.

Los avances en la lucha contra el VIH/SIDA, tienen su sustento en un conjunto de acciones que se encuentran estrechamente articuladas y que contienen una importante carga anticipatoria de la enfermedad, entre éstas se encuentran las estrategias educativas y la promoción del uso del condón a la población con prácticas de riesgo; la incorporación de fundamentos para la prevención del VIH/SIDA perinatal; el aseguramiento al acceso de la información, pruebas de detección y tratamiento para la interrupción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis; así como el fortalecimiento de la negociación de la industria farmacéutica para la detección de descuentos en antirretrovirales; el establecimiento de mecanismos de sanción para los individuos, empresas e instituciones que violen las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH/SIDA; y campañas contra la discriminación de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Durante el período de enero a agosto de 2001, se realizaron más de 233 mil pruebas para detección de sífilis en mujeres embarazadas, y casi 286 mil para la detección del VIH, 22 y 28 por ciento más que el período anterior. Además, se proporcionaron 300 mil consultas para la atención de infecciones de transmisión sexual, 21 por ciento más respecto al año anterior.

Con relación a las campañas “Prevención del VIH/SIDA” y “Lazo Rojo”, se emitieron alrededor de un millón de impactos, a través de 97 canales de televisión y 1 228 estaciones radiodifusoras en todo el país, cumpliendo con lo estimado para el período de este informe; asimismo, se distribuyeron más de medio millón de impresos con información básica para la población con prácticas de riesgo y se atendieron 45 mil llamadas en el servicio de ayuda telefónica, 9.5 por ciento más de lo estimado. Por su parte, la página *Web* del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, superó en 25.0 por ciento las visitas previstas inicialmente.

Cabe mencionar que el 85 por ciento de las personas con VIH/SIDA y otras ITS, tuvieron acceso a servicios de atención integral y al tratamiento con antirretrovirales; durante el período de este informe, se incorporaron a tratamiento antirretroviral 1 241 pacientes, que representó un incremento de 122 por ciento.

Se logró un descuento de 80 y 82 por ciento en los medicamentos Indinavir y Efavirenz respectivamente, de la empresa Merk Sharp and Dohme de México, S.A. de C.V. Además, la Secretaría de Salud inició un convenio de concertación con Boehringer Ingelheim PROMECO, S. A. de C. V., con el objeto establecer los mecanismos, bases, acciones y compromisos a efecto de que esta empresa apoye las actividades de prevención y control del VIH/SIDA, con especial énfasis en la prevención de la transmisión vertical a neonatos de madres infectadas por VIH.

En materia de normalización, se concluyó el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-039-SSA2-2000, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.

En el contexto internacional, nuestro país participó en el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe; además participó en la Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada del 25 al 27 de junio del 2001, cabe mencionar que las metas suscritas en su Declaración de Compromisos, fueron incorporadas en el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. En el Acuerdo Presidencial Tuxtla IV México-Centroamérica, se reiteró el compromiso asumido en el acuerdo anterior -Tuxtla III-, para continuar con el seguimiento y la promoción de las actividades, para fortalecer la cooperación con los países centroamericanos y así lograr un abordaje regional en la prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y áreas fronterizas.

Con el propósito de reforzar los aspectos gerenciales, de capacitación e infraestructura para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS así como para intercambiar experiencias y unificar criterios, se realizó el seminario “La cooperación Internacional en torno al VIH/SIDA e ITS y la respuesta de México” con la participación de expertos de Japón, del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y de México; además, se efectuó el X Congreso de la Asociación Panamericana de Infectología y Microbiología Clínica y el XIII Curso de Capacitación en VIH/SIDA, este último se llevó a cabo en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Por otra parte, se realizó el diplomado multidisciplinario sobre “VIH/SIDA. Diagnóstico, Prevención y Control”.

En el período enero-agosto del 2001, se formaron y capacitaron un total de 1 219 personas, la población objetivo de estas actividades fue el personal de salud, personal de Organizaciones No Gubernamentales, maestros, técnicos y orientadores.

El impacto de los eventos en los que han participado las entidades federativas durante este período, se ha visto reflejado en un incremento de los centros para detección oportuna del VIH y las ITS, así como de los servicios especializados de atención y laboratorios. Durante este año, se instalaron 33 nuevos Centros de detección y consejería de VIH/SIDA que aunados a los 18 existentes el año pasado, suman 51 centros que operan en 19 entidades federativas. Con relación a la atención especializada de personas con VIH/SIDA, se integraron dos servicios más sumando 63, distribuidos en el territorio nacional; también, se incrementó la capacidad de laboratorios que apoyan este servicio. Actualmente, se cuenta con 30 laboratorios certificados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), en donde se realizan las pruebas para VIH e ITS.

Actualmente es posible observar el impacto de las acciones emprendidas por la SSA a través de CONASIDA desde hace algunos años, como la reducción de 2.5 por ciento en la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH/SIDA, entre los jóvenes de 15 a 24 años; así como la reducción de 4 por ciento de la mortalidad por SIDA, en la población de 25 a 44 años.

Capítulo 4

Subsecretaría de Relaciones Institucionales

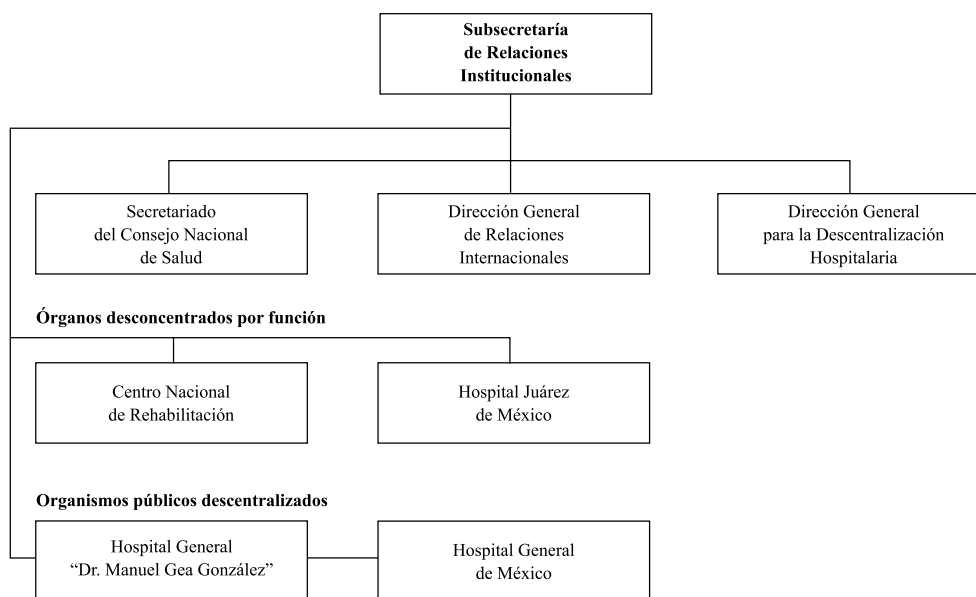
4. SUBSECRETARÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Función

Establecer las normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que deben regir en las unidades dependientes de la Subsecretaría; establecer los mecanismos de coordinación de la relación institucional de la Secretaría con el Congreso de la Unión, sus comisiones de trabajo y otras instancias legislativas, que determine el Secretario del Ramo, así como dar seguimiento a las peticiones formales de información y gestoría hechas a la Secretaría por las comisiones y otras instancias legislativas; fomentar y orientar la participación ciudadana para democratizar las políticas y programas de salud; colaborar en el desarrollo de proyectos y programas para la consolidación del Sistema Nacional de Salud y de los Sistemas Estatales de Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes y los Servicios de Salud en las entidades federativas; vigilar el cumplimiento de las normas, acuerdos, convenios y tratados que en materia de cooperación internacional contraiga la Secretaría de Salud; diseñar e incorporar sistemas innovadores de gestión hospitalaria, entre otras.

Estructura Orgánica

Subsecretaría de Relaciones Institucionales



La Subsecretaría de Relaciones Institucionales, tiene adscritas al Secretariado del Consejo Nacional de Salud, dos direcciones generales: de Relaciones Internacionales y para la Descentralización Hospitalaria. Todas en conjunto integran 2 direcciones generales adjuntas, 10 directores de área, 19 subdirectores de área y 23 jefaturas de departamento. Además de dos órganos desconcentrados por

función; el Centro Nacional de Rehabilitación y el Hospital Juárez de México y coordina en su operación dos organismos públicos descentralizados: el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y el Hospital General de México, estas 4 unidades administrativas se integran con 9 direcciones generales adjuntas, 24 direcciones de área, 68 subdirecciones y 141 jefaturas de departamento.

En este período la Subsecretaría llevó a cabo, además de la conducción, coordinación y seguimiento de las actividades que realizan las siete áreas antes señaladas, las acciones relevantes siguientes:

- Reuniones de seguimiento y coordinación con 8 OPD estatales que han favorecido la transparencia, fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud locales y el nacional;
- Reuniones de coordinación y seguimiento con los Organos de Gobierno de Instituciones del Sector Salud IMSS, ISSSTE, SSDF y la Comisión Nacional del Genoma Humano lo que ha favorecido la adecuada participación de éstas en el Programa Nacional de Salud;
- Reuniones de coordinación y seguimiento con organismos y entidades paraestatales y del sector social, INFONAVIT, Aeropuertos y Servicios Auxiliares, Comisión Mexicana para la cooperación con Centroamérica y la Representación para la Promoción e Integración Social para las Personas con Discapacidad, lo cual ha favorecido el desarrollo e integración de los programas de salud en los diferentes ámbitos del país;
- Reuniones permanentes de coordinación con las Comisiones respectivas de las Cámaras de Diputados y Senadores, que han permitido además de un trato armónico, diálogo y el intercambio de ideas y mejor conocimiento de la legislatura de las acciones y proyectos de salud y del PNS, lo que ha favorecido la concordancia, apoyo y operación del Programa Nacional de Salud ante la comunidad;
- Atención a múltiples solicitudes de salud de la actual legislatura a fin de que las acciones y servicios de salud sean cada día más equitativos universales y justos;
- Reuniones de coordinación y desarrollo con la Secretaría de Gobernación, para conocer la agenda legislativa y permitir así, el mejor desempeño de los servicios y acciones de salud;
- Reuniones de trabajo con la Coordinación de la Presidencia para la Alianza Ciudadana lo cual está generando el desarrollo de la normatividad para la relación del Ejecutivo con la sociedad, democratizando así la acción pública;
- Reuniones de trabajo y acercamiento con los servicios de salud estatales, los que promoverán durante el presente año, avanzar en la conformación de un organismo nacional de rendición de cuentas e intercambio de experiencias en materia de salud con representantes de la comunidad, de los niveles municipal, estatal y nacional, que permitirá un libre flujo de información de acciones de gobierno en materia de salud.

En su conjunto, los logros presentados consolidan de manera importante el desarrollo, la democratización, la transparencia, la equidad y la universalidad del Programa Nacional de Salud y favorece su efecto en la población de todo el país.

4.1. Secretariado del Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud cursa la IV época de funcionamiento ininterrumpido a partir de su creación en marzo de 1996. En el período que se informa ha realizado 2 reuniones ordinarias y una

extraordinaria. Los acuerdos asumidos en el seno del Consejo que son objeto de seguimiento, suman un total de 234, de los cuales se han cumplido 157, están en proceso 67 y 10 tienen carácter permanente.

En las reuniones llevadas a cabo durante el período de diciembre 2000 a agosto del 2001; entre los acuerdos tomados destacan:

- La Coordinación General de Planeación Estratégica integrará la información de los grupos de trabajo de la consulta ciudadana para formular el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud;
- Se fortalecerá la participación de los Consejos Estatales contra las Adicciones y se mejorará la coordinación con CONADIC;
- Se acordó que la dinámica de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud se realice a través de comisiones integradas por consejeros y áreas centrales, estableciéndose 2 comisiones permanentes; la administrativa abocada a asuntos laborales, jurídicos y administrativos y la comisión técnica, relacionada con asuntos de la salud pública donde participan personal de la Secretaría de Salud y titulares de los servicios estatales;
- La formación de un grupo de trabajo *ad hoc* a fin de revisar a 19 entidades federativas lo concerniente a la descentralización del Programa de Ampliación de Cobertura;
- La integración de un grupo de trabajo que revise lo relativo a indicadores de desempeño y resultado;
- Desarrollar una propuesta de una nueva fórmula de distribución equitativa del presupuesto;
- Grupo de trabajo para el Plan Puebla-Panamá;
- Grupo de trabajo para la propuesta de un modelo de atención al envejecimiento.

En esas reuniones se presentaron 38 trabajos, referidos entre otros, a los siguientes temas: Líneas estratégicas para el período 2001-2006; Reorganización de la Secretaría de Salud; Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud; Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud; Presupuesto 2001; Protección Financiera; Adicciones; Políticas de Impulso a la Investigación; Comisiones Estatales de Arbitraje Médico; Hacia una Política Hacendaria Saludable; Descentralización del proceso informático de Nómina; Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios; Programa de Nutrición y Salud para Pueblos Indígenas; Avances y Perspectivas del Sitio de Internet SSA; Fondo de Coinversión Social, y Equidad en la Atención a la Salud.

Con respecto a los organismos públicos descentralizados, en la 1ª Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud se presentó la propuesta de agenda para los OPD, con la finalidad de sistematizar el funcionamiento de sus Órganos de Gobierno, agenda cuya utilización ha sido adoptada prácticamente por la generalidad.

Se ha logrado la aprobación de los Reglamentos Internos, por parte de las Juntas de Gobierno en 29 entidades federativas, lo que significa un 91 por ciento de la meta considerada inicialmente.

En el período que se informa se ha apoyado la participación de los representantes de la SSA ante los Órganos de Gobierno de los OPD, acudiendo personal del Secretariado del Consejo Nacional de Salud a las reuniones efectuadas en 28 entidades federativas.

En el marco del proceso de formulación del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, el Secretariado del Consejo Nacional de Salud, interactuó estrechamente con los Servicios de Salud en las entidades federativas para establecer mecanismos de coordinación y asesoría, dirigidos a

la organización y desarrollo de los Foros Estatales de Consulta Ciudadana, efectuados en febrero, marzo y abril de 2001, brindando apoyo metodológico para la recopilación y organización de la información generada en estos eventos.

En total se realizaron 143 Foros Estatales de Consulta Ciudadana en los que presentaron 3 456 ponencias de propuestas. Estos eventos se vieron enriquecidos con la presencia de 15 074 asistentes quienes tuvieron la oportunidad de analizar y consensar las propuestas de salud vertidas en estos espacios de discusión.

El Secretariado del Consejo Nacional de Salud ha tendido un puente para hacer ágil la relación Estados-Federación a través de solicitar a cada Titular Estatal la designación de un funcionario de alto nivel con funciones de enlace, con el objetivo de establecer una comunicación ágil, expedita, oportuna y confiable que permita disponer de información institucional, veraz y útil para la toma de decisiones. Con ese propósito se efectuó los días 14 al 16 de junio, el Programa de Inmersión a Misión y Funciones de la SSA para funcionarios de enlace entre estado y Federación.

El Secretariado del Consejo Nacional de Salud participó con el estado de Chiapas en la entrega del Programa Nacional de Salud en el poblado de Oxchuc, Chiapas, acto presidido por el Ejecutivo Federal el 5 de julio de 2001; asimismo en la coordinación logística para la presentación del Programa Nacional de Salud ante las autoridades del Sector, el 9 de julio de 2001 en el auditorio del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El seguimiento del Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del personal del área de la salud, fue transferido a la Subsecretaría de Innovación y Calidad a partir de marzo de 2001.

4.2. Dirección General de Relaciones Internacionales

A la Dirección General de Relaciones Internacionales le corresponde representar a la Secretaría ante gobiernos e instituciones internacionales; coordinar las actividades de salud internacional con la Secretaría de Relaciones Exteriores; revisar y elaborar acuerdos y tratados internacionales; negociar y obtener financiamiento externo para apoyar el desarrollo de los programas estratégicos de salud de la Secretaría; difundir información científica y técnica; promover becas y cursos de capacitación; apoyar el intercambio de especialistas de salud e información con otros países, así como asesorar a los servidores públicos en comisiones oficiales al exterior ante gobiernos e instituciones internacionales.

Para cumplir con su función, asistió a diversas reuniones, que permitieron fortalecer los lazos en materia de cooperación internacional en el ramo de la salud. La participación de México en los diversos foros bilaterales o multilaterales, en el campo de la salud, reafirmó a nuestro país dentro del liderazgo internacional en la materia. En este sentido, se participó en diversas reuniones y se suscribieron diversos acuerdos que reforzaron las acciones que se vienen realizando.

Con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llevaron a cabo las siguientes reuniones:

- 107° Consejo Ejecutivo (Suiza 15-23 de enero).- En la que el C. Secretario participó con el tema sobre el Informe del Estado de la Salud en el Mundo.
- 54° Asamblea Mundial de la Salud (Suiza 14-22 mayo).- Con la destacada participación de la delegación mexicana, en temas fundamentales como: Lucha Antitabáquica, Salud Mental, Desempeño de los Sistemas de Salud y Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

- 11ª Reunión de la Junta de Gobierno de ONUSIDA (Suiza 30 de mayo a 1º. de junio);
- Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica, en la 52a. Asamblea de la OMS. en mayo de 1999.- Se adoptó una resolución que iniciaba los trabajos del Convenio Marco sobre la Lucha Antitabáquica (CMLA), instrumento jurídico internacional que intentará limitar la difusión mundial del consumo de tabaco y sus derivados;
- Quinta Reunión de la Comisión de Macroeconomía y Salud (México 11-14 junio).- Se contó con la asistencia de directivos de la OMS, OPS, BM, BID y FMI, entre otros organismos internacionales, así como de académicos y líderes de opinión, con el objeto de analizar la estrecha relación que existe entre la inversión en salud y el crecimiento económico.

En la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se participó en dos reuniones:

- Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre VIH/SIDA (Nueva York 25-27 junio).- El C. Secretario de Salud fue orador en la sesión plenaria y participó en las mesas de trabajo tituladas “Prevención y Atención”, “VIH/SIDA y los Derechos Humanos”;
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).- Se celebraron dos períodos del Comité Preparatorio del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre la Infancia (Nueva York 29 de enero al 2 de febrero y 11-15 de junio).
- Participación en la preparación de la visita de la Sra. Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF (México 24-25 julio);
- Intervención en la elaboración del documento “Un Mundo Justo para los Niños” que será adoptado por los Jefes de Estado y de Gobierno en la Sesión Especial en favor de la Infancia (Nueva York 19-21 de septiembre).

Con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se participó en:

- 19ª Sesión del Subcomité de Salud, Mujer y Desarrollo (Washington, D.C. marzo 2001).
- 35ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo (Washington, D.C. marzo 2001).
- II Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (Brasil, mayo 2001).
- 128ª Sesión del Comité Ejecutivo (Washington, D.C. junio 2001).- Presentación de México del documento “El Proceso de Elección del Director de la Organización Panamericana de la Salud”, el cual contiene propuestas encaminadas a fortalecer los procesos democráticos en la región de las américas como condición para alcanzar la equidad y el desarrollo.

Por otra parte, en la III Cumbre de las Américas celebrada en Quebec, Canadá en abril del 2001 se adoptó un Plan de Acción para la Región de las Américas en los rubros de la promoción de la democracia, los derechos humanos, la justicia, la lucha contra las drogas y la reforma al Sector Salud, entre otros.

En el período de este informe, se suscribieron los siguientes acuerdos:

- Memorándum de Entendimiento en Materia de Salud y Medicina entre el Gobierno del Estado de Israel y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, firmado en la Ciudad de México el 12 de febrero de 2001;
- Acuerdo Complementario al Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre los Estados Unidos Mexicanos y la República Federativa del Brasil en materia de salud, suscrito el 2 de mayo en Sao Paulo;

- Acuerdo para ampliar el Memorándum de Cooperación entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, lo que brinda continuidad a la labor del Grupo de Trabajo de Salud de la Comisión Binacional México-Estados Unidos. Suscrito en la ciudad de Ginebra, el pasado 16 de mayo de 2001;
- Proyecto específico de colaboración con Cuba, firmado en la Ciudad de México en julio de 2001, en materia de salud mental, salud ambiental y SIDA, entre otros temas.

En materia de cooperación bilateral, se fortalecieron los vínculos con países de América, que propicien la cooperación en materia de salud.

En abril, en Cuba se realizó la II Reunión de la Comisión Mixta de Cooperación para el Desarrollo entre ambos países, en la cual se aprobaron 18 proyectos en materia de salud. Con Guatemala se llevó a cabo la IV Reunión de la Comisión Mixta de Cooperación Técnica y Científica; y la VII Reunión Binacional. Con los Estados Unidos se realizó la reunión preparatoria del Grupo de Salud de la Comisión Binacional en Rockville, Maryland, agosto 2001; y se llevaron a cabo dos reuniones bilaterales, de la Comisión de Salud Fronteriza, en marzo en la Ciudad de México y en mayo en Las Cruces, Nuevo México.

Por otra parte, en febrero de 2001, fue suscrito el Segundo Acuerdo Modificatorio del Convenio para el Establecimiento de un Programa de Becas Compartidas entre la Secretaría de Salud y la Embajada del Reino Unido, a través del Consejo Británico. Asimismo, se otorgan becas complementarias a trabajadores de la Secretaría que realizan estudios de posgrado en áreas prioritarias para el sector así como apoyos para cursos de capacitación.

En coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, se ha instrumentado un programa para brindar atención médica a los connacionales que son repatriados de los Estados Unidos con algún problema de salud. Se han repatriado 39 connacionales.

Se continuó con la promoción e impulso de las relaciones con diversos organismos internacionales, con acciones orientadas a fortalecer la presencia de México en foros internacionales, como: el Banco Mundial; Mecanismo de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC); Organización Internacional del Trabajo (OIT); y Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

La OCDE es el organismo con el que se mantiene un contacto más estrecho, donde resaltan las siguientes actividades:

- Colaboración en la elaboración de la respuesta mexicana al Proyecto “Políticas de Apoyo para la Integración de la Población Discapacitada en Edad Laboral”;
- Participación de la Coordinación General de Planeación Estratégica, en representación de la Secretaría de Salud, en la 1ª Reunión *Ad-Hoc* del Proyecto Horizontal en Materia de Salud (marzo 21-31).

4.3. Dirección General para la Descentralización Hospitalaria

A la Dirección General para la Descentralización Hospitalaria le corresponde, entre sus facultades, dirigir, consolidar y evaluar la descentralización de las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud. Estas acciones se desarrollan con énfasis en la descentralización de unidades hospitalarias y atribuciones en materia de regulación sanitaria al Gobierno del Distrito Federal; debido a que no se ha concluido la descentralización de los servicios de salud.

Asimismo, en tanto no se concluyan los procesos de descentralización y/o desincorporación de las unidades hospitalarias, la Dirección General coordina y supervisa la operación de tres hospitales: de la Mujer, Juárez del Centro y Nacional Homeopático.

En materia de descentralización de unidades hospitalarias, se tienen en proceso de análisis las siguientes:

- a) A la Secretaría de Salud del Distrito Federal:
Hospital de la Mujer
Hospital Juárez del Centro
Regulación Sanitaria
Centros Comunitarios de Salud Mental (Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Cuauhtémoc)
- b) Hospital Nacional Homeopático
- c) Hospital Juárez de México y Centro Nacional de Rehabilitación, como organismos públicos descentralizados,
- d) Fortalecimiento de la operación descentralizada del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

A la fecha se han realizado las siguientes acciones:

Para el desarrollo y consolidación del proceso de descentralización en el Distrito Federal, se establecieron tres comisiones de trabajo con la participación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, las cuales son: Transferencia de Hospitales; Regularización de Bienes Transferidos y Revisión Global del Acuerdo de Descentralización; dichas comisiones efectúan reuniones en forma periódica para planear, concertar e informar las actividades realizadas encaminadas a avanzar en el proceso.

Para las unidades hospitalarias, no incluidas en este proceso, se realizan reuniones periódicas con los funcionarios de cada una de ellas y las autoridades federales correspondientes, con la finalidad de realizar actividades que permitan descentralizarlas como unidades autónomas, o en su caso, bajo otro esquema alternativo conveniente.

A la fecha, se ha logrado un avance del 50 por ciento en el proceso de Descentralización al Gobierno del Distrito Federal de los Hospitales Juárez del Centro y de la Mujer y los centros comunitarios de salud mental. A partir del establecimiento de las comisiones de trabajo (febrero) se han realizado veinte reuniones, cumpliendo con un programa de actividades de apoyo técnico al proceso. Además, se elaboró el proyecto de escenario alternativo de apoyo a la Descentralización del Hospital de la Mujer y se cuenta con un 30 por ciento de avance en el del Hospital Juárez del Centro, cumpliéndose en un 65 por ciento con las metas establecidas para el período.

Para promover la certificación integral de los Hospitales Juárez del Centro y de la Mujer, se realizó el diagnóstico situacional de los mismos, cumpliéndose con un 20 por ciento con las metas establecidas para el período del presente año.

Para apoyar el proceso de descentralización del Hospital Nacional Homeopático se está elaborando el proyecto alternativo con un avance de 50 por ciento, cumpliéndose en un 40 por ciento con las metas establecidas para el presente. Se están buscando alternativas para explorar la posibilidad de transformarlo en un hospital específicamente de medicinas alternativas, incluyendo acupuntura, fórmulas magistrales, herbolaria, aspectos quiroprácticos y la propia medicina homeopática para continuar satisfaciendo la alta demanda de la población que solicita estos servicios.

Por otra parte, se ha participado en el esfuerzo coordinado con las autoridades del Hospital Juárez de México y del Centro Nacional de Rehabilitación para concluir su proceso de descentralización. Así como la participación en el diseño y definición del proyecto médico-arquitectónico para la remodelación y desarrollo organizacional del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

*Unidades Médicas a descentralizar
Avances
(Porcentajes)*

Concepto	Agosto 2001		Diciembre 2001
	Programada	Alcanzada	
Descentralización al Gobierno del Distrito Federal de:			
• Hospital de la Mujer	50	50	90
• Hospital Juárez del Centro	50	50	90
• Centros Comunitarios de Salud Mental	50	50	90
• Atribuciones de Regulación Sanitaria	50	20	90
Descentralización del Hospital Nacional Homeopático	50	30	60
Descentralización de los Hospitales:			
• Juárez de México	60	60	70
• Centro Nacional de Rehabilitación	40	40	50
Participación en el diseño y definición del proyecto médico-arquitectónico para la remodelación y desarrollo organizacional del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	60	60	90

Hospital Universal

Pese a los notables logros alcanzados en el país en su nivel de salud, medido a través de su esperanza de vida al nacer y sus indicadores de morbilidad y mortalidad, la población en general aún dista de gozar de un estado de salud satisfactorio, son evidentes aún la falta de oportunidades, originándose discriminaciones en el acceso a los servicios de salud; existiendo todavía, sectores de la población que no tienen a su alcance tales servicios y medicamentos para resolver sus problemas de salud.

Por tanto, resulta fundamental orientar las acciones en materia de salud a subsanar discriminaciones existentes en el acceso a los servicios; debiendo privilegiar la eliminación de las desigualdades socioeconómicas existentes frente a la enfermedad y la calidad de vida.

Para ello es necesario el desarrollo de un modelo de hospital gubernamental, que responda a las demandas de la población, presentes y futuras, con acceso universal basado en un sistema de autogestión, que a través de un uso racional de sus recursos logre su autosustentabilidad patrimonial y operacional y que cuente con personal capacitado y certificado.

A la fecha se tienen los siguientes avances:

- 80 por ciento en el proceso de diseño del modelo de Hospital Universal.
- Se definió la estrategia de aplicación del programa y actualmente se trabaja en la recopilación de la información requerida para el diseño, elaboración y programación de cursos de capacitación de alta gerencia.
- Recopilación de la información requerida para comparar los distintos modelos de información y posterior diseño del modelo de información gerencial.
- Avance del 60 por ciento en el diseño del sistema de autogeneración de recursos.
- Avance del 100 por ciento en el diseño del sistema de costos.
- Se ha iniciado en el Centro Nacional de Rehabilitación la implantación del modelo de autogestión, empezando por el sistema de costos.

4.3.1. Prestación de los Servicios Hospitalarios

Las tres unidades que no fueron descentralizadas, continuaron prestando servicios de atención a la población asegurada, ubicada en el Distrito Federal, principalmente, sus actividades del período fueron:

Hospital Juárez del Centro

Constituida como una de las instituciones hospitalarias pioneras de la salud en nuestro país, el Hospital Juárez del Centro ha continuado a través del tiempo otorgando servicios de atención médica a la población sin seguridad social, así como aquellos servicios como apoyos diagnósticos; destaca su loable labor en la capacitación continua del personal médico, de enfermería y técnico.

Avances de Metas

Concepto	2000	Agosto		Diciembre 2001
		Programada	Alcanzada	
Cirugía de estancia breve	2 480	1 794	1 632	2 692
Urgencias	13 064	9 580	9 833	14 370
Consulta externa	51 866	38 049	40 394	57 074
Atención de partos	685	372	558	753
Atención de cesáreas	306	161	242	336
Laboratorio	57 772	42 366	60 924	63 549
Radiología	6 646	4 873	6 358	7 310
Ultrasonografía	1 229	900	1 047	1 351
Capacitación. Cursos a médicos, enfermeras y otros	89	45	50	98

De manera breve comentaremos los servicios prestados:

En cirugía de estancia breve.- Se brindó atención quirúrgica a población abierta con períodos de hospitalización menores a 24 horas en las especialidades de cirugía general, oftalmología, cirugía plástica, otorrinolaringología, ortopedia y ginecología. Los beneficios alcanzados con este programa se reflejan en una baja mortalidad, reintegración temprana del paciente al trabajo y al ambiente familiar, con disminución de los costos de operación. Para apoyar los servicios, se adaptó un quirófano extra con el equipamiento necesario para contar con un total de 5 quirófanos en uso a partir de julio.

En servicios de urgencias.- Se ofreció en forma permanente con médicos especialistas, por las características de la ubicación geográfica del hospital (cerca de la ciudad) hace que la demanda de este servicio sea constante, debido principalmente al aumento de la atención de casos de violencia en los fines de semana. Se han mejorado las gestiones para facilitar que los pacientes que requieren mayores recursos en el manejo de sus padecimientos sean enviados a hospitales de mayor complejidad. Se adquirió equipo médico de resucitación, un ventilador volumétrico y una ambulancia nueva para reforzar los servicios.

En consulta externa de especialidad.- Se proporcionaron consultas de especialidad como: cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, medicina interna, gastroenterología, dental, pediatría, gineco-obstetricia, endoscopía, ortopedia, cardiología y hematología.

El servicio de gineco-obstetricia cuenta con una capacidad operativa limitada para el ingreso de pacientes en trabajo de parto, manteniendo de manera permanente el equipo para la atención de las urgencias, equipo integrado por especialistas en gineco-obstetricia, pediatría y anestesiología, en todos los turnos para enfrentar el incremento en la demanda del servicio, debido a la saturación de otras unidades, principalmente en lo referente al embarazo complicado que requiere tratamiento quirúrgico. Se adquirió equipo médico consistente en un colposcopio, un cardiotocógrafo, instrumental quirúrgico de la especialidad y una mesa de operaciones.

En el hospital se realizan la mayor parte de los análisis clínicos necesarios para respaldar el diagnóstico y el tratamiento de la población usuaria, se apoya al primer nivel de atención y a hospitales de la zona en situaciones específicas.

En radiología se cuenta con el equipo necesario para elaborar estudios simples y algunos contrastados, el mantenimiento correctivo se ha llevado a cabo de acuerdo a las condiciones de los equipos que tienen varios años de uso, por otra parte, se adquirió recientemente un equipo nuevo de ultrasonido con lo que se mejoró el grado de certeza diagnóstica de los estudios.

Por otra parte para colaborar con las áreas de enseñanza y capacitación, el hospital participó como campo clínico para las siguientes instituciones: UNAM, IPN, UAM, SSA y Hospital Juárez de México, con actividades académicas para alumnos de las carreras de medicina y enfermería. Es sede para servicio social en optometría, enfermería y trabajo social. En lo referente a posgrado se colaboró en las especialidades de gineco-obstetricia y otorrinolaringología con rotación de residentes del Hospital Juárez de México. Esta unidad ha organizado cursos monográficos para el equipo de salud y cumple con las sesiones semanales de correlación clínico terapéuticas programadas y dirigidas al personal del hospital.

Hospital de la Mujer

En beneficio de las mujeres que no cuentan con seguridad y que diariamente acuden a recibir atención en esta importante unidad hospitalaria, se fortalecieron los procesos de atención, que permitirán dar un trato digno, con calidad y oportunidad. En el período, se ha presentado un incremento de la demanda como a continuación se indica.

Avances de Metas

Concepto	2000	Agosto 2001		Diciembre 2001*
		Programada	Alcanzada	
Consulta externa especializada	54 093	23 437	37 201	56 916
Consulta de urgencias	62 093	35 589	49 620	74 430
Partos	7 208	4 720	5 100	7 650
Abortos	1 642	1 108	1 263	1 894
Cesáreas	4 572	2 972	3 078	4 616
Egresos hospitalarios	21 095	11 840	14 607	22 141
Cirugías	9 852	6 532	6 914	10 865
Estudios de laboratorio	189 443	126 859	135 872	203 808
Estudios de rayos X	7 456	4 601	6 056	9 084
Estudios de anatomía patológica	6 189	4 057	4 560	6 840
Ultrasonidos	15 483	10 110	11 819	17 729

*Cifras estimadas

Con relación a los principales servicios otorgados en este hospital, en el período de enero a agosto del 2001, se observó un incremento en cada uno de ellos con relación a lo programado, siendo más significativo en: consulta externa especializada, consulta de urgencias, cirugía, estudios de rayos X, egresos hospitalarios, abortos y ultrasonidos.

De acuerdo a los logros obtenidos en el período de enero a agosto del año en curso, se hizo una proyección al mes de diciembre y se observa una tendencia ascendente con relación a lo alcanzado en el año 2000.

Por otra parte, con el propósito de dar cumplimiento a la Cruzada de Calidad implementada por el Gobierno Federal, en el Hospital de la Mujer se han tomado las siguientes acciones:

- Creación de un consultorio de filtro o preconsulta en el servicio de urgencias, con el propósito de atender la urgencia no calificada, para determinar el tipo de padecimiento y derivarla a un servicio del mismo hospital o en otra unidad de primero, segundo o tercer nivel de atención. Con esta acción se ha logrado disminuir los tiempos de espera de la consulta de tres horas a una hora aproximadamente.
- En la consulta externa se implementó la consulta de primera vez en el turno vespertino con residentes, con la finalidad de que en esta consulta se elabore la historia clínica, se soliciten estudios de laboratorio y gabinete para integrar el diagnóstico. Logrando con esta acción la disminución de los tiempos de espera en la consulta externa.
- Se elaboró un formato de seguimiento de las revisiones de las pacientes en trabajo de parto, para obtener objetivamente los datos clínicos en que se encuentran las pacientes en cada una de las revisiones, valorar la evolución del trabajo de parto y determinar oportunamente su hospitalización.
- Se estableció un sistema de supervisión y asesoría en los diferentes turnos establecidos en el hospital.- En la jornada de sábado, domingo y días festivos se programaron guardias por dirección, subdirección, jefes de departamento, jefes de división y de servicio; lo que ha permitido evaluar la oportunidad de la atención, detectar necesidades de material, personal y mantenimiento, y resolver inmediatamente los problemas detectados.
- La adquisición de equipo de punta ha contribuido a mejorar la calidad en la atención, permitiendo establecer diagnósticos más precisos, el monitoreo adecuado de los pacientes de terapia intensiva y determinar conductas a seguir en el tratamiento.
- Remodelación de los servicios de terapia intensiva y endoscopías.
- Se estableció un convenio con la jurisdicción sanitaria Miguel Hidalgo, para que los médicos de los centros de salud rotaran por el hospital durante dos semanas, con el propósito de capacitarlos principalmente en la importancia que tiene el control prenatal como responsabilidad de primer nivel de atención, así como el diagnóstico oportuno de las complicaciones más frecuentes en la mujer embarazada.

Durante el período, se continuó capacitando tanto al personal del área médica como al administrativo, con avances menores a los programados, los cuales se espera rebasar al término del año.

Capacitación	2000	Agosto 2001		Diciembre 2001*
		Programada	Alcanzada	
Médicos, enfermeras y paramédicos	945	802	699	1 047
Administrativos	61	51	45	69
Total	1 006	853	744	1 116

*Cifras estimadas a diciembre

Hospital Nacional Homeopático

El Hospital se fundó en 1893, es el único en el Continente Americano, con respaldo oficial, que otorga este tipo de terapéutica, ubicado desde su inicio en el centro de la Ciudad de México. Es un hospital general con un segundo nivel de atención, dirigido a población no asegurada y su área de influencia es la zona centro del Distrito Federal, primordialmente. Existe una importante demanda de los estados de México, Hidalgo, Tlaxcala y Morelos, así como del resto de país, por ser el único donde se trata con terapia homeopática.

El objetivo del hospital es proporcionar atención médica integral con calidad de excelencia y calidez a la población que lo solicite a través de la consulta médico homeopática y de la atención especializada a nivel hospitalario. Siguiendo los lineamientos establecidos en la Cruzada de Calidad, el hospital ha mantenido e incluso incrementado los servicios que otorga, como se muestra a continuación:

Concepto	Metas alcanzadas		Diciembre 2001
	2000	2001	
Consulta externa	63 005	45 267	67 900
Atención de urgencias	22 204	15 333	22 990
Egresos hospitalarios	6 442	4 146	6 460
Cirugías realizadas	3 169	1 958	3 180
Partos atendidos	3 640	2 336	3 500
Cesáreas	1 399	927	1 390
Análisis de laboratorio	62 674	48 703	73 050
Estudios de rayos X	12 768	5 175	7 760
Estudios Anatomopatológicos	2 343	1 518	2 270
Vacunas aplicadas	11 751	7 522	11 280

En programas de atención a la mujer como es el de planificación familiar, en el año 2000 se otorgaron 3 159 consultas y se controlaban 1 832 usuarias activas, para este año 2001 se espera otorgar 3 387 consultas y controlar 1 690 usuarias activas. En la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en el año 2000, se atendieron 1 564 pacientes y en el año 2001 se espera atender 1 572 ya que hasta agosto se han atendido 1 014. También en la detección de cáncer de mama se espera atender 12 342 pacientes en el presente año ya que en el año 2000 se atendieron 1 204.

En este mismo sentido se han organizado grupos de atención a embarazadas adolescentes, ya que de los 2 338 partos atendidos hasta el mes de agosto de este año, el 25 por ciento han sido a menores de 19 años. La mortalidad materna es de sólo 0.028 por 10 000 N/V a pesar de lo escaso de su infraestructura.

El hospital continuó con el Programa Amigo del Niño y de la Madre, del cual está certificado desde 1997; asimismo, para la detección oportuna de problemas de hipotiroidismo congénito se realizó la prueba de tamiz metabólico a todo recién nacido.

Continuaron operando los Comités de Calidad de la Atención que sesionan periódicamente y

regularmente como los de: Mortalidad materna y perinatal, Infecciones intrahospitalarias, Auditoría médica, Mejoría de la Calidad de la Atención, Ética e Investigación y el Consejo Técnico.

Una de las preocupaciones de la actual administración es elevar la calidad de la atención a través de la enseñanza, capacitación y docencia a todos los niveles de operación, tanto médicos, paramédicos, técnicos, administrativos e incluso servicios generales, habiendo rebasado al mes de agosto lo realizado en el año 2000.

Tipo de personal	Metas alcanzadas		Diciembre 2001*
	2000	Agosto 2001	
Médicos	41	34	48
Enfermeras	18	18	23
Paramédicos	13	9	15
Administrativos	7	7	9
A todo el personal	–	12	13
Total	79	80	108

*Cifras estimadas

4.4. Centro Nacional de Rehabilitación

El Centro Nacional de Rehabilitación tiene como responsabilidad, entre otras, proporcionar, por conducto de los Institutos de la Comunicación Humana, de Ortopedia y de Rehabilitación, servicios de atención médica especializada de alto nivel; así como elaborar, desarrollar y coordinar los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en sus aspectos preventivo, médico, de rehabilitación y, en su caso, quirúrgico; proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada; realizar estudios e investigaciones clínicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de las especialidades a su cargo; establecer la coordinación con las instituciones públicas federales de seguridad social y otras instituciones de salud para la atención de accidentes y servir como centro de referencia para el diagnóstico de las enfermedades y lesiones discapacitantes. Entre otras.

El Centro Nacional de Rehabilitación aportó en el período tres proyectos de cambio: uno el Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR Dis), que amplía el proceso de la Prevención, introduciendo la Prevención Secundaria y la Prevención Terciaria a nivel hospitalario, al ofrecer la oportunidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad o la de los enfermos con daños discapacitantes al iniciar la rehabilitación en el momento del diagnóstico de la enfermedad o de la discapacidad. Se plantea la prevención de discapacidad por defectos al nacimiento, así como por accidentes y enfermedades crónico degenerativas y por edad avanzada.

También se elaboró el proyecto de la Red Nacional de Telemedicina que permitirá que los beneficios de la medicina de tercer nivel lleguen a los lugares más apartados, al dirigir tratamientos directos de daños desconocidos o poco frecuentes y con esto garantizar el resultado en la prestación de servicios a la población menos protegida del país.

Al mismo tiempo, el Programa Nacional de Ayudas Técnicas estimulará el desarrollo industrial y la producción de prótesis y órtesis, generando empleos, reduciendo la importación y sobre todo abatiendo los costos para la gente que más lo necesita.

Se realizó un programa intersectorial a favor de las personas con discapacidad en coordinación con la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, dependiente de la Presidencia de la República, y se ha participado activamente en el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de Personas con Discapacidad, en la Subcomisión de Salud y Seguridad Social.

La Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Rehabilitación, firmó un convenio de colaboración con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Comisión Nacional del Deporte (CONADE) para la prestación de servicios médicos, formación de recursos humanos e investigación en materia deportiva.

Se promovió un convenio con la Compañía Nacional del Instituto Nacional de Bellas Artes, para desarrollar protocolos de investigación relacionados con la Medicina del Deporte y la Medicina de la Danza, respectivamente.

Se le asignó al Centro Nacional de Rehabilitación el Fideicomiso de FIDEPROTESIS y se propuso un proyecto de ampliación para beneficiar con la adquisición de prótesis y órtesis además de los jubilados y pensionados del IMSS y del ISSSTE, a la población de adultos mayores carentes de los beneficios de la seguridad social.

La participación del Centro Nacional de Rehabilitación en materia internacional continuó realizándose, para lo cual contribuyó en varios asuntos entre los que destacan los de la ONU sobre “Aplicación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos: Hacia una sociedad para todos en el siglo XXI”. Con la OMS, lo relativo a la “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud”. Con la OCDE, sobre “Políticas de Apoyo para la Integración de la Población con Discapacidad en la Edad Laboral”. Asimismo se continuó con la participación en el Programa México-Canadá-OPS, para la Atención de Víctimas de Minas Antipersonales en Centroamérica, comprendiendo especialmente: Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala; y se participó en la VI Conferencia de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTE) llevada a cabo en Lisboa, Portugal.

En el período, coordinó los esfuerzos de los tres institutos que lo integran. Dentro de esto se debe considerar que las áreas físicas se han liberado paulatinamente al estar por concluirse algunos espacios físicos del Centro Nacional de Rehabilitación.

4.4.1. Instituto de Ortopedia

A través de la Dirección General adjunta Médica de Ortopedia se iniciaron las actividades en la consulta externa el 4 de diciembre del año 2000, en cinco consultorios prestados, dentro de las áreas de rehabilitación, en virtud de que estaban por concluir la construcción de sus instalaciones. El 12 de febrero se iniciaron actividades en parte de las instalaciones de ortopedia, contando con 8 consultorios, cuatro cuartos de curación, una sala de espera común a los 8 consultorios, 4 cubículos de trabajo social, el archivo clínico, la oficina del jefe de servicio de consulta externa y las cajas de cobro. El 30 de julio entregaron el resto de las instalaciones de consulta externa, consistentes en 8 consultorios, 4 cuartos de curación, 4 cubículos de trabajo social, oficina del jefe de enfermeras del servicio y una subcentral de equipos.

La atención médica se inició únicamente con pacientes subsecuentes y la consulta de primera vez se inició el 2 de abril. En el primer trimestre de este año se otorgaron 12 545 consultas totales. El área de hospitalización de ortopedia, se encuentra en construcción, donde se localizarán servicios de urgencias, que contará con 8 cubículos de observación, un cuarto de curaciones, que se encuentra equipado para realizar pequeños procedimientos quirúrgicos y la manipulación de fracturas bajo anestesia; asimismo cuenta con un servicio de rayos X, con instalaciones para realizar el revelado de las placas en el mismo, con lo que se agiliza en forma muy importante la atención de los pacientes.

Por otra parte dentro de este edificio se encuentran los servicios de terapia intensiva e intermedia con 4 cubículos, para cada uno. En todos los niveles de hospitalización se cuenta con 7 salas de 4 camas, tres cuartos aislados, central de enfermeras, área de descanso de enfermeras y 2 oficinas para jefes de enfermeras y dos para médicos jefes de servicio, así como una residencia para los médicos residentes que se encuentren de guardia, también se dispone de una aula con sala de juntas para las actividades académicas de los servicios. Estas instalaciones se han programado que se entreguen a finales de diciembre de este año.

El servicio de quirófanos cuenta con 10 salas de operaciones, equipadas con mesas de operaciones Maquet, especiales para ortopedia, las cuales son rodables para el traslado de los pacientes desde su propia cama mediante un transfer especial automático para el traslado del paciente de su cama a la mesa de operaciones. Así también, se cuenta con equipos de anestesia computarizados, tres lámparas de cirugía por sala y sistema de circuito cerrado de televisión en seis de ellos, el que se puede conectar al sistema de telemedicina. Cuatro de los quirófanos cuentan con sistema de aire de flujo laminar, para las cirugía de endoprótesis y de columna, principalmente. Cuenta también con una sala de preanestesia con capacidad para 6 pacientes; una sala de recuperación con capacidad de 16 pacientes y una sala de inducción con capacidad para 2 pacientes. Dentro del área blanca de quirófanos se cuenta con un cuarto oscuro para revelar placas de Rx transoperatorios, para lo que se tienen 4 equipos de Rx portátiles, así como 3 equipos de fluoroscopia (intensificadores de imágenes) para manejo de procedimientos quirúrgicos con visión directa de Rx. Se cuenta con 2 equipos de fluoroscopia pequeños especiales para la cirugía de mano, además de un microscopio quirúrgico. La central de equipos está equipada con lavado de instrumental automático y tres autoclaves digitales. Estas instalaciones iniciarán actividades a principios de septiembre, utilizando el área de hospitalización de rehabilitación con 40 camas listas para utilizarse que a partir del mes de mayo, fecha de ingreso del primer paciente y a la fecha se cuenta con 10 egresos hospitalarios al período que se reporta. Dentro del servicio de hospitalización de ortopedia se cuenta con 15 suites para la atención de pacientes privados, las que junto con todo el hospital comenzarán a funcionar a finales de diciembre de este año.

El servicio de radiología e imagenología, con cinco salas radiológicas, tres de las cuales son para estudios de rutina y se encuentran funcionando desde el 6 de abril; de las cuales se realizaron 7 479 estudios que representan el 56 por ciento de la meta anual, dos salas para estudios especiales, una para estudio contrastado y procedimientos intervencionistas, la que comenzará a funcionar en los siguientes meses. Otra, para estudios invasivos principalmente vasculares, iniciará su funcionamiento en los próximos meses. Los equipos de tomografía computada y el de resonancia magnética iniciarán su operación en el mes de septiembre. Los equipos de densitometría ósea y el ultrasonido ya se encuentran funcionando.

El Laboratorio de Análisis Clínicos inicia actividades a partir del siguiente mes de septiembre. El banco de sangre está en proceso de instalación y se espera que inicie sus actividades en el transcurso del mes de septiembre.

Se instaló un módulo de relaciones públicas estableciendo un procedimiento para la recepción de pacientes de primera vez, así como salas de espera para familiares y acompañantes para que solo tengan acceso a las áreas de consulta el paciente y un acompañante, evitando las aglomeraciones en las salas de espera y disminuyendo considerablemente el tránsito en los pasillos de circulación, en beneficio de la atención de los pacientes.

El Instituto de Ortopedia participó en el Programa de Cirugía Extramuros, como lo ha hecho en los últimos años con especialistas que de manera altruista, apoyan en la atención del rezago de la población rural y marginada urbana, que por su enfoque, beneficia a la niñez más desprotegida que recibe las acciones de una medicina de tercer nivel. En el período se realizaron siete campañas en los estados de Durango, Campeche y Jalisco otorgando 103 consultas prequirúrgicas, 92 pacientes operados, 112 cirugías, 253 consultas posquirúrgicas y 68 férulas de polipropileno.

Enseñanza

Se otorgaron apoyos para asistir al Congreso de la Academia Americana de Ortopedia con la participación de diez médicos, así como cinco médicos a la Asociación Mexicana de Cirugía de Rodilla y Artroscopia (AMECRA). También se participó en Jornadas Nacionales de Ortopedia (SMOT) con la asistencia de doce médicos, de igual forma se participó en la VII Jornada de médicos Residentes del Instituto de Ortopedia con setenta asistentes y se participó en el Curso Avanzado AO de fijación de fracturas con seis asistentes. En este período se capacitaron entre médicos, técnicos y personal administrativo a un total de 1 930 personas de un programado de 533 personas, lo que significa que se realizó 3.6 veces más de lo previsto.

Dentro de la formación a médicos egresaron 10 especialistas, 6 en el curso de especialización médica y ortopedia y 4 en el de posgrado para especialistas.

Investigación

Se contó con el apoyo financiero por parte del CONACYT a tres protocolos de investigación; dos para el laboratorio de genética “Mosaico Somático de la duplicación genética del PMP22 en *charcotmarie tooth* tipo primera” y “Actividad de la enzima sulfatasa de esteroides y expresión de Gen STS en leucocitos y tejidos óseo de mujeres post menopáusicas con osteoporosis” y el tercero para Ingeniería Biomédica “Aplicación del método del elemento finito a la biomecánica de prótesis, implantes y estructuras óseas en ortopedia y rehabilitación”. Actualmente se cuenta con 23 investigaciones terminadas de las cuales fueron publicadas 16 y 7 investigaciones en proceso de ser publicadas en los meses siguientes.

La morbilidad en consulta externa presentó como primera causa otros padecimientos de la rodilla con 10 por ciento del total, pie plano con el 7 por ciento, pie equino varo aducto congénito el 6 por ciento, displasia del desarrollo de la cadera el 5 por ciento, fracturas el 5 por ciento y luxaciones el 5 por ciento.

4.4.2. Instituto de Rehabilitación

La Dirección General Adjunta Médica de Rehabilitación llevó a cabo su misión de brindar atención médica de alta especialidad a personas que sufren de algún tipo de discapacidad, con la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas en medicina de rehabilitación, así como otras especialidades de apoyo, coadyuvando con terapeutas físicos, ocupacionales, del

lenguaje, trabajadoras sociales, psicólogos, protesistas, ortesistas, etc. El área de la Consulta Externa constituida por 22 consultorios, 10 cubículos para trabajo social, 11 cubículos para psicología y 4 cubículos de enfermería, por lo que al período que se reporta se otorgaron 41 615 consultas, de las cuales se conforman 11 650 consultas de primera vez y 29 965 consultas subsecuentes.

En el área de tratamientos se otorgaron 135 960 terapias que se conforman por 83 por ciento Terapia Física, con el 4 por ciento para Terapia de Lenguaje; con el 0.5 por ciento para Rehabilitación Respiratoria; con el 0.3 por ciento para Rehabilitación Cardíaca y el Programa de Plasticidad Cerebral; con el 0.1 por ciento para el Programa de Columna de Isocinéticos; con el 0.6 por ciento para el Programa de Estimulación Temprana; se otorga con el 0.8 por ciento y finalmente con el 0.4 por ciento se desarrollan pláticas de higiene para la Columna y con el 10 por ciento para Terapia Ocupacional. Comprendiendo Actividades Cinéticas para Adultos, Actividades Cinéticas para Niños y el área de Actividades de la Vida Diaria (ADVH).

El área de Terapia Física, cuenta con un jefe de división y dos coordinadores. Inició actividades en 24 cubículos para proporcionar tratamientos en una primera instancia en dos modalidades, electroterapia y mecanoterapia. Las áreas de los programas especiales son los de plasticidad cerebral, estimulación múltiple temprana y de rehabilitación de columna, equipada con equipos Cybex (isocinéticos). El área de hidroterapia se puso en marcha durante el mes de abril, contando con cuatro tinas de Houbbard, un Tanque terapéutico con área de 200 metros cúbicos. Próximamente se pondrán en marcha 15 tinas de remolinos para miembros superiores e inferiores.

Cabe señalar que dentro de la reestructuración orgánica de Medicina de Rehabilitación, se han agregado otros servicios que contribuirán al desempeño de las funciones del Centro Nacional. Uno de estos servicios es la División de Rehabilitación Integral para el Trabajo, donde a la fecha se capacitan a 150 personas para valoración y sean candidatas para la colocación, ya sea en el ámbito laboral o educacional; la División de Geriátrica en su conjunto con rehabilitación cardíaca y pulmonar. Se integró la subdirección de Medicina del Deporte, donde se valorará a deportistas de alto rendimiento, en la cual a su vez, se llevarán a cabo acciones de rehabilitación del deporte y de control de dopaje. Cuenta además con un área de auxiliares de diagnóstico constituidos por los estudios de electromiografía, potenciales evocados somato-sensoriales, electrocardiografía y electroencefalografía.

Un servicio importante y dentro del Sector Salud y de la Secretaría de Salud, y del cual no se disponía, es el de hospitalización para pacientes discapacitados que cuenta con un total de 40 camas censables distribuidas en dos pisos y cuatro alas, para pacientes con secuelas de Enfermedad Vasculat Cerebral (EVC), y Traumatismo Craneoencefálico (TCE); lesionados medulares; 10 camas para pacientes amputados; y posoperados. Cabe señalar que el primer paciente se internó el 23 de abril del presente año, con un diagnóstico de Cuadriparesia Espástica secundaria a Traumatismo Craneoencefálico.

Otro de los servicios pilares de rehabilitación, es la División de Prótesis y Ortesis, que se le ha dotado del 100 por ciento de equipo nuevo de alta tecnología para el diseño y manufactura de prótesis asistido por computación (CAD-CAM). A nivel internacional, al CNR en Centroamérica, se le está considerando como centro formador de capital humano, en materia de Medicina de Rehabilitación.

Enseñanza

En febrero concluyeron dos médicos extranjeros los diplomados de Rehabilitación Pediátrica y el de Electrodiagnóstico. Asimismo, los cursos de postgrado para médicos especialistas iniciaron en marzo,

con reconocimiento de la UNAM; donde participan 5 médicos, 2 en la especialidad de ortopedia y el resto en neurología, pediatría y geriatría, respectivamente. Asimismo, un médico especialista está cursando el tercer semestre de la Maestría en Salud Pública. Especialidad en enfermería de rehabilitación inició en el mes de enero con 6 alumnos.

Educación continua y capacitación

Se impartieron 11 cursos, uno para personal médico “Rehabilitación Traumatología” con 110 asistentes; 9 de capacitación en computación con 59 asistentes; y uno para “Calidad en la Atención” con asistencia de 14 personas. Así como, 24 sesiones médico técnicas y 24 sesiones médicas.

Se cuenta con la escuela para técnicos en rehabilitación con reconocimiento de validez oficial de la SEP desde 1975, se imparten las carreras de: Terapia Física y de Rehabilitación con 55 alumnos; Terapia Ocupacional con 23 alumnos; Protésista Ortésista con 23 alumnos. Las carreras tienen una duración de 3 años posterior al bachillerato o equivalente. Del 28 al 30 de marzo se realizaron 42 exámenes profesionales.

Investigación

En los laboratorios se realizan los siguientes programas y protocolos: Laboratorio de ingeniería en rehabilitación; Conformación del Programa Nacional de Ayudas Técnicas: cama motorizada para uso casero, grúa casera, silla de ruedas manual, asientos conformados, controlador de aparatos electrónicos domésticos, abre puertas automáticas; Programas de Ingeniería para investigación: irrigador para cirugía de huesos, bioreactor para crecimiento de tejidos, goniómetro digital para inserción de prótesis de articulación de cadera; Programa de Ingeniería de Rehabilitación Laboral: adaptación de soportes para herramientas para ser usadas desde silla de ruedas; adaptación de teclados de computadora para ser usados con una mano, adaptación de máquinas de coser para ser activada con el codo y Programa de análisis de movimiento.

Laboratorio de neurofisiología.- Influencia de la glicina en la lesión por contusión del cordón espinal de la rata, valoración histológica y electrofisiológica; Influencia de la glicina en la lesión por contusión.

Laboratorio de bioquímica.- Capacidad antimutagénica e inmunoestimulante del beta-sitosterol en ratón, estimulación del potencial antimutagénico e inmunoestimulante del oxindol en ratones, participación de la glicina en inhibición de genotoxicidad de algunas partículas de aire (plomo); antigenotoxicidad de cisteína sobre el efecto de algunas partículas de aire (plomo).

4.4.3. Instituto de Comunicación Humana

La Dirección General Adjunta Médica de Comunicación Humana, para cumplir con su función de dotar de una mejor calidad de vida a las personas que presentan problemas de comunicación, como lenguaje y audición, realizó la XXVI Reunión Anual de Investigación con Comunicación Humana, donde solamente se incluyeron trabajos de investigación en desarrollo o concluidos recientemente.

Se establecieron las bases de colaboración para tratar los casos de pacientes de este Instituto que tiene problemas de violencia y maltrato intrafamiliar con diferentes organizaciones tanto públicas como privadas. Asimismo, realizó el Primer Encuentro “La Comunicación Humana del Siglo XXI”.

En materia de capacitación, el instituto lleva a cabo cuatro diplomados, 116 personas los terminaron, se concluyó el diseño de “Diplomado de terapia de juego” que iniciará en el mes de septiembre. También se elaboró el programa “Estrategias de Evaluación de pacientes en situación de violencia y maltrato familiar” en breve se desarrollará el curso.

Hasta la fecha se han editado 17 Manuales de Medicina de la Comunicación Humana, que permitieron difundir la operación del instituto.

Como producto del esfuerzo que se hace en investigación se publicarán en revistas de primer nivel 26 artículos. Además se cuenta con 11 proyectos en desarrollo.

Para la formación de recursos humanos, se concluyó el primer año de maestría de “Lenguaje y Audición” con 8 alumnos. Se iniciará otra promoción en septiembre. Por otra parte, fue autorizada la Maestría en Orientación Familiar la cual dará inicio también en el mes de septiembre próximo.

En cuanto a la especialidad médica en Comunicación Humana, Audiología y Foniatría se tienen 27 alumnos: 9 en el primer año, 8 en el segundo y 10 en el tercero. Adicional a éstos, se cuenta con 3 becarios: uno de primer año y dos de segundo.

Con objeto de participar en el proceso de incorporación de nuevas tecnologías, se elaboró el proyecto de telemedicina para el instituto.

Para el conocimiento de la problemática que enfrentan las familias, cuando se presentan situaciones relacionadas con el lenguaje y la audición, se establecieron diversos cursos como Parejas y Disparejas de “Orientación Familiar” y Escuela para Padres.

Asimismo, se impartieron otros cursos dirigidos al personal médico, de enfermería y paramédico, como: Introducción a la Psicopatología; “Procedimiento en la Central de Equipos y Esterilización”; “Procedimientos en el Área Quirúrgica”; “Acciones de Enfermería en el Servicio de Anestesiología”; XXI Jornadas de Residentes y Exresidentes en Comunicación Humana e “Infectología en Enfermería”.

El instituto continuó participando en el Programa de Cirugía Extramuros, con dos campañas en el Estado de México con 14 cirugías realizadas.

4.5. Hospital Juárez de México

La función principal del Hospital es la de brindar atención médica en forma oportuna a aquella población que carece de seguridad social, a través de los diversos servicios con que cuenta para atender sus actividades. Para ello tiene una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye una dirección general, 3 direcciones de área, 4 subdirecciones, y 12 jefaturas de departamento.

En materia de investigación, el Hospital logró incorporar a 2 investigadores al Sistema Nacional de Investigadores (SNI); con esto, cuenta con 3 investigadores inscritos en el mismo. Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, se encuentran inscritos 10 investigadores.

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada fue posible realizar 178 protocolos de investigación y concluir 43 investigaciones; asimismo, fue posible publicar un artículo de investigación en una revista de divulgación científica; además se publicaron 2 libros. Cabe mencionar que durante el período se iniciaron 48 investigaciones dentro de las que destacan:

Correlación entre dos fórmulas para el cálculo de insulino-resistencia; correlación entre terapia de reemplazo hormonal con densitometría ósea y estrógenos séricos en mujeres postmenopáusicas; participación de la enfermera para promover el auto cuidado del paciente ostomizado; hallazgos ultrasonográficos de tumores testiculares en el HJM; estudio comparativo entre los diferentes métodos quirúrgicos de tratamiento en las fracturas de tibia; ensayo clínico fase III aleatorizado, doble ciego, de grupo paralelo para CLOPIDOGREL contra placebo en pacientes con síndrome coronario agudo (angina inestable o infarto al miocardio sin elevación en el segmento ST); prevalencia de infección genital por virus del papiloma humano en mujeres adolescentes en el hospital; hallazgos por ultrasonido renal en pacientes con tuberculosis renal de pacientes de la consulta externa del servicio de urología del hospital, entre otros.

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 157 632 consultas, 7.73 por ciento más con relación al período anterior; el 25.05 por ciento correspondió a consultas de urgencias, 28.25 por ciento de primera vez y 46.70 a consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 38 646 miles, 12.98 por ciento más en comparación al período anterior, esto representó el 125 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado para este mismo lapso. Se registraron 13 563 egresos hospitalarios, un 4.91 por ciento menos con relación al período anterior, y 96.61 por ciento de la meta programada originalmente. Por otra parte, se realizaron 7 237 cirugías.

*Atención Médica
Agosto 2001*

Concepto		Estimado	Alcanzado
Total de consultas	224 510	140 620	160 434
Total de consultas externas	173 131	105 214	120 244
Ocupación hospitalaria	76.6	84.5	77.1
Egresos hospitalarios	21 400	13 982	13 469

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, a continuación se señalan los cursos otorgados de acuerdo al tipo del mismo, que permitió reforzar las capacidades del personal. En este sentido, se efectuó el I Congreso de Investigación del Hospital Juárez de México, los días 18, 19 y 20 de abril del 2001, con una asistencia de 300 alumnos. Del 10 al 24 de agosto se efectuó el IV Congreso Médico Quirúrgico del Hospital Juárez de México, con una asistencia de 500 alumnos.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	2000	Agosto 2001	
		Estimado	Alcanzado
Alumnos Total	408	448	438
En formación	293	300	290
Capacitados	115	148	148
Cursos Total	61	61	53
Educación continua	52	52	44
Pregrado	8	8	8
Maestría	1	1	1
Doctorado	0	0	0

Capítulo 5

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Capítulo 6

Consejo Nacional contra las Adicciones

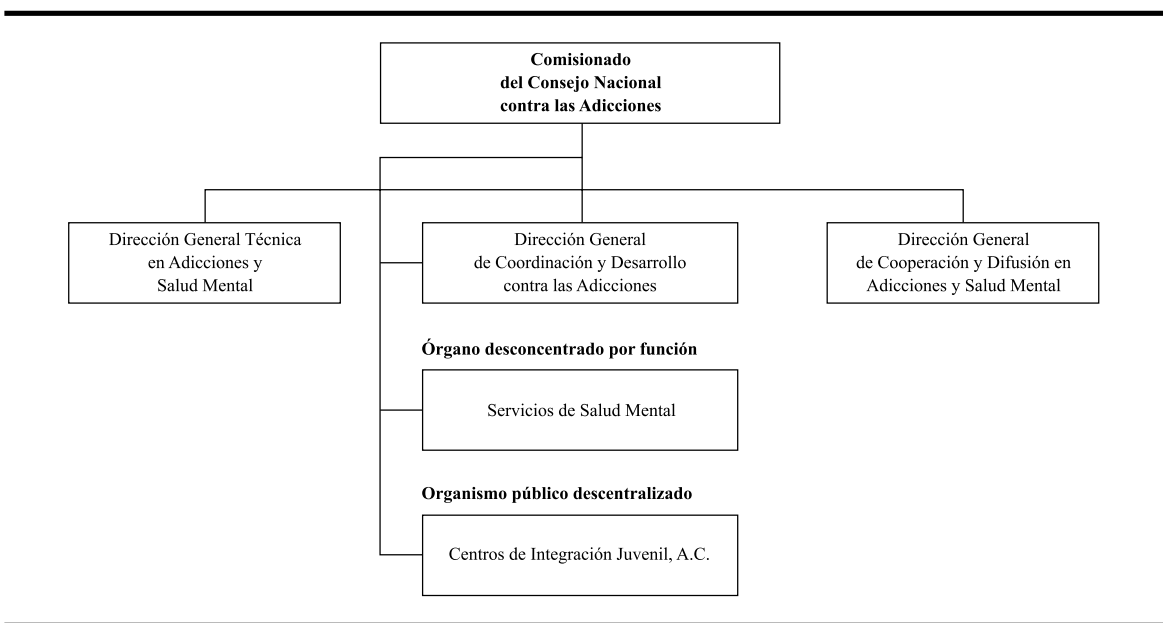
6. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Función

Formular y proponer la política nacional en materia de atención a los problemas de adicciones y salud mental, coordinar la elaboración y aplicación de los programas contra el tabaquismo, alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, la farmacodependencia y las relacionadas con la salud mental. Asimismo, dictar medidas para su adecuada ejecución en coordinación con dependencias del Sector Público, gobiernos de las entidades federativas y municipales y en concertación con organizaciones privada y sociales.

Estructura Orgánica

Consejo Nacional contra las Adicciones



Para el desarrollo de sus funciones, el Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, cuenta con tres Direcciones Generales: Técnica en Adicciones y Salud Mental; de Coordinación y Desarrollo Contra las Adicciones; y de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental; un órgano desconcentrado por función: Servicios de Salud Mental. Así como la coordinación de un organismo público descentralizado: Centros de Integración Juvenil, A. C. Las seis unidades administrativas se integran con dos direcciones generales adjuntas; diecisiete direcciones de área; diecinueve subdirecciones y 108 jefaturas de departamento, que incluyen las unidades operativas de los CIJ, tres hospitales de psiquiatría y tres centros comunitarios de salud mental.

6.1. Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental

A esta dirección general le corresponde la elaboración y actualización de los programas contra las adicciones y el programa de salud mental, así como el diseño de políticas, con enfoque de salud

pública, para el control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas y la farmacodependencia, para su aplicación en el territorio nacional para lo cual asesora a las entidades federativas y municipales en la elaboración de programas y ordenamientos legales relacionados con las adicciones y la salud mental. Por otra parte conduce las acciones tendientes al desarrollo de modelos de prevención, tratamiento y rehabilitación en ambas materias.

Dentro de las principales actividades realizadas durante el período 1º de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001 destacan:

En la línea estratégica de la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” y como parte de los esfuerzos por reforzar el marco normativo en adicciones, se diseñó e impartió un Taller para la Implantación de la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, en cumplimiento a su objetivo de difundir su contenido y los criterios de interpretación, para que los establecimientos que prestan servicios de atención a las personas con problemas de adicción adecuen sus procedimientos a los lineamientos que este ordenamiento establece. El taller que ha sido difundido en 18 estados de la República, con una cobertura de 514 instituciones encargadas de prestar servicios para la atención de personas con problemas de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y una asistencia de 939 participantes. A la fecha se ha cubierto el 56 por ciento del territorio nacional y, en el resto del año, serán cubiertos los estados restantes.

El programa “Edificios Públicos Libres de Tabaco”, en coordinación con la Dirección General de Salud Ambiental y la Organización Panamericana de la Salud, se encuentra en su etapa de implantación, con el objetivo de favorecer el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Reglamento sobre el Consumo de Tabaco en todos los edificios propiedad de la federación o que ocupen diversas dependencias y entidades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Para ello se difundió nuevamente el reglamento a los titulares de las dependencias y organismos mediante una comunicación conjunta de los Secretarios de Salud y de la Contraloría y Desarrollo Administrativo. En el mismo sentido, se ofreció asesoría a los estados de la República para actualizar el marco regulatorio de protección a los no fumadores, quedando a la fecha, solo tres estados por publicar medidas legales al respecto. Por otra parte se participó en la elaboración de dos proyectos de Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios en establecimientos de asistencia social y en centros de readaptación social.

A partir del mes de abril se integraron los grupos de trabajo con representación intersectorial, para actualizar o, en su caso, reformular los programas contra el tabaquismo, contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas y contra la farmacodependencia. La revisión de estos documentos plantea la necesidad de modificar y ampliar la infraestructura existente para incrementar la cobertura y el alcance de los servicios hacia los segmentos de la población más descubiertos. Se crearon las bases de un observatorio epidemiológico con la finalidad de generar datos para la vigilancia y toma de decisiones a corto y mediano plazo.

El diagnóstico realizado sobre los niveles de cobertura de servicios asistenciales para la atención de personas con problemas relacionados al consumo de sustancias en el territorio nacional, permite efectuar una proyección de las necesidades de crecimiento de los servicios para los próximos 6 años, con base en indicadores de prevalencia de consumo y crecimiento de grupos específicos de población.

Se generó una propuesta tendiente a fortalecer la red de atención a personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias en el territorio nacional para los siguientes 6 años, con énfasis en la atención a población abierta y mediante la integración de las unidades básicas de atención. Se otorgó apoyo técnico a instituciones, dependencias y organizaciones por medio de dictámenes y propuestas metodológicas para el desarrollo de programas de atención preventiva, curativa y de investigación.

6.2. Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones

A esta dirección general le corresponde establecer las medidas pertinentes que permitan la adecuada operación del Consejo, brindando el adecuado seguimiento a los acuerdos tomados en las sesiones y propiciando la constante comunicación entre el Comisionado y los integrantes. Establece los mecanismos de vinculación con los organismos de los sectores social y privado, así como con los poderes legislativo, ejecutivo y judicial e impulsa la coordinación con los estados y municipios, a través de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones, para el desarrollo de los programas contra las adicciones y los de salud mental. Dirige los proyectos especiales, apoya la creación de instituciones por los sectores público, social y privado; y coadyuva en el desarrollo de actividades de información que permiten la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con las adicciones y los trastornos de salud mental.

En el período se llevaron a cabo 2 reuniones de Consejo, destacando la presencia del Presidente de la República durante la XXVI sesión ordinaria, en la que participaron 22 instituciones, entre ellas 8 Secretarías de Estado, la Procuraduría General de la República, así como ocho gobernadores de entidades federativas, invitados con carácter rotatorio. Cada una de éstas participa activamente en las acciones del CONADIC, entre las que destacan las siguientes:

Con el ISSSTE se instituyó el Programa para la Participación de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo en la Prevención de las Adicciones, para evitar el uso de sustancias adictivas y sus efectos en espacios laborales de la administración pública. Asimismo, se puso en marcha un Programa de Intervención Preventiva del Uso de Bebidas Alcohólicas y otras Drogas en Ámbitos Laborales en PEMEX y en las distintas empresas que conforman esta paraestatal. Con las Secretarías de la Defensa Nacional y Marina, se realizó la campaña Marcha contra las Adicciones, durante el mes de junio en 158 Centros de Adiestramiento del Servicio Militar Nacional y en mil centros alternos en todo el país, con poco más de 54 mil conscriptos, en coordinación con los Consejos Estatales contra las Adicciones.

Se continuó con el impulsó de la conformación de la Red Universitaria contra las Adicciones (REUNA), que integra actualmente 10 instituciones y que está en proceso de incluir a las principales universidades del país. Se apoyó la organización del Primer Congreso Nacional de Modelos Universitarios para la Prevención de Adicciones, en el que participaron universidades de las 32 entidades federativas. Se estableció una iniciativa con la Confederación Revolucionaria Obrero Campesina (CROC), dirigida a atender a los 165 mil trabajadores de hoteles, restaurantes, bares, centros nocturnos y de espectáculos, considerados como grupos vulnerables.

En la tercera semana de enero se celebró la VI Semana Nacional de Información “Compartiendo Esfuerzos”, en centros de salud y hospitales generales y regionales de la SSA. Los resultados fueron muy significativos ya que la cobertura incluyó a 286 676 personas informadas, 3 400 módulos instalados, 153 525 materiales de difusión distribuidos y 8 336 pláticas de información.

En junio se puso en marcha en ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, el Programa Piloto para Zonas en Alto Riesgo denominado Programa Integral de Prevención del Delito y la Farmacodependencia, mediante la colaboración entre la Procuraduría General de la República y el Consejo Nacional contra las Adicciones, así como con la participación de autoridades municipales, de seguridad pública y procuración de justicia, jurisdicción sanitaria, áreas educativas, universitarias, de atención a la juventud, grupos vecinales, promotores de salud y representantes del obispado.

Para fortalecer las acciones en el ámbito estatal, se programaron 10 giras de trabajo en igual número de entidades federativas, con la participación del Comisionado Nacional y los titulares de los gobiernos estatales y municipales, IMSS, ISSSTE, los Centros de Integración Juvenil CIJ, así como con el sector privado y organismos no gubernamentales. Se efectuaron 13 cursos de actualización en sendos estados para responsables y jefes jurisdiccionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones, con la participación de 325 integrantes de los servicios de salud estatales, a fin de proporcionarles elementos prácticos para la consolidación del programa en las unidades de primero y segundo niveles de atención, así como para sensibilizarlos respecto a la importancia de gestionar y, en su caso destinar, los apoyos necesarios.

Se cuenta con 148 responsables jurisdiccionales del Programa de Prevención y Control de Adicciones en los Servicios Estatales de Salud, mismos que coordinan, asesoran y supervisan las acciones desarrolladas en las unidades de primer nivel de atención como detecciones, derivaciones, sesiones de educación para la salud y actividades diversas durante las jornadas intensivas.

Destaca la participación decidida de la comunidad, ya que hasta el año 2000 existían 242 Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA) y en el período que se informa fueron instalados 49 más, lo que hace un total de 291 y representa un incremento del 17 por ciento.

Para manifestar su participación, se presentan las actividades realizadas por los diversos organismos.

Actividad	Número	Participantes
Pláticas impartidas	117 364	2 045 217
Conferencias impartidas	3 093	133 170
Grupos conformados	3 507	67 209
Talleres de actualización	1 796	28 125
Cursos de capacitación	3 862	30 675
Diagnósticos	91 276	-
Orientaciones	65 358	-
Consultas de primera vez	33 634	-
Consultas otorgadas	162 563	-
Pacientes hospitalizados	5 156	-

Fuente. SSA, CONADIC, Sistema de Reporte Interinstitucional

6.3. Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental

La Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental es la responsable de participar, en representación del CONADIC, en foros internacionales especializados en adicciones y salud mental. Conduce las actividades de comunicación para responder las necesidades de difusión e información de la población, y participa en la evaluación de los programas y las acciones implementadas para enfrentar estas problemáticas.

En el período de este informe, en el ámbito multilateral entre las acciones de difusión destacan el envío requisitado del Cuestionario Anual del Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Se participó en 2 reuniones: en el 44° Período de Sesiones de la




Comisión de Estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas, en Viena, Austria, del 20 al 27 de marzo, y en la 2ª Reunión del Organismo de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para la Lucha Antitabáquica (CMLA), del 30 de abril al 5 de mayo en Ginebra, Suiza.

En el ámbito regional se dio respuesta al Formato de Recomendaciones del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM). Se participó en 2 reuniones: la 7ª Reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre el MEM que tuvo lugar en Washington, D. C., del 23 al 27 de abril, y en la IV reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda de Drogas de la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD), celebrada en Montego Bay, Jamaica, del 8 al 10 de agosto, ambos eventos en el marco de cooperación con la Organización de Estados Americanos (OEA).

En el ámbito bilateral, se participó en 3 reuniones con las delegaciones de Brasil, Guatemala y Chile, respectivamente, para la cooperación contra el narcotráfico y la farmacodependencia. Se incluyó un párrafo sobre adicciones en la Declaración Conjunta del Presidente Vicente Fox y el Primer Ministro Británico Anthony Blair, suscrita el pasado 2 de agosto. Con el gobierno de los Estados Unidos, se llevó a cabo una reunión de los líderes de los grupos nucleares de salud, previo a la XVIII Comisión Binacional entre ambos países. Adicionalmente, este año le corresponde a México organizar la 4ª Conferencia Binacional sobre Reducción de la Demanda de Drogas, desarrollándose para tal efecto un total de 15 reuniones del Comité de Planeación Binacional, así como de los subcomités de organización, contenido y comunicación.

En el Servicio de Orientación Telefónica, el total de llamadas recibidas de diciembre del 2000 a agosto del 2001 fue de 341 251, de las cuales fueron atendidas 158 101; de esta cifra se identificó que el 33.45 por ciento fueron hombres y el 27.34 por ciento, mujeres. Los motivos principales de las llamadas son la solicitud de información sobre adicciones 27 559, así como de personas 21 522 que tienen un problema relacionado directamente con el consumo.

En materia de comunicación, se pusieron en marcha 3 campañas integrales de información en distintos medios como se describe en el siguiente cuadro:

Campanias			
	Salud Mental 7 de abril	Tabaquismo 31 de mayo	Farmacodependencia 26 de junio
3 Spots para TV transmitido por 95 televisoras en el país	3 impactos diarios 29 de marzo al 8 de mayo	5 impactos diarios 21 de mayo al 30 de junio	10 impactos diarios del 7 de julio al 30 de agosto
5 Spots para radio transmitidos por 1 335 radiodifusoras	3 impactos diarios del 29 de marzo al 8 de mayo	3 impactos diarios del 21 de mayo al 30 de junio	15 impactos diarios Producción y difusión de tema musical, 300 discos compactos
Participación en programas radiofónicos	Fox en vivo, Fox contigo, 7 de abril La hora nacional, 1 de abril	Fox en vivo, Fox contigo, 26 de mayo La hora nacional, 27 de mayo	Fox en vivo, Fox contigo, 22 de junio La hora nacional, 23 de junio
Entrevistas en medios (T.V., radio, prensa e internet)	30 entrevistas con especialistas de Salud Mental	40 entrevistas con especialistas de tabaquismo	45 entrevistas con especialistas en adicciones
Publicaciones: Edición, producción y difusión de materiales impresos	5 mil ejemplares del Boletín Especial CONADIC informa, 20 000 dípticos y 20 000 carteles	5 mil ejemplares del Boletín Especial CONADIC informa, 40 000 trípticos, 20 000 carteles y 10 000 postales	5 mil ejemplares del Boletín Especial CONADIC informa, 40 000 trípticos, 35 000 carteles, 30 000 postales y 3 anuncios espectaculares
Internet	Diseño e integración de información sobre Adicciones y Salud Mental en el <i>web site</i> del CONADIC en www.ssa.gob.mx/unidades/conadic con las siguientes estadísticas: 294 804 accesos exitosos a la página del CONADIC en el período del 1 de abril al 18 de julio		

6.4. Servicios de Salud Mental

Esta Dirección General administra los hospitales de psiquiatría y centros comunitarios de salud mental que se ubican en la Ciudad de México así como participa en la elaboración del programa de salud mental y las normas y reglamentos que apliquen. Se responsabiliza de los programa de capacitación, formación de recursos humanos e investigación que promuevan una mejora en la prestación de servicios de salud mental en el territorio nacional.

El campo de la salud mental ha adquirido cada vez más importancia en nuestro país, debido a que las afecciones inherentes a ésta, han presentado en las últimas décadas un incremento paulatino, ubicando a las afecciones de la salud mental de la población como un problema de salud pública que requiere de una respuesta inmediata de todas las instituciones de salud.

Dada la importancia que tiene la presencia de los padecimientos neuro-psiquiátricos, así como los trastornos depresivos, este año el Día Mundial de la Salud, se dedicó a la Salud Mental, efectuando la ceremonia conmemorativa en la residencia oficial de Los Pinos.

Se integraron los Comités Consultivos Académicos para elaborar los programas prioritarios de salud mental, estimándose un avance promedio del 50 por ciento en el desarrollo de los mismos. La integración de los Comités Consultivos Académicos y el desarrollo de las reuniones de trabajo ha permitido la conformación de una red institucional a la que se están integrando diversas organizaciones no gubernamentales implicadas en la atención de la salud mental en el país. Asimismo, las diversas ONG's que están colaborando en los Comités Consultivos Académicos han participado en reuniones de inducción y organización de las acciones comprendidas en los programas prioritarios.

Como parte importante de la atención que debe de otorgarse a las personas que padecen problemas de salud mental, se mantienen reuniones con las áreas normativas para incorporar a los Servicios de Salud Mental en la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud.

El diseño y la ejecución de actividades para promover el mejoramiento y la ampliación de los servicios de salud mental para la población, han recibido el carácter de acciones prioritarias para la presente administración. Por su relevancia merecen destacarse las siguientes:

- Elaboración del diagnóstico situacional de las condiciones en que se encuentran los servicios públicos especializados del país;
- Revisión y análisis de las políticas actuales propuestas por los organismos líderes en la materia para la innovación, el mejoramiento y la calidad de los servicios especializados;
- Definición de las líneas generales para emprender la Reforma de la Atención Psiquiátrica en los servicios públicos que mejore la atención y garantice el pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios.

Las acciones realizadas durante este período en materia de asesoría o supervisión de servicios especializados en el ámbito de las entidades federativas han comprendido acciones en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, México, San Luis Potosí, Nuevo León, Guanajuato y Tlaxcala.

En el Distrito Federal, y a través de siete unidades especializadas adscritas al Órgano Desconcentrado, se han otorgado los siguientes servicios a población no asegurada, residente en la región central del país:

Servicios otorgados a población no asegurada

Consultas especializadas	135 154
Consultas de urgencias	10 694
Altas por mejoría hospitalaria	2 272

La Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud se constituyó en un marco de referencia específico para encauzar las acciones de mejora en los servicios de psiquiatría y salud mental, siendo en las unidades del Distrito Federal donde se implantaron las primeras acciones dentro de la Cruzada, como la elaboración y aplicación de una encuesta para medir la satisfacción del usuario en cuanto a los tiempos de espera, información y calidad en el trato que se proporciona en seis servicios aplicativos del Distrito Federal. Con base en los resultados, se está en proceso de definir acciones para mejorar la calidad de los servicios y reducir los tiempos de espera.

En materia de desarrollo para el mejoramiento de los servicios de salud mental, se estableció comunicación con funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social responsables del Programa de Salud Mental y Psiquiatría para realizar acciones conjuntas. En el Estado de México y con el DIF de esta entidad, se tiene en ejecución un amplio programa de salud mental y de salud psicosocial, por lo que se establecieron actividades conjuntas para apoyar su desarrollo. Asimismo, en materia de asesoría y supervisión de servicios se realizaran actividades en seis estados incluyéndose Yucatán, Campeche, Tamaulipas, Veracruz, Chihuahua y Guerrero.

Por último, para fortalecer los procesos de evaluación y seguimiento del desempeño de la función y con el propósito de establecer mecanismos que estimulen la eficiencia y eficacia de las instituciones,

se diseñaron y pusieron en operación un conjunto de indicadores de gestión mediante los cuales se dará seguimiento a las actividades comprometidas y realizadas.

6.5. Centros de Integración Juvenil, A. C.

Es un organismo especializado en la atención de la farmacodependencia que dispone de una red de atención consistente en 54 centros regionales, 3 unidades de atención residencial, 4 de tratamiento en consulta externa y 12 centros locales distribuidos estratégicamente en el territorio nacional. Cuenta con una plantilla de 1 236 personas de las cuales 875 se desempeñan en la atención a población abierta, 123 en actividades normativas y 238 en funciones directivas y administrativas.

De acuerdo a los estudios de riesgo macrosociales, en el país se han identificado 289 municipios y las 16 delegaciones del Distrito Federal, como zonas de alto riesgo que requieren de atención prioritaria. En ellos se concentra el 68 por ciento de la población total y el 82 por ciento de la población urbana del país. Para atender estos 289 municipios, se diseñó una red de atención con 70 puntos estratégicos, de los cuales sólo se tiene presencia en 51, lo que implica que en el corto y mediano plazo, habrá que promover y gestionar la puesta en marcha de 19 centros regionales más, en el entendido que la velocidad del esfuerzo preventivo debe ser mayor que la del crecimiento poblacional, considerando en ello como prioridad las localidades que presentan las mayores condiciones de riesgo.

Ante la dificultad para atender la demanda de apertura de nuevas unidades operativas, se ha promovido y fomentado la puesta en marcha de centros locales, los que operan sin puesto de estructura y un mínimo de personal institucional. La mayor parte del personal lo proporciona la comunidad, ya sea en forma directa o como resultado de las gestiones y solicitudes de apoyo ante las autoridades y organismos estatales y municipales. La operatividad queda normada y supervisada en forma directa por los especialistas de Centros de Integración Juvenil, A. C.

En el período que se reporta, los servicios de CIJ, han llegado a más de 1 260 mil personas, 861 mil en prevención, 371 mil en sensibilización, 30 mil en tratamiento en la modalidad de consulta externa y 293 han recibido atención residencial. A continuación se amplía la información sobre estas coberturas.

Prevención

Los proyectos preventivos denominados se realizan a través de 3 estrategias: Información, Orientación y Capacitación; estimular y favorecer en el niño el desarrollo y expresión de sus potencialidades para fomentar hábitos y actitudes que le generen salud mental y física; proporcionar a los adolescentes elementos que les faciliten enfrentar los cambios individuales, familiares y sociales que forman parte de su vida cotidiana y la creación de alternativas para prevenir el fenómeno de la farmacodependencia: sensibilizar a la familia de las situaciones y motivos que puedan inducir a cualquiera de sus miembros al consumo de drogas; y habilitar a personas que propaguen el Programa Preventivo y elaboren programas específicos en su entorno comunitario, organizando o vinculando redes sociales para prevención de adicciones. En este contexto, se realizaron 140 512 acciones que incidieron en beneficio de 1 millón 419 mil personas.

En este contexto en el período diciembre 2000-agosto 2001, se realizaron 126 500 acciones. De éstas, el 59 por ciento fueron realizadas por el equipo técnico y 41 por ciento por el personal voluntario capacitado por CIJ y supervisado por los técnicos. Se atendieron 861 mil personas; de ellas, el 92 por ciento en proyectos de información: el 7 por ciento recibieron cursos de orientación y el 1 por ciento

fueron capacitados para multiplicar actividades preventivas. Adicionalmente, 371 mil personas fueron sensibilizadas: el 21 por ciento a través de eventos realizados por el equipo técnico y el 79 por ciento por voluntarios en actividades de promoción del mejoramiento de la comunidad.

Atención curativa y rehabilitatoria

Para atender a la población afectada por el problema de la farmacodependencia se cuenta con servicios de consulta externa y hospitalización especializada. La consulta externa se realiza mediante un abordaje profesional interdisciplinario, que incluye acciones diagnósticas y terapéuticas rehabilitatorias, así como psicoterapias individuales, familiares y grupales para apoyar al farmacodependiente y su familia en la resolución del problema. En este contexto, se proporcionaron 113 460 servicios a 11 442 pacientes de primer ingreso consumidores de drogas y 18 678 familiares en el período.

Los servicios de hospitalización especializada se proporcionan en tres unidades de internamiento, con base en la modalidad de comunidad terapéutica. En estas unidades se registraron 293 egresos de pacientes.

Servicios de atención telefónica

Se realizan actividades orientadas a reforzar las conductas, actividades y hábitos entre los individuos, a fin de contribuir a la disminución de riesgos y daños a la salud. Se continuó con las campañas de difusión del Sistema Telefónico de Orientación en Adicciones (TelCIJ) en medios masivos de comunicación recibándose un total de 11 968 llamadas.

5. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

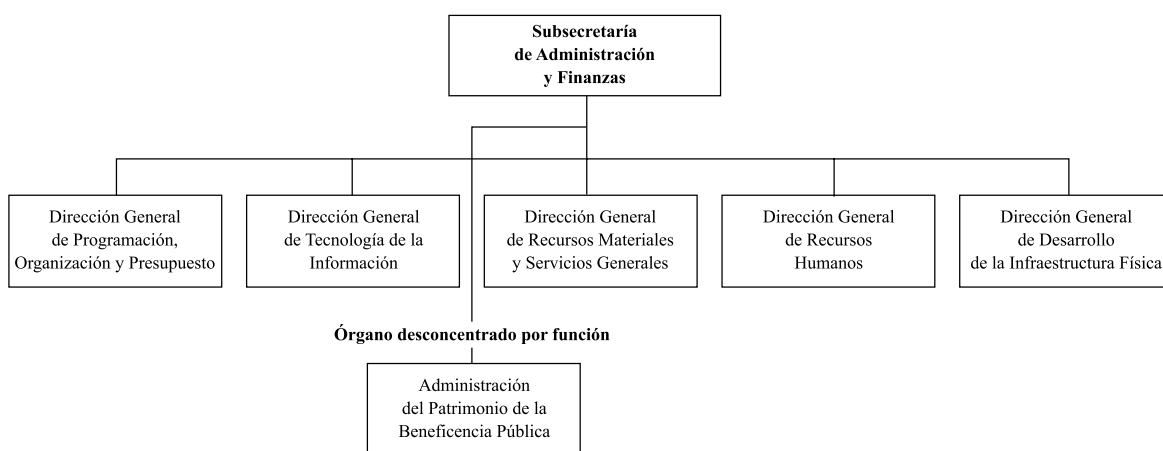
Esta Subsecretaría sustituye a la Oficialía Mayor, según Diario Oficial del 5 de julio, conserva sus funciones y fortalece su participación en la administración descentralizada de los servicios de salud, en el marco del proceso de descentralización que permite tener ahora una función integradora y normativa de la administración de los recursos para la salud.

Función

Administrar, controlar, operar y vigilar el uso de los recursos financieros, humanos, materiales y técnicos que aporta el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y los que provengan de convenios, donaciones o cuotas de personas físicas y morales, dentro de un marco de financiamiento transparente y eficiente de los recursos.

Estructura Orgánica

Subsecretaría de Administración y Finanzas



La Subsecretaría de Administración y Finanzas cuenta con cinco direcciones generales: de Programación, Organización y Presupuesto; de Tecnología de la Información; de Recursos Materiales y Servicios Generales; de Recursos Humanos y de Desarrollo de la Infraestructura Física; así como un órgano desconcentrado por función, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Estas seis unidades administrativas se integran además de las seis direcciones generales correspondientes, con tres direcciones generales adjuntas; 30 direcciones de área; 78 subdirecciones de área y 135 jefaturas de departamento, incluyendo en estas cifras las áreas adscritas directamente a la Subsecretaría.

En el período que se informa, la Subsecretaría llevó a cabo en primera instancia una profunda reestructuración y redefinición de las funciones generales, misión, visión y estrategia de la misma, al transformarse de Oficialía Mayor en Subsecretaría de Administración y Finanzas, con el propósito de adecuar de manera integral sus funciones en el marco de la descentralización de los servicios de salud, toda vez que en la actualidad la mayor parte del presupuesto para población no asegurada

74.4 por ciento es ejercida por las entidades federativas, de manera tal que ahora la función principal de la Subsecretaría está enfocada en normar y supervisar el correcto ejercicio del presupuesto vinculando en todo momento este ejercicio con el desarrollo de los programas prioritarios de salud que lleva a cabo la Secretaría.

En este sentido se realizaron diversas acciones tendientes al fortalecimiento de la relación institucional de la Subsecretaría con las áreas administrativas y de planeación de los servicios estatales de salud, así, dando cumplimiento a un acuerdo tomado en la Primera Reunión, IV Epoca del Consejo Nacional de Salud se conformó la Comisión Jurídica y de Administración coordinada por esta Subsecretaría. Dicha comisión tiene como objetivo, analizar y proponer acciones relacionadas con diversos temas vinculados con la administración de los recursos en los servicios estatales de salud. Los integrantes de esta comisión son los titulares de salud de los estados de: Coahuila, Estado de México, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Zacatecas. La primera reunión de esta comisión se llevó a cabo en la Ciudad de México los días 19 y 20 de junio del presente año y la segunda reunión de trabajo se realizó el pasado 15 de agosto.

Los trabajos de la Comisión fueron:

- Proceso de presupuestación.- Se trató la conveniencia de contar con una apertura programática semejante, en las entidades federativas, para facilitar la gestión de recursos ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, e identificación de planes y programas en desarrollo.
- Administración de recursos humanos.- Se abordaron los temas de las medidas de fin de año, la próxima revisión de las Condiciones Generales de Trabajo y las necesidades de plazas de nueva creación.
- Recursos materiales.- Se analizó una propuesta para establecer sistemas de abasto, que garanticen en la mayor proporción posible la existencia de medicamentos y material de curación en las unidades de salud.
- En materia jurídica.- Se revisó la situación relacionada con la participación de los trabajadores en sus correspondientes secciones sindicales y las vertientes de incorporación en los apartados A y B del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- En el ramo de obras.- Se habló sobre el Plan Maestro de Infraestructura en Salud para Población no Asegurada, y acerca de un esquema de planeación participativa con el fin de hacer más útil la coordinación entre Federación y entidades federativas para este tema.
- Finalmente.- Se abordó el tema de la tecnología informática y la Red Global de Comunicaciones de Datos y Voz, en cuanto a las líneas de acción 2001-2006.

Los acuerdos tomados en el seno de este órgano colegiado fueron validados por el Pleno del Consejo Nacional de Salud de manera tal, que hoy se avanza en el desarrollo de una administración descentralizada de los servicios de salud construida a través de consensos participativos en los que interactúan los actores directos de la operación de los servicios de salud en las entidades federativas.

Otra importante acción tendiente a fortalecer la relación descentralizada con las entidades federativas en el tema de recursos para la salud fue la realización de la Reunión Nacional de Programación, Presupuestación 2002, en la cual se reunió a los directores de administración y de planeación de todas las entidades federativas, que se realizó en la Ciudad de México el día nueve de

agosto del 2001 y en la cual se abordaron los temas torales para la integración del ejercicio de programación-presupuestación 2002. Vale la pena destacar que este encuentro nacional de responsables administrativos y de planeación de los servicios de salud tuvo además de los resultados técnicos esperados un efecto integrador que coadyuvará de manera importante al ejercicio administrativo sano y responsable de los recursos para la salud.

Como parte de la política nacional en materia de administración de los recursos, esta Subsecretaría participó activamente en la integración del Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción integrando la totalidad de sus áreas en el mencionado programa, que esta actualmente en desarrollo.

En el proceso de descentralización hospitalaria, esta Subsecretaría coordina la Comisión para la Revisión Integral del Convenio de Descentralización en el D. F. y de la misma manera participa en la comisión correspondiente a la descentralización de los Hospitales Juárez del Centro, de la Mujer y Nacional Homeopático.

Coordinados por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, la Subsecretaría de Administración y Finanzas tiene participación directa como representante de la Federación ante las Juntas de Gobierno de los Organismos Públicos Descentralizados de Servicios de Salud de ocho entidades de la República a saber: Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Veracruz.

Además de las actividades cotidianas que realiza el área encargada de administrar los recursos humanos, materiales y financieros de la Secretaría de Salud, esta Subsecretaría ha tenido especial cuidado en fortalecer los vínculos con las entidades federativas y consolidar así un proceso de descentralización que permite hoy una administración de los recursos mas efectiva, eficaz y transparente.

5.1. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

A la Dirección General, corresponde el desempeño de las siguientes funciones: Regular, coordinar e integrar el anteproyecto de presupuesto y del programa operativo anual de la Secretaría, así como opinar el de las entidades agrupadas administrativamente al Sector, a solicitud de éstas; autorizar y regular el ejercicio del presupuesto de las unidades administrativas de la Secretaría y traspasos, ampliaciones y modificaciones presupuestales; controlar y vigilar el ejercicio del presupuesto de la Secretaría y de los órganos desconcentrados; formular en coordinación con las áreas correspondientes el Programa de Inversión de la Secretaría y el anteproyecto anual en materia de personal; integrar y mantener actualizado el Manual de Organización General de la Secretaría; definir, establecer, operar y supervisar el sistema de contabilidad de la Secretaría y de las normas de control contable a las que se sujetarán las unidades y órganos desconcentrados de la Secretaría; recopilar e integrar la información que se requiere para formular la cuenta pública de la Secretaría y validar las de las entidades agrupadas; así como integrar la información de las unidades y órganos desconcentrados de la Secretaría y de las entidades agrupadas, respecto del Sistema Integral de Información de la Comisión Intersecretarial de Gasto Financiamiento y participar, con la Dirección General de Asuntos Jurídicos, con relación a la elaboración del proyecto de Reglamento Interior de la Secretaría.

Durante el período se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Se asistió a 32 reuniones de Comités de Control de Administración y 16 Órganos de Gobierno de las entidades paraestatales coordinadas sectorialmente, 20 de órganos desconcentrados y 6 de control

interno con carácter de Vocal Ejecutivo, a través de las cuales se analizaron los resultados de los cierres del ejercicio 2000, así como del ejercicio correspondiente al primer trimestre del 2001. En apoyo al ejercicio del presupuesto se llevaron a cabo diversas afectaciones presupuestales con la finalidad de adecuar el mismo a necesidades de operación.

Se ha dado seguimiento a los registros del Sistema Integral de Información con relación a las cifras presentadas en las carpetas por los organismos descentralizados y órganos desconcentrados, a fin de que éstas presenten consistencia con la información que se reporta al Comité Intersecretarial de Gasto Financiamiento, para lo cual se generaron comunicados con el propósito de promover el grado de cumplimiento.

Con relación al acuerdo que establece las disposiciones de Productividad, Ahorro, Transparencia y Desregulación Presupuestaria en la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal del año 2001, se realizaron reuniones con las unidades centrales, órganos desconcentrados y entidades paraestatales a fin de concertar y determinar los compromisos de ahorro a que alude el citado acuerdo, definiendo los montos y claves presupuestales de reducción, procediéndose a elaborar 5 afectaciones presupuestarias.

En el mes de mayo la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, instruyó un congelamiento de recursos de los saldos que se encontraban disponibles en la línea de crédito global de la Tesorería de la Federación correspondiente a los primeros cuatro meses, llevándose a cabo análisis de disponibilidades y devengados de las unidades centrales, órganos desconcentrados y entidades paraestatales a fin de determinar el saldo a congelar.

En el transcurso del período, se elaboraron 405 afectaciones presupuestarias, solicitadas por las diversas áreas que conforman esta Secretaría, cuyo resultado del análisis, 300 corresponden a movimientos de autorización y 105 de aviso, las cuales fueron tramitadas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Asimismo, se efectuaron reuniones en forma periódica con la globalizadora, con el objetivo de conciliar y dar seguimiento a aquellos planteamientos que presentaron problemática para su autorización y/o registro.

Se gestionó ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la liberación de los oficios de autorización de inversión de Bienes Muebles e Inmuebles y Obra Pública, de los órganos desconcentrados, entidades paraestatales y unidades centrales.

Las entidades paraestatales, solicitaron la regularización y aplicación de los recursos externos, los cuales una vez analizados, se procedió al trámite de autorización ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En materia de recursos humanos, se atendieron los trámites de transferencias, conversiones y renivelaciones de plazas de la rama administrativa, médica y de investigación, así como entregas de cargo de los servidores públicos de la Secretaría de Salud.

Al 30 de junio se llevo a cabo la conciliación del presupuesto modificado con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, asimismo se analizaron e integraron los flujos de efectivo que emiten las entidades coordinadas sectorialmente, para complementar el informe del avance al primer semestre, con la finalidad de dar cumplimiento al artículo octavo segundo párrafo de la Ley de Fiscalización Superior de la Federación, la cual establece que las dependencias deberán presentar informe de avance de gestión financiera sobre los resultados físicos y financieros de los programas a su cargo.

Se integró y elaboró la Cuenta Pública correspondiente al 2000 de la Secretaría de Salud, Ramo 12 consolidándose los Órganos Desconcentrados así como presentándose la información relativa a los

Organismos Descentralizados de acuerdo a la norma correspondiente. Asimismo, como una medida adicional de control se instrumenta la presentación del “Avance de Gestión Financiera sobre los Resultados Físicos y Financieros” semestrales por lo que esta información fue presentada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para su consolidación con información del 1° de enero al 30 de junio del año 2001.

En relación a la elaboración de los estados financieros de la Secretaría de Salud, éstos se presentaron cada trimestre a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los cuales son elaborados de acuerdo a la norma y a los Principios de Contabilidad Gubernamental establecidos.

Se elaboran de manera bimestral los estados financieros del FONAC los cuales son presentados en la Junta de Administración del FONAC, en la que participan las autoridades sindicales representantes de los trabajadores y la Contraloría Interna, unidad evaluadora del proceso de control de las retenciones y entero de las aportaciones para el ahorro.

Con el objeto de administrar los recursos presupuestales asignados a través de los agentes financieros, Banco Internacional (Bital) y Nacional Financiera (NAFIN), se elabora en forma mensual conciliación a cada institución de crédito, informando a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

A través del Sistema Integral de Presupuesto y Control se lleva a cabo el control del ejercicio del presupuesto, asignado a esta Secretaría, considerando la normatividad establecida vigente emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al período que se informa se han recibido y tramitado ante los diferentes agentes financieros autorizados 6 573 cuentas por liquidar certificadas, con el soporte documental correspondiente, asimismo, se han radicado recursos quincenales a los Organismos Públicos Descentralizados y Órganos Desconcentrados de esta Dependencia, para su operación y administración.

Igualmente se tramitaron los pagos de operaciones ajenas derivadas de las retenciones por diferentes conceptos. Asimismo, se tramitaron enteros ante la Tesorería de la Federación por concepto de Productos y Aprovechamientos, así como reintegros del presente ejercicio presupuestal, por modificaciones de gasto y remanentes de ejercicios anteriores para su aplicación correspondiente.

Se dio atención mensual a la información que en materia programática-presupuestal, requiere el Sistema Integral de Información para atender los requerimientos de datos de la Comisión Intersecretarial de Gasto y Financiamiento.

En cuanto a la depuración de las cuentas colectivas de balance se realizan mediante la inspección física de los documentos que originan el registro contable de los mismos llevándose a cabo el análisis y reclasificación correspondiente.

5.2. Dirección General de Tecnología de la Información

Dentro de las actividades fundamentales correspondientes a la Dirección General, se encuentran implícitas:

Coordinar la integración, ejecución, evaluación y seguimiento del Programa de Desarrollo Informático de la Secretaría; establecer las políticas y la normatividad técnica aplicable para el uso de la tecnología de la información en la Secretaría, así como en sus órganos desconcentrados, organismos descentralizados y en los Servicios Estatales de Salud; conducir y promover el aprovechamiento de la tecnología de la información como herramienta estratégica para mejorar la productividad y la calidad

de los servicios de salud que se proporcionan; coordinar el Comité de Informática de la Secretaría y participar en los subcomités de los órganos desconcentrados y en los comités de los organismos descentralizados; conducir y determinar las acciones relacionadas con el Programa de Capacitación en Informática; dictaminar sobre las necesidades de uso de tecnología de la información e infraestructura de telecomunicaciones; normar el desarrollo e implementación de redes de comunicaciones de datos y voz; normar y administrar la operación de la red global de comunicaciones de la Secretaría, así como el uso de su infraestructura y servicios; normar y administrar el desarrollo y operación del portal central de Internet; desarrollar proyectos de evaluación, reingeniería y sistematización de procesos en las áreas. Entre otras.

De las actividades realizadas en el período, debemos destacar:

e-Salud

Se realizó la planeación estratégica del proyecto e-Salud, mediante el cual se aprovechará la tecnología de la información como herramienta estratégica para apoyar el desarrollo y prestación de los servicios de salud. A través de este proyecto se fortalecerán los sistemas de información en salud y la administración interna, se sistematizarán los procesos de trámites, se desarrollarán sistemas para el intercambio interinstitucional de información, se reforzará el uso de los servicios de Internet, se realizarán acciones para la sistematización de la atención médica y manejo del expediente clínico electrónico.

Se integró el Grupo Interinstitucional de Trabajo e-Salud, en el cual participa el IMSS, ISSSTE e IMSS-Solidaridad y de manera conjunta se realizó la planeación estratégica de un proyecto interinstitucional de telesalud, mediante el cual se acercarán los servicios de salud a toda la población, especialmente a zonas marginadas, rurales y pueblos indígenas.

Mediante el proyecto de telesalud se pretende instalar 32 centros regionales de telesalud (CRT) que estarán ubicados en los hospitales generales de la Secretaría de Salud. Asimismo, se ha considerado la instalación de 256 centros comunitarios de telesalud (CCT), los cuales estarán ubicados principalmente en los centros de salud con mayor demanda de servicios. Se tiene previsto incorporar un nodo central de telesalud (NCT), a través del cual se podrán acceder los servicios de alta especialidad que proporcionan los Institutos Nacionales de Salud.

Red Global de Comunicaciones de Voz y Datos

Se continuó con el desarrollo la Fase VI de la Red Global de Comunicaciones de Voz y Datos de la Secretaría de Salud (REDSSA), para lo cual se diseñó el proyecto y se realizó su gestión administrativa, mediante el cual se realizarán las siguientes actividades: sistematización del edificio de la Coordinación General de Planeación Estratégica; para el sitio central de la red se instrumentará el sistema de aire acondicionado y se adquirirá una planta de energía; se realizará la primera fase del proyecto “Oficina sin Papel”, para lo cual se instalará en el edificio sede de la Secretaría un sistema para el almacenamiento electrónico de documentos y control de gestión; se adquirirán herramientas de *Business Intelligence* para fortalecer la difusión de información en salud a través de la Intranet/Internet; finalmente, se fortalecerá el equipamiento informático de 5 unidades administrativas.

Se administró la operación de la REDSSA, la cual cuenta 2 931 servicios de datos y 2 014 servicios de voz. A través de los servicios de datos se atienden 3 831 buzones de correo electrónico intranet, 1 124 buzones de correo electrónico Internet y 860 cuentas de acceso a Internet, además de los servicios de *WWW* y *FTP* disponibles en todos los nodos de la red.

Sitio de Internet de la Secretaría de Salud

Se mantuvo en óptimas condiciones de operación el Sitio Central de Internet de la Secretaría de Salud, publicando la información en salud que requiere la población, proporcionando servicios electrónicos de beneficio social y fortaleciendo la intercomunicación de los diferentes grupos sociales que trabajan para la salud.

Se modernizó el diseño de la página electrónica y se optimizó su estructura de navegación. Para apoyar estas acciones se definieron y difundieron estándares de diseño, estructura y contenido; además se proporcionó capacitación a los técnicos responsables de las páginas *Web* en las unidades centrales y los servicios estatales de salud. Respecto al contenido, se insertaron varias secciones de información adicionales, entre las cuales destacan la sala de prensa, sala virtual de orientación médica, campañas en salud, consulta ciudadana del programa nacional de salud, servicios de *webmail*, centro mexicano para la clasificación de enfermedades, foros de opinión para los secretarios estatales de salud y eventos en salud, entre otras.

Actualmente se están desarrollando las secciones de información sobre unidades médicas y procedimientos de certificación y rendición de cuentas. Adicionalmente, se puso en marcha la operación del Comité de Internet, a través del cual se coordinarán las acciones necesarias para convertir el Sitio de Internet en el portal e-Salud, que será la puerta de acceso a la información y servicios electrónicos de salud del Sector.

Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas Automatizados de Información

Se mantuvieron en óptimo estado de funcionamiento las aplicaciones de cómputo del Sistema de Información en Salud, mediante el cual se genera la información de servicios otorgados, vigilancia sanitaria, infraestructura en salud, morbilidad, mortalidad, lesiones, violencia familiar, vacunación universal, así como el control y prescripción de estupefacientes, entre otros. Estos sistemas registran y procesan datos de nivel nacional, estatal y jurisdiccional, generando la información que se requiere para apoyar la operación de diversos programas de salud y para la toma de decisiones en los niveles tácticos y estratégicos.

Además de las aplicaciones antes mencionadas, se desarrollaron varias aplicaciones de cómputo interactivas con acceso a bases de datos a través de la *Web*, tales como Opinión y Seguimiento de Avances del Programa Nacional de Salud, Sistema de Difusión de Resultados de Trámites y Base de Datos de Unidades Médicas, entre otros. Se desarrolló una nueva versión del Sistema de Control de Gestión de documentos oficiales (SCG).

Se inició el análisis y diseño del sistema automatizado integral de información en salud, a fin de contar con una base de datos integrada, agilizar la difusión, facilitar el intercambio y optimizar la calidad de los datos. Asimismo, se inició el análisis y diseño del sistema integral de información administrativa, el cual incluye los módulos de adquisiciones, almacén, distribución e inventario de bienes.

Capacitación en Informática para Usuarios de Computadoras

Se continuaron las acciones de capacitación en informática para el personal de mandos medios y personal operativo de la Secretaría de Salud, capacitando a un total de 83 empleados en temas de informática, tales como el uso de los servicios de la REDSSA, servicios de Internet y manejo de paquetes de oficina, lo cual ha permitido mejorar la productividad del personal y aprovechar mejor la infraestructura informática instalada.

Dictaminación de Bienes y/o Servicios Informáticos

De acuerdo a las políticas establecidas para impulsar un crecimiento informático racional y ordenado, se realizaron 32 dictámenes de proyectos de informática del Programa Normal y 32 dictámenes de proyectos de informática para el Programa Anual de Adquisiciones 2002, siempre considerando los lineamientos de austeridad y racionalidad.

Normatividad Técnica en Informática

Se actualizó y distribuyó el documento de la Normatividad Técnica en Materia de Informática, mediante el cual se regula el desarrollo informático de la Secretaría de Salud, contribuyendo de este modo, al desarrollo armónico y racional en esta materia.

5.3. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales

La Dirección General es la responsable de proveer los bienes, insumos y servicios necesarios a las distintas unidades administrativas y de atención a la salud para coadyuvar a la oportuna y adecuada prestación de los servicios de salud, se encuentra integrada por las Direcciones de Centro de Documentación Institucional, Dirección de Adquisiciones, Dirección de Suministros, Dirección de Coordinación y Contratos y la Dirección de Servicios Generales.

En el ámbito de su competencia, la Dirección General dirige sus acciones al desempeño de las siguientes atribuciones, a fin de dar un uso racional y eficiente de los recursos materiales y aplicación de la normatividad en la materia.

Funciones

Emitir y difundir las normas, políticas y procedimientos para regular los sistemas de adquisición, almacenamiento, distribución y control de bienes de activo fijo; coordinar y efectuar las adquisiciones que requieran las unidades administrativas de la Secretaría, de conformidad con los programas y presupuestos autorizados; realizar las funciones del Secretariado Ejecutivo tanto del Comité de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios como del Comité de Enajenación de Bienes Muebles e Inmuebles, así como vigilar el cumplimiento de los ordenamientos legales que rijan la materia de abastecimiento dentro de su competencia; colaborar con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto en la elaboración e integración del proyecto de inversiones de la Secretaría; además emitir y difundir las políticas, bases y lineamientos para regular la contratación de inmuebles y prestación de los servicios generales; normar, controlar y actualizar el inventario físico de los bienes inmuebles; integrar el programa anual de adquisiciones y suministros en coordinación con las unidades administrativas competentes y coordinar las actividades del Centro de Documentación Institucional, entre otras.

En este período, la Dirección General a través de la Dirección de Coordinación y Contratos dando cumplimiento al proceso de descentralización decretado por el Gobierno de la República, para la descentralización de los servicios de salud, con el objeto de que éstos lleguen a toda la población, informa que al primero de diciembre del año 2000, se encontraban pendientes de conciliar y validar el universo de bienes muebles, que se les entregarán a las entidades federativas de Aguascalientes, Sinaloa y Sonora, por lo que se procedió a efectuar dicha validación con la presencia de la Contraloría Interna del Estado, Contraloría Interna de la Secretaría de Salud y esta Secretaría. La que una vez realizada y

tomando como base el instrumento jurídico aprobado por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, se procedió a elaborar el contrato de donación respectivo de las tres entidades faltantes, con los que se concluyó la transferencia del dominio absoluto de los bienes muebles, culminando así la entrega a las 31 entidades federativas y al D. F. en un 100 por ciento.

Respecto a los bienes inmuebles con base en el levantamiento de Inventario Nacional de Bienes Inmuebles destinados a la Secretaría de Salud, elaborado en coordinación con la Comisión de Avalúos de Bienes Nacionales, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, así como las entidades Federativas, integró a los Acuerdos de Descentralización, una carpeta informativa que cuantifica y califica los inmuebles reportados en dicho levantamiento, información que en términos de las actas de entrega recepción y complementarias elaboradas para tal efecto, fueron verificadas y validadas por los gobiernos de los estados.

Por lo anterior, a la fecha se han emitido los Acuerdos de Descentralización de las 31 Entidades Federativas y del Gobierno del Distrito Federal, por lo que con fecha 28 de enero de 1998, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el decreto por el que se desincorporan del Régimen del Dominio Público de la Federación, los inmuebles que venía utilizando esta Secretaría para la prestación de sus servicios, autorizando a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, para que a nombre y representación del Gobierno Federal, los done a favor de los gobiernos de los estados.

En ese sentido, en cumplimiento a lo señalado en el numeral Segundo del Decreto Presidencial anteriormente referido, la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y los gobiernos de los estados, están llevando a cabo la validación de los inventarios respectivos, considerando la situación jurídica que guarda cada uno de los bienes a transferir, con la finalidad de que sean elaborados los contratos de donación y de cesión de derechos posesorios respectivos.

En cuanto al proceso de validación que se lleva a cabo se ha dividido en tres fases, de las cuales la primera ha sido concluida en su totalidad, misma que consistía en el envío por parte de los estados a la DGRMSG las cédulas de inventario requisitadas de las altas, bajas y actualizaciones de procedan, adjuntando los soportes documentales correspondientes, del inventario de inmuebles que se pretende transferir a los mismos. La DGRMSG y la Unidad de Contraloría Interna realizaban la revisión con el objeto de que se hayan atendido los criterios de validación emitidos por el C. Subsecretario del Ramo.

En la segunda fase de validación se encuentran un total de 13 estados, en la cual se envían nuevamente las documentales señaladas en la primera fase a la DGRMSG, y ésta revisa que se haya atendido correctamente las observaciones que en su caso se hayan emitido. De ser correctas, se envían a la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal para que esta instancia las valide, y de encontrar dicha documentación debidamente requisitada y completa, procede a emitir los listados y reportes por unidad inmobiliaria definitivos. En tal virtud, los estados de: Baja California Sur, Baja California, Chihuahua, Oaxaca y Zacatecas se encuentran en revisión de la DGRMSG; Baja California, Chihuahua, Puebla y Veracruz, se encuentran en validación por parte de la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal; y Guerrero, Quintana Roo, Nayarit, Nuevo León, Yucatán y el Gobierno del Distrito Federal, se encuentran actualmente realizando las correcciones pertinentes a fin de remitir su validación a la DGRMSG.

En la tercera fase se encuentran 7 estados, y consiste en que la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal remite a la DGRMSG, los listados y reportes respectivos para que ésta última recabe las firmas de conformidad de las entidades y de esta Secretaría, en el entendido que de existir

modificaciones en los documentos a firmar, se hagan las correcciones necesarias, notificando a dicha Dirección General para la reposición de los listados y reportes que corresponda. Una vez que se cuenta con las firmas y rúbricas de las instancias competentes, se devuelven las documentales a la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal, a efecto de que ésta proceda a la elaboración de los contratos de donación y cesión de derechos posesorios que corresponda. En esta situación se encuentran distribuidos de la siguiente manera los estados de: Campeche, Chiapas, y Sonora, en revisión de la DGRMSG; Hidalgo, en firma de la Subsecretaría de Administración y Finanzas de esta Secretaría, Jalisco en revisión y trámite por parte de la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal, Michoacán y San Luis Potosí en validación de sus respectivas entidades.

Asimismo, los estados de Aguascalientes, Coahuila, Colima, Morelos, Tabasco, Tlaxcala, Durango y Sinaloa, han terminado la validación de sus inventarios y se encuentran en la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal en proceso de elaboración del contrato respectivo, a través de los cuales se formalizará la transmisión de 1 498 inmuebles a favor de dichas entidades.

Los estados de México, Guanajuato, Querétaro y Tamaulipas ya cuentan con su contrato de transferencia respectivo, por lo que han concluido en su totalidad el proceso de descentralización de bienes inmuebles, habiéndose transferido un total de 1 039 bienes inmuebles.

La Dirección de Suministros, por otra parte atendiendo la administración y registro de los bienes muebles de activo fijo y con el propósito de fortalecer la estructura operativa en las Entidades Federativas y mejorar sus posibilidades de atención en servicios de salud a la ciudadanía y de manera sustancial las comunidades rurales y marginadas, el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, les continuó remitiendo bienes muebles de activo fijo. En el período de diciembre de 2000 a agosto de 2001 realizándose las acciones necesarias a efecto de contar con información sistematizada de los bienes de activo fijo, se conciliará la información con las unidades responsables del programa respectivo, así como la definición jurídica de los mismos.

En el período antes señalado, la Secretaría de Salud concluye con el acopio y sistematización de datos a efecto de contar con un inventario de bienes de activo fijo congruente y confiable de Unidades Administrativas Centrales y Órganos Desconcentrados. Se llevará a cabo la conciliación de la información con estas unidades y, se estará en posibilidad de operar la baja en inventarios debido al proceso de descentralización.

En cuanto al apoyo al sistema de información de Salud, en el período comprendido de diciembre de 2000 a agosto de 2001 se han emitido ocho Catálogos de Constancias de Calidad e Informes de Rechazos (CACCIR), se expidieron 231 constancias de calidad de medicamento, material de curación, material de laboratorio y reactivos, que comprenden 359 claves aprobadas; se canceló la aprobación de un total de 167 claves por vencimiento de vigencia de la constancia de calidad, así como por reincidencia de rechazos analíticos; se atendieron 8 quejas de las cuales se resolvieron 4; se dictaminaron 31 claves como rechazo canjeándose un total de 16 claves.

Para establecer el control analítico de medicamentos y material de curación, mediante el programa de muestreo periódico permanente se analizaron 91 claves de insumos médicos y se rechazaron 10 claves entre medicamento y material de curación. Asimismo se brindó capacitación a 17 entidades federativas y 9 de asesoría técnica a institutos y unidades administrativas en el Distrito Federal y área metropolitana.

Por otra parte con el propósito de garantizar que los insumos médicos que adquiere la Secretaría

cumplan con la normatividad vigente implícita, el Departamento de Control de Calidad otorga Constancia de Calidad (aprobación en término de calidad para aquellos productos que cumplen con las especificaciones de calidad vigentes) a los proveedores de insumos médicos interesados en participar en eventos licitatorios que convoca esta Secretaría.

Es importante mencionar que esta Dirección General a través de la Dirección de Suministros realiza la recepción y distribución de bienes de los programas normales y especiales como: Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), Set Emergente, Cirugía Extramuros, Prevención y Control de Cólera, Cáncer Cérvico-Uterino, entre otros.

Respecto a las compras que realiza esta Dirección General se informa que las licitaciones se realizan en forma abierta con lo que se han realizado las acciones correspondientes con el fin de contar con la participación de cámaras, colegios o asociaciones profesionales u otras organizaciones no gubernamentales que puedan estar interesados en asistir a dichos eventos.

Por otra parte y con el objeto de atender las medidas de productividad, ahorro, transparencia y desregulación presupuestaria se ha realizado la reducción presupuestaria en servicios subrogados que esta Dirección General proporciona.

Por último y con el fin de que los archivos de la dependencia se incorporen paulatinamente a los sistemas institucionales de información, a partir del mes de agosto se inició el proyecto Normalización de Expedientes de Archivo, a través del cual se pretende homologar clasificación y descripción de expedientes de archivo que facilite el acceso a la información de los mismos, tanto para la gestión interna, como para transparentar las acciones en materia de salud y facilitar los trámites que demanda la ciudadanía.

Con el fin de mejorar los sistemas de archivo durante el período que se reporta se han impartido dos cursos sobre el manejo de archivo, lo cual representa 60 por ciento de lo programado para 2001, en los cursos participaron un total de 42 asistentes; asimismo se han otorgado 105 asesorías. El número de asesorías programadas en 2001 ha rebasado la meta.

Por otra parte y con el propósito de que la documentación que se encuentra en los acervos institucionales en el Centro de Documentación Institucional, sea accesible a la ciudadanía, entre diciembre de 2000 y el 30 de agosto de 2001 se ha atendido a un total de 4 699 usuarios. Conforme a la meta programada para 2001, se tiene un porcentaje de avance del 64 por ciento; asimismo, la página del Centro fue visitada por un total de 5 572 usuarios.

A fin de desarrollar nuevos productos informativos que faciliten un mayor acceso a la información institucional que se encuentra en los acervos a cargo del Centro, bajo la supervisión de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, a partir del mes febrero el Centro se encarga de instalar en el portal de la Secretaría de Salud las disposiciones jurídicas. Por otra parte, como resultado de los esquemas de colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, el Centro cuenta con acceso a tecnologías de la información ágiles para la divulgación de bases de datos, tanto de registros bibliográficos como de texto completo. Este mecanismo de colaboración permite también que los documentos de las bases de datos a cargo del Centro sean divulgadas a través de las diversas páginas de la citada Organización Panamericana de la Salud. Durante el período que se reporta se han divulgado 701 registros bibliográficos y de texto completo a través de diferentes medios electrónicos.

A fin de divulgar los acervos del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud en el mes de julio se llevó a cabo el XI Curso de Organización de Archivos Históricos, al cual se tuvo un total de

65 asistentes. A través del Programa de Cooperación Iberoamericana el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud recibió ayuda económica por \$10 000 USC y para la restauración de documentos con valor histórico. Es importante señalar que es la primera vez que una dependencia del Ejecutivo Federal recibe este tipo de apoyos.

5.4. Dirección General de Recursos Humanos

Dentro de las actividades fundamentales de la Dirección General, se encuentran implícitos analizar y someter a dictamen administrativo de la Subsecretaría de Administración y Finanzas las estructuras, modificaciones a la estructura ocupacional y plantillas del personal operativo, instrumentar, operar y dar mantenimiento al sistema integral de administración de recursos humanos de la Secretaría. Así como operar el sistema de pagos y de política salarial, administrar, promover y coordinar el sistema de premios, estímulos y recompensas.

En el período de este informe, se dio especial énfasis a la reestructuración de las unidades operativas de la Secretaría de Salud, considerando que la estructura orgánica estaba siendo ajustada de acuerdo a los objetivos y compromisos contraídos por el Ejecutivo Federal, en materia de salud.

Como parte de este proceso, que dentro de sus objetivos considera la optimización de recursos humanos y económicos, en beneficio de los procesos operativos, se transfirieron 130 plazas de personal operativo y médico, correspondiendo 75 a organismos públicos descentralizados estatales y 55 a los Institutos Nacionales de Salud y a hospitales generales. En este sentido, 464 empleados optaron por el retiro voluntario.

Como parte de la función de esta Dirección General se desarrollaron diversas actividades, dentro de las que destacan:

Culminar la Descentralización de la SSA

Se realizaron dos reuniones de trabajo, donde se proporcionó capacitación sobre los procedimientos técnicos para la actualización y mantenimiento de los archivos y catálogos del Sistema Integral de Administración de Personal SIAP, que contiene elementos que integran el catálogo de conceptos de ayuda, catálogo de puestos, archivo de empleados y archivo de pensión alimenticia. El número de asistentes fue de 161 servidores públicos representando el 100 por ciento de la participación prevista originalmente. Con el propósito de fortalecer la capacitación antes mencionada, se proporcionó la asesoría correspondiente respecto a las dudas y problemática presentada.

Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos, la investigación y la infraestructura

A las unidades administrativas de nivel central y órganos administrativos desconcentrados, se les dio a conocer el Programa de Capacitación Técnico-Administrativa para el año 2001, con el fin de promover la formación y desarrollo de los servidores públicos en todos los niveles.

Se están realizando reuniones nacionales para analizar las atribuciones que el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud confiere a las Comisiones Centrales Mixtas de Capacitación, con el fin de unificar criterios para la aplicación de dicha norma en la institución, en las cuales se integran mesas de trabajo y se analizan los siguientes temas:

- Integración, atribuciones y funcionamiento de Comisiones Mixtas de Capacitación.

- Otorgamiento de Becas.
- Revisión y propuestas de modificaciones a las Condiciones Generales de Trabajo, en su apartado de capacitación y al Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud.

En el período enero-julio, los avances logrados fueron los siguientes:

Cursos	Personal capacitado	Número de eventos
Calidad	843	49 Cursos
ISSSTE	82	3 Cursos
Programa de Desarrollo Humano	347	6 Cursos
Certificación de Primaria y Secundaria	73	3 Sedes
SEPA-INGLÉS	108	12 Grupos
Protección Civil	57	2 Grupo
Bachillerato	88	2 Grupos
Total	1 598	-

Se tiene proyectado capacitar en el mes de agosto a 407 servidores públicos.

Estímulos al personal que labora en comunidades de bajo desarrollo

Para fortalecer el Modelo de Atención en Salud, a través de asegurar la permanencia de personal profesional en localidades de bajo desarrollo, se apoyó a 7 789 trabajadores, mediante el Programa de Compensación por Laborar en comunidades de Bajo Desarrollo, a los médicos, enfermeras, técnicos en atención primaria y promotores en salud que prestan sus servicios en comunidades alejadas de difícil acceso geográfico y alta marginación.

Política salarial

Se otorgaron incrementos salariales que permitirán a los trabajadores mejorar sus condiciones económicas, privilegiando a los médicos, enfermeras, paramédicos y afines, que en promedio recibieron un incremento del 11.4 por ciento.

Rama	Incremento %	Vigencia
Administrativa (hasta nivel 27ZB)	10.5	01 de enero del 2001
Códigos de Enlace (Nivel A, B y C)	7	01 de mayo del 2001
Mandos Superiores	6	01 de mayo del 2001
Mandos Medios	7	01 de mayo del 2001
Rama Médica, Paramédica y Afín	11.38 promedio	01 de mayo del 2001

Adicionalmente, se otorgaron otros beneficios económicos: se autorizó un incremento a la prestación de “Apoyo para Desarrollo y Capacitación” con vigencia 01 de mayo del 2001, así como la integración al Pago de la Ayuda para Gastos de Actualización para algunos códigos de rama médica, paramédica, grupo afín, incluyendo los códigos de confianza de dichas ramas, el cual anteriormente sólo se pagaba a la rama médica y grupo de enfermería.

Recursos Humanos en formación

Para el ciclo marzo 2001-febrero 2002, se programaron 3 842 médicos residentes, de los cuales 3 478 de estos recursos fueron dados de alta; 750 corresponden a Unidades Centrales y Hospitalarias en el Distrito Federal y 2 728 a Entidades Federativas.

En el período febrero 2001-enero 2002, se asignaron 7 024 becas para pasantes de las carreras de medicina, odontología, enfermería, atención médica y regulación sanitaria, correspondiendo 561 a Unidades Centrales y Hospitalarias del Distrito Federal, y 6 643 para entidades federativas.

De conformidad con los requerimientos en materia de prestadores de servicio social administrativo, se asignaron al 16 de julio del 2001, 49 prestadores a nivel licenciatura y 16 a nivel técnico para prácticas profesionales.

Movimientos de personal, evaluaciones y distribución de vales

Durante el período enero-julio, se capturaron 64 564 movimientos, tales como bajas, licencias, licencias médicas, reanudación de labores, altas por reingresos, pensión alimenticia, promociones, descensos, cambios de adscripción, quinquenios, bajo riesgo, alto riesgo, faltas, modificación de datos personales, prima dominical, estímulos trimestral, estímulos anuales, pagos y descuentos varios.

El número de solicitudes de evaluación del personal administrativo presentadas al mes de julio fue de 543, del total de las solicitudes 415 obtuvieron resultado positivo siendo contratadas el 19.5 por ciento de éstos.

Se efectuó la distribución de vales de despensa para 5 757 servidores públicos, correspondientes al programa de productividad.

Pagos a Terceros Institucionales y FONAC

Se tramitaron un total de 12 243 órdenes de descuento a favor del Terceros Institucionales, FOVISSSTE 306, ISSSTE 4 681 y AHISA 7 256.

Se incorporaron 154 404 servidores públicos correspondientes al 13º ciclo del FONAC 140 319 personal de base y 14 085 personal de confianza.

Se realizaron 2 339 trámites de pago por liquidación anticipada y 224 por seguro de vida o invalidez durante el 12º ciclo del FONAC.

Programas especiales

Se efectuó el Programa de Retiro Voluntario 2001 con la incorporación de 464 trabajadores, respetando la posibilidad de jubilarse o pensionarse a los que de acuerdo con la Ley del ISSSTE cumplieran con la edad y/o antigüedad correspondiente. Se dio atención a 1 112 casos del Programa Gestión Social para la Atención Ciudadana se lograron 78 acuerdos con Instituciones Públicas y Privadas para el otorgamiento de descuentos en la adquisición de bienes y servicios a los trabajadores.

Servicio Civil de Carrera en el Sector Salud

Con el objeto de fortalecer la participación de los funcionarios públicos de la Secretaría, que permita incentivar su colaboración y promoverlos a mayores niveles, se elaboró un primer proyecto modelo para la aplicación del Servicio Civil de Carrera en la SSA, para ello se estableció contacto con la Secretaría de Relaciones Exteriores y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática,

a fin de enriquecer nuestro modelo, en base a las experiencias y beneficios obtenidos de la instrumentación del Servicio Civil de Carrera en ambas Dependencias.

Modernización Informática

Para que sea más confiable y oportuna la información que se genera a través de los movimientos de personal, se incorporaron nuevas aplicaciones informáticas, como:

- Actualización y pruebas del sistema de nómina como parte de la conversión del año 2000.
- Incorporación del pago del estímulo al personal dentro del sistema de nómina, así como el cálculo del impuesto.
- Confrontación entre el sistema de nómina presupuestal y nómina de honorarios, a fin de evitar duplicidades en la contratación y/o pago.
- Incorporación en el sistema del concepto 50, “Potenciación del Nuevo Seguro Institucional de Vida”, en los Organismos Públicos Descentralizados.
- Uso del correo electrónico para el envío y recepción de correspondencia.
- Diseño del sistema de integración de productos de nómina en los Organismos Públicos Descentralizados, para su envío al área central.

Fomento cultural, recreativo, deportivo e institucional

Para favorecer la integración del personal y sus familias, se realizaron diversas actividades, determinándose una respuesta destacada, como lo demostró la XXVIII Convivencia Infantil de Verano SSA 2001 en las instalaciones del Centro Social y Deportivo del SNTSA, a la cual se inscribieron 2 970 niños, hijos de trabajadores de la Secretaría de Salud de diferentes centros de trabajo en el D.F. y área metropolitana. Asimismo, se coordinó la realización de diferentes actividades culturales y recreativas con la participación de 21 300 trabajadores y/o familiares, así como con 15 450 para los eventos día de reyes, día del niño, día de las madres y día del padre. Lo mismo que para la celebración del Día Internacional de la Mujer, donde se contó con la participación de 640 mujeres.

5.5. Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

Esta dirección general, tiene como principales funciones:

Planear, programar, evaluar y realizar el control del programa integral de infraestructura física en salud para la construcción y demolición de obras a cargo de la Secretaría y para la conservación, mantenimiento, reparación y equipamiento de unidades de atención médica, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes; formular y actualizar, en coordinación con los órganos desconcentrados, los Servicios Estatales de Salud y los Institutos Nacionales de Salud, el plan maestro nacional de infraestructura física en salud para población abierta, así como verificar y evaluar su ejecución; integrar, controlar, verificar y evaluar la ejecución del programa autorizado de inversiones, en la materia de su competencia, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, en coordinación con la Dirección General de Calidad de los Servicios de Salud, cuando se trate de unidades de atención médica; celebrar los contratos y convenios que requiera para el cumplimiento de sus atribuciones. Entre otras.

En el período que se informa la Dirección General desarrolló diversas actividades tendientes a fortalecer los planes maestros de la infraestructura en salud, concluir la descentralización de unidades hospitalarias al Distrito Federal, así como cumplir con la función de asesoramiento y normatividad que le corresponde, tanto en el nivel central, como en las entidades federativas, cuando así lo requieren.

A continuación se menciona lo más relevante:

Diseñar Planes Maestros de Infraestructura en Salud

Esta actividad, tiene como objetivos: integrar una planeación participativa en materia de obras, conservación y equipamiento de la infraestructura física en los ámbitos estatal y federal; evaluar el estado físico-funcional de inmuebles, instalaciones y equipos de las unidades médicas y establecimientos de apoyo de las 32 entidades federativas; promover la elaboración e integración de los Programas de Inversión en Infraestructura Física para la formulación de los Programas Operativos Anuales de las 32 entidades federativas, con base en prioridades de atención.

Se aplicaron las siguientes estrategias:

Levantamiento en campo del estado físico de inmuebles y equipamiento de la infraestructura física para la población no asegurada y del Programa IMSS-Solidaridad, de acuerdo con la normatividad y los procedimientos establecidos; participación en el Comité de Colaboración Sectorial, que funciona en el seno de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General, a fin de establecer estrategias de coordinación y complementación interinstitucionales, y participación en las Comisiones Conjuntas de Trabajo del Consejo Nacional de Salud, para determinar la viabilidad técnica de las propuestas de obra nueva presentadas por los servicios estatales de salud, con base en los planes estatales maestros de infraestructura física en salud.

Como resultado de las acciones llevadas a cabo se obtuvo un diagnóstico actualizado por entidad federativa de las necesidades mediatas e inmediatas de obras, conservación y equipamiento, en un marco de cobertura universal de los servicios de salud conclusión de la sexta actualización de los 32 Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud, y está en proceso de complementación la información cuantitativa y cualitativa de las unidades médicas y establecimientos de apoyo, considerando recursos humanos, capacidad operativa, acciones de rehabilitación requeridas y prioridades de atención.

Culminar la Descentralización de la SSA

Con el fin de transferir las unidades hospitalarias al gobierno del Distrito Federal, se está participando con la Subsecretaría de Relaciones Institucionales y otras unidades de la Secretaría y del Distrito Federal en el análisis del proceso.

Los objetivos son: transferir al Gobierno del Distrito Federal, las instalaciones del Hospital Juárez del Centro, Hospital Nacional Homeopático y el Hospital de la Mujer, en condiciones de operación continua, confiable y segura, que aún están a cargo de la Secretaría de Salud, delimitando la responsabilidad operativa de cada entidad federativa.

Se han llevado a cabo visitas por personal técnico especializado a cada uno de los hospitales, para efectuar un levantamiento sobre las especificaciones de los inmuebles, mobiliario, equipos médicos y electromecánicos, así como para la identificación de la estructura operativa responsable de su conservación y mantenimiento. Se está analizando la información levantada en campo, a fin de elaborar un diagnóstico del estado funcional de los inmuebles, instalaciones y equipos para determinar las

acciones y los recursos necesarios que permitan atender la problemática detectada, y se procederá a la elaboración de un programa de trabajo y presupuesto requerido para la atención de las necesidades, con el propósito de someterlo a consideración de las autoridades competentes.

Actualmente, se tiene un avance del 80 por ciento en el levantamiento y análisis de información sobre el estado funcional de los inmuebles, instalaciones y equipos. Se estima que en septiembre se dispondrá del diagnóstico integral y los programas inherentes para la atención de las necesidades detectadas.

Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos

Tiene como objetivos, ejecutar y concluir durante el 2001 las obras asignadas a la Dirección General, así como fortalecer la descentralización, proporcionando la normatividad, los lineamientos y la asesoría técnica correspondiente en materia de proyectos, construcción, conservación y equipamiento para la infraestructura física en salud, a las Áreas Centrales, Servicios Estatales de Salud, Órganos Desconcentrados y Organismos Descentralizados.

Se elaboró un diagnóstico del avance físico financiero de las obras en proceso del Centro Nacional de Rehabilitación, así como un programa de actividades, para determinar los recursos presupuestales aplicables para la conclusión y puesta en operación de las obras suspendidas y/o en proceso de construcción del CNR.

Se elaboraron los proyectos a ejecutar de las obras de las Áreas Centrales de la Secretaría de Salud.

Se continuó proporcionando la normatividad, asesoría técnica, manuales, lineamientos y procedimientos para el desarrollo de acciones de obras, conservación y equipamiento que requieran las Áreas Centrales, Servicios Estatales de Salud, Órganos Desconcentrados y Organismos Descentralizados.

Como proyectos en proceso se tienen las obras del Centro Nacional de Trasplantes, la terminación del Hospital Integral de Juquila, Oaxaca, las adecuaciones de oficinas para el Consejo de Salubridad General, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Tecnología de la Información, Dirección General de Asuntos Jurídicos y Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud.

Avances obtenidos

Con los recursos autorizados en el Programa Operativo Anual 2001, se licitaron y contrataron tres acciones: pasillo de intercomunicación entre los Cuerpos I y IV; cocina, baños, vestidores y puesta en operación de cuatro elevadores del área de hospitalización del Centro Nacional de Rehabilitación. Hasta agosto, el avance físico es del 30 por ciento, y se estima su terminación en noviembre del 2001.

Entre las obras en proceso de construcción destacan:

La remodelación del inmueble e instalaciones del Centro Nacional de Trasplantes, que se ejecuta a través de una licitación pública. Los trabajos iniciaron el 8 de junio y concluirán el 22 de diciembre del 2001. Actualmente se registra un avance físico del 20 por ciento. La remodelación de las oficinas de la Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud Pública, El Hospital Integral de Juquila, Oaxaca, se encuentra en proceso de terminación y finiquito.

Por otra parte, se han proporcionado 36 asesorías y apoyos técnicos, de los cuales seis han sido a las áreas centrales, siete a Institutos Nacionales de Salud y 23 a los servicios estatales de salud, bajo el siguiente esquema:

Áreas Centrales: tres asesorías técnicas y tres proyectos ejecutivos.

Institutos Nacionales de Salud Pública: tres asesorías técnicas y cuatro evaluaciones técnicas.

Servicios Estatales de Salud: nueve asesorías técnicas, siete evaluaciones técnicas y siete proyectos ejecutivos.

Es importante destacar que se utilizó al máximo la capacidad y eficiencia del personal técnico especializado de la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física, propiciando las mejores condiciones de desarrollo de las obras y la racionalización de los recursos. Consecuentemente, se evitó el dispendio y la adquisición de equipos y materiales que no cumplieran con las especificaciones técnicas y sobre todo se privilegió la contratación a través de Licitación Pública.

5.6. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Corresponde a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, desempeñar los derechos que le confieren las leyes y los acuerdos a favor de la beneficencia pública y las facultades reconocidas y otorgadas a la Secretaría por el ejecutivo federal. Para el desarrollo de sus funciones, cuenta con una dirección general, tres direcciones de área, siete subdirecciones y diez jefaturas de departamento.

Principales objetivos

Las actividades sustantivas dentro del ámbito de sus atribuciones, es el vincular, articular y apoyar las acciones del gobierno federal con las asociaciones civiles, en busca de brindar mayores y mejores apoyos a la sociedad más marginada del país que carece de todo tipo de seguridad social, así como la aplicación de las facultades que le otorga el Reglamento Interior, para representar jurídicamente los intereses de la administración del patrimonio en toda clase de juicios, principalmente los sucesorios, y rendición de cuentas en el otorgamiento de préstamos y apoyos de los recursos erogados.

Organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro

En el mes de diciembre del 2000, se entregaron 282 apoyos correspondientes a 267 organizaciones, por un monto de casi medio millón de pesos. En el período del 1º de enero del 2000 al 31 de julio del presente año, 247 instituciones asistenciales y hospitalarias recibieron ayuda económica por más de 9 millones de pesos, lo que les permitió mejorar sus condiciones y la calidad de los servicios que brindan, así como ampliar la cobertura en instituciones como los centros de atención para tratamientos especiales como: el cáncer y el VIH/SIDA, de atención de deficientes mentales profundos, leves y moderados, atención a adicciones, fibrosis quística, padecimientos renales, Síndrome de Down, Síndrome de Huntington, y hospitales; también se apoyan órganos consultivos y académicos que preparan recursos humanos con calidad y se dedican a la investigación y divulgación científica, así como los programas de salud de orfanatorios, asilos y casa-hogar, entre otros.

Se otorgaron apoyos de única vez a 27 Organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro, vinculadas a la Salud por más de 6 millones de pesos para concluir la construcción de áreas que brindarán más servicios de salud, para apoyo de programas preventivos de SIDA, atención para cáncer de niños, capacitación de recursos médicos, así como para apoyar a los programas de salud de dichas agrupaciones filantrópicas.

Durante el mes de enero se otorgaron 8 969 ayudas a niños y niñas con motivo del Día de Reyes con un costo de casi 1.5 millones de pesos.

A partir de esta administración, se buscó crear una sinergia entre las organizaciones que apoyamos,

solicitando productos que ellos manufacturan como es el caso de la Organización Agrarista Revolucionaria, A.C. que realizó en los talleres de serigrafía que tienen, 6 630 playeras con logotipo de la Beneficencia Pública, como terapia para prevención y rehabilitación en adicciones a los jóvenes de la zona de Iztapalapa y que se entregaron como donativos en especie con motivo del día del niño.

Para el día de las madres, la Organización de Manos que Ayudan, A.C. elaboró 600 canastas de galletas que se entregaron a los asilos que apoyamos en su programa de salud. Cabe señalar que las ayudas en especie recibidas, han sido entregadas a personas albergadas en las organizaciones que apoyamos. Se destaca que con las medidas tomadas, se favorece a las organizaciones que producen algún bien, así como a las agrupaciones que se les proporcionan, además de obtener una reducción significativa en el ejercicio de recursos, que pueden destinarse a otros programas.

Se han efectuado las modificaciones a los procedimientos para el otorgamiento de apoyos a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro, los cuales serán sometidos a revisión y autorización a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, con esta medida se está procurando una mayor transparencia en la asignación de recursos, ya que a través de la dictaminación de los aspectos jurídico, financiero y de funcionamiento, se está evaluando de forma integral a la agrupación, de esta forma se evita que tengan contacto quienes dictaminan en los dos primeros aspectos con las instituciones interesadas. Con estas modificaciones se da un mayor soporte al otorgamiento de apoyos económicos. Cabe señalar que por este mecanismo se ha suspendido el apoyo a 28 organizaciones durante el mes de julio, ya que no acreditaron su personalidad jurídica oportunamente.

Destacan por su importancia, otras actividades que a continuación mencionaremos:

Apoyo a la infraestructura de la Secretaría

Se apoyó para la adquisición de medicamentos al estado de Chiapas con 10 millones de pesos. Asimismo, se otorgaron 9 apoyos a la infraestructura de la Secretaría.

Personas físicas de escasos recursos sin seguridad social

En el período del 1º de enero al mes julio del presente año, se han beneficiado a 81 personas físicas mediante ayudas funcionales para personas de escasos recursos, para la adquisición de aparatos y artículos médicos que les permitieron mejorar su nivel de vida.

Dio inicio el convenio con la Academia Nacional de Medicina para constituir el “Comité de Apoyo Técnico para el Patrimonio de la Beneficencia Pública”, esta colaboración permitirá dar transparencia a las adquisiciones de ayudas funcionales que son catalogadas como urgentes y por lo mismo, se adquieren al amparo de los supuestos de excepción de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Se otorgaron en el mes de diciembre 377 apoyos de alto costo como son prótesis de miembros inferiores, superiores, rodilla, codo y auxiliares auditivos por casi 2.7 millones de pesos. Adicionalmente, se entregaron en este año 4 apoyos para niños y jóvenes que requerían de implantes cocleares, lo cual les permitirá hacer una vida normal e incorporarse a las escuelas tradicionales, mejorando sensiblemente su calidad de vida.

Proyecto piloto

En el período del informe, se estableció un convenio para el proyecto piloto de facultación para el ejercicio de recursos al Patrimonio de la Beneficencia Pública del estado de Nayarit, por medio del cual

se brindará una atención más expedita y oportuna a personas desamparadas carentes de seguridad social, este ejercicio nos dará una referencia real para poder establecer convenios de colaboración mediante los cuales las Beneficencias Públicas Estatales se responsabilicen del adecuado manejo de los recursos, permitiendo que a nivel federal desarrollemos actividades normativas.

Indicadores estratégicos

Por lo que se refiere al avance físico de las metas, se encuentran previstos indicadores estratégicos de resultados trimestrales que permiten verificar y comparar los resultados obtenidos contra los previamente establecidos, en donde en el mes de julio se programó atender 282 solicitudes de 334 recibidas esperando cumplir en un 84.4 por ciento, se atendieron 278 y se recibieron 320 por tal razón se alcanzó un 86.8 por ciento de atención superándose en un 2.8 por ciento lo alcanzado respecto a lo programado.

Fideicomisos

En el mes de diciembre se entregaron los apoyos de los 3 fideicomisos: quintillizos, niño del milenio y niño Mateo Neri. Durante el presente año, ha continuado administrando los recursos de los siguientes fideicomisos: para los quintillizos, el del menor Luna Salgado, el niño del milenio, se apoyó a la niña Maribel Juárez atendida en el Hospital Juárez del Centro; asimismo se apoyó al niño Mateo Neri Mora atendido en el Instituto Estatal de Cancerología del estado de Guerrero.

Convenio

Se ratificó el convenio de colaboración con el Instituto Nacional Indigenista, para apoyar programas de atención de la salud visual a favor de la población que se atiende en los albergues escolares del INI.

Juicios

Por lo que se refiere a juicios de sucesorios, se obtuvieron 24 declaratorias firmes de herederos a favor de la Beneficencia Pública. Al 31 de julio del 2001 se atendieron 5 396 juicios correspondiendo, 4 692 a juicios sucesorios en primera sección, 442 juicios sucesorios cuentan con declaratoria firme de herederos a favor de la Institución, siendo atendidas 111 por despachos externos y 331 en forma directa, 262 son juicios conexos a las sucesiones y diversos, de los cuales 30 se atienden por conducto de despachos externos y 232 en forma directa.

Recursos

Se han interpuesto 50 apelaciones, 37 amparos indirectos, y 31 amparos en revisión para tratar de obtener declaratoria de herederos a favor de la Beneficencia Pública.

Arrendamiento

Se han obtenido 4 sentencias de arrendamiento a favor de la Institución.

Recuperación de rentas

Se han recuperado 343.2 miles de pesos por rentas adeudadas por inquilinos morosos que corresponden a 501 meses.

Recuperación de inmuebles

Se recuperaron 2 inmuebles propiedad de la Institución, derivado de dos Juicios Reivindicatorios, 1 inmueble y 2 viviendas derivado de acciones extrajudiciales y un inmueble por acciones realizadas en juicio de controversia de arrendamiento.

Juicios de inmuebles

Se negó amparo a dos contrapartes de la Beneficencia Pública en el juicio reivindicatorio para dejar firme la sentencia que ordena la desocupación y entrega del inmueble propiedad de esta Institución ubicado en Lago Zirahuen No. 43, Colonia Anáhuac.

Se negó amparo a dos contrapartes de la Beneficencia Pública en el juicio reivindicatorio, para dejar firme la sentencia que ordena la desocupación y entrega del inmueble propiedad de esta Institución ubicado en Constantino No. 84, Colonia Ex-hipódromo de Peralvillo.

Modificaciones al catalogo inmobiliario

Se efectuaron 11 modificaciones al catálogo, se dio de baja por venta el Inmueble de Calzada de la Viga No. 29, se celebraron contratos de arrendamiento 3 inmuebles: Sur 167 No. 2405, República de Chile No. 38 D-308 y Callejón de Teteapulco No. 3, están en reserva territorial 4 inmuebles: Benjamín Hill No. 1, Magnolia 120-11, Norte 72 A No. 3731 y Sur 73 No. 4114 se tiene inmueble catalogado como irregular.

Clasificación administrativa de inmuebles

El acervo inmobiliario se conforma de 215 inmuebles de los cuales 23 están ocupados por oficinas de la Secretaría de Salud, 7 por los Servicios de Salud de los estados de Morelos, Veracruz, Guanajuato, Michoacán y Colima, 23 están ocupados por la Secretaría de Salud del D. F., 22 están otorgados en comodato a Organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro, 8 se encuentran en reserva territorial, 117 propiedades están en arrendamiento y 15 propiedades son irregulares.

Area técnica

Se realizaron 148 visitas de inspección de tipo administrativo y técnico a los inmuebles de este órgano desconcentrado, se atendieron 33 ordenes de trabajo para dar mantenimiento a los inmuebles propiedad del Patrimonio de la Beneficencia Pública; se efectuaron 9 levantamientos arquitectónicos, así como 13 justipreciaciones de renta y se practicaron 13 dictámenes técnicos de inmuebles administrados.

Arrendamiento de inmuebles

Durante el período que se informa, se obtuvieron ingresos por casi 2 millones de pesos por arrendamiento de inmuebles, se celebraron 173 contratos de arrendamiento, de los cuales 169 correspondieron a renovaciones y 4 fueron nuevos. A la fecha se cuenta con 117 inmuebles, mismos que generaron 399 contratos de arrendamiento, de los cuales 268 están regulares y 99 se encuentran en litigio.

Contratos en comodato

El 1º de abril del año en curso, se celebró el contrato de comodato con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, respecto del inmueble ubicado en Benjamín Hill, Col. Hipódromo Condesa, en esta ciudad con una vigencia de 5 años.

Valores

Durante los meses de diciembre del 2000 y de enero a julio del 2001, las unidades hospitalarias en el país efectuaron donaciones voluntarias a este órgano desconcentrado por 23.5 millones de pesos.

En el mes de agosto, se firmó el convenio de colaboración con el INSEN y con CENSIDA, para la dictaminación de funcionamiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro que son apoyadas por este órgano desconcentrado.

Capítulo 7

Coordinación General de Planeación Estratégica

7. COORDINACIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

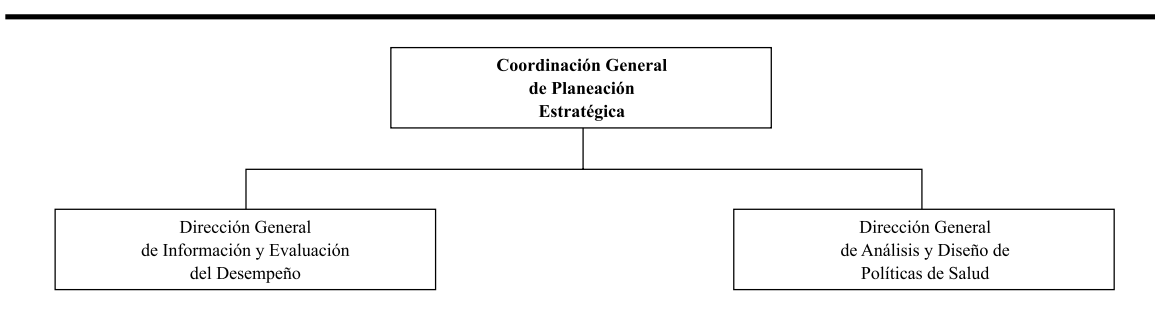
La Coordinación fue creada al inicio de la presente Administración con el fin de actualizar los planes y programas dentro de las nuevas políticas establecidas por el Ejecutivo Federal y en específico las relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, acordes con el proceso innovador, que pretende mejorar la calidad y ser más equitativo en todos los ordenes en que participa la Federación, para que la población en general tenga certidumbre y confianza en los resultados que se vayan presentando.

Función

Sus funciones son proponer nuevos instrumentos para la reforma y la modernización de la Secretaría; proponer las políticas, estrategias, sistemas y programas que permitan optimizar la asignación de recursos financieros para la atención de la salud; dirigir el sistema de información estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes; proponer y emitir, en coordinación con el Sector Salud, las políticas y normas sobre información estadística que deban reportar los servicios de salud; normar y coordinar el Sistema de Indicadores de Salud y conducir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud, entre otras.

Estructura Orgánica

Coordinación General de Planeación Estratégica



Para el desempeño de sus funciones, la Coordinación General cuenta con una estructura formada por dos direcciones generales, una dirección general adjunta, cuatro direcciones de área y cinco subdirecciones.

En el período, se encargó de coordinar las actividades referidas a la elaboración del apartado de salud, para el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, así como del Programa Nacional de Salud para el mismo período, documentos torales en el ámbito de su competencia, para el desarrollo de los compromisos de la actual Administración en el proceso de cambio que exige la población.

Para llevar a cabo estos trabajos se integró un grupo interinstitucional, con la participación de representantes del IMSS e ISSSTE y de diversos funcionarios de la SSA, donde concurrieron todas las áreas mayores de la Secretaría.

Asimismo, participó en la integración de los 43 programas de acción, comprometidos en el Programa Nacional de Salud, los cuales se espera concluir antes del término del año. Algunos de ellos

ya se presentaron a la sociedad. En este mismo sentido, se integró el grupo que está definiendo lo relativo al proyecto de protección financiera, uno de los tres retos de la actual Administración en materia de salud.

Para la elaboración del Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México, se llevó a cabo una amplia consulta a través de los diversos medios puestos a disposición, donde participaron la ciudadanía, las instituciones públicas del Sector Salud y de otros sectores, así como instituciones y academias profesionales, privadas y de la sociedad civil, a las que se sumaron diversas asociaciones y Organismos No Gubernamentales, y los empleados del Sector Salud.

El resultado fue una muestra del gran interés que reviste para la ciudadanía el que fueran consideradas sus propuestas, que permitirán mejorar los servicios de salud, a los que acuden día con día.

La participación en general, se resume como sigue:

Fuente	Cantidad	Propuestas
Foros de consulta	161	4 496
Federales	18	721
Estatales	143	3 775
Buzones	-	18 454
Internet SSA	-	1 024
Internet Presidencia	-	2 590
MANDE-INEGI	-	14 807
Otros	-	33
Total	322	22 950

La respuesta en número de foros se rebasó en 14.6 por ciento (161-131), y en participación ciudadana, muy superior a la esperada. A efecto de mostrar dicha participación, en algunos de sus aspectos más relevantes, a continuación se presentan tres resúmenes:

Programa Nacional de Salud 2001-2006
Foros Federales Celebrados

No. Foros	Nombre del Foro	Entidades	No. Ponencias	No. Asistentes
	Equidad		120	
1	Retos emergentes	Campeche,	42	493
	Rezagos en Salud	Campeche	58	
	Mujer y Salud		20	
	Equidad		183	
2	Retos emergentes	Hermosillo,	83	1 200
	Rezagos en Salud	Sonora	65	
	Mujer y Salud		35	
3	Salud Mental	León,	16	94
	Adicciones	Guanajuato		
4	Salud Mental	México, D. F.	23	192
	Adicciones			
5	Enseñanza e Investigación en Salud	México, D. F.	156	842
6	Calidad	México, D. F.	8	200
7	Calidad	México, D. F.	17	400
8	Protección Financiera	México, D. F.	17	232
9	Salud Mental	Monterrey,	21	188
	Adicciones	Nuevo León		
10	Salud Mental	Tijuana,	21	350
	Adicciones	Baja California		
	Equidad		49	
11	Retos emergentes	Tlaxcala,	20	300
	Rezagos en Salud	Tlaxcala	17	
	Mujer y Salud		12	
12	Salud Mental	Veracruz,	20	245
	Adicciones	Veracruz		
Total	18		651	4 736

Primer Informe de Labores

Foros Estatales

estado	ero de Foros	ero de Ponencias	ero de Asistentes
Aguascalientes	8	99	465
Baja California	6	43	600
Baja California Sur	5	49	183
Campeche	2	62	789
Coahuila	3	126	667
Colima	1	18	110
Chiapas	14	107	1 005
Chihuahua	3	38	248
Distrito Federal	1	37	349
Durango	1	34	79
Guanajuato	1	63	480
Guerrero	1	98	738
Hidalgo	3	136	577
Jalisco	10	155	399
México	11	731	786
Michoacán	8	716	1 393
Morelos	3	43	301
Nuevo León	4	23	304
Oaxaca	7	116	1 012
Puebla	6	48	707
Quintana Roo	2	21	186
Querétaro	7	66	83
San Luis Potosí	6	5	1 170
Sinaloa	1	66	190
Sonora	7	269	621
Tabasco	6	109	284
Tamaulipas	3	16	113
Tlaxcala	3	44	130
Veracruz	2	24	136
Yucatán	1	7	350
Zacatecas	7	87	619
Total	143	3 456	15 074

Aportaciones por Línea Estratégica

Línea estratégica	Aportaciones
01 Vincular la salud con el desarrollo económico y social	3 109
02 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	3 488
03 Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición de prioridades	7 516
04 Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios	5 679
05 Brindar protección financiera a toda la población	1 970
06 Alcanzar la federalización efectiva de la salud	348
07 Fortalecimiento del papel rector de la SSA	365
08 Incrementar la integración a la prestación de servicios	88
09 Ampliar la libertad de afiliación y la participación ciudadana	197
10 Fortalecer la investigación y la formación de recursos humanos	560
Total	22 950

7.1. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

Esta Dirección General, tiene entre sus funciones: Coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, así como emitir, difundir y evaluar las normas para la elaboración y actualización de la información estadística en salud y vigilar su cumplimiento. Vigilar que los criterios y procedimientos de captación, producción y difusión de la información estadística sean congruentes con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud y de Información Estadística y Geográfica; Generar la información estadística en salud que requieran las unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades. Así como, coordinar el Grupo Interinstitucional de Información en Salud para el establecimiento y operación del sistema de información sectorial y el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades, para promover y vigilar el adecuado uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades; Normar el diseño y contenido de los certificados de defunción, muerte fetal y nacimiento.

Actividades relevantes entre el 1 de enero al 31 de agosto de 2001: revisión del Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana en Materia de Información Estadística en Salud, para garantizar el suministro de información para la consolidación del Sistema Nacional de Información en Salud y el seguimiento y evaluación de los compromisos planteados en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Dentro del proceso de consolidación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), el Grupo Interinstitucional de Información sesionó en siete ocasiones durante el período. Asimismo, se concerta con el INEGI un sólo levantamiento en un formato homogéneo de la Encuesta de Unidades Médicas Privadas con servicio de Hospitalización, para disminuir así las solicitudes de información que se hacen a este sector.

En cuanto a la obtención de estadísticas, es de destacar que se llevó a cabo el cierre del año estadístico 2000 de los componentes de servicios, egresos hospitalarios y de recursos para la salud, cuyo resultado son cifras definitivas acerca de la actuación de los servicios estatales en relación con las atenciones otorgadas, la disponibilidad de recursos tanto físicos, materiales como humanos. Se integró la estadística preliminar de defunciones del 2000. Se cuenta actualmente con cifras referentes al período enero-junio del año en curso sobre las actividades realizadas en la atención de la salud de la población.

Durante el año anterior se participó en el levantamiento y validación de la Encuesta Nacional de Salud 2000, en el primer semestre 2001 se trabajó en la obtención de estadísticas derivadas, principalmente en lo referente a prevalencia de enfermedades, uso, preferencia y calificación de servicios de salud y discapacidad. Conjuntamente con la explotación de la Encuesta Censal 2000, se avanzó en la caracterización estatal de la población con y sin derecho a servicios de salud, que contribuirá a la mejor distribución del gasto en salud de los gobiernos federal y locales.

La Dirección General participó activamente en el proceso de consulta, definición de contenidos y especialmente en proporcionar y validar toda la información estadística que dio sustento al diagnóstico situacional y a la planeación de metas y compromisos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Por otra parte las actividades del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades se abocaron a la impartición de cuatro cursos sobre codificación de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina para 92 personas de los estados de Yucatán, Quintana Roo, Chiapas, Guerrero y Morelos. Llevó a cabo cinco reuniones a fin de revisar y resolver problemas relacionados con el uso de la CIE y en la generación de estadísticas en salud. Asimismo, se participó, vía Internet, en el Forum Latinoamericano sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades coordinado por OPS/OMS, con 22 aportaciones y sugerencias de solución a problemas de codificación planteados por países de la región.

Se encuentra en proceso el Programa de Acción en materia de Evaluación del Desempeño; así como la creación del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, lo que permitirá conocer la información del gasto en salud por fuente, fondo y proveedor.

Un importante punto de consolidación del SINAIS se refiere al programa editorial en sus vertientes de publicaciones nacionales, sectoriales e institucionales; destaca el envío a imprenta de los documentos de: Mortalidad 1999, Estadísticas Vitales 1999, Cifras Municipales en Salud-Bases de Información-1999, el tríptico Indicadores Básicos 1999 y el Boletín de Información Estadística No. 19. En el aspecto sectorial destaca la integración del Boletín de Información Estadística No. 20 en sus tres volúmenes. En cuanto a las publicaciones de carácter institucional, se elaboró el Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud en los Estados, 2000. Durante el período fueron distribuidos más de 3 000 libros de 6 títulos y 200 CD con la base de datos de mortalidad.

Para ampliar la difusión de información a un mayor número de usuarios se participó en el rediseño de la página electrónica de la SSA. Creció la cobertura temática, principalmente en el apartado de mortalidad, se incluyeron documentos completos en formato *.pdf* sobre Mortalidad y la Situación de la Salud en los Estados. Fue actualizada la sección de Estadísticas en Salud al año de 1999; en el caso especial de los datos de la SSA ya se cuenta con cifras definitivas al 2000.

Es importante también mencionar que se diseñó y se puso en línea una página del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) con la finalidad de promover y vigilar el uso correcto de la Clasificación Internacional de Enfermedades y de su familia de clasificaciones en México, así como asesorar en línea a usuarios de estas clasificaciones en la solución de los problemas detectados durante su aplicación. Con ello se contribuye al mejoramiento de la calidad de las estadísticas de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina en el país.

Metas

Con epto	2000*	Agosto 2001		Di ie bre 2001
		Progra da	Al anzada	
Personas capacitadas	370	163	163	320

*Corresponde al componente de información

7.2. Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud

La Dirección General, de creación reciente, tiene entre sus funciones: Estudiar y diseñar las políticas y estrategias organizativas y financieras, en el área de sistemas de salud, que contribuyan a la reforma y desarrollo del sector; Proponer y promover las políticas, procedimientos, contenidos y normas para el desarrollo de acuerdos de gestión entre los organismos descentralizados y las unidades médicas y otros prestadores, en coordinación con las Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto; Formular recomendaciones y proponer políticas, estrategias y programas en materia de salud, derivados del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, así como apoyar la elaboración de los programas de salud en las entidades federativas; Desarrollar nuevos modelos de organización, modalidades de financiamiento, integración de redes de prestación de servicios y fórmulas de gestión para la reforma y la modernización de la Secretaría, en coordinación con las unidades administrativas responsables de su ejecución; Estudiar y diseñar estrategias y planes de aseguramiento para la cobertura

universal de servicios de salud para la población mexicana, en coordinación con la Dirección General de Protección Financiera en Salud. Entre otras.

Durante el presente año, se llevaron a cabo diversas actividades que permitieron ir incorporando las políticas y programas, con lo que la actual administración responderá a los retos comprometidos de: calidad, equidad y protección financiera. Destacan las siguientes:

Reunión con la oficina de Planeación Estratégica de la Presidencia para analizar y definir los lineamientos para el Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial y POA 2002.

Participación en la Comisión de Desarrollo Social y Humano para integrar la planeación estratégica de la SSA dentro de los objetivos de la Comisión, determinado la agenda estratégica de la Comisión de Desarrollo Social y Humano.

Se participó en diversas reuniones de la Junta Ejecutiva del Congreso de Seguridad General para la creación del Comité de Colaboración Sectorial, habiéndose establecido el memorando de entendimiento para la óptima utilización de la capacidad instalada entre instituciones.

Por otra parte, se participó en el Órgano Rector del Instituto Nacional de Mujeres con objeto de analizar y aplicar la perspectiva de género y se incorporará en el proceso de planeación presupuestal 2002, con enfoque de género.

Se tuvo amplia participación en el desarrollo de diversos documentos relacionados con los planes y programas nacionales y sectoriales donde sobresalen los siguientes:

Para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se llevaron a cabo múltiples reuniones con el grupo intersectorial, integrado para esto, habiendo presentado las aportaciones que correspondían al área de salud, las cuales quedaron integradas en los documentos de referencia.

Se está analizando de manera conjunta con las entidades federativas, la fórmula de distribución de presupuesto y sus indicadores, que se había aplicado en los años anteriores. Con base en esto se elaboró un documento con una propuesta que establece nuevos criterios de asignación del presupuesto que asigna la Federación a la entidades federativas a través del Ramo 33 "Aportaciones Federales para las Entidades Federativas y Municipios", el cual se pondrá a consideración en su momento, al H. Congreso de la Unión, previa evaluación de las diferentes áreas, dependencias y entidades involucradas.

Asimismo, se participa con la Dirección General de Protección Financiera, en el estudio de factibilidad, costo y ámbito de aplicación del seguro popular.

Por último, se llevaron a cabo diversas reuniones con las áreas centrales y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para establecer la estructura programática que se aplicará en la elaboración del Programa Operativo Anual 2002, acorde con las líneas estratégicas y programas de acción del Programa Nacional de Salud, presentado a la opinión pública el día 5 de julio pasado. Con base en esta nueva estructura se elaboró el Programa Operativo Anual presentado en días pasados a la Secretaría responsable.

Capítulo 8

Organismos Públicos Descentralizados

8. ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS

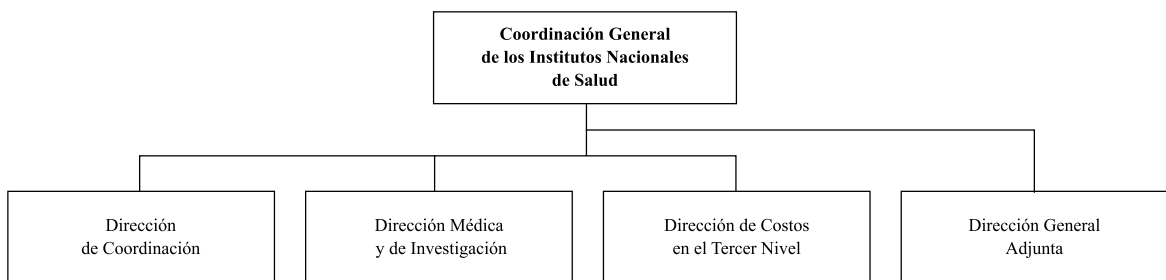
8.1. Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud

Función

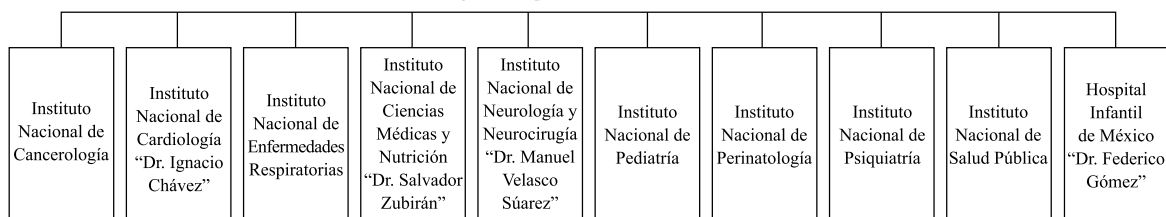
La Coordinación General tiene como funciones: Apoyar al Secretario en la coordinación del Subsector de los Institutos Nacionales de Salud; Coordinar, apoyar y dar seguimiento a los acuerdos y compromisos de trabajo que adquieran los titulares de los Institutos Nacionales de Salud con las juntas de gobierno correspondientes; Establecer, con la aprobación del Secretario, las políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico en materia de investigación en salud aplicables a los Institutos Nacionales de Salud y a las unidades administrativas de la Secretaría; Elaborar con la participación de las unidades administrativas competentes, el Programa de Investigación en Salud, y ejecutarlo en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y con los gobiernos de las entidades federativas; Promover y coordinar actividades relativas a la formación de recursos humanos de excelencia, para la investigación en salud y la atención médica, en los Institutos Nacionales de Salud y Escuelas de Medicina; Proponer mecanismos para la óptima utilización de los recursos tecnológicos, asistenciales, docentes y de investigación biomédica con los cuales cuenta el país. Entre otras.

Estructura Orgánica

Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud



Institutos Nacionales de Salud Organismos públicos descentralizados



En concordancia con las nuevas funciones y responsabilidades, se procedió a realizar la reorganización de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud a fin de contar con dos direcciones generales adjuntas, tres direcciones de área, y siete subdirecciones de área y siete jefaturas de departamento, así como una coordinación administrativa, por lo que se le confirió la siguiente estructura orgánica:

El subsector de los Institutos Nacionales de Salud está integrado por 10 unidades:

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Perinatología

Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

Instituto Nacional de Salud Pública

Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”

Con objeto de mejorar la coordinación del subsector de los INS Salud e incrementar el impacto de la investigación en salud que en ellos se desarrolla, se asignaron nuevas funciones y responsabilidades en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio del presente año.

Durante el período de este informe, cumplió con la encomienda de apoyar y dar seguimiento a los programas, acuerdos y compromisos de trabajo que adquirieron los titulares de los Institutos Nacionales de Salud con los órganos de gobierno. De la misma forma, realizó actividades para la mejora de las acciones de investigación y enseñanza que se realiza en los institutos y que propician la actualización de nuevas técnicas para el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno (clínico o quirúrgico) y la rehabilitación temprana en beneficio de la población que atiende y que carece de los servicios de seguridad social.

En apoyo a las tareas sustantivas que realiza la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, se solicitó y autorizó una ampliación al presupuesto autorizado originalmente para el ejercicio fiscal del año 2001, a fin de cumplir con los programas y proyectos que se tienen en operación.

Durante el primer trimestre del año se participó en la organización del Foro de Consulta Ciudadana sobre Enseñanza e Investigación en Salud, que se realizó el día 27 de marzo de 2001 en el auditorio del Instituto Nacional de Cardiología.

A fin de cumplir con el pago de los Estímulos a la Productividad Científica de los investigadores del Sistema Institucional de la Secretaría de Salud, se efectuaron los trámites requeridos con la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la propia dependencia, para obtener la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Se realizó la modificación de la estructura orgánica interna a fin de dar cumplimiento a las nuevas atribuciones de la Coordinación General consignadas en el Reglamento Interior de la Secretaría de

Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2001, y se encuentra en proceso la actualización del Manual de Organización correspondiente.

Aunado a la reestructuración orgánica interna, se contrataron y adecuaron nuevas instalaciones físicas para el desempeño de las actividades del personal, trabajos efectuados durante el período de mayo a julio, ocupándose las oficinas a partir de la segunda quincena de este último mes.

Se realizaron las gestiones correspondientes para la adquisición de mobiliario y equipo de oficina en sustitución del existente, así como bienes informáticos necesarios para la modernización de la infraestructura en esta materia, la agilización de las tareas cotidianas y la comunicación electrónica interna y con el exterior.

Del 1º de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001 se participó en la supervisión de la documentación preparatoria de 20 sesiones ordinarias y diez extraordinarias de los órganos de gobierno de los INSalud; en éstas últimas, se fungió en la Presidencia suplente. Asimismo, se acudió a 30 reuniones de los Comités de Control y Administración (COCOA), organizando los calendarios de reuniones y se asesoró a los INSalud en la formulación de plan estratégico de desarrollo vinculado al PNS y al PND 2001-2006.

Se evaluó el desempeño de los Institutos Nacionales de Salud para proponer líneas estratégicas orientadas a incrementar los recursos fiscales, propios y externos que se destinen a la investigación y docencia de calidad.

Con el propósito de contar con un mayor número de personas dedicadas a la investigación en salud que contribuyan al avance de la medicina nacional por medio de la realización de protocolos de investigación y publicaciones científicas de la más alta calidad posible, la Comisión Externa de Investigación en Salud de los Institutos Nacionales de Salud evaluó 462 solicitudes de ingreso y promoción al Sistema Institucional de Investigadores de la SSA. La Comisión dictaminó el ingreso de 228 nuevos investigadores (49.4 por ciento), la promoción de 177 (38.3 por ciento) a diferentes categorías y niveles, y la no promoción de 35 (7.6 por ciento) debido a que les faltó puntuación para lograrla. Además, 22 aspirantes (2.1 por ciento) no ingresaron al Sistema por no reunir los mínimos requisitos para ello o por no demostrar una orientación definida hacia la investigación en salud.

Tomando en consideración los datos mencionados para ingreso y promoción, así como algunos movimientos internos que han ocurrido, el Sistema Institucional de Investigadores de la SSA cuenta en la actualidad con 1 456 investigadores registrados, de los cuales 1 091 (74.9 por ciento) están adscritos a los Institutos Nacionales de Salud; los otros 365 (25 por ciento) se encuentran en 15 unidades administrativas localizadas en el Distrito Federal (240 investigadores) y en 24 unidades ubicadas en los estados de Baja California, Campeche, Durango, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán (125 investigadores).

Como un reconocimiento a los mejores investigadores de la SSA y para apoyar su productividad científica, en 2001 se realizó para ellos un programa de estímulo económico con apoyo de la Comisión Externa de Investigación en Salud de los Institutos Nacionales de Salud. Resultaron merecedores de estímulo económico 198 investigadores que se distinguieron por su esfuerzo y dedicación a las tareas de investigación científica; de ese total, 169 (85.4 por ciento) pertenecen a los Institutos Nacionales de Salud y 29 (14.6 por ciento) a otras instancias de la propia SSA. La distribución alcanzó un total de casi 13 millones de pesos.

8.2. Institutos Nacionales de Salud

8.2.1. Instituto Nacional de Cancerología

El Instituto tiene la función principal de alcanzar la excelencia en investigación, enseñanza y atención médica, contribuyendo con la descentralización de los servicios de salud, en materia de neoplasias, fortaleciendo el funcionamiento de los centros oncológicos en el país, formando recursos humanos y promoviendo el desarrollo de investigaciones y la publicación de artículos científicos.

Estructura Orgánica

Para atender sus actividades, el Instituto cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye 1 dirección general; 4 direcciones de área; un órgano de control interno (a nivel dirección); 16 subdirecciones y 47 jefaturas de departamento.

Entre las principales actividades realizadas durante el período destacan:

Investigación

El número de protocolos de investigación registrados, se ha mantenido desde diciembre de 2000, en ese período se han desarrollado 161 investigaciones en diferentes áreas de la oncología. Sin embargo, se incrementó el número de protocolos patrocinados por la industria farmacéutica del 28 por ciento al 37 por ciento. Los protocolos financiados por CONACYT en este período son: modulación de la radiosensibilidad del cáncer de vejiga por medio de un vector adenoviral que expresa el antígeno p53 (Ref.: 26059-M); papel de la trombina en el desarrollo de metástasis pulmonar (Ref.: 212215-5-28803); evaluación y desarrollo de vacunas contra el virus del papiloma humano en México (un esfuerzo interdisciplinario) (Ref.: M0205); significado biológico del DNA circulante en el plasma de pacientes con cáncer (Ref.: 34649-M); evaluación del daño genotóxico (expresión de p53, formación de cometas y apoptosis) inducido por exposición acumulativa a partículas contaminantes ambientales (PM10) de tres zonas de la ciudad de México en células L929 (Ref.: 34547-M); participación de las hormonas estrogénicas en el desarrollo de la resistencia a fármacos antineoplásicos en líneas celulares de Cáncer Cérvico Uterino (Ref.: 135551-M) y detección y caracterización del genoma del virus de la hepatitis "C" en donadores de sangre y pacientes con hepatitis crónica, cirrosis hepática y/o hepatocarcinoma, seropositivos al virus (Ref.: 859M).

De los 67 investigadores evaluados por el Sistema Institucional de Investigadores, 27 son titulares y 40 son asociados; respecto al período anterior si hay diferencias, debido a que hubo 3 renunciaciones, ingresaron 9 investigadores y 11 fueron promovidos. De los 67 investigadores 25 (37 por ciento) pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I.), superior en 14 por ciento con relación al período anterior.

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Número de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	57	67
Número de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	22	25

Derivado de las actividades que se realizan en la institución, durante este período se publicaron 68 artículos: el 43 por ciento corresponden a internacionales, en revistas de alto impacto (Grupos III y IV); siendo importante mencionar que durante este período se logró la aceptación en una revista de alto nivel (Nature), publicación de un esfuerzo interinstitucional e internacional. Un total de 2 alumnos están efectuando estudios de doctorado, 7 de maestría en diferentes programas y 1 se graduó durante el primer semestre del presente año.

El Instituto ha mantenido los convenios de colaboración con diversos centros nacionales e internacionales como el *National Cancer Institute* de los Estados Unidos y con la Universidad de *Nottingham*. Asimismo, durante el presente año se llevó a cabo la fusión de la revista del Instituto, con la Revista Española de Oncología, con el objetivo de unificar esfuerzos con la Federación de Sociedades de Oncología de España (FESEO), para crear una nueva publicación con mayor presencia internacional.

Logros y metas esperados en el periodo de diciembre 2000-agosto 2001

	Metas	Logros
Artículos	36	40
Internacionales	13	21
Nacionales	13	19
Tesis	3	3
Posgrado	1	2
Licenciatura	2	1
Protocolos de investigación		
Proceso	205	136
Trabajos en reuniones científicas	60	62
Congresos Internacionales	34	37
Congresos Nacionales	26	25

Atención Médica

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 114 180 consultas, 2 por ciento menos con relación al mismo período del año anterior 116 675 del total, el 3 por ciento correspondió a consultas de primera vez, 91 por ciento a consultas subsecuentes y el 6 por ciento a preconsulta.

Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 3 427, 48 por ciento mayor en comparación con el período anterior 2 318, 36 por ciento más respecto a lo programado para este mismo lapso 2 520.

Se registraron 5 976 egresos hospitalarios, un 5 por ciento menor con relación al período anterior 6 266 y 1 por ciento superior a la meta programada originalmente 5 930. Por otra parte, se realizaron 2 639 cirugías, un 3 por ciento inferior con relación al período anterior 2 721 y se realizaron 359 700 estudios de laboratorio, un 30 por ciento mayor con relación al período anterior 276 264.

Primer Informe de Labores

Concepto	Cierre (diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Total de Consultas	156 135	114 180
% de Ocupación Hospitalaria	88.3	90.1
Número de Cirugías	3 766	2 639
Estudios de Laboratorio	401 472	359 700
Egresos Hospitalarios	8 298	5 976

En el Instituto opera una Clínica de Displasias, cuyo objetivo prioritario es la reducción en la incidencia como en la mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino, a través de la detección oportuna. Durante este período, la Clínica de Displasias del Instituto Nacional de Cancerología dio atención a un total de 15 955 pacientes, 5 265 de primera vez y 10 690 subsecuentes.

Por otra parte, el Instituto cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos, la cual labora en forma coordinada con la Clínica del Dolor y tiene como objetivo, atender a los pacientes con cáncer cuya extensión de la enfermedad limita la posibilidad de tratamiento con fines curativos, pero que requieren el alivio de manifestaciones directas o indirectas de la enfermedad, así como brindar apoyo psicológico al paciente y a sus familiares a través de personal especializado, fomentando el apoyo intradomiciliario.

Durante el período 2000-2001, se cumplieron favorablemente las metas propuestas y en algunos de los casos se superó la meta establecida, durante el período 2000-2001 se vislumbra las principales actividades realizadas por el Instituto, como a continuación se menciona: la cirugía se mantiene como primer recurso y sin duda alguna, es uno de los más eficaces en el tratamiento de pacientes con tumores realizándose 2 567 intervenciones quirúrgicas; en la Subdirección de Radioterapia se tiene tecnología de punta, en el período que nos ocupa se realizaron 32 301 sesiones; con el tratamiento otorgado con el Clinac 2000 se aportaron beneficios importantes en la atención al paciente; por donación se obtuvieron dos cámaras hiperbáricas para el tratamiento de pacientes sometidos a radioterapia; en radiodiagnóstico, conjuntamente con los equipos convencionales de rayos "X", se cuenta con dos mastógrafos y se realizaron 27 028 estudios; con el sistema automatizado en Laboratorio Clínico se logró la realización de un mayor número de exámenes con mayor precisión realizándose 437 821 estudios; se encuentran en funcionamiento dos aparatos con tecnología de punta para tomografía axial computarizada, dando apoyo a la fase diagnóstica realizándose 7 485 estudios; la unidad de Patología realizó 45 299 estudios, en el área de hospitalización se consiguió la cifra de 5 852 egresos por mejoría o fin de tratamiento y en consulta externa se otorgaron 109 480 consultas de especialidad.

Enseñanza

Durante el período correspondiente, se llevó a cabo el programa de especialización para 83 médicos residentes, 34 becarios de la Secretaría de Salud y 49 becarios directos, de acuerdo a su lugar de procedencia 63 son nacionales y 20 extranjeros (4 de Costa Rica, 3 de Guatemala, 1 de Colombia, 1 de Bolivia, 1 de Belice, 3 de Honduras, 1 de Nicaragua, 1 de Ecuador, 1 de Panamá, 4 de República del Salvador).

Se realizaron cursos de especialidad de los cuales, nueve cuentan con reconocimiento universitario (Oncología Médica, Hematología, Cirugía Oncológica, Radio-Oncología, Citopatología, Patología Oncológica, Algología, Radiología Oncológica y Endoscopia Gastrointestinal), tres sin reconocimiento

universitario (Ginecología Oncológica, Patología Bucal y Psico-Oncología) y un diplomado (Clínica del Dolor).

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	4 656	3 318
En Formación	343	238
Capacitados	4 313	3 080
Cursos Total	81	62
Especialización	12	11
Pregrado-Medicina	6	5
Pregrado-otras especialidades	6	7
Técnico y Posttécnico	1	1
Educación Continua	18	14
Capacitación	36	22
Educación para la salud	2	2

Durante el período de referencia, se impartieron 62 cursos y el número de recursos humanos formados 238 y capacitados 3 080 ascendió a 3 318 alumnos, cifra superior en un 8 por ciento respecto a la meta programada 3 070, dicho incremento se debió a la gran asistencia que hubo a los cursos. Se realizaron 40 sesiones clínicas generales y 8 anatomo-clínicas. En fomento para la salud se atendieron 1 200 pacientes a través de Grupo Reto y rehabilitación en foniatría.

Se llevaron a cabo los siguientes cursos: Seminario de Radiocirugía, VIII Curso de Cáncer en la Mujer, 3er. Curso Estilo de Vida, Dieta y Cáncer, 2do. Curso de Medicina Transfusional, la XVIII Reunión Nacional Médica del Instituto Nacional de Cancerología, la XIV Reunión de los Centros Estatales de Cancerología, 3er. Curso Cáncer en Niños, Curso-Taller Teórico Práctico Tratamiento del Cáncer Localizado de la Próstata, 2º. Curso de Patología Mamaria, V Curso de Imagen en Mama, Curso de Tabaquismo Involuntario, Curso Básico de Gastroenterología Oncológica, 1er. Curso Internacional de Marcadores Tumoraes, Controversias en Cáncer Ginecológico y el 1er. Congreso Nacional de Psico-Oncología.

8.2.2. Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”

El Instituto Nacional de Cardiología tiene desde su creación, la visión de tratar de manera integrada la investigación con la docencia y la atención médica de los pacientes cardiopatas del país, así como asesorar y formular opiniones y actuar como órgano de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública, en su área de especialidad.

Cuenta con una estructura integrada por 5 direcciones de área, 11 subdirecciones y 58 departamentos y el Órgano de Control Interno, con la que ha cumplido los compromisos contraídos dentro de su área de competencia. Esta estructura se ha ido modificando a fin de adecuarse a las necesidades de modernización que requiere el dinámico avance de la atención de los padecimientos cardiovasculares.

Investigación

Las actividades de investigación tienen gran trascendencia y para fortalecerlas, el año 2000 se incrementaron las plazas a 75, mismas que se mantuvieron durante 2001; de dichas plazas, 61 (81.3 por ciento) son de investigadores, además se asignaron los departamentos y viviendas de la Unidad Habitacional para Investigadores, lo que apoyará la permanencia y favorecerá la carrera del personal en esta área.

Durante el período que se informa se incrementaron de 98 a 104 los investigadores evaluados por el Sistema Institucional de Investigación y se mantuvo en 55 (56.1 por ciento) el número de investigadores que pertenecían al Sistema Nacional de Investigadores, por la calidad de los recursos humanos y de la producción científica del Instituto, ya que ambos son criterios considerados en dichas evaluaciones. Asimismo, se debe señalar que los investigadores del Instituto participan en diversos comités editoriales de revistas especializadas del país y el extranjero, y obtuvieron distinciones nacionales e internacionales para los trabajos de investigación.

En el período evaluado se trabajó en 97 investigaciones en 2000 y 102 proyectos en 2001, se concluyeron 34 investigaciones en ambos períodos, manteniendo la productividad. La distribución de las investigaciones en 2000 incluyó 51 investigaciones clínicas y 46 básicas y tecnológicas, en 2001 se reportan al final de período evaluado 38 proyectos de investigación básica, 63 proyectos de investigación clínica y 1 proyecto en investigación sociomédica.

Los esfuerzos realizados para contar con fuentes alternas de financiamiento dieron por resultado que en el período se incrementaran de 40 a 57 los proyectos con estos recursos, pasando del 41 por ciento al 56 por ciento de los proyectos vigentes. Con fondos de CONACYT hubo un aumento de 15 a 20 investigaciones apoyadas y los restantes 25 proyectos en 2000 y 37 en 2001, recibieron fondos nacionales e internacionales de la industria farmacéutica, instituciones o agencias, por la calidad y pertinencia de las temáticas propuestas.

Con el objetivo de contribuir con resultados sólidos para dar respuesta al incremento en los padecimientos cardiovasculares en la población del país, se inició la línea de investigación sociomédica que integra desde una perspectiva preventiva los aspectos básicos, clínicos, epidemiológicos, sociales y económicos, a fin de contribuir al cumplimiento de los programas nacionales respecto a estas enfermedades con estrategias innovadoras.

En este sentido el año 2000, se realizó la primera fase del proyecto de investigación sobre la cardiopatía isquémica, la experiencia y percepción sobre la enfermedad y las barreras que existen para el comportamiento preventivo, perspectiva no considerada en el modelo tradicional. La segunda fase, llevada a cabo en 2001, incluyó el diseño e instrumentación de una encuesta sobre el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar, estudiando de manera integral los aspectos socioeconómicos para proponer acciones costo-efectivas. Otro proyecto realizado se refiere a implementar un programa con el objetivo de disminuir las complicaciones y la mortalidad en pacientes que ya han sufrido eventos de cardiopatía coronaria. Los resultados obtenidos en la primera etapa mostraron un decremento después de las acciones para la prevención secundaria, en los valores medios y las prevalencias de los factores de riesgo asociados, incluso el tabaquismo. A partir de los resultados, se planea la segunda fase a realizarse en población del Distrito Federal. Asimismo con el fin de favorecer la realización de estudios de frontera, en el período se ha fortalecido la infraestructura disponible, acondicionando el bioterio y modernizando el equipo los laboratorios de Fisiología, Anatomía Patológica, Inmunología,

Biomedicina Cardiovascular, Farmacología y Bioquímica, base indispensable de los proyectos de las áreas de investigación.

En el año 2000 se publicaron 77 artículos con una productividad por investigador de 1.2, para el 2001, se publicaron 96 artículos, con incremento de la productividad de 1.5, ambos índices superiores a los estándares internacionales. La clasificación de las revistas fue la siguiente:

Revistas Indexadas

	2000	2001 ^e
Grupo I y II	39	29
Grupo III y IV	33	33
Grupo V	5	4
Total	77	96

^e Estimado enero-agosto 2001

En el período evaluado, se mantuvo el avance en el desarrollo tecnológico pues se concluyeron estudios sobre la calcificación de biomateriales, métodos superiores para la preservación del pericardio bovino, se iniciaron pruebas para nuevos modelos de válvulas protésicas, así como de insumos para la cirugía cardíaca y general. Finalmente, se produjeron diversos tipos de prótesis cardíacas que fueron implantadas a pacientes de los niveles socioeconómicos más desprotegidos, cumpliendo la labor social del Instituto.

Enseñanza

Respecto a la formación de especialistas en cardiología y ramas afines, es importante mencionar que ingresaron 60 médicos, de los cuales 45 son nacionales y 15 provienen del extranjero. En las trece especialidades y subespecialidades de este ciclo había 181 residentes, de los cuales 136 eran mexicanos y 45 extranjeros.

Se llevo a cabo una reestructuración de los programas de estudio con especial atención en la formación humanística al fomentar una estrecha relación con el paciente, la investigación como requisito del aprendizaje y garantizar la habilidad técnica de los egresados con la realización de un mínimo de estudios o procedimientos. Cabe señalar que este programa se adoptó por la Universidad Nacional Autónoma de México, para la formación de cardiólogos en los hospitales que dependen de ella.

La Revista Archivos de Cardiología de México se modernizó a fin de que cumpla con las más altas exigencias internacionales para la divulgación de las aportaciones originales en el ámbito internacional.

El Instituto apoya los cursos de maestría y doctorado de Instituciones de Educación Superior, y recibió en el año 2000, 35 pasantes y para 2001 la cifra fue de 32, provenientes de diversas carreras de las instituciones de educación superior de la Ciudad de México y del interior de la República. Además, 57 médicos de otras instituciones de salud realizaron estancias cortas en los servicios.

Se continuó con los cursos monográficos de Educación Médica Continua, dirigidos a médicos provenientes de otras Instituciones, tanto de provincia como del extranjero. Cabe destacar la realización de los Cursos Cardiología 2000 y 2001, estos megacursos se organizaron con el objetivo de presentar los avances, áreas de trabajo de frontera y en líneas terapéuticas, dentro de las especialidades

cardiológicas y ramas afines en un único evento. La asistencia de médicos y enfermeras ha sido cercana a las 1 500 personas en ambas promociones.

En cuanto a la formación de personal de enfermería, en el mes de junio había una matrícula de 41 alumnos en la Licenciatura, 13 en el Curso de Auxiliares Clínicos, 32 en el curso Postécnico de Administración de los Servicios de Enfermería y 5 alumnos en el Curso de Perfusionista, de la Escuela de Enfermería. En período evaluado de 2001, la Coordinación de Enseñanza de Enfermería organizó 24 cursos monográficos, talleres y seminarios con asistencia de 1 958 enfermeras. Estos programas han permitido que cada enfermera pueda asistir a dos cursos monográficos y a uno de capacitación durante el año, garantizando su actualización permanente. Asimismo, a fin de mejorar la realización de las tareas sustantivas se capacitó a 275 personas en 17 cursos. Los indicadores de efectividad en materia de los diversos cursos, fueron de 98.6 por ciento de alumnos egresados en relación con los inscritos y 96.2 por ciento entre los alumnos capacitados.

A fin de contar con mejor personal para ofrecer atención de alta calidad se apoyó la capacitación en el extranjero de 10 investigadores (Estados Unidos, Italia y Francia), 4 médicos y enfermeras (Estados Unidos, Francia, Chile y Suiza), y de 3 profesionales de laboratorios que realizaron estancias cortas en Francia.

Asistencia

La asistencia médica es la actividad que conjuga la enseñanza, la investigación y el conocimiento médico para dar solución a las demandas de atención y el Instituto brinda una especial orientación hacia la población de escasos recursos, como lo muestra la distribución por nivel socio económico atendida en el período que fue la siguiente: niveles 0, 1 y 2, el 72 por ciento; niveles 3, 4 y 5, el 18 por ciento y finalmente, los niveles 6, 7 y 8, fueron el 10 por ciento.

En el servicio de consulta externa se realizaron adecuaciones a fin de mejorar la calidad aplicando la normatividad vigente de manera estricta, con atención especial a los pacientes foráneos. Esta modificación ha permitido que cerca de 6 de cada 10 pacientes vistos en preconsulta se les abra expediente y que no haya posposición de citas, además de un incrementó en 11.5 por ciento en las preconsultas y otorgar un 25.4 por ciento adicional de consultas de primera vez, respecto al mismo período de 2000. Asimismo, la reorganización incluyó la concentración en una consulta la revisión de los estudios y el tratamiento médico a seguir, además de reducir los tiempos de espera al escalonar las citas. Se instaló una consulta telefónica para los pacientes foráneos con anticoagulantes y el contar con los resultados de laboratorio requeridos después de 3 horas de la toma de la muestra, lo que representa ahorros importantes a los pacientes.

Se continúa con la operación de las clínicas especializadas (Anticoagulantes, con los Programas de Cirugía y de Cateterismo Cardíaco Terapéutico de Estancia Corta, de Vigilancia Estrecha, Cardiología Geriátrica), que han permitido descargar el trabajo de los servicios de urgencias, aumentar el número de procedimientos quirúrgicos e intervencionistas electivos, entre los efectos más importantes. Las consultas en urgencias permanecieron prácticamente igual, ya que se otorgaron 9 525 durante el año 2000, y en 2001 se otorgaron 9 561 consultas.

	2000	2001 ^e	Porcentaje de variación
Preconsultas	4 000	4 461	+ 11.5
Consultas de primera vez	2 090	2 622	+ 25.4
Consultas subsecuentes	54 888	55 377	+ 0.9
Consultas de Urgencias	9 525	9 561	+ 0.4
Total de Consultas	70 503	72 021	+ 2.2
Egresos	3 529	3 491	- 1.0

^e Estimado enero- agosto 2001

Los estudios de laboratorio llevados a cabo en el período enero-agosto 2001, ascendieron a 555 941 determinaciones, de las cuales el 33.7 por ciento se practicaron a los pacientes ambulatorios y el restante 66.3 por ciento a hospitalizados. Cabe señalar, que se cuenta con la validación de prácticas tanto a nivel nacional por el Instituto Politécnico Nacional (PECEL), como internacional (Sociedad Española de Química Clínica).

Durante el año 2001 en los gabinetes de radiología, ecocardiografía y hemodinamia se realizaron 28 307 estudios diagnósticos o de seguimiento tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados. El área de medicina nuclear produjo en 2000 un total de 4 485 estudios, en el periodo similar de 2001 se realizaron 5 048, estos estudios son indispensables la mayoría de los pacientes atendidos. El año 2000 los egresos fueron 3 529 y en 2001 con un discreto decremento de 1 por ciento ya que fueron 3 491; el promedio de días estancia de enero al mes de agosto fue de 12.7 y en 2001 llegó a 12.5, manteniendo el descenso lo cual representa no sólo logros en la atención a los pacientes sino un ahorro en la misma. El porcentaje de ocupación hospitalaria alcanzó el 85.4 por ciento en 2000, superado por el 87.1 por ciento del mismo período de 2001. Hubo un decremento de 12.4 por ciento en el número de defunciones respecto al período evaluado en 2000 y una tasa ajustada de mortalidad hospitalaria de 4.9 en ambos períodos.

El banco de sangre optimizó su funcionamiento y se incrementaron los donadores, lo que permitió realizar un mayor número de procedimientos, atender pacientes que requieren de grandes volúmenes de hemoderivados y apoyar a otras instituciones, además se instituyó la vigilancia-serológica para la enfermedad del Chagas. Los tratamientos quirúrgicos y los procedimientos intervencionistas terapéuticos en 2000 fueron 1 795 y en 2001, 1 915. Cabe destacar que hubo un incremento de 74 procedimientos intervencionistas y sólo un decremento de 11.8 por ciento en las intervenciones quirúrgicas, con lo que se demuestra el cambio de línea de tratamiento con menor riesgo, recuperación más rápida y por tanto, mayores beneficios para el paciente.

Los trasplantes renales realizados en 2000 y 2001 se han mantenido en cifras similares (25 y 26 respectivamente), es importante mencionar que el Instituto lleva a cabo el mayor número de trasplantes de los hospitales del Sector Salud para atención a pacientes no asegurados y que más del 90 por ciento de estos enfermos corresponden a los niveles 1 y 2, cumpliendo así con su labor social de apoyo a la población más necesitada del país. En 2000 se inició exitosamente el Programa de Trasplantes Cardíacos, durante el período se realizaron exitosamente 3 trasplantes de este tipo.

8.2.3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Su función principal: realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de las enfermedades respiratorias, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

Formar recursos humanos en el campo de los padecimientos respiratorios, así como en aquellas áreas que le sean afines.

Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación; enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en el campo de las enfermedades respiratorias y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje.

Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada.

Estructura Orgánica

Para atender sus actividades, el Instituto cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye 1 dirección general; 1 secretario particular; 5 direcciones de área; 10 subdirecciones y 45 jefaturas de departamento.

Principales actividades realizadas durante el período: durante la reunión de la Comisión Externa de Investigación de los INSALUD efectuada en mayo de este año, se aprobó el ingreso de 2 nuevos investigadores y la promoción de 4 más, por lo que al término del período nuestro Instituto cuenta con 61 investigadores (25 titulares y 36 asociados), además de un ayudante de investigador. Al final de este período 29 miembros del Instituto pertenecían al Sistema Nacional de Investigadores (1 en el nivel III, 5 en el nivel II, 18 en el nivel I y 5 candidatos), por lo que el indicador de miembros de este sistema entre total de investigadores titulares y asociados fue de 48 por ciento.

Clasificación de Investigadores

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Total de Investigadores	60	61
No. de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	60	61
No. de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	29*	29**

* Nivel III 1, nivel II 3, nivel I 20 y 5 candidatos

** Nivel III 1, nivel II 5, nivel I 18 y 5 candidatos

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada fue posible trabajar 194 protocolos de los cuales 114 se tenían en proceso del año anterior, se iniciaron 80, se terminaron 72 y se cancelaron 2 por motivos de los laboratorios privados que los financiaban; asimismo, fue posible publicar 80 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica; se publicaron 5 libros y 8 artículos para libros. Una de las publicaciones del grupo V propuso una nueva explicación para entender la patogénesis de la fibrosis pulmonar idiopática (Selman y col. *Ann Intern Med* 134: 136-151, 2001). Esta enfermedad afecta principalmente a adultos y suele ser rápidamente progresiva y letal en un plazo relativamente breve. La hipótesis dominante sostenía que la fibrosis pulmonar era

siempre el resultado de un proceso inflamatorio crónico. Sin embargo, en este artículo se muestran un conjunto de evidencias clínicas y experimentales que sugieren que el mecanismo principal se relaciona con daño y activación de las células epiteliales alveolares, seguido de migración y activación de fibroblastos. Entre las publicaciones del grupo IV, una de ellas (Camarena y col. *Am J Respir Crit Care Med* 163: 1528-1533, 2001) describe la presencia de una susceptibilidad genética asociada al complejo principal de histocompatibilidad y a un polimorfismo del promotor del factor de necrosis tumoral alfa en el desarrollo de la neumonitis por hipersensibilidad. En México esta enfermedad se relaciona fundamentalmente con la exposición a proteínas de aves, en especial palomas, pericos y canarios. Este trabajo demuestra que factores genéticos son muy importantes para que los sujetos expuestos desarrollen la enfermedad, y define algunos alelos de susceptibilidad y resistencia en población mexicana. Este estudio ameritó un comentario editorial positivo en la misma publicación.

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 54 134 consultas, 89 por ciento con relación al período anterior; de éstas el 24.1 por ciento correspondió a consultas de valoración (preconsultas), 5.0 por ciento de primera vez, 57.5 por ciento a consultas subsecuentes (incluyen interconsultas) y 13.4 por ciento a consultas de urgencias. Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 7 234, 77.3 por ciento en comparación al período anterior, esto representó el 72.5 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado para este mismo lapso. Es importante destacar que la disminución presentada en el número de consultas otorgadas es resultado de la aplicación de criterios más estrictos para aceptar pacientes que realmente requieren una atención de tercer nivel.

Se registraron 3 334 egresos hospitalarios, un 92.2 por ciento con relación al período anterior, y 93 por ciento de la meta programada originalmente.

Por otra parte, se realizaron 1 753 cirugías y 228 014 estudios para diagnóstico y tratamiento, 12 y 4.4 por ciento respectivamente menos que el período anterior.

Atención Médica

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Programado (31 de agosto de 2001)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Total de consultas	5 028	58 047	49 106
Total de consultas externas	4 331	49 284	42 570
Ocupación Hospitalaria	66.0	81.2	70.3
Estudios de diagnóstico y tratamiento	24 248	234 958	228 014
Egresos hospitalarios	371	3 149	2 973

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se brindaron 378 cursos, 14 por ciento más en comparación con el período anterior; de estos cursos 192 corresponden a formación; 86 para personal para la salud, y 100 para la capacitación de los trabajadores; asimismo, se otorgaron 96 cursos de pregrado y se encuentran inscritos 35 alumnos en maestría y 25 en doctorado.

Para este período la efectividad de los cursos de capacitación fue de 97 por ciento y de 96 por ciento para los alumnos de formación; el total de alumnos capacitados ascendió a 1 094 y de alumnos formados a 652.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Programado (31 de agosto de 2001)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	375	1 000	1 788
En formación	155	526	652
Capacitados	184	434	1 094
Maestría	35	35	35
Doctorado	25	25	25
Cursos Total	13	180	180
Educación continua	5	84	84
Pregrado	8	96	96

Congresos

Miembros del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias tuvieron 133 participaciones en diferentes eventos académicos, incluyendo 27 representaciones en 12 congresos internacionales.

Entre las reuniones científicas de carácter internacional destaca el congreso anual de la *American Thoracic Society*, en la ciudad de San Francisco, California, E.U.A., donde se presentaron 13 trabajos libres de investigaciones desarrolladas en el INER; a nivel nacional destaca el 60° Congreso Nacional de Neumología y Cirugía de Tórax, realizado en la ciudad de Tijuana, B.C., donde se hicieron 57 representaciones de trabajos de investigación, simposios y conferencias.

Premios y Distinciones

Dos publicaciones del Grupo de Estudio de Fibrosis Pulmonar del INER fueron presentadas en la sección *Clinical Review of the Year* del Congreso de la *American Thoracic Society*, como dos de los artículos más sobresalientes publicados en el curso del último año.

La Dra. Teresita Gutiérrez Garcís, adscrita al servicios de broncoscopia del INER, ganó el primer lugar en el concurso de “*Endoscopic Imaging*” durante el Congreso de la *American Thoracic Society*.

El artículo *Progressive age-related changes of pulmonary tuberculosis images, and the effect of diabetes* publicado por los doctores Pérez-Guzmán C., Torres A., Villareal H., y Vargas MH (*Am J Respir Crit Care Med* 162: 1738-1740, 2000) fue seleccionado para aparecer en el *Year Book of Radiology* 2001.

La Dra. Rocio Chapela Mendoza y los doctores Raúl Sansores, Jorge Salas y José Luis Téllez tomaron posesión de la Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría y Tesorería de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax.

El Dr. Jorge Salas fue nombrado Presidente del Consejo Nacional de Neumología para el período 2001-2002.

8.2.4. Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

Las funciones del Instituto son: desarrollar investigación original y de vanguardia que repercuta en el avance del conocimiento científico, formar recursos humanos del más alto nivel técnico, científico y ético, comprometidos con los ideales del Instituto. Proporcionar atención médica especializada de vanguardia a población adulta y ampliar el ámbito y la repercusión de las acciones sustantivas.

Estructura Orgánica

Para atender sus actividades, el Instituto cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye: 1 dirección general; 1 secretario particular; 9 direcciones de área; 11 subdirecciones y 62 jefaturas de departamento.

Entre las principales actividades realizadas durante el período destacan:

- Durante los días 15 y 16 de febrero se llevó a cabo en el auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, el simposium Clínica y Ciencia, bajo la coordinación del Dr. Donato Alarcón Segovia.
- Del 29 al 31 de marzo del presente año se llevó a cabo en el auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, el IX Curso Internacional de Hígado, Páncreas y Vías Biliares, bajo la coordinación del Departamento de Gastroenterología.
- Los días 17 y 18 de mayo del presente año, se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, el Simposium Internacional “Alimentos Fermentados y Funciones Digestivas y Saludables”, bajo la coordinación del Dr. Jorge Luis Rosado.

En materia de investigación el Instituto cuenta con 77 investigadores inscritos en el SNI.

Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud se encuentran inscritos 130 investigadores, no se incluyen 25 plazas de ayudante de investigador. Su distribución es la siguiente:

Clasificación de Investigadores

Concepto	Cierre (Diciembre 2000)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de Investigadores	130	130
Número de Investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	130	130
Número de Investigadores incorporados al sistema nacional de investigadores en el período	77	77

Cabe mencionar que durante el período de este informe 4 investigadores se encuentran en proceso de capacitación en el extranjero.

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada fue posible desarrollar 384 protocolos de investigación y concluir 64; asimismo, fue posible publicar 167 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica; se publicaron 3 libros y 55 capítulos para libros. Cabe mencionar que durante el período se trabajó en 384 investigaciones y que las siguientes han logrado un alto impacto y/o beneficio social:

- Medicina molecular y terapia génica.
- Desarrollo de vacunas y receptores análogos vs infecciones emergentes.
- Deficiencia del zinc y la permeabilidad intestinal como determinantes de la morbilidad y el desarrollo cognoscitivo de niños mexicanos.

- Evaluación de la efectividad de los suplementos alimenticios desarrollados para el Programa de Educación, Salud y Alimentación.
- Evaluación de la estabilidad y biodisponibilidad de zinc en las harinas de trigo y maíz fortificadas.
- Evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación, que han logrado un alto impacto y beneficio social.

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 136 468 consultas, 7.8 por ciento más con relación al período anterior; el 3.4 por ciento correspondió a consultas de valoración, 2.5 por ciento de primera vez y 94.1 a consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 15 616 consultas, 0.8 por ciento más en comparación al período anterior, esto representó el 69 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado para este mismo lapso.

Se registraron 3 883 egresos hospitalarios, el 0.9 ciento más con relación al período anterior y 99.6 por ciento de la meta programada originalmente.

Por otra parte, se realizaron 3 002 cirugías y 1 245 584 estudios para diagnóstico y tratamiento, 4.2 y 11 por ciento menos que el período anterior.

Atención Médica

Concepto	Cierre (Diciembre 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de Consultas	11 654	124 814	136 468
Total de consultas externas	11 654	124 814	136 468
Ocupación hospitalaria	86 %	80 %	82 %
Estudios de diagnósticos y tratamiento	140 542	1 473 366	1 613 908
Radiología	2 066	2 237	24 303
Tomografías	413	3 849	4 262
Ultrasonido	385	6 242	6 627
Resonancias	219	1 996	2 215
Laboratorio	137 459	1 439 042	1 576 501
Egresos hospitalarios	432	3 451	3 883

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se brindaron 193 cursos, 2.1 por ciento más en comparación con el período anterior; de estos cursos 77.2 corresponden a educación continua; 3.1 para la educación para la salud y 19.7 para la capacitación para el desarrollo y el desempeño; 8, 0 y 15.1 por ciento más que el lapso anterior. Asimismo, se otorgaron 10 cursos de pregrado, 23 de formación de residentes de especialidad, 2 de maestría y 2 de doctorado.

Para este período, la efectividad de los recursos de capacitación fue de 96.5 por ciento, y de 97.2 por ciento para los alumnos en formación; el total de los alumnos capacitados ascendió a 4 482 alumnos y de alumnos formados a 454.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Diciembre 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	4 287	4 936	4 936
En formación	464	454	454
Capacitados	3 823	4 482	4 482
Total cursos	277	193	193
Educación continua	220	149	149
Pregrado	10	10	10
Formación de Residentes de Especialidad	23	23	23
Educación para la Salud	12	6	6
Capacitación para el Desarrollo y el Desempeño	8	1	1
Maestría	2	2	2
Doctorado	2	2	2

8.2.5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía tiene como misión Desarrollar investigación clínica y básica en la esfera de las neurociencias, así como coadyuvar en la formación de recursos humanos de la especialidad, que permitan brindar atención médica de excelencia a pacientes con padecimientos y/o afecciones del Sistema Nervioso Central y Periférico. Así, acorde con las políticas contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el Instituto, planteó los siguientes objetivos generales vigentes para el período del 1º de diciembre del 2000 al 31 de agosto del año 2001: 1) Mantener la alta calidad y productividad científica del Instituto en el ámbito nacional e internacional para generar nuevos conocimientos en los campos clínicos, básicos y experimentales de las ciencias neurológicas; 2) Continuar con la formación, capacitación y actualización permanente de especialistas, obteniendo beneficios académicos para la Institución y para el país; 3). Mantener un alto nivel de calidad de los servicios de Atención Médica, ofreciendo las mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento que a nivel mundial se otorgan en padecimientos relacionados con el sistema nervioso central y periférico y 4) Promover el cambio institucional mediante acciones de apoyo administrativo para hacerlo accesible, moderno, eficiente y que contribuya a incrementar la productividad y el costo-beneficio de acciones, a través del manejo transparente, racional y controlado de los recursos disponibles.

Estructura Orgánica

Para la ejecución de sus programas, la estructura orgánica autorizada y vigente para el Instituto en el presente año, cuenta con una dirección general, cuatro direcciones de área, once subdirecciones y cuarenta y ocho jefaturas de departamento. Cabe señalar que en transcurso del período se han realizado cambios de adscripción y de denominación al interior de la estructura a fin de hacer más eficiente la organización interna de las áreas sin que representen costos adicionales.

En el período que abarca el presente Informe, se obtuvieron resultados en todas las áreas destacando entre otros los siguientes:

En materia de investigación, durante este período se trabajaron 218 protocolos, se iniciaron 23, se terminaron 43 y están en proceso 152. Se dispuso de una plantilla de 45 investigadores reconocidos por la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, de los cuales 24 pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores. Se lograron en el período 42 publicaciones en revistas nacionales e internacionales y 18 capítulos en libros internacionales y nacionales. Los investigadores presentaron los resultados de sus investigaciones en 99 congresos. Terminaron sus tesis de licenciatura dos estudiantes en nuestros laboratorios, una alumna terminó su maestría y una investigadora terminó su doctorado, una ingresó para realizar servicio social, 2 maestría y 3 doctorado durante el período. El laboratorio de neurocómputo organizó 10 cursos de computación para personal del Instituto con objeto de optimizar el uso de nuestros recursos de informática. Se publicaron 379 citas desarrolladas por los investigadores.

En mayo se llevó a cabo la XVI Reunión Anual de Investigación donde se presentaron 53 trabajos efectuados en las diferentes áreas del Instituto y en forma paralela se realizó el Simposio “Nuevas Alternativas Terapéuticas para los Trastornos del Dormir”, al cual asistieron 100 personas. Estos eventos tienen por objeto hacer difusión en el ámbito nacional de las investigaciones realizadas en nuestra Institución. En esta reunión la Fundación Armstrong otorga un premio al mejor trabajo de investigación clínica y otro al de investigación básica. En este año los trabajos ganadores fueron, “Caracterización Clínica Molecular de un Nuevo Tipo de Ataxia Autosómico Dominante: Ataxia Espinocerebelosa Tipo 10 (SCA10)” y “Estudio de la Participación de Óxido Nítrico en el Modelo de Ratonés Transgénicos R6/1 de la Enfermedad de Huntington”.

Entre las investigaciones más relevantes del período destacan el trabajo del departamento de neuroquímica publicado en *Neurochemical Research* “*Neuroprotective Effect of Acute and Chronic Administration of Cooper II sulfate Against MPP+ Neurotoxicity in Mice*” en el cual se demuestra el efecto neuroprotector del sulfato de cobre en un modelo experimental de enfermedad de Parkinson en el ratón que impide la depleción de dopamina y protege al tejido estriado del daño oxidativo causado por el MPP+ y otro, también del mismo departamento, titulado “*Exposure to Manganese: Health Effects on the General Population a pilot study in Central México*” publicado en *Environmental Research* en el cual se estudiaron dos comunidades expuestas a manganeso y se observó una correlación entre niveles reducidos de peroxidación de lípidos en plasma y manganeso en sangre y un aumento del riesgo de presentar déficit cognoscitivo.

El trabajo “*Histopathological alterations in the brain regions of rats after perinatal combined treatment with cadmium and dexamethasone*” del laboratorio de morfología celular, en el que se demuestra que la dexametazona disminuye el daño producido por el cadmio al cerebro de ratas. El trabajo “*Infusion of 3 a 5 a THP to the pontine reticular formation attenuates PTZ induced seizures*” publicado en *Brain Research*, muestra que la infusión de un metabolito de la progesterona en la formación reticular pontina atenúa las convulsiones inducidas por pentilentetrazol. El artículo “*Prevalence of Intimate Partner Abuse Among Nurses and Nurses Aides in México*”, del laboratorio de psicología experimental fue publicado en *Archives of Medical Research*, concluye que aunque el abuso físico y sexual parece ser menor entre el personal de enfermería que entre la población mexicana general, las cifras todavía son preocupantes en este sector. El trabajo “*O-Glycosylation in Sprouting Neurons in Alzheimer Disease Indicating Reactive Plasticity*” del departamento de patología, fue publicado en *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, sugiere que los patrones de

Oglicosilación de las proteínas están relacionadas con la plasticidad neuronal en la enfermedad de Alzheimer. El artículo “*Treatment of Hydrocephalus in Adults by Placement of an Open Ventricular Shunt*” publicado por la Dirección General en *Journal of Neurosurgery*, propone un tratamiento simple, de bajo costo y efectivo para la hidrocefalia.

El trabajo del departamento de genética “*A Conserved Sorting-Associated Protein is Mutant in Chorea-acanthocytosis*” publicado en *Nature Genetics*, identifica el gen causante de la corea-acantocitosis en el cromosoma 9, encontrando 16 mutaciones diferentes en el gen que causa la enfermedad.

Clasificación de Investigadores

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de Investigadores	49	45
Número de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	61	61
Número de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	24	24

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 58 466 consultas externas especializadas incluyendo preconsultas, consultas subsecuentes, de primera vez y de urgencias. Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 7 559, es decir, 3.8 por ciento más que la cifra programada para ese período.

Se registraron incrementos en los indicadores estratégicos como el rendimiento de consultas por hora médico siendo en el período de 3.7, y sobre todo en el servicio de neuroimagen, en estudios de resonancia magnética, tomografía axial computada y exámenes de laboratorio realizados tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados.

Las cinco primeras causas de consulta de primera vez fueron: epilepsia, enfermedad cerebrovascular, parálisis de Bell, tumor benigno de la hipófisis y enfermedad de Parkinson. Las cinco primeras causas motivo de hospitalización fueron: tumor maligno del encéfalo, otras enfermedades cerebrovasculares, tumor benigno de otras glándulas endócrinas y de la no especificadas, tumores benignos de las meninges y esquizofrenia.

Entre las actividades relevantes se encuentra la obtención del premio “Dr. Juan Taveras” al mejor trabajo libre oral, en la categoría neurorradiología diagnóstica otorgado a la subdirección de neuroimagen por el trabajo Cisterno-Resonancia Magnética con Omniscan (Gladodiamida), así como la realización del Primer Curso de Terapia Intensiva, organizado por las áreas de neurocirugía y terapia intensiva del Instituto, en colaboración con la Academia Mexicana de Cirugía.

Asimismo, destaca el reconocimiento otorgado al póster presentado en el XXIV Congreso Internacional de Epilepsia, realizado en Buenos Aires, Argentina, del 13 al 18 de Mayo del 2001, por el Dr. Francisco López Gutiérrez, miembro del Programa Prioritario de Epilepsia de nuestro Instituto, con el tema: *Epilepsy and Public Health*, y titulado “*Perspective of Medical Care, Researcher and Psychosocial, Development of Patient with Epilepsy*”.

Cabe destacar la conclusión de la remodelación de los servicios de neurología y del segundo piso de hospitalización, así como el inicio en la readaptación de los servicios de terapia intensiva, neuroimagen y urgencias.

Atención médica

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de consultas	5 366	53 100	53 100
Total de consultas externas	5 366	53 100	53 100
Ocupación hospitalaria	74.7%	78.4%	78.4%
Estudios de diagnóstico y tratamiento	19 955	175 936	175 936
Egresos hospitalarios	195	1 393	1 393

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se tuvieron los siguientes avances:

La capacitación en el Instituto contempla alumnos de las áreas médica, paramédica y técnica que asistieron a las diversas actividades académicas intramuros y extramuros. Se continuó con el programa de sesiones interinstitucionales, con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, el Instituto Nacional de Perinatología y la Academia Mexicana de Cirugía. Se presentaron sesiones en el Centro Mexicano para la Educación de Salud por Televisión (CEMESATEL), con dos temas de actualidad, Depresión y Demencia. Se continuó con el programa de sesiones culturales en las que se presentaron dos conciertos con la colaboración de la Coordinación Nacional de Música y Opera (CONACULTA-INBA) y la Escuela Nacional de Música, así como la sesión “Arte y Neuropsiquiatría”, abriendo de esta manera un espacio cultural y recreativo. Por otro lado, se continúan las sesiones de cine-debate con una asistencia promedio de 90 personas.

Se dio inicio con los cursos posttécnicos de enfermería neurológica (10 alumnas) y psiquiátrica (15 alumnas). Por primera vez se impartió el I Curso Monográfico de Farmacología, para todo el personal de enfermería. Así como el taller de enfermería “Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con Enfoque de Respuesta Humana”. Asimismo, se impartió el curso de “Estrategias Gerenciales Basados en Competencia Laboral en Enfermería”. Por primera vez se impartió el Taller de Exploración Neurológica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde asistieron 28 enfermeras. El servicio social lo finalizaron 20 pasantes de enfermería. Se llevó a cabo el segundo curso de “Bases Neuroanatómicas del Examen Neurológico”, con una asistencia de 150 personas. Se impartió el curso: “El Paciente Neurológico en Estado Crítico” con una asistencia de 301 personas, el cual se implementó debido a las características de la terapia neurológica del Instituto, única en su género.

Por segunda ocasión se impartió la cátedra “Manuel Velasco Suárez” que tiene por objetivo reconocer la trayectoria científica y humanística de nuestro Director Emérito y que estuvo a cargo del Dr. Nicholas Zervas, “*Former Chief of the Neurosurgical Service Massachusetts General Hospital and Distinguished professor of Neurosurgery Harvard Medical School*”, con la conferencia “*Neurosurgical Contributions to Radiosurgery*”.

Se llevaron a cabo las jornadas del fin de año académico 2000-2001, durante las cuales egresaron 24 médicos especialistas de las diversas especialidades y cursos de posgrado que se imparten en el Instituto: 5 en neurología, 5 en neurocirugía, 1 en psiquiatría, 2 en neuroanestesiología, 2 en neurorradiología, 1 en terapia endovascular, 1 en neuro-otología, 2 en oftalmología neurológica, 3 en neurofisiología clínica, 1 en neurobiología de la esquizofrenia y 1 en enfermedad vascular cerebral. Todos los médicos egresados de las diferentes especialidades aprobaron sus respectivos exámenes del Consejo. El 21 de febrero se inició el fin de año académico, contando durante la inauguración con la

presencia de representantes de la Dirección General de Enseñanza en Salud, Facultad de Medicina (UNAM), y de otras asociaciones de las diversas áreas de las ciencias neurológicas. El 21 y 22 se presentaron 23 trabajos de tesis de posgrado de los médicos especialistas que egresaron. Estos trabajos fueron evaluados por un comité científico integrado por doce profesores e investigadores que aportaron su calificación para elegir a los tres mejores trabajos de tesis.

El 23 de febrero, se llevó a cabo el Simposio Internacional “Nuevos panoramas en las neurociencias” el cual contó con la presencia de distinguidos profesores extranjeros: el Doctor James F. Toole de Estados Unidos de Norteamérica, Presidente de la Federación Mundial de Neurología y el Doctor Andrés M. Kanner experto en Neuropsiquiatría del Centro Médico de Chicago. Además de profesores nacionales de reconocido prestigio como el Doctor Ruy Pérez Tamayo, con una concurrencia de 260 personas.

En el inicio del año académico 2001-2002, se contemplan nueve cursos de especialidad avalados por la Facultad de Medicina, UNAM; neurocirugía, neurología, psiquiatría, neuroanestesiología, oftalmología neurológica, neuro-otología, neurorradiología, anestesiología y terapia endovascular. También en este ciclo se dio inicio a los cuatro cursos de posgrado para médicos especialistas: neurofisiología clínica, enfermedad vascular cerebral, neurobiología de la esquizofrenia y neuropsiquiatría. Este es el primer curso universitario en su género que se presenta en México y Latinoamérica, lo que ha generado expectativas importantes a nivel mundial, así como en la Federación Mundial de Neurología. En este semestre, ingresaron 33 alumnos a las distintas especialidades y cursos de posgrado, de ellos 4 son extranjeros.

Con la finalidad de integrar a los nuevos residentes y alumnos de cursos de posgrado a la dinámica asistencial, docente y de investigación del Instituto, el 27 y 28 de febrero se llevó a cabo el curso Introducción a la Especialidad con la participación de los profesores titulares, directores, subdirectores y jefes de departamento de las diversas áreas del Instituto. Se elaboró el manual de actividades académicas, para médicos de reciente ingreso y para los que se encuentran en otros grados, el manual ofrece una guía práctica de todas las actividades académicas de las especialidades de la residencia, cursos de posgrado y el reglamento del Instituto, contiene un formato para solicitud de autopsias para facilitar de esta manera el seguimiento del programa institucional de las mismas. De los 41 residentes de cursos superiores, tres de ellos son extranjeros (Bolivia, Ecuador y Colombia), quienes empezaron también sus actividades académicas y asistenciales señalando la importancia del trabajo de investigación que deben desarrollar durante su especialidad.

El Instituto fue subse de 137 residentes de rotación externa de diferentes instituciones, que incluyen hospitales de atención abierta como: de la Secretaría de Salud, DIF, Institutos Nacionales de Salud; Instituciones de Seguridad Social como el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos; del interior de la República y de Hospitales de asistencia privada: Hospital Español, Mocel, ABC, Angeles, Médica Sur, Clínica Londres, Grupo C.T.S. Scanner, y del extranjero (Honduras, Dinamarca y El Salvador).

Con relación a cursos de pregrado, el Instituto participa con diferentes universidades para los cursos de neurología, salud terciaria, neurocirugía y genética, con la UNAM, UAM, IPN y Universidad La Salle. De esta manera se promueve la difusión del conocimiento de las ciencias neurológicas y el interés en la investigación en diferentes universidades.

Se inició un intercambio con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, con la finalidad de promover el trabajo social en salud en las diferentes áreas sustantivas del Instituto. Este intercambio generó un Convenio firmado en Rectoría entre los Institutos Nacionales de Salud y la UNAM.

En el departamento de documentación e Información se continúa con el Programa de Donación de Libros. Ingresaron 23 títulos de tesis de los médicos egresados del Instituto y 7 libros. Asimismo, se continúa con la renovación de suscripciones a las revistas.

Se elaboró el Catálogo de Actividades Académicas 2001 con una difusión del 100 por ciento de mil ejemplares y se editó la revista Archivos de Neurociencias correspondiente al volumen 6 número 1 enero-marzo 2001 y la número 2 abril-junio. Se editó la Guía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez".

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Enero-diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	16 583	5 936	5 936
En formación	681	371	371
Capacitados	15 902	5 565	5 565
Cursos Total	311	119	119
Educación continua	13 457	4 384	4 384
Pregrado	471	137	137
Maestría	60	38	38
Doctorado	17	11	11

8.2.6. Instituto Nacional de Pediatría

La función principal es el desarrollo de la investigación científica y la formación de recursos humanos de alta especialidad que permitan el desarrollo de nuevas técnicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la población menor de 18 años de edad.

Estructura Orgánica

En mayo del año 2000 con la entrada en vigor de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se consolidó la operación institucional con la aprobación del Manual de Organización Específico que establece la siguiente estructura:

- Órganos de Administración: Junta de Gobierno y Dirección General.
- Órganos de Apoyo y Consulta: Patronato, Consejo Asesor Externo y Consejo Técnico de Administración y Programación.
- Unidades Administrativas: Cuenta con cinco direcciones, quince subdirecciones y 46 departamentos, además de 4 unidades; 64 servicios, 26 laboratorios, un bioterio y dos centros de investigación rural. Adicionalmente, el Instituto cuenta con un Órgano Interno de Control.

Entre las principales actividades realizadas durante el período 1° de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001 destacan:

En materia de investigación se logró incorporar a siete investigadores al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), un 36.84 por ciento más que los existentes en el cierre del año 2000, con esto el Instituto cuenta con 26 investigadores registrados en el S.N.I., una de las cifras más altas en los últimos años.

Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de los Institutos Nacionales de Salud se encuentran inscritos 116 investigadores, que comparados con los existentes en diciembre del año 2000, representan un incremento del 9.43 por ciento.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Diciembre 2000)	Alcanzado (31 agosto 2001)
Total de Investigadores	106	116
No. de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	106	116
No. de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	19	26

Cabe mencionar que durante el período de este informe se repatrió a un investigador que se encontraba concluyendo su doctorado en Estados Unidos de América; asimismo, dos investigadores se encuentran realizando estancias cortas y uno realiza posdoctorado en biología molecular en Estados Unidos.

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada se realizaron durante el período 253 protocolos y se concluyeron 50; asimismo, fue posible publicar 76 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica; se publicaron 5 libros nacionales y se colaboró en 26 capítulos de libros, 2 internacionales y el resto nacionales, así como 28 tesis derivadas de protocolos de investigación. Cabe mencionar que durante el período se realizaron diversas investigaciones encaminadas a resolver problemas sociales, entre las que destacan: “Maltrato al menor, indicadores clínicos y sociales”, “Estudios de farmacogenética en diversas poblaciones indígenas del país”, “Impacto del suplemento con hierro sobre el desarrollo neurológico, el crecimiento físico y la reducción de la anemia en lactantes” y “Efectos de la contaminación atmosférica en la salud”.

En los Centros Rurales de Investigación en el estado de Morelos se realiza fundamentalmente investigación epidemiológica; actualmente se tienen cuatro proyectos, dos en colaboración con el Instituto Nacional de Salud pública. Además, se implementa un laboratorio clínico para el apoyo de la investigación y están por iniciarse dos nuevos proyectos, uno sobre enfermedad respiratoria aguda en niños y otro, sobre prevalencia de asma en la comunidad.

Para favorecer la formación de investigadores, al mes de agosto se cuenta con 62 trabajadores realizando estudios de posgrado, 42 de maestría y 20 de doctorado. Asimismo, 18 estudiantes externos realizan estudios de posgrado bajo la tutoría de investigadores de este instituto, 15 en maestría y 3 en doctorado.

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 171 362 consultas, 12.9 por ciento más con relación al período anterior; el 9.9 por ciento correspondió a 16 980 consultas de valoración, 6.8 por ciento (11 724) consultas de primera vez, 44 por ciento (75 389) consultas subsecuentes y 23.6 por ciento (40 511) a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 26 758, lo que representa el 99.5 por ciento en comparación al período anterior, y un 98.5 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado (27 160) para este mismo lapso.

Se registraron 5 888 egresos hospitalarios, un 2.3 por ciento más con relación al período anterior 2.86 por ciento por arriba de la meta programada originalmente (5 724).

Por otra parte, se realizaron 3 612 cirugías y se efectuaron 502 347 estudios para diagnóstico y tratamiento. En términos porcentuales se efectuaron 3.1 y 10.9 por ciento adicional respecto a la meta

programada. En comparación al período anterior, se registraron 14.6 por ciento más estudios de diagnóstico y tratamiento debido al aumento de pacientes, aunado a la realización de pruebas más específicas.

Atención Médica

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de Consultas	16 925	157 380	154 437
Total de Consultas Externas	13 882	133 576	130 722
Ocupación Hospitalaria	70.8 %	81.3 %	81.0 %
Estudios diagnóstico y tratamiento	54 566	403 462	447 781
Egresos Hospitalarios	641	5 113	5 247

Respecto a formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se brindaron 142 cursos, de éstos 42 corresponden a educación continua, 33 para la educación de la salud y 14 para la capacitación para el desarrollo y desempeño; en el rubro de capacitación se registró un menor número de egresados debido a la cancelación y diferimiento de algunos cursos, sin embargo en algunas de las actividades de capacitación que son de participación libre y no se les entrega constancia por su participación, se registró un incremento importante, particularmente en las sesiones clínicas y cursos de protección civil, así como medio ambiente.

Se realizaron 16 cursos de pregrado, 33 de especialidad, 4 técnicos y posttécnicos, 16 de maestría y 9 de doctorado; se brindó apoyo académico a 26 instituciones, 23 nacionales y tres extranjeras, aceptando 70 alumnos por diversos servicios tanto clínicos como quirúrgicos, cifra que comparada con el ciclo anterior muestra un incremento de 25 por ciento, el total de alumnos capacitados ascendió a 2 325 y alumnos formados a 627.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	375	3 947	2 882
En formación	285	632	627
Capacitación	90	3 315	2 325
Cursos Total	67	113	116
Educación Continua	3	44	42
Pregrado	0	5	16
Posgrado	39	39	33
Maestría	16	16	16
Doctorado	9	9	9

Información Relevante

En el lapso que se informa, entró en operación el 4to. piso de hospitalización, el cual se encontraba en trabajos de remodelación después de 30 años de servicio, actualmente se encuentra en remodelación el 3er. piso de hospitalización.

En el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad, se ha logrado disminuir el tiempo máximo de espera para la consulta subsecuente a 45 min. y para la consulta de urgencias a 10 min. Se difundió un folleto entre los usuarios denominado “5 Razones por las que damos atención médica de calidad”, así como los carteles “Ayúdenos a servirle mejor”, “Estamos mejorando” y el alusivo al estándar de tiempo máximo de espera para las consultas de especialidad. Se obtuvo el segundo lugar del Premio de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención la Salud, A.C., por el trabajo “Estrategia para disminuir tiempo de espera en el servicio de urgencias de un centro pediátrico de tercer nivel”. El Comité de Evaluación Médica Institucional continúa con sus labores de evaluación y seguimiento, determinando medidas de solución, tales como manejo y control de insumos, optimación de recursos, mejoras en la programación de citas, disminución de tiempos de espera y colaboración en el seguimiento de quejas.

En el área médica se destaca el uso del aparato de Cirugía Estereotáxica, que permite una técnica novedosa para el tratamiento de problemas quirúrgicos con mínimas complicaciones y riesgos para el paciente, esto ha hecho posible efectuar cirugías de tipo biopsia en tumores del tallo cerebral; adicionalmente se informa de ocho transplantes renales.

En materia de congresos, se realizaron las XII Jornadas de Médicos Residentes, Reunión de Inmunizaciones en Pediatría, IV Reunión de Terapia Respiratoria, Reunión de Concenso de Rehabilitación en Daño Neurológico, Reunión de Epidemiología Clínica Hospitalaria, Curso de Reanimación Neonatal, X Curso Teórico Práctico “Citomorfología de las células sanguíneas” y la VIII Reunión de Química Clínica en Pediatría. Destacan como actividades de Educación Continua cuatro ponencias con la participación de profesores extranjeros con los siguientes temas: “Asesoramiento Genético y Enlace entre los avances científicos y las familias con enfermedades genéticas”, “Probióticos, una línea hacia el futuro”, “Factores genéticos en la susceptibilidad a infecciones” y “*Clinical and pathologic features of common and not so common pediatric lung diseases*”. Adicionalmente, provenientes de las actividades científicas extramuros, se participó en 137 eventos científicos, 72 nacionales y 65 internacionales.

En materia de formación es significativo mencionar que de los alumnos graduados, el 95 por ciento lograron la Certificación por el Consejo de la Especialidad respectiva, el porcentaje restante corresponde a los alumnos de cursos que no cuentan con órgano colegiado. Es de destacarse que los alumnos egresados de los Cursos de Genética Médica y Cirugía Pediátrica lograron el 1° y 2° lugar del examen del Consejo de Certificación correspondiente.

Es de resaltarse el reinicio de actividades de pregrado, correspondientes a pediatría de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle después de 8 años y con la Escuela Médico Naval, así como el inicio como Campo Clínico para el Internado de Pregrado a los alumnos de la Universidad La Salle y la Universidad Anáhuac. Por otra parte, el Curso de Especialización en Enfermería Infantil con reconocimiento universitario ENEO-UNAM, registra 4 alumnas en período.

Premios y Distinciones

En el período del informe se han recibido los siguientes reconocimientos: Primer Lugar en el área clínica del Premio Nacional de Investigación de la Fundación Glaxo Wellcome, otorgado al Dr. Arturo Loredó Abdalá y colaboradores, por su trabajo titulado “Maltrato Físico en Niños. Indicadores Clínicos y Sociales”; en colaboración con el Instituto de Investigaciones Biomédicas UNAM y el grupo de trabajo de Genética de la Nutrición, recibió el Premio Reina Sofía por su trabajo para la prevención de

las deficiencias mentales; el Instituto Politécnico Nacional otorgó por sexto año consecutivo diploma por “Excelente Calidad” a nuestros laboratorios; se obtuvo el Premio de la Asociación Mexicana de Pediatría a la mejor tesis, titulada “Experiencia en Histocitosis de Células de Langerhans en Niños Mexicanos, en una Institución de Tercer Nivel, a lo largo de 30 años”.

8.2.7. Instituto Nacional de Perinatología

El Instituto tiene como misión: fomentar y generar el conocimiento en el campo de la Salud Reproductiva para brindar sustento científico a las acciones asistenciales que permitan reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal y estimular la posibilidad de embarazo a través del desarrollo de investigaciones, la formación y capacitación de recursos humanos, que beneficia a mujeres y neonatos que requieran atención de tercer nivel.

Estructura Orgánica

Para el cumplimiento de su misión, el Instituto cuenta con una estructura orgánica compuesta por una dirección general, 5 direcciones de área, 16 subdirecciones, y 55 jefaturas de departamento, mismas que atiende la totalidad de las funciones definidas en su decreto de creación. De igual forma, se ha integrado la totalidad de los manuales de procedimientos para contar con documentación que apoye la operación de los servicios y el desarrollo de las funciones.

Plantilla de Personal

La plantilla de personal ha tenido un crecimiento, en el período 2000-2001 del 0.32 por ciento, actualmente esta compuesta por 1 546 empleados cuya distribución es: 66.4 por ciento en actividades sustantivas y 33.6 por ciento en actividades administrativas y de apoyo. Del total de personal, 77.6 por ciento es de base, 7.5 por ciento corresponde a residentes, que cursan las diversas especialidades que imparte el Instituto, y 14.9 por ciento a confianza.

En materia de investigación, el Instituto logró incorporar a 9 investigadores al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), un 25 por ciento menos que el período anterior debido a la renuncia de 3 investigadores miembros del SNI. Con esto, el Instituto cuenta con 9 investigadores inscritos en el SNI.

Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud se encuentran inscritos 64 investigadores; de los cuales 9 fueron promovidos en el período de reporte, que comparados con los del período anterior, representó un 13 por ciento más. Su distribución es la siguiente:

Clasificación de Investigadores

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)
Total de investigadores	61	67
Número de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	61	67
Número de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	9	9

Cabe mencionar que durante el período de este informe, 3 investigadores se encuentran en proceso de capacitación en el extranjero.

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada fue posible realizar 88 protocolos de investigación y concluir 15 investigaciones; asimismo, fue posible publicar 22 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica; se publicaron 1 libro y 15 capítulos para libros. Cabe señalar que durante el período se realizaron 15 investigaciones de las cuales 3 protocolos fueron de gran relevancia; Evaluación de la Eficiencia y Seguridad de la Suplementación bisemanal con hierro durante el embarazo: Estudio Prospectivo del Plomo en la Ciudad de México; y Ácido Ascórbico en el líquido amniótico, plasma y leucocitos de mujeres en distintas semanas de gestación.

En materia de atención médica, durante el período en cuestión se otorgaron 110 180 consultas, 1.4 por ciento más con relación al período anterior; 7.4 por ciento correspondió a consultas de valoración, 21.8 por ciento de primera vez y 70.8 por ciento a consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 11 846, 4.2 por ciento menos en comparación al período anterior, esto representó el 99.7 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado para este mismo lapso. El decremento con relación al período anterior se debe a que aumentó el número de consultas subsecuentes en ginecología, por lo que disminuye la demanda del servicio de urgencias.

Se registraron 9 859 egresos hospitalarios, un 0.03 por ciento más con relación al período anterior, y 100.6 por ciento de la meta programada originalmente.

Por otra parte, se realizaron 4 907 cirugías, y 360 063 estudios para diagnóstico y tratamiento, 3.6 por ciento y 3.8 por ciento menos que el período anterior. Su decremento obedece a una mayor proporción de pacientes ginecológicas con motivos principales de atención por esterilidad, infertilidad y climaterio cuya patología en un alto porcentaje se resuelve en consulta externa sin llegar a quirófano, adicionando la eliminación de estudios preoperatorios.

Atención Médica

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de consultas	163 716	103 418	110 256
Total de consultas externas	147 482	92 866	99 632
Ocupación hospitalaria	76.4%	78.0%	66.2%
Estudios de diagnóstico y tratamiento	496 330	320 873	325 428
Egresos hospitalarios	13 045	8 450	8 583

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se brindaron 955 cursos, 46.9 por ciento menos en comparación con el período anterior; de estos cursos 22 corresponden a educación continua; 837 para la educación para la salud, y 108 para la capacitación para el desarrollo y el desempeño; 31.4 por ciento, 53.8 por ciento y 52.4 por ciento menos que el lapso anterior, debido a cancelación de cursos sabatinos en el presente año. Asimismo, se otorgaron 26 cursos de pregrado; 6 de especialidad y 4 de maestría.

Para este período la efectividad de los cursos de capacitación fue de 93.8 por ciento, y de 45.5 por ciento para los alumnos de formación; el total de alumnos capacitados ascendió a 1 985 y de alumnos formados a 139.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	13 839	6 640	6 596
En formación	8 488	4 590	4 611
Capacitados	5 351	2 050	1 985
Cursos Total	136	51	52
Educación continua	70	23	22
Pregrado	50	25	26
Maestría	16	3	4
Doctorados	0	0	0

De acuerdo a lo anterior se puede observar que el estimado y el alcanzado son casi similares con excepción de los cursos de educación continua donde en el mes de mayo se cambió un curso de fecha debido a que finalizaba la Reunión Anual del Instituto, si comparamos lo alcanzado con lo reportado podemos observar un decremento en los cursos debido a la cancelación de las jornadas sabatinas a partir del año 2001.

El IV Congreso sobre Estimulación Temprana se realizó en el Instituto en el mes de julio siendo uno de los más importantes, desarrollando temas variados y de interés, logrando reunir a 363 asistentes.

Los demás cursos, maestrías, doctorados, pregrado, rotaciones, etc. continúan su curso normal.

8.2.8. Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

El Instituto Nacional de Psiquiatría, se ha consolidado como un centro reconocido en el ámbito nacional e internacional, tanto en producción científica como en la formación de especialistas, maestros y doctores. El prestigio de esta institución se ve reflejado actualmente en la atención médica psiquiátrica de alta calidad que proporciona a la población en general.

Las investigaciones que en él se llevan a cabo trascienden las esferas del conocimiento en el campo de la psiquiatría y la salud mental, publicándose en la Revista Salud Mental, órgano oficial de difusión de este Instituto, así como en otras revistas de reconocido prestigio.

Estructura Orgánica

Para atender las actividades, el Instituto cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye: 1 dirección general, 4 direcciones de área, 11 subdirecciones y 31 jefaturas de departamento.

El Instituto, en sus 21 años de vida, se ha consolidado como una institución de excelencia en el campo de la investigación, enseñanza y atención especializada del paciente con trastornos mentales. Asimismo, ha incrementado considerablemente el número de proyectos de investigación que proporcionan hallazgos relevantes en el campo de la psiquiatría. Se ha incluido un número cada vez mayor de pacientes en los diferentes protocolos de investigación clínica, lo cual redundará en beneficio de los mismos enfermos, que son mejor estudiados y reciben un tratamiento más oportuno.

Durante este año, el Instituto fue certificado como un Hospital con Atención Médica de Alta Calidad, se le otorgó el diploma de Certificación del Consejo de Salubridad General, y se cumple así con uno de sus principales objetivos: brindar atención médica psiquiátrica de calidad a todos los núcleos de población que lo requieran.

Ofrece a los investigadores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y demás personal del campo de la psiquiatría y la salud mental, los medios técnicos y científicos necesarios para su adiestramiento profesional.

Contribuye también a la divulgación de los avances en el campo, mediante programas para la educación de la población general y de grupos específicos, la publicación de revistas y boletines informativos y su participación en foros y congresos nacionales e internacionales.

En el período de diciembre de 2000 a agosto de 2001, el Instituto cumplió cabalmente con sus funciones sustantivas: llevar a cabo investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental, formar personal capaz de llevarlas a cabo, adiestrar a profesionales y técnicos en el campo, hacer el estudio integral de los enfermos psiquiátricos y dar asesoría a otros organismos públicos y privados en el ámbito de su competencia.

Investigación

En el período a que se refiere este informe, el Instituto está llevando a cabo 115 proyectos en sus tres áreas: neurociencias, psiquiatría clínica y epidemiología y ciencias sociales. Estas han dado lugar a 75 publicaciones.

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V	Capítulos	Libros	Total
2	-	46	2	1	22	2	75

El Instituto cuenta con 110 investigadores en el Sistema Institucional de Investigadores, que comparados con los del período anterior, representó un 5.8 por ciento más. Su distribución es la siguiente:

Investigadores por Categoría

	TIT C	TIT B	TIT A	ASOC C	ASOC B	ASOC A	Total
2000	14	15	19	21	27	8	104
2001	15	12	24	18	30	11	110

En el período, el Instituto incorporó a 3.6 por ciento más investigadores al Sistema Nacional, por lo que ahora se cuenta con 29 investigadores inscritos en el SNI.

Recientemente, se inauguró una sección de fitofarmacología para realizar estudios fitoquímicos que permiten aislar y caracterizar metabolitos secundarios de las plantas con antecedentes etnobotánicos en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Atención Médica

La atención de pacientes con trastornos y problemas psiquiátricos se realiza en nuestras instalaciones que cuentan con médicos altamente calificados en el campo de la psiquiatría y la salud mental, así como un equipo multidisciplinario formado por psicólogos clínicos, enfermeras psiquiátricas y trabajadores sociales. Se proporciona atención en materia de salud mental a población abierta mediante los servicios de consulta externa, urgencias, laboratorio clínico, imágenes cerebrales, electroencefalografía, psicología clínica y psicoterapia y rehabilitación.

El área de hospitalización, cuyo cupo es de 50 camas, esta destinada a pacientes que requieren ser internados por un período breve.

Además de prestar un servicio adecuado, se contribuye al avance del conocimiento, ya que los pacientes son estudiados mediante instrumentos y pruebas finas y son evaluados para decidir su inclusión en alguno de los programas establecidos o protocolos de investigación.

Atención Médica

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto 2001)	Alcanzado (31 de agosto 2001)
Total de consultas	63 413	43 000	45 691
Total de consultas externas	57 752	39 120	41 736
Ocupación hospitalaria	83.8 %	83.3 %	86.9 %
Estudios de diagnóstico y tratamiento	76 678	52 531	52 577
Egresos hospitalarios	1 441	1 000	993

Durante el período se otorgaron 45 691 consultas, 7.5 por ciento más con relación al mismo período del año anterior; el 10.2 por ciento correspondió a preconsultas, 9.3 por ciento de primera vez y 80.5 por ciento a consultas subsecuentes.

El servicio de urgencias proporcionó 3 955 consultas y se otorgaron 4 803 sesiones de rehabilitación.

La electroencefalografía y la transformación en imágenes: la resonancia magnética, la tomografía axial computarizada y la tomografía de emisión de fotón único, apoyan el trabajo de los clínicos.

Estudios

	EEG	TAC	BEAM	RM	SPECT	LAB
2000	1 365	607	740	943	207	47 437
2001	1 253	803	637	1 101	209	47 327

Enseñanza

La enseñanza abarca diferentes niveles, entre los cuales se encuentran la docencia en posgrado, con programas de maestría y doctorado en las áreas de psiquiatría clínica y salud mental pública.

En esta área y en colaboración con el departamento de psiquiatría y salud mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto participa por medio de su

personal en la formación de alumnos de especialización a través de un programa de Residencia en Psiquiatría con 4 años de duración. En este mismo rubro se llevan a cabo los siguientes cursos: Enfermería Psiquiátrica, Psicología Clínica Institucional, Trabajo Social Psiquiátrico y Adiestramiento Especializado en Neuropsicología Clínica.

Recientemente se inició un programa de teleconferencias para apoyar la educación continua a distancia.

En capacitación continua, al finalizar el período, se habrán impartido 23 cursos a 585 alumnos, 50 alumnos elaboran sus tesis de posgrado bajo la tutoría de investigadores y personal profesional del Instituto: 15 de especialidad, 9 de maestría y 26 de doctorado.

El Centro de Información y Documentación Científica creado en 1980, satisface la demanda de información y documentación especializada, y cuenta con un soporte documental, bases de datos propietarias, bases de datos en suscripción, sistema de información en red local, el acceso a fuentes de información nacionales e internacionales vía Internet como el Sistema Dialog, el Sistema Medlars y otros sistemas de cobertura mundial. La Hemeroteca cuenta con cerca de 6 000 volúmenes y recibe regularmente 144 publicaciones nacionales e internacionales.

En el Instituto se editan diversas publicaciones periódicas, de las cuales la más importante es la Revista Salud Mental, órgano oficial del Instituto, que aparece seis veces al año y es reseñada por diversos índices internacionales. Se edita también el Boletín de Información Clínica, que aparece mensualmente y provee al médico información seleccionada sobre los avances en el campo.

8.2.9. Instituto Nacional de Salud Pública

La función del Instituto consiste en: generar y difundir conocimientos, así como formar recursos humanos de alto nivel en el campo interdisciplinario de la salud pública mediante proyectos de investigación, programas docentes de posgrado y divulgación del conocimiento, para coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población y del funcionamiento de los servicios de salud.

Los elementos centrales de la misión del INSP son: la integración de la investigación y de la enseñanza, de las ciencias básicas aplicadas, y de las ciencias biomédicas, epidemiológicas y sociales; así como la preocupación por la excelencia, relevancia y pertinencia, la vocación académica, y la cercanía con el servicio a la población. La tarea de esta Institución, como la tarea de la salud pública, es hacer de estas aparentes contradicciones su fortaleza y conjugar la diversidad.

Estructura Orgánica

Para realizar sus actividades, el Instituto cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia: 5 Centros, 1 Secretaría General y 1 Secretaría Académica.

Principales Actividades

Durante el período destacan el desarrollo de 15 líneas de investigación en las áreas de la salud pública y enfermedades transmisibles, y las actividades de docencia en posgrado y educación continua, así como la participación en la evaluación de programas prioritarios para el desarrollo social del país, tales como el PROGRESA y el PAC.

El Instituto desarrolla otras actividades sustantivas como las correspondientes a servicios documentales, con lo cual, se ha propiciado la integración entre las actividades de enseñanza e investigación; se han logrado consolidar protocolos de investigación alrededor de líneas estratégicas; y se ha continuado con el apoyo a los investigadores para el mejoramiento de la infraestructura informática.

Recursos Humanos

En materia de investigación, el INSP cuenta con 41 investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores SNI, 3 menos que en el período anterior, lo anterior se debe a rotación del personal.

Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, se encuentran inscritos 147 investigadores; que comparados con los del período anterior, representa un 13.6 por ciento mayor. Con la siguiente distribución:

Clasificación de Investigadores

Concepto	Cierre	
	(Diciembre de 2000)	(31 de agosto de 2001)
Total de investigadores	224	249
Investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	127	147
Investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores	44	41

Cabe mencionar, que durante el período de este informe se repatriaron a 2 investigadores, que se encontraban en Alicante, España y Manchester, Inglaterra y otro se retuvo para evitar su salida al extranjero; asimismo, 35 investigadores se encuentran en proceso de capacitación, 24 en el país y 11 en el extranjero en Universidades de reconocido prestigio internacional, tales como: Universidad de Cornell, E.U., Universidad de John Hopkins, en Baltimore, Maryland, Estados Unidos, Universidad de Pompeu Fabra de Barcelona, España, Universidad de Cartidge, Gales, Inglaterra y Escuela de Salud Pública de Harvard, entre otras.

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada, se han logrado desarrollar en el primer semestre de 2001, 86 proyectos de investigación en el campo de la investigación epidemiológica en salud poblacional, sistemas de salud y enfermedades infecciosas, de los cuales, se iniciaron 35 proyectos, continuaron 51 que corresponden a protocolos iniciados en ejercicios anteriores, uno se concluyó y uno más fue cancelado. Así, el número de proyectos se vió incrementado en más del 20 por ciento del 2000 al 2001.

Para cumplir el objetivo de difundir el conocimiento científico en materia de salud pública, durante este período se obtuvieron un total de 29 publicaciones, 16 son artículos de investigación en revistas de divulgación científica y 13 capítulos de libros. Asimismo, se hicieron 158 presentaciones en eventos científicos. Cabe mencionar que durante el período se realizaron investigaciones que han tenido un alto impacto social tales como:

- Evaluación del componente nutricional del PROGRESA.
- Encuesta Nacional de Nutrición.
- Análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2000.

- ONUSIDA-INSP (Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación y Migración y SIDA en Centroamérica).
- Efectos de la Contaminación Atmosférica en Sujetos de la 3ª Edad.
- Tamizaje en Cáncer Cérvico Uterino en Áreas Rurales de México.
- Estudio y Control del Paludismo en México.

Formación y Capacitación

Para fines del ciclo escolar 2000-2001 se cuenta con 51 alumnos inscritos en doctorado: 185 en maestrías en ciencias, 108 en maestrías profesionalizantes, y poco más de 1 800 alumnos en distintos diplomados o cursos de educación continua. La Maestría en Administración de Servicios de Salud, y todas las maestrías en ciencias, así como el doctorado, están acreditados en el padrón de excelencia del CONACYT.

La selección de alumnos admitidos para el ciclo escolar 2001-2003 para los programas académicos que se llevó a cabo durante los meses de marzo-julio, señala lo siguiente: doctorado en ciencias 15, maestría en Salud Pública 39, maestría en ciencias 44, maestría en Administración de Servicios de Salud 10, y en la especialidad en Enfermería en Salud Pública 8.

Por otra parte, el programa anual de verano cuenta con 826 alumnos inscritos y se espera que sea particularmente exitoso, pues desde que inició en el INSP en el año de 1996, como una alianza con la Universidad de John Hopkins, se han incorporado participantes de las Universidades de Emory, y de Harvard, así como del CDC. La razón de ese curso no es sólo actualizar a los propios investigadores del INSP, sino también, consolidar los programas académicos.

Para el período 2000-2001, egresaron un total de 1 524 alumnos, tanto en cursos de educación continua intra y extramuros, como en los 14 programas de postgrado vigentes en el período que se reporta, de esta cifra corresponden 1 489 alumnos a los cursos de capacitación o educación continua y 35 los alumnos formados, el total de cursos realizados fue de 65.

Capacitación y Formación de Recursos Humanos

Concepto	(Diciembre del 2000)	(Agosto del 2001)
Total alumnos	1953	1524
En formación	70	35
Capacitados	1883	1489
Total cursos	80	65
Educación continua	66	51
Especialización	1	1
Maestría Profesionalizante	4	4
Maestría académica	8	8
Doctorado	1	1

Becas ciclo 2001

De conformidad a los lineamientos establecidos para el otorgamiento de becas por parte del INSP, en los cuales se establece que los alumnos de los programas de posgrado propuestos por la SSA, contarán con una beca que les otorga el 100 por ciento de exención del pago de matrícula; los que procedan de otras

Instituciones, del sector salud, o que hayan firmado convenio con el INSP contarán con el 50 por ciento de exención; los alumnos libres pagarán su matrícula al 100 por ciento, adicionalmente es importante señalar que el CONACYT, otorga becas a todos estudiantes de posgrado de las maestrías académicas, siempre que estos cubran los requisitos previamente establecidos por esta Institución.

Origen de la Propuesta	Número de becados	Porcentaje de becas
Secretaría de Salud	50	100
Petróleos Mexicanos	10	50
Instituciones del Sector Salud	20	50
Instituciones que tienen convenio con el INSP	20	50
Alumnos libres	40	-
Total	140	-

Infraestructura

Por conducto de la Dirección de Informática el Instituto, continuó con la publicación de la página de *Internet* del INSP llegando a más de 7.5 millones de accesos. Por otra parte, se iniciaron los procesos para el reforzamiento de las comunicaciones de voz y datos con la adquisición de un nuevo conmutador y de los equipos de comunicación de datos necesarios para la ampliación del ancho de banda de 10 a 100 Megabits por segundo y para operar con una columna vertebral basada en tecnología *Gigabit Ethernet*. Con esta nueva infraestructura se incrementó la velocidad de comunicación de información y ahora se tiene la capacidad para transmitir datos, voz y video a través de nuestra red interna. El Núcleo de Acopio y Análisis de Información en Salud (NAAIS) publicó el “Atlas Digital de Salud Siglo XXI” el cual en una aplicación multimedia en CD con información demográfica, de salud y de la infraestructura y servicios de atención.

Educación a Distancia

En el área de docencia cabe destacar, la conclusión del aula de videoconferencias, la cual incorpora al INSP a la red nacional de videoconferencias interactivas que enlazan a Universidades e Instituciones de Educación Superior, públicas y privadas en 27 estados de la república con capacidad instalada de 154 salas (y en proceso de construcción 80 adicionales) mismas que son coordinadas a través de la Dirección General de Servicios de Cómputo Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, con este sistema el INSP se puede enlazar con 10 sedes de manera simultánea.

8.2.10. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”

El Hospital tiene como función: realizar acciones de investigación, asistencia y formación de recursos humanos de excelencia que generen conocimientos, tecnología y guías orientadas a la prevención diagnóstica y tratamiento de las enfermedades pediátricas que permitan proponer acción médica de tercer nivel a los niños.

Estructura Orgánica

Para atender sus actividades, el hospital cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con

los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye: una dirección general, diez subdirecciones y 66 jefaturas de departamento.

Entre las principales actividades realizadas durante el período destacan:

En materia de investigación, el hospital logró incorporar a tres investigadores al Sistema Nacional de Investigadores, 37.5 por ciento más que en el período anterior. Con esto, el Instituto cuenta con 11 investigadores inscritos en el SNI.

Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud se encuentran calificados 87 investigadores que comparados con los del período anterior, representa un incremento de 6 por ciento; su distribución es la siguiente:

Clasificación de Investigadores

Concepto	2000	Al 31 de agosto de 2001
Total de investigadores	82	87
Número de investigadores en el sistema institucional de la Secretaría de Salud	82	87
Número de investigadores incorporados al sistema nacional de investigadores	8	11

Cabe mencionar que durante el período analizado en este informe se repatrió a cinco médicos e investigadores que se encontraban en el extranjero: cuatro en Estados Unidos y uno en España; asimismo, cuatro médicos e investigadores se encuentran en proceso de capacitación en el extranjero: uno en Canadá, uno en España y dos en Estados Unidos.

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada fue posible realizar 129 protocolos de investigación y concluir 32 investigaciones; asimismo, se publicaron 65 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica, cinco libros y 17 capítulos en libros, tanto nacionales como internacionales. Cabe mencionar que durante el período se han llevado a cabo los siguientes protocolos con actividades extramuros: el protocolo “Atole HIM-Maíz” que es un estudio sobre alimentación que se ha llevado a cabo en comunidades rurales de Tabasco e Hidalgo; “Marcadores de Susceptibilidad de la Fiebre Reumática” en la zona conurbada de la ciudad de México y “Xenotrasplantes en Niños Diabéticos Tipo 1” estos estudios son de un alto impacto social, al favorecer y propiciar un mejor estado de conocimiento sobre problemas de nutrición infantil, infecciones frecuentes y diabetes en los niños.

Se presentaron 406 ponencias y trabajos de investigación, en 106 eventos científicos, 27 de ellos en foros internacionales; entre los que destacan la VI Reunión Anual de Investigación 2001 de nuestra Institución, el *Congres de la Societe de Neurochirurgie de Langue Francaise*, la X Asamblea Mexicana de Pediatría y las X Jornadas en Ensenada del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 101 227 consultas, 0.02 por ciento menos con relación al período anterior; 15.0 por ciento correspondió a consultas de valoración, 5.0 por ciento a consultas de primera vez y 80.0 por ciento a consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 5 768, 0.9 por ciento menos en comparación al período anterior, esto representó el 62.9 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado para este mismo lapso.

Se registraron 5 789 egresos hospitalarios, 4.2 por ciento más con relación al período anterior y 82.2 por ciento de la meta programada.

Primer Informe de Labores

Lo anterior se debe a que las metas se programan considerando el contexto anual y al incluirse el mes de diciembre bajan las cifras debido a que en este mes la afluencia de pacientes es menos.

Por otra parte, se realizaron 4 678 cirugías y se realizaron 624 840 estudios de diagnóstico y tratamiento, 11.5 por ciento más de la meta esperada.

Atención médica

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Total de consultas	7 734	101 247	101 227
Total de consultas externas	7 734	101 247	101 227
Ocupación hospitalaria	74.4 %	81.3 %	86 %
Estudios de diagnóstico y Tratamiento	60 818	560 300	624 840
Egresos hospitalarios	624	7 040	5 789

Se cuenta con el Programa de Trasplantes en Pediatría más activo y exitoso del país, en este período se llevaron a cabo por primera vez en México dos trasplantes cardiacos en lactantes y un trasplante de hígado de donador vivo relacionado, lo cual constituye un hecho histórico para la Institución y la SSA.

Se incorporó un equipo de resonancia magnética en el departamento de radiología con lo que se incrementa la calidad de la atención que brindamos.

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se brindaron 119 cursos, 5.3 por ciento más en comparación con el mismo período del año anterior, de estos cursos 64 corresponden a educación continua, 34 para la educación de la salud y 21 para la capacitación para el desarrollo y el desempeño; 6.7, 3.0 y 5.0 por ciento más que en el lapso anterior. Asimismo, se otorgaron once cursos de pregrado y 22 cursos de especialidad.

Para este período la efectividad de los cursos de capacitación fue de 114.9 por ciento y de 104.2 por ciento para los alumnos de formación; el total de alumnos capacitados ascendió a 2 692 y de alumnos formados a 301.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Diciembre de 2000)	Estimado (31 de agosto de 2001)	Alcanzado (31 de agosto de 2001)
Alumnos Total	390	3 239	2 993
En formación	289	289	301
Capacitados	101	2 950	2 692
Cursos Total	45	108	119
Educación continua	8	63	74
Pregrado	3	11	11
Formación	34	34	34
Maestría	5	5	5
Doctorado	2	2	2

La Institución tiene convenios vigentes con diferentes instituciones del extranjero, para el intercambio de residentes como: Dartmouth, NH, E.U.; Messina, Italia; Buenos Aires, Argentina; Hospital La Paz y el Hospital Reina Sofía de Córdoba, España.

Este año el Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL), cumple su decimosexto año de transmisiones, proporcionando al médico y al paramédico conferencias para complementar y actualizar su formación académica; trasmitiéndose al interior de la República Mexicana, Centroamérica y el Norte de Sudamérica. En la actualidad se cuenta con 538 receptores, de los cuales 519 son nacionales y 19 extranjeros: cinco en Colombia, tres en Honduras y Nicaragua, dos en Cuba, El Salvador y en Guatemala; uno en Costa Rica y Panamá.

8.3. Hospitales Generales

8.3.1. Hospital General “DR. Manuel Gea González”

La función principal del hospital es brindar atención médica de segundo nivel a la población sin seguridad social, principalmente de bajos recursos económicos, así como contribuir a la formación de recursos humanos para la salud y al impulso a la investigación, a través de acciones de salud con un enfoque preventivo, curativo y rehabilitatorio, con el fin de integrar al paciente a su núcleo familiar, social y al proceso productivo.

Estructura Orgánica

Para atender sus actividades, el hospital cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye: 1 director general; 5 direcciones de área, 16 subdirecciones y 57 jefaturas de departamento.

Entre las principales actividades realizadas destacan:

Investigación

En materia de investigación, el hospital logró incorporar a 2 investigadores al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), un 40 por ciento más que el período anterior. Con esto, el hospital cuenta con 7 investigadores inscritos en el SNI.

Por otra parte, en el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud se encuentran inscritos 31 investigadores; que comparados con los del período anterior, representó un 19 por ciento más. Su distribución es la siguiente:

Clasificación de Investigadores

Concepto	Cierre (Enero-diciembre 2000)	Alcanzado (Diciembre 2000-agosto 2001)
Total de investigadores	28	33
Número de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	26	31
Número de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	5	7

Con los recursos humanos disponibles y la infraestructura física instalada fue posible realizar 32 protocolos de investigación y concluir 6 investigaciones; asimismo, fue posible publicar 61 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica, se publicaron 1 libro y 6 artículos para libros. Cabe mencionar que durante el periodo se realizaron las siguientes 4 investigaciones: Correlación de marcadores clínicos (leucoplasia vellosa y candida bucal) de progresión de la enfermedad de HIV-ARN en plasma de pacientes infectados por el HIV; Factores pronósticos asociados a la progresión de preeclampsia severa a síndromes de *hellp*; y Cetoacidosis diabética: factores de mal pronóstico y una técnica innovadora de reconstrucción auricular, que tienen un alto impacto social ya que favorecen y propician la obtención de información que es vital para la evaluación del tratamiento de la población usuaria de los servicios que presta esta unidad hospitalaria.

Atención Médica

En materia de atención médica, durante el periodo de este informe se otorgaron 130 565 consultas, 13.2 por ciento más con relación a las 113 348 consultas del periodo anterior; y 107 por ciento de cumplimiento de la meta, el 9.0 ciento correspondió a consultas de valoración, 34.0 ciento de primera vez y 57.0 ciento a consultas subsecuentes.

Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 38 528, 3.7 por ciento más en comparación a las 37 118 consultas otorgadas en el periodo anterior, esto representó el 101 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado para este mismo lapso.

Se registraron 9 679 egresos hospitalarios, un 1 por ciento menos con relación a los 9 736 egresos generados en el periodo anterior y 97 por ciento de la meta programada, en virtud de que el área de neonatología y pediatría fue cerrada 21 días en el mes de mayo de 2001 por un brote de varicela nosocomial.

Por otra parte, se realizaron 6 475 cirugías, 12 por ciento más de las 5 628 cirugías realizadas en el periodo anterior y se realizaron 5 224 endoscopías, 2 por ciento más de los 5 100 estudios realizados en el periodo anterior; 503 092 estudios de laboratorio de análisis clínico, 5 por ciento más de los 479 400 estudios realizados en el periodo anterior; 40 131 estudios de radiología, 7 por ciento más de los 37 322 estudios realizados en el periodo anterior y 10 033 estudios de medicina nuclear, 2 por ciento más de los 9 853 estudios realizados en el periodo anterior; este aumento es debido a que este hospital es el único con características de general para población no asegurada en la zona sur.

Atención médica

Concepto	Cierre (Enero-diciembre 2000)	Estimado (Diciembre 2000-agosto 2001)	Alcanzado (Diciembre 2000-agosto 2001)
Total de consultas	218 242	159 600	169 093
Consultas de urgencias	51 495	38 000	38 528
Total de consultas externas	166 747	121 600	130 565
Ocupación hospitalaria	84.8 %	80 %	80 %
Egresos hospitalarios	13 339	9 990	9 679
Estudios de diagnóstico y tratamiento	686 735	531 051	558 480
Endoscopías	7 081	5 310	5 224
Laboratorio de análisis clínico	638 632	478 974	503 092
Radiología	27 413	36 560	40 131
Medicina nuclear	13 609	10 207	10 033

Enseñanza

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se brindaron 118 cursos, 19.5 por ciento menos en comparación con los 141 cursos del período anterior, de estos cursos 89 corresponden a educación continua; 21.2 por ciento menos que los 113 cursos del período anterior; de los cuales 70 fueron para la educación para la salud representando el 30 por ciento menos respecto a los 100 cursos del período anterior, esta variación es debida a que en el año 2001 se cancelaron 8 cursos, se disminuyó el número de eventos de capacitación en servicio y se difirieron para otras fechas 4 cursos, y los restantes 19 cursos fueron para capacitación para el desarrollo y el desempeño, 46.2 por ciento más que los 13 cursos del período anterior. Asimismo, se otorgaron 8 cursos de pregrado y 21 de posgrado de especialidad.

Para este período la efectividad tanto de los cursos de capacitación como para los alumnos de formación fue de 100 por ciento; el total de alumnos en educación continua y capacitados ascendió a 2 047 y de alumnos formados a 367.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Cierre (Enero-diciembre 2000)	Estimado (Diciembre 2000-agosto 2001)	Alcanzado (Diciembre 2000-agosto 2001)
Alumnos Total	3 829	2 414	2 414
En formación (pregrado y posgrado)	373	367	367
Capacitados	1 295	237	237
Educación continua	2 161	1 810	1 810
Cursos Total	147	118	118
Educación continua	64	70	70
Pregrado	6	8	8
Posgrado	20	21	21
Capacitación	57	19	19

8.3.2. Hospital General de México

El Hospital General tiene la función de proporcionar atención médica integral de alta especialidad, a la población abierta en un ámbito de respeto y dignidad con apoyo de tecnología avanzada, así como fomentar la formación de recursos humanos calificados y promover investigación de elevado nivel para coadyuvar a mejorar la calidad de vida del usuario.

Estructura Orgánica

Para atender sus actividades, el Hospital General de México cuenta con una estructura orgánica de 73 plazas que incluye: 1 dirección general, 3 direcciones generales adjuntas, 8 direcciones de área, 22 subdirecciones de área y 38 jefaturas de departamento.

Principales actividades realizadas

Atención médica

En este período se otorgaron 475 228 consultas que representan un 6 por ciento más de la meta programada, de las cuales 52 309 (11 por ciento) corresponden a consultas de valoración, 146 712 (31 por ciento) de primera vez de especialidad, 252 501 (53 por ciento) a consultas subsecuentes y 24 706 (5 por ciento) a consultas de urgencias.

Las consultas de urgencias otorgadas representan el 92 ciento en comparación al período anterior y representa un 4 por ciento más de cumplimiento a lo programado por este mismo lapso.

Se registraron 28 908 egresos hospitalarios, 7 por ciento más con relación al período anterior y 13 por ciento más de la meta programada con un porcentaje de ocupación del 63 por ciento. Asimismo, se realizaron 20 830 cirugías que representan el 89 por ciento de lo programado y se atendieron 6 131 partos que es un 3 por ciento más de lo programado y un 5 ciento más de lo realizado en el mismo período del año anterior.

Estudios de gabinete

Se realizaron 75 207 estudios de radiología clínica que representan un 10 por ciento más que la meta programada; estudios de ultrasonido 17 720 que representan un 22 por ciento más de la meta programada, estudios de tomografía axial computarizada 6 614 que representa un 2 por ciento más de lo programado, resonancia magnética 1 576 estudios que representan un 111 por ciento más de lo programado y radioterapias 71 888 estudios.

Otras actividades

Se lograron 1.4 millones de análisis clínicos, 16 por ciento más que la meta programa y un 11 por ciento más que lo realizado en el mismo período del año anterior. Por otra parte, se dieron 37 364 sesiones de rehabilitación que representa un 3 por ciento más de lo programado. Se realizaron 94 119 estudios histopatológicos que representan un 18 por ciento más de lo programado y un 28 por ciento más de lo realizado en el mismo período del año anterior. Los estudios citológicos fueron 36 113 que representan el 100 por ciento de la meta programada.

Asimismo, se aplicaron 18 280 vacunas, cifra que representó un 61 por ciento más de la meta programada y un 63 por ciento más de lo realizado el período anterior, entre las cuales fueron 6 456 vacunas de Sabin, 5 109 vacunas BCG, 4 592 de toxoide tetánico difterica, 1 445 pentavalente, 293 triple viral, 260 DPT y 125 de otros tipos.

Se han realizado 12 radioneurocirugías, 10 implantes cocleares, 151 cirugías extramuros y se concluyó e inició el Programa de Consulta Programada por Teléfono.

Enseñanza

Pregrado de Medicina

Escuelas	Pregrado												
	2° Año		3° Año		4° Año		5° Año		6° Año		Total		
	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	%
Facultad de Medicina UNAM	-	-	6	136	7	156	1	54	-	-	14	346	28
Escuela Superior de Medicina IPN	-	-	7	160	11	214	18	198	1	8	37	580	48
Universidad Anáhuac	-	-	3	65	2	131	-	-	-	-	5	196	16
Universidad La Salle	1	14	2	35	2	37	-	-	-	-	5	86	7
Universidad Panamericana	-	-	-	-	1	16	-	-	-	-	1	16	1
Total	1	14	18	396	23	554	19	252	1	8	62	1224	100

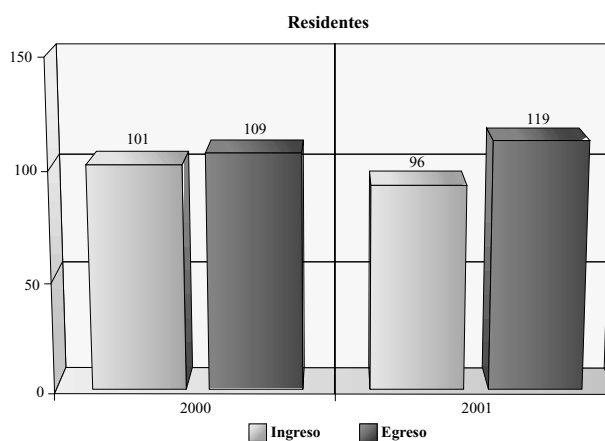
Para la atención de estos alumnos se cuenta con 255 profesores, de las diversas especialidades médico-quirúrgicas que existen en el Hospital.

Iniciaron práctica 62 internos de pregrado y se cuenta con 36 pasantes en servicio social de diversas carreras, los cuales se encuentran adscritos a los servicios de: laboratorio central, radiología, farmacia, mantenimiento, recursos humanos y enfermería. Asimismo, iniciaron prácticas profesionales 8 alumnos de las carreras de dietética, radiología, químico-fármaco biólogo y laboratorista.

Posgrado de medicina

Durante el período, egresaron 119 e ingresaron 96 residentes a los 35 cursos de especialidad que se manejan registrándose 7 bajas de las cuales 6 son nacionales y 1 extranjero.

Años	Especialidades	Residentes del Programa Sede/Subsede	Residentes extranjeros	Residentes nacionales	Total de residentes	Diplomados en el año	Becas otorgadas
2000	35	22	35	387	444	103	35
2001	35	27	34	388	449	108	20



Primer Informe de Labores

Residentes de otros Hospitales que rotaron por el Hospital General de México

Año	Nacionales	Extranjeros
2000	65	0
2001	73	0

Se han continuado con las reuniones mensuales entre las autoridades de la Dirección de Enseñanza en Salud, de Enseñanza del Hospital y el Comité de Residentes para revisión de los aspectos académicos, asistenciales, de investigación, de percepciones, alimentos, uniformes y áreas de descanso.

Educación continua

Año	Cursos impartidos	Alumnos	Profesores	Horas
2000	20	3 117	547	560
2001	13	1 430	387	322

Diplomados se cuenta con 97 alumnos en 20 cursos.

Capacitación para el desarrollo y desempeño

Capacitación de personal

	Capacitación			Total
	Médica	Paramédica	Administrativa	
Número de alumnos inscritos	355	1 413	255	2 023
Número de bajas	0	0	0	0
Total de alumnos egresados	355	1 413	255	2 023

Enfermería

Cursos técnicos y posttécnicos

Ciclos	Grupos	Duración	Alumnos que iniciaron	Bajas	Alumnos que continúan	Profesores
2000 y 2001	5	1 año	116	7	109	184

El Hospital fue campo clínico de 1 512 alumnos de cursos técnicos y licenciatura, de 8 escuelas, con inclusión de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Se otorgaron becas de tiempo a 81 enfermeras para asistir a diversos eventos y se realizaron 65 sesiones con un total de 1 351 asistentes.

Continúan 24 alumnos de la carrera básica de enfermería nivel técnico en sistema abierto, que cursan el sexto semestre y 26 en el primer semestre.

Educación para la salud

Año	Número de cursos	Asistentes	Horas
2000	66	22 155	424
2001	120	61 495	875

Apoyo para la enseñanza

Año	Usuarios de la Bibliohemeroteca		Consultas a				Fotocopias realizadas
	Internos	Externos	Libros	Publicaciones	Videos	Med-Line	
2000	26 841	5 131	16 033	33 259	330	4 024	249 678
2001	19 645	2 755	17 175	26 817	997	2 086	469 374

Se editaron las memorias del curso “El Profesional de Cara a la Violencia Familiar”.

Investigación

Metas

Se iniciaron 72 protocolos en este período y se concluyeron 38 de años previos; el total de protocolos en proceso es de 151. Se reportaron 111 publicaciones de las cuales 78 correspondieron a publicaciones en revistas biomédicas.

Distribución de publicaciones en revistas biomédicas

Clasificación según INSALUD	dicembre 2000-agosto 2001
Grupo I	45
Grupo II	10
Grupo III	19
Grupo IV	4
Total	78
Proporción I y II	70%
Proporción III y IV	30%

Destacan las publicaciones de Valdez-Flores y col., “*Deletion of Exons 1-5 of the STS gene causing X-linked ictiosis*”, y Lazcano y col. “*Epidmiology od HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology*” en las revistas del grupo IV *Journal of Investigative Dermatology* y *International Journal of Cancer* y la publicación de Rodríguez y col. “*Dexrxoxane induced reduction in mortality in mice subjected to severe forebrain ischemia*” en *Drug Development Res.*

El resto de las publicaciones corresponden a 6 libros, 24 capítulos en diferentes libros y 3 artículos en revistas nuevas aún no indizadas. El total de tesis reportadas en el período fue de 54 y se presentaron 124 trabajos en congresos nacionales e internacionales.

Investigadores

El número y la distribución de los investigadores en la institución sufrió cambios en este período, ya que hubo ingreso y promoción al Sistema Institucional de Investigadores.

Distribución de investigadores según las categorías de los INSALUD

Titulares	Número		Asociados	Número	
	Año	2000		2001	Año
C	9	9	C	6	7
B	1	1	B	13	16
A	14	16	A	18	17
Total	24	26	-	37	40

Investigadores en el SNI

Categoría SNI	2000	2001
Nivel III	2	2
Nivel II	3	3
Nivel I	9	11
Candidatos	2	3
Total	16	19

Capítulo 9

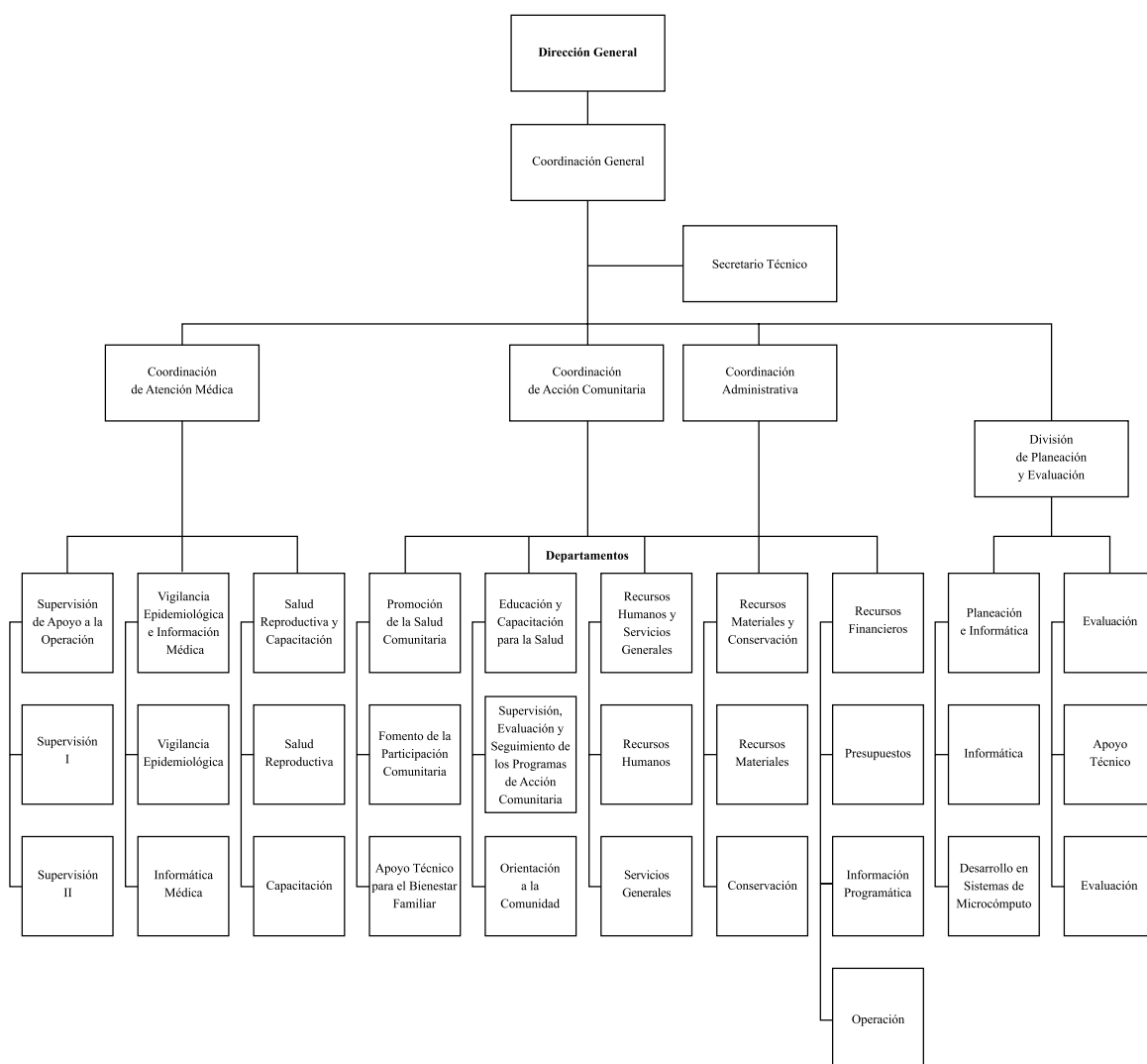
Programa IMSS-Solidaridad

9. PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

El objetivo del Programa IMSS-Solidaridad es atender la salud de la población rural campesina e indígena de nuestro país, a través de un Modelo de Atención Integral a la Salud que aplica desde 1983, en el que la base fundamental es la participación decidida y comprometida de las comunidades, en acciones dirigidas al mejoramiento individual y colectivo de sus condiciones de salud y bienestar.

Estructura Orgánica

Coordinación del Programa IMSS-Solidaridad



El IMSS-Solidaridad cuenta con una Dirección General, una Coordinación General, tres Coordinaciones: de Atención Médica, de Acción Comunitaria y Coordinación Administrativa, una

División de Planeación y Evaluación. Las cuatro unidades administrativas se integran por treinta y un departamentos de área.

El Programa IMSS-Solidaridad da atención a 10.6 millones de personas que habitan en comunidades rurales marginadas en más de 17 mil localidades de 17 estados del país, con la misma red regionalizada de servicios integrada por 3 540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales. Para el período que nos ocupa, se continuó apoyando a la población que carece de seguridad social, antes mencionada, con acciones que a continuación se describen:

Programa de Educación, Salud y Alimentación

El Programa IMSS-Solidaridad ha avanzado en forma significativa en la aplicación del componente salud del Programa de Educación, Salud y Alimentación PROGRESA, del gobierno federal. Al mes de agosto del 2001 se benefician y tiene en control a 846 040. En el período se otorgaron 5 486 505 consultas totales a los beneficiarios, de las cuales 1 947 891 se dieron a menores de 5 años y 570 411 a mujeres embarazadas o en etapa de lactancia. Asimismo, se proporcionaron 148 178 consultas de planificación familiar y se incorporaron 44 391 nuevas aceptantes; se realizaron 298 735 sesiones de educación para la salud con 6 010 836 asistentes y se han distribuido 11 247 096 sobres de suplemento alimenticio.

Encuentros Médico Quirúrgicos

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos, estrategia instrumentada a partir de mayo de 1996, han acercado los servicios de alta especialidad de los Centros Médicos del IMSS a la población rural marginada. En el período, los médicos especialistas del régimen ordinario del IMSS participaron en 7 Encuentros Médico-Quirúrgicos de oftalmología, cirugía reconstructiva, ortopedia y traumatología, en los cuales fueron valorados 1 836 pacientes campesinos e indígenas, habiéndose intervenido a 422 de ellos. Continuaron también los encuentros de salud visual, dirigidos a los alumnos de escuelas primarias ubicadas en localidades del Universo de Trabajo del Programa, incorporadas al Paquete Básico de Salud Escolar (PABASER), en el período de referencia se realizaron 4 encuentros de salud visual en los que se valoraron 822 alumnos, se dotaron de lentes a 220 y se intervinieron quirúrgicamente a 7.

Infraestructura y recursos

Desde el año de 1996 no se asignan recursos económicos al Programa IMSS-Solidaridad para la construcción de nuevas unidades, por lo que el Programa actualmente opera con una red regionalizada de 3 540 unidades médicas rurales de primer nivel y 69 hospitales rurales. Asimismo, operan en 225 microregiones para atender las localidades que no tienen servicios de salud, señaladas por el PROGRESA, a base de equipos auxiliares de supervisión integrados por una enfermera general y un promotor de acción comunitaria, encargados de supervisar a las asistentes rurales de dichas microregiones y darles apoyo, asesoría y dotación de insumos. Lo que ha ampliado su cobertura de localidades y de población.

Para acercar servicios básicos de salud a localidades menores de 500 habitantes que no cuentan con unidades médicas, se ha continuado con la formación de asistentes rurales de salud, hasta contar al mes de agosto del 2001 con 12 949, los cuales con una capacitación previa de 2 meses proporcionan servicios de protección de la salud y promueven la realización de acciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades bajo su responsabilidad.

La participación de la comunidad en la salud

Con el propósito de llevar a la práctica la comunicación educativa de la gente para la gente y difundir las tecnologías apropiadas al medio rural, se ha fortalecido la organización comunitaria, eje sustancial para el logro de los objetivos de salud en beneficio de la comunidad. Actualmente se cuenta con los 12 949 asistentes rurales de salud ya mencionados, 16 975 comités de salud, 146 410 promotores rurales voluntarios, quienes orientan en promedio a 13.0 familias por cada uno de ellos, incluida la propia. Se mantiene interrelación con 6 187 parteras rurales y 3 193 médicos indígenas tradicionales.

La participación de la comunidad se demuestra con el hecho de que 2 029 463 familias realizaron actividades de vigilancia y cuidado del agua para consumo humano en el período de referencia, la rehabilitación de 377 sistemas de abastecimiento de agua comunal, así como en la disposición sanitaria de la excreta humana 1 885 148, en la disposición adecuada de basura y desechos 2 055 391 y en el control de la fauna nociva y transmisora 1 691 600. Se continuó promoviendo la instalación de huertos familiares y de granjas. Actualmente se cuenta con 445 131 huertos familiares y 496 993 granjas.

Cabe destacar que en el período de diciembre del 2000 a agosto del 2001, se realizaron 282 306 acciones de mejoramiento de la vivienda, que incluyen pisos, techos, muros, arreglo y encalado de fachadas, construcción de ventanas, separación de cuartos y construcción de camas y fogones en alto, que crean un ambiente más favorable a la salud.

Para contribuir a la autosuficiencia de las comunidades, el Programa ha promovido y apoyado proyectos productivos en donde se organiza la comunidad para administrar su propia microempresa. Durante el período en referencia se realizaron 29 proyectos de medicina tradicional y 117 proyectos productivos pecuarios, agrícolas y artesanales, de las comunidades.

En este sentido, se fomenta la participación de los recursos humanos y terapéuticos de la población, apoyando el desarrollo de la medicina tradicional. Para ello, se han otorgado recursos para apoyar 29 proyectos comunitarios de medicina tradicional, y se mantiene interrelación con un total de 9 672 terapeutas tradicionales (parteras y médicos tradicionales) con los que se realizaron actividades conjuntas de prevención y atención de la salud comunitaria. Asimismo, 2 217 terapeutas han participado en encuentros de intercambio de experiencias y 5 234 personas han sido derivadas por los terapeutas a las unidades médicas para su atención. Por su parte, las parteras rurales en el período en mención atendieron 10 721 partos, otorgaron 50 430 consultas prenatales, derivaron a 15 813 embarazadas a las unidades médicas y lograron la aceptación de algún método de planificación familiar de 4 124 mujeres y hombres.

El Modelo de Comunicación Educativa focalizó sus acciones a los jóvenes sobre salud en general y en particular sobre salud reproductiva y sexualidad en el adolescente, a través de talleres participativos, en los que con un enfoque de género en la búsqueda de la equidad, destacan los contenidos referentes a los derechos reproductivos de los hombres y las mujeres. De los 2 637 067 adolescentes que residen en el ámbito de IMSS-Solidaridad, 757 832 (28.74 por ciento) recibieron orientación que permitió comprobar-mediante evaluaciones previas y posteriores a las sesiones educativas- como mejoraron sus conocimientos en salud.

Para realizar adecuadamente la labor educativa, de orientación y consejería, se distribuyeron 89 394 carteles, 4 533 pintas de bardas dirigidas a población en general y se han impartido 18 629 talleres. En la aplicación del plan de medios se utilizaron las radiodifusoras del Instituto Nacional Indigenista para transmitir 4 272 mensajes en lengua indígena.

La estrategia de Desarrollo Humano implantada en 1999 para fortalecer entre los adolescentes de 12 a 19 años, la autoestima, las relaciones humanas y la capacidad de tomar decisiones, con el fin de

favorecer la adopción de actitudes y conductas positivas hacia el cuidado de la salud, cuenta hasta el momento con aproximadamente 2 000 líderes juveniles capacitados, que han integrado 2 500 grupos de desarrollo humano en sus localidades.

A partir de los resultados obtenidos con los grupos de Desarrollo Humano en la población adolescente, el proyecto está en etapa de extenderse a la población infantil, para lo cual se elaboró una guía del Taller de Autoestima y Valores para Niñas y Niños Campesinos de 6 a 11 años de edad.

El objetivo fundamental de este taller es que la niña y el niño tengan oportunidad de manejar y expresar sus sentimientos en forma constructiva, promover el conocimiento y la estima por sí mismo, desarrollar su capacidad de relacionarse y facilitar el equilibrio personal que le ayude a integrarse exitosamente en su comunidad. De esta forma, el taller se convierte en un complemento de las actividades escolares que enfatizan el desarrollo físico, intelectual y social.

La fructífera participación comunitaria en el Programa IMSS-Solidaridad ha planteado la concertación de acciones a través de convenios con diferentes organismos no gubernamentales y con dependencias del gobierno federal y estatal, para potencializar los recursos financieros para el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de la población.

Como resultado de lo anterior en seguimiento al convenio suscrito con la Secretaría de Educación Pública, se continuó aplicando la estrategia de educación vía satélite para población campesina e indígena. Entre diciembre del 2000 y agosto del 2001 participaron 257 437 jóvenes de 10 a 19 años y 31 200 mujeres de 25 a 65 años quienes recibieron información en salud y prevención del cáncer cérvico-uterino, respectivamente. Asimismo, aplicaron dinámicas participativas con sesiones de reflexión y prácticas de campo y replicaron los conocimientos adquiridos, a través de 40 000 testimonios comunitarios.

A través de la concertación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en el período que se informa se proporcionaron 950 becas a mujeres y jóvenes de la comunidad, para su capacitación como asistentes rurales de salud.

Para reforzamiento y conservación del equilibrio ecológico, la SEMARNAT proporcionó 228 148 árboles en el período de referencia; asimismo, se capacitó en la conservación y educación ambiental al 100 por ciento del personal institucional y comunitario.

Con el apoyo de la Asociación Mexicana de la Industria Fitosanitaria, A.C. se proporcionó capacitación a 12 508 asistentes rurales de salud y 16 705 comités de salud y se dio orientación a 138 018 promotores rurales voluntarios sobre medidas preventivas en el uso de agroquímicos. También se adiestró en este período a 464 supervisores y promotores de acción comunitaria en el uso seguro de agroquímicos y el manejo adecuado de productos químicos usados en salud pública, para el combate del dengue y paludismo.

Se ha continuado la labor conjunta con el Instituto Nacional Indigenista (INI), para la atención de los niños indígenas que asisten a los 658 albergues que se encuentran en el ámbito de responsabilidad del Programa. Destacan las acciones programadas de orientación en salud sexual dirigida a 32 000 niños indígenas, así como la capacitación de 2 100 ecónomas y responsables de los albergues indígenas, para la promoción de la salud.

El convenio con la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) apoya la consolidación de la Contraloría Social en el medio rural. Al término del período el 100 por ciento de las unidades médicas habían cumplido satisfactoriamente con la etapa de difusión. En la etapa siguiente, denominada de atención ciudadana, se sumaron las acciones del PROGRESA a las de IMSS-Solidaridad para garantizar que la población participe en la vigilancia de la prestación de servicios de

salud a los que tiene derecho con transparencia en el uso de los recursos destinados para su beneficio. Como parte de esta etapa se recibieron 11 586 reconocimientos de parte de las comunidades por la calidad de los servicios otorgados, y 3 326 quejas, de las cuales se han resuelto 2 495.

Con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), el Programa contribuye para la alfabetización y educación básica de las personas mayores de 15 años. El personal del Programa identifica entre la población a los analfabetas y personas con educación básica incompleta y el INEA proporciona el material didáctico y monitores que imparten las labores educativas. En el período de referencia, 7 309 personas mayores de 15 años analfabetas y 6 031 adultos concluyeron su primaria y 3 090 la secundaria, a través de este sistema en las unidades médicas. En este rubro el reto es enorme porque la incorporación a la alfabetización no rebasa el 2 por ciento anual.

En conjunto con el Instituto Mexicano de la Juventud, nuevamente se organizó el Premio Nacional a la Juventud Indígena, también con la colaboración de otras dependencias y gobiernos estatales. Con la Secretaría de Salud, la coordinación y colaboración está altamente relacionada con la ampliación de cobertura en las microregiones para la atención a la salud de las familias beneficiadas por el PROGRESA.

El Comité de Operación sesionó en el mes de julio del 2001, cumpliendo su función como órgano de apoyo, evaluación y control de los servicios que presta el Programa IMSS-Solidaridad.

Recursos

El Programa opera con fondos del gobierno federal, se apoya en la estructura administrativa del IMSS y funciona en forma desconcentrada; muestra de ello es que de las 17 500 plazas con que cuenta el Programa, el 98.34 por ciento del personal de IMSS-Solidaridad se encuentra en el nivel operativo y únicamente el 1.66 por ciento se ubica en el nivel central. Del total de plazas, el 31.67 por ciento son médicos, el 39.13 por ciento enfermeras, el 12.64 por ciento personal administrativo, 1.87 por ciento son paramédicos, auxiliares para el diagnóstico y tratamiento, y otras categorías el 13.03 por ciento.

En el período de diciembre del 2000 a agosto del 2001, se estima el ejercicio de 3 245.9 millones de pesos, de los cuales 97 por ciento corresponden a gasto corriente y 3 por ciento a inversión.

La correcta aplicación de los recursos, así como la adopción de una cultura de contención de costos, permitió ubicarlos en los programas de mayor impacto social, como es el caso de la atención médica que absorbe el 83 por ciento del gasto total y del Programa de Educación, Salud y Alimentación PROGRESA, con el 6 por ciento; acciones que se ven reforzadas con el 3 por ciento de los recursos que se destinan a la acción comunitaria, el 2 por ciento a la capacitación a personal institucional. A la administración se destina el 3 por ciento y el 3 por ciento a la inversión física.

El gasto promedio de operación anual de las unidades médicas rurales fue de 562.9 miles de pesos y de 30 058 miles de pesos en los hospitales rurales.

Servicios

En el período de referencia se proporcionaron 1 013 748 sesiones de educación para la salud, con la asistencia de 14 582 688 personas; se registraron 13 540 596 consultas totales, 175 846 egresos hospitalarios, se practicaron 80 267 intervenciones quirúrgicas, 2 853 918 estudios de laboratorio y 242 268 estudios de rayos "X". Asimismo, la ocupación hospitalaria aumentó de 86.57 por ciento a 84.63 por ciento, entre diciembre del 2000 a agosto del 2001 y el promedio de días paciente se ha mantenido en 2.85.

Los retos demográfico y epidemiológico

Para el ciclo escolar 2000-2001 a través del Programa Salud en la Escuela se atendieron 16 906 escuelas, donde se valoró el estado de nutrición de 1 008 019 escolares, se organizaron 971 242 sesiones para el aprendizaje de la limpieza bucodental y 3 292 196 auto aplicaciones de flúor. Se efectuaron 97 586 detecciones de diabetes e hipertensión a los profesores y se proporcionaron 24 518 sesiones de educación para la salud a 584 566 asistentes, entre padres, profesores y alumnos.

El Programa Salud Infantil y Escolar, a través de la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, ha mantenido excelentes coberturas con esquemas básicos de vacunación, de acuerdo a los criterios de certificación de la OMS: en los menores de 1 año del 97.37 por ciento al mes de agosto del 2001 y en los niños de 1 a 4 años del 99.57 por ciento. El impacto de las acciones de vacunación en el período de análisis 2000-2001 se acredita por la ausencia de casos de poliomielitis, difteria, tos ferina, sarampión, tétanos neonatal y tuberculosis meningea.

Para la prevención y control de las enfermedades diarreicas se ha capacitado intensivamente a los voluntarios organizados de la comunidad y a las madres de familia para la práctica de medidas higiénicas personales, el manejo de alimentos y el agua y el uso de los sobres vida suero oral. El empleo extendido de la hidratación oral con fines de prevención de la deshidratación secundaria a las diarreas, se demuestra con el otorgamiento de 78 420 tratamientos de hidratación oral, el 99.8 por ciento de tipo preventivo. En el período se registraron 68 418 casos nuevos de diarreas en menores de 5 años.

Durante el período de referencia se registraron 321 333 casos de primera vez por infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años y 2 005 neumonías en éstos. En el terreno de la prevención y control se continuó la promoción del mejoramiento de la vivienda, la capacitación de los voluntarios y de las madres, para la identificación de los signos de alarma y la derivación oportuna de los niños a las unidades médicas para prevenir la ocurrencia de complicaciones graves.

En nutrición y salud, durante el período se incrementaron significativamente las valoraciones del estado de la nutrición a niños menores de 5 años, al pasar de 2 554 649 a 3 274 880. Como resultado de ello se encontró que el 18.59 por ciento de los niños valorados por primera vez tenían algún grado de desnutrición, a los que se dio la atención integral correspondiente; 1 081 898 madres de estos niños y otras mujeres se capacitaron en la elaboración de dietas familiares de alto valor nutritivo para aprovechar mejor los nutrientes locales al alcance de la familia.

En la búsqueda de estrategias para mejorar la alimentación de los niños y mujeres de las familias que no son beneficiadas por el PROGRESA, se han concertado los esfuerzos locales con los municipios, las organizaciones no gubernamentales, los productores locales de alimentos y el DIF, para que estos reciban suplemento alimenticio.

El Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, ha recertificado al 100 por ciento de los hospitales inscritos como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", con lo que ha dado cumplimiento a los compromisos ante la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Salud reproductiva

Como resultado global de las acciones dirigidas a abatir el rezago en salud reproductiva, disminuir la mortalidad materna y dar respuesta a la demanda insatisfecha en las áreas rurales, en el período que se informa, un total de 278 631 mujeres aceptaron planificar su familia. Es meritorio destacar la participación de los asistentes rurales de salud y las parteras rurales, quienes incorporaron a 20 062 mujeres. Se observa

preferencia por los métodos de mayor continuidad, como es el dispositivo intrauterino (55.13 por ciento), los hormonales orales (22.05 por ciento), inyectables (12.20 por ciento) y la oclusión tubaria bilateral (10.26 por ciento); el restante 0.36 por ciento corresponde a las vasectomías.

De acuerdo al Modelo de Atención a la Salud Integral del Adolescente del medio rural, para favorecer la adopción de conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgos que propicien el autocuidado de su salud, su sexualidad y su capacidad resolutive, en el período que se informa se tienen integrados 3 609 Centros de Atención Rural del Adolescente en las unidades de primero y segundo niveles de atención, 5 325 equipos juveniles, 21 457 comités juveniles activos y 25 234 grupos deportivos y culturales, se ha proporcionado orientación a 757 832 adolescentes y 431 017 asistieron a 29 257 talleres sobre salud reproductiva.

Salud perinatal

En relación a las acciones dirigidas a la mujer gestante, en el período en referencia se dio atención prenatal a 139 513 embarazadas, en el 21.23 por ciento de los casos, por asistentes rurales de salud y parteras rurales capacitadas. El avance cualitativo de la atención institucional se aprecia al observar que el promedio de consultas por embarazada es de 6.8 al mes de agosto del 2001 y cada vez más mujeres inician tempranamente su control, ya que en el período de análisis el 53.16 por ciento inició su control prenatal en el primer trimestre, 35.03 por ciento en el segundo y sólo 11.81 por ciento en el último. Asimismo, en el período que se informa se atendieron 100 176 partos, 16.55 por ciento por parteras y asistentes rurales. La tasa de mortalidad hospitalaria perinatal pasó de 22.01 por mil nacidos vivos en agosto del 2000 a 21.18 en agosto del 2001. La tasa de mortalidad materna hospitalaria tuvo un ligero decremento del 3.23 al 3.22 por 10 mil nacidos vivos en los periodos, anteriormente referidos.

Continúan en operación los 65 albergues maternos anexos a las unidades médicas rurales, construidos para alojar a mujeres con embarazo de mediano y alto riesgo, que radican en comunidades dispersas para su atención prenatal y obstétrica por personal institucional capacitado. Con la aplicación del Modelo Integral de Salud Ginecológica, se han realizado 179 207 detecciones de cáncer cérvico-uterino y se identificaron 122 casos de este padecimiento. Adicionalmente se efectuaron 1 371 753 detecciones de cáncer mamario con el hallazgo de 18 casos.

En materia de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, durante este período se practicaron 44 137 pruebas para la detección o el diagnóstico de sífilis y 27 544 del SIDA. Como resultado, se identificaron 27 casos nuevos de sífilis adquirida y 22 de SIDA, a los que se atendió o derivó al nivel de atención correspondiente, de acuerdo al estudio de la enfermedad.

Salud de las poblaciones adulta y anciana

De diciembre del 2000 a agosto del 2001 se realizaron 1 902 817 detecciones de diabetes mellitus y 2 864 874 de hipertensión arterial, al mes de agosto se tienen registrados 3 999 casos nuevos de diabetes mellitus y 5 523 de hipertensión arterial. Se encuentran integrados 2 682 grupos de ayuda mutua de estos padecimientos, con la participación de 58 560 personas.

Salud para la población en general

Se proporcionó atención de odontología a 3 486 385 personas, a las que se realizaron 21 454 899 acciones preventivas como la aplicación o autoaplicación de flúor y la enseñanza de la técnica del cepillado dental, entre otras.

Durante el período que se refiere, se realizaron 54 350 detecciones de tuberculosis en los que se encontraron 957 casos nuevos de este padecimiento. Las tasas globales de curación del 80.0 por ciento y la eficiencia del tratamiento del 98.6 por ciento están dentro de los estándares internacionales, ya que más del 85 por ciento de los pacientes reciben su tratamiento acortado, supervisado por personal de la estructura del Programa, con la participación de los asistentes rurales y promotores voluntarios.

Para disponer de suficiente sangre segura, el Programa IMSS-Solidaridad la obtiene del régimen obligatorio del IMSS, previo canje de la obtenida de donadores voluntarios de la población solidariohabiente. En cumplimiento a la normatividad de los puestos de sangrado, el Programa se encuentra en proceso de sustitución u obtención del equipo necesario, incluyendo refrigeradores, congeladores, etc.

Programas regionales

Se han intensificado las acciones del Plan Emergente para la prevención y control del dengue clásico, el dengue hemorrágico y del paludismo, y se consolidaron los 2 módulos para la detección de dengue con equipo automatizado en los hospitales de Mapastepec, Chiapas y Zacatipan, San Luis Potosí, que permiten la identificación temprana de sospechosos y la toma inmediata de decisiones. Los casos de dengue clásico reportados en el período fueron 9 y los casos confirmados de dengue hemorrágico 0. Los casos registrados de paludismo a la fecha mencionada son 238.

Al mes de agosto de este año continúan su operación los módulos para el aislamiento del germen causal del cólera en 40 hospitales de las delegaciones de Yucatán, Puebla, Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Michoacán, Campeche, San Luis Potosí, Tamaulipas, Coahuila, Veracruz Norte y Sur, que aseguran la vigilancia epidemiológica de este padecimiento. En el período no se ha registrado ningún caso.

El Programa IMSS-Solidaridad realizó una revisión y actualización de la normativa que rige su funcionamiento, por lo que a este momento se cuenta con un total de 71 normas vigentes. Asimismo, las actividades de capacitación han estado dirigidas a obtener el máximo desarrollo técnico y humano del personal del Programa y de los voluntarios de la comunidad. En ese orden se ha dado especial cuidado a la inducción al puesto de los becarios en servicio social y residentes de las especialidades. Asimismo, la capacitación continúa se desarrolla regularmente durante las reuniones zonales mensuales, las zonales con carácter regional o las académicas semanales en los hospitales rurales.

Al inicio del 2001 se desarrollaron las reuniones nacionales con los Directores Regionales, Delegados, Jefes de Prestaciones Médicas y de Servicios Administrativos y con los miembros de los Equipos Multidisciplinarios Delegacionales y Directores de Hospital Rural. Esto ha permitido transmitir directamente las políticas, estrategias y prioridades a realizar durante el año y lograr la unidad de acción para el logro del objetivo del Programa.

Capítulo 10

Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia (DIF)

Capítulo 11

Laboratorios de Biológicos y Reactivos
de México, S.A. de C.V. (BIRMEX)

Capítulo 12

Consejo de Salubridad General

12. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El Consejo de Salubridad General es un órgano Constitucional que depende del Presidente de la República. Está presidido por el Secretario de Salud y se integra con un Secretario y 13 vocales titulares, que son profesionales especializados en diversas ramas sanitarias, designados y removidos por el Titular del Ejecutivo Federal.

Se constituye en foro de análisis y decisión de temas sanitarios cuya importancia repercute en la preservación y atención de la salud, contando para ello con la participación de expertos y especialistas, que permite rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal, tendientes al establecimiento de políticas y desarrollo de acciones que contribuyen a la consolidación y funcionamiento eficiente del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.

Con la nueva administración federal, se ha iniciado un proceso de revisión y análisis para identificar la visión que debe tener el Consejo ante la nueva realidad del país, que, en el periodo que se comenta ha emprendido, conforme al Plan Nacional de Desarrollo y al Programa Nacional de Salud 2001-2006, la modificación de su Reglamento Interior.

El nuevo reglamento lo aprobó el Consejo de Salubridad General en su sesión ordinaria celebrada el 19 de junio de 2001. En cuanto a su integración, con el objeto de fortalecer el área de coordinación del Sector Salud, se estableció que los dos vocales titulares de las instituciones de seguridad social fueran sus Directores Generales; asimismo, se incorporó un representante con nivel de Subsecretario de las Secretarías de Desarrollo Social y de Medio Ambiente y Recursos Naturales; un representante de la Secretaría de Educación Pública, que es el Director General del Instituto Politécnico Nacional; se integró también un representante de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior y al Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud. Prevé también que el Consejo pueda contar con vocales auxiliares, para el desempeño de sus funciones. El Comisionado para el Desarrollo Social de la Oficina Ejecutiva de la Presidencia de la República será invitado permanente a las sesiones del Consejo.

Considerando que en la conformación del Consejo participan los principales actores responsables de la Salud Pública, el nuevo Reglamento contempla la creación de una Junta Ejecutiva de este órgano colegiado, del más alto nivel, formada por los titulares de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La Junta tiene la responsabilidad de definir políticas, estrategias y acciones conjuntas para el cumplimiento del Programa Sectorial de Salud, especialmente, por lo que hace a las destinadas a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población, e incrementar la cobertura de los servicios, haciendo realidad la efectiva coordinación entre las instituciones públicas de salud.

Para apoyar los trabajos de la Junta Ejecutiva se crearon los Comités de Calidad de los Servicios de salud; de Colaboración Sectorial y de Insumos para la Atención de la Salud.

La Junta se instaló formalmente el 18 de julio de 2001, acordando las tres instituciones del Sector Salud la realización de las siguientes actividades que se encuentran en desarrollo:

- Coordinación de la estructura programática del presupuesto 2002;
- Se precisaron las áreas de oportunidad y los mecanismos factibles para elaborar convenios de colaboración para la prestación de servicios, inicialmente en los estados de Aguascalientes, Colima, Quintana Roo y Tamaulipas;
- Se trabaja en la factibilidad de realizar compras coordinadas de insumos para la salud.

El Consejo de Salubridad General cuenta con la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud y sus comités de Medicamentos; de Instrumental y Equipo Médico; de Material de Curación y Prótesis y, de Biológicos y Reactivos, que aprobó 2,039 inclusiones y 506 modificaciones de insumos (Cuadro 1), que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación con dos actualizaciones de Instrumental y Equipo Médico; estando próximas a publicarse las actualizaciones de medicamentos, de material de curación y prótesis y de biológicos y reactivos. Lo anterior contribuye al abasto y disponibilidad oportuna de insumos en las instituciones del sector. Además se trabaja en la disminución de trámites y en la reducción del plazo para dictaminar, enfatizando el rigor científico como base para la emisión de los dictámenes.

Cuadro No. 1
Cuadros básicos y Catálogos de Insumos para la Salud
1 de diciembre de 2000 al 31 de agosto de 2001

Comité	Inclusiones	Modificaciones
Medicamentos	17	8
Instrumental y Equipo	1 773	406
Curación y Prótesis	235	7
Biológicos y Reactivos	14	85
Total	2 039	506

El Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables, conducido de manera conjunta con la Secretaría de Salud, promueve la introducción al mercado de fármacos de libre producción que han acreditado su intercambiabilidad con los medicamentos originales, fue promocionado por el Consejo en la Plenaria del Congreso de la Cámara Nacional de la Industria Químico Farmacéutica celebrado el 30 de mayo en Playa del Carmen, Quintana Roo, invitándolos a producir este tipo de medicamentos.

Durante el lapso que se informa se produjo una relación adicional de 44 medicamentos susceptibles de incorporarse al Catálogo respectivo, próxima a publicarse en el Diario Oficial de la Federación. Este Programa contribuye a la economía de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la población en general, al favorecer la adquisición de medicamentos de óptima calidad a costos considerablemente menores.

La Comisión de Certificación de Hospitales establecida en el nuevo Reglamento del Consejo apoya la Cruzada por la Calidad de los Servicios puesta en marcha el 22 de enero por el Presidente de la República. En el lapso comprendido de diciembre de 2000 a agosto de 2001 dictaminó 132 hospitales, de los que se certificaron 103, de estos, 60 pertenecen al IMSS, 32 a los servicios estatales de salud, 9 son privados, uno de Petróleos Mexicanos y uno del ISSSTE, distribuidos en 18 entidades federativas.

En cumplimiento del Acuerdo Presidencial de otorgar anualmente premios al Mérito a los profesionales de la salud que se hayan distinguido por su destacada labor, con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud, se entregaron en este año los premios, que conmemoran a próceres de la medicina nacional. (Cuadro 2).

Cuadro No. 2
Premios al Mérito otorgados a profesionales de la salud
Año 2001

Premio	Receptor
Eduardo Liceaga "Ciencias Médicas y Administración Sanitaria Asistencial"	Jorge Rosenkranz Weiner
Miguel Otero "Investigación Clínica"	Gerardo Jiménez Sánchez
Gerardo Varela "Salud Pública"	Jesús Kumate Rodríguez
Martín de la Cruz "Investigación Química y Biológica"	Andrés Navarrete Castro
Margarita Chorne y Salazar "Mérito en Odontología"	María Isabel Carreón García
Isabel Cendala y Gómez "Mérito en Enfermería"	María de Lourdes Meléndez Sotelo
Lucía Salcido "Mérito en el Área de Auxiliar de Enfermería"	Rosa Guzmán Contreras

El Consejo, de conformidad a lo establecido en la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos, resguarda y opera la base de datos integrada con la información de actividades reguladas, que proporcionan las Secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Comunicaciones y Transportes, de Economía y, de Relaciones Exteriores. El Consejo recibió y procesó 11 360 registros, correspondiendo 1 064 a avisos de importación o exportación, 745 pedimentos aduanales, 251 a permisos de importación y exportación, 18 avisos de irregularidades y mermas, y 9 282 informes anuales de las dependencias. En el período que se informa se hicieron 233 consultas por parte de la Procuraduría General de la República.

El Consejo forma parte del Grupo Plenario de Procuración de Justicia México-Estados Unidos de América que se reunió los días 30 y 31 de julio en la Ciudad de México para realizar aportaciones en la materia para la Comisión Binacional que se reunirá en Washington, D.C., durante la vista de Estado que el Titular del Ejecutivo Federal efectuará en el próximo mes de septiembre.

11. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S. A. DE C. V. (BIRMEX)

En el período que se informa, la empresa paraestatal denominada Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V. (Birmex) enfrentó retos importantes en cuanto a su propio proceso de transformación, operación tecnológica, financiera y administrativa, así como en la modernización de su infraestructura. Para enfrentar con efectividad estos retos, se han instrumentado diversas acciones y programas que han permitido tener avances significativos en materia de producción de insumos para la salud, con lo que se ha garantizado la producción y disponibilidad de las vacunas, sueros y otros productos inmunológicos, así como de reactivos químicos y biológicos para el diagnóstico clínico, los cuales son estratégicos para la preservación de la salud de la población mexicana. Las acciones instrumentadas están orientadas a disminuir costos e incrementar la eficiencia y la calidad en búsqueda de la competitividad internacional.

Con estos avances se han dado los primeros pasos para que esta empresa productora y comercializadora de biológicos y reactivos químicos incremente sus fortalezas, las cuales están enfocadas a participar de manera sólida en el mercado nacional y también fortalecer su presencia en mercados de exportación. Birmex también lleva a cabo actividades de investigación y desarrollo para la obtención de vacunas fabricadas con tecnologías modernas que permitirán incrementar la rentabilidad.

A pesar de diversas problemáticas detectadas en la empresa al inicio de la presente administración, se han logrado tener importantes avances en los siguientes aspectos:

Planeación y coordinación

Se realizó la programación integral de la producción para los años 2001 y 2002 con estrecha vinculación a las necesidades y programas de comercialización, así como a los programas de adquisiciones de insumos, control de almacenes, control de calidad y mantenimiento de instalaciones y equipos. Actualmente se tiene una mejor coordinación y comunicación entre las áreas involucradas en la realización de los programas mencionados.

También se consolidaron las relaciones con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, organismos rectores en materia de vacunación.

Administración y Finanzas

Con la instrumentación efectiva de medidas multidisciplinarias se transformó la liquidez de la empresa y por primera vez en sus tres años de existencia, Birmex ha logrado pagar pasivos contraídos por la administración pasada y además ser autosuficiente en materia financiera. Otro logro importante ha sido reducir del 43 por ciento al 26 por ciento el saldo de la cartera vencida como proporción de la cartera total. El flujo de efectivo pasó de 8.4 millones de pesos en diciembre de 2000 a 49.7 millones de pesos al cierre del primer semestre de 2001.

Se desarrollaron nuevos procedimientos y controles que han permitido hacer más eficiente la operación de la empresa lo que incluye: costos, rentabilidad por producto, adquisiciones, existencias y tiempos de entrega.

Producción y control de calidad

Tomando como base los resultados logrados en cuanto a la eficiencia de la operación, se realizaron análisis costo beneficio por cada producto, con la finalidad de depurar y mejorar los procedimientos de producción y resolver los problemas detectados en los procesos de producción.

Se inició el escalamiento industrial de la Vacuna Antipoliomielítica en Células Vero con lo que se reducirán los costos y los tiempos actuales de producción que consumen más de 500 días.

Comercialización

Se modernizaron las políticas comerciales de la empresa enfocadas a mejorar la calidad del servicio ofrecido a los clientes. Con base en los costos unitarios de producción y considerando los precios, se realizaron análisis enfocados a lograr la competitividad y rentabilidad en el corto plazo.

Por primera vez la empresa programa con más eficiencia la fabricación y distribución, ya que cuenta con convenios comerciales establecidos con suficiente antelación con sus clientes.

Obras e instalaciones

En el período que se informa se concluyeron obras de remodelación del Laboratorio de Sueros del Instituto Nacional de Higiene, y en lo que resta del presente año se reiniciará la producción.

A pesar de las limitaciones financieras se avanzó en los programas de mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos e instalaciones.

Investigación y desarrollo

Proyecto: Producción de Vacuna Antipoliomielítica en Células Vero

Se llevó a cabo la producción a escala piloto de vacunas antipoliomielíticas monovalentes y trivalentes, en cultivos celulares de Células Vero. Las pruebas de control de calidad muestran que la vacuna cumple con las especificaciones de calidad, incluyendo la estabilidad, quedando pendiente la prueba de neurovirulencia que se realizará en la segunda parte del presente año. Se ha recopilado la información técnica e iniciado los trámites para su registro ante las autoridades de salud. Birmex realizará entre 2001 y 2002 los primeros lotes a escala industrial hasta alcanzar consistencia de producción para suplir el procedimiento actual que utiliza como sustrato células de riñón de primates no humanos *Erythrocebus patas*. El cambiar la producción de vacuna antipoliomielítica a Células Vero conlleva una reducción sustancial en los costos de la misma y un incremento significativo en la productividad.

Proyecto: Producción de Vacuna Pentavalente (DPT + HB + Hib)

- a) Vacuna cuádruple DPT + HB. Esta etapa fue concluida a nivel laboratorio y está programada a escala industrial en el segundo semestre de 2001 o principios de 2002, lo que dependerá de los avances en las siguientes etapas.
- b) Vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b. El desarrollo de este proyecto está dividido en este momento en las siguientes etapas:
 - 1) Producción de biomasa,
 - 2) Purificación del polisacárido (PRP),

- 3) Conjugación PRP-TT y
- 4) Formulación, envase y liofilización.

El proyecto plantea realizar cada una de las cuatro etapas a una capacidad de trabajo de 70 250 y 1 500 litros dependiendo del volumen de los fermentadores. Hasta el momento sólo se ha realizado producción de las cuatro etapas en fermentadores de 70 litros. En las escalas de 250 y 1 500 litros se avanzó en las dos primeras etapas. Las etapas faltantes no se han podido realizar a mayores escalas por requerirse condiciones y equipos que están previstos para trabajarse en la nueva planta que actualmente se encuentra en obra.

Proyecto: Producción de Vacuna Antirrábica en Células Vero

Ya se realizó la producción de esta vacuna a nivel de laboratorio, para escalarla a nivel piloto se requiere de un biorreactor cuyo acondicionamiento ya se encuentra en proceso y se prevé estará en funcionamiento en el cuarto trimestre del año 2001.

Producción de Biológicos y Reactivos

Durante el período diciembre de 2000 a agosto de 2001 la producción total de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México fue de 47.9 millones de dosis. La producción se distribuyó de la siguiente manera: 28.5 millones de dosis de vacuna antipoliomielítica, 5.6 millones de vacuna Td adulto, 4.1 millones de dosis de vacuna DPT y 142 mil dosis de vacuna BCG (Tuberculosis). Por otra parte, se produjeron 9 mil dosis de suero antiviperino, 210 mil dosis de rosa de bengala, 127 mil dosis de salmo typhi capilar, 20 mil dosis de histoplasmina y reactivos químicos para realizar 9.2 millones de exámenes de laboratorio.

Para el período septiembre a diciembre de 2001 se tiene programado producir 32 millones de dosis, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 18 millones de vacuna antipoliomielítica y 7.6 millones de vacuna Td adulto. Con respecto a sueros, se tiene programado producir en el mismo período 108 mil dosis de suero antialacrán y 16 mil dosis de suero antiviperino. Por otra parte, la producción programada para reactivos biológicos es de 200 mil dosis de rosa de bengala, 33 mil dosis de salmo typhi capilar y 25 mil dosis de coccidioidina. Asimismo, se tiene programado producir 6.1 millones de reactivos químicos.

Primer Informe de Labores

Comparativo de adquisición de materia prima y materiales de administración del primer semestre de 2000 y 2001

Concepto	Acumulado enero-junio 2000 (Miles de pesos)		Acumulado enero-junio 2001 (Miles de pesos)	
	Programado	Realizado	Programado	Realizado
Materiales y útiles de administración	1 968.40	1 660.50	2 313.20	475.33
Productos alimenticios	2 125.00	3 864.80	2 796.63	458.29
Materias primas de producción	435.00	317.50	269.27	129.75
Materiales y artículos de construcción	76.20	70.10	170.79	62.73
Sustancias químicas	23 889.30	4 287.00	5 984.49	927.95
Medicinas y productos farmacéuticos	91.50	84.00	48 308.30	38 212.77
Materiales, accesorios y suministros médicos	893.70	363.60	986.34	59.45
Materiales, accesorios y suministros de laboratorio	26 715.30	23 084.40	18 736.53	1 945.08
Combustibles, lubricantes y aditivos	1 127.20	52.00	1 044.21	908.89
Vestuarios, blancos y prendas de protección personal	748.50	614.40	217.45	17.30
Total	58 070.10	34 398.30	80 827.21	43 197.55

Comparativo de adquisición de materia prima y materiales de administración del primer semestre de 2000 y 2001

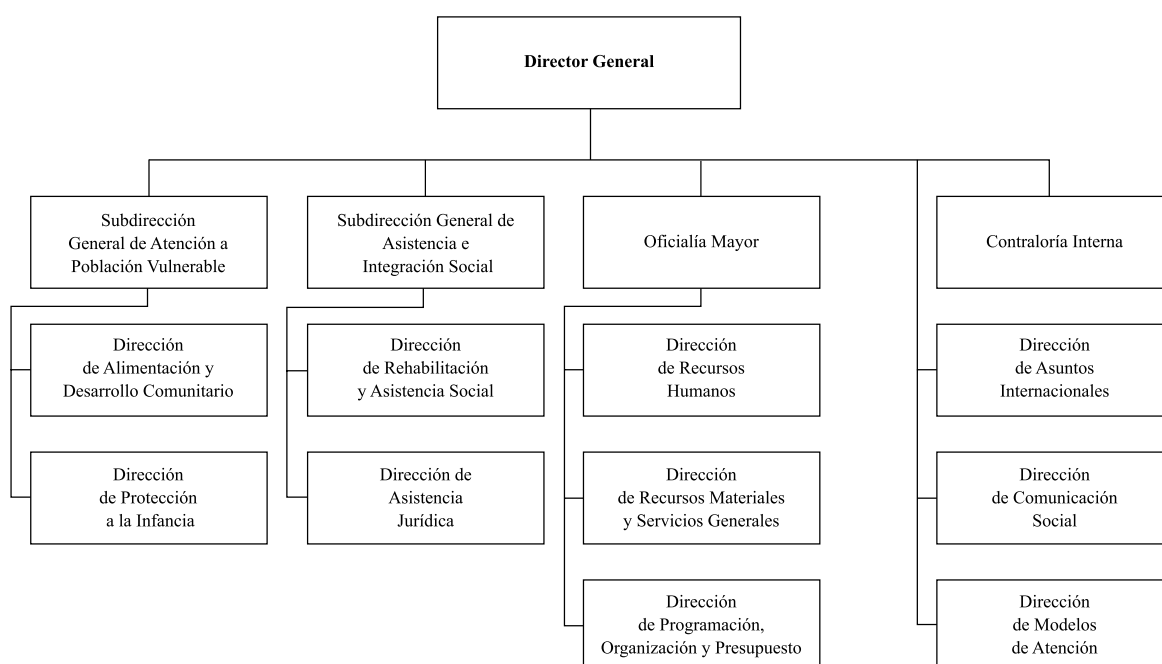
Concepto	Acumulado enero-junio 2000 (Miles de pesos)		Acumulado enero-junio 2001 (Miles de pesos)	
	Monto	%	Monto	%
Licitaciones públicas nacionales	6 581.30	4.36	26 969.60	30.85
Licitaciones públicas internacionales		0.00	314.50	0.36
Invitaciones restringidas a cuando menos tres personas	5 361.20	3.55	90.65	0.10
Artículo 41 (excepción licitación)	131 484.70	87.13	59 095.22	67.59
Compra directa	7 474.70	4.95	956.15	1.09
Total	150 901.90	100.00	87 426.12	100.00

10. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia coordina y promueve en el ámbito nacional entre los Sistemas Estatales DIF, actividades y programas tendientes a propiciar el desarrollo de las familias, que permitan superar condiciones de desventaja y vulnerabilidad social, ello acorde a los principios de humanismo, equidad y cambio, así como el criterio de inclusión planteados por la presente administración.

Estructura Orgánica

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia



El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuenta con una Dirección General de la que se desprenden: la Subdirección General de Atención a Población Vulnerable, de ésta dependen las Direcciones de Alimentación y Desarrollo Comunitario, y de Protección a la Infancia; la Subdirección General de Asistencia e Integración Social de la que dependen las Direcciones de Rehabilitación y Asistencia Social y, de Asistencia Jurídica; la Oficialía Mayor, de ésta dependen las Direcciones de Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Generales, y Programación, Organización y Presupuesto; la Contraloría Interna y el área de apoyo a la Dirección General que son la Coordinación de Asesores de la Dirección General y tres Direcciones; Asuntos Internacionales, Comunicación Social y Modelos de Atención.

El DIF tiene como misión promover la integración y el desarrollo humano individual, familiar y comunitario, a través de políticas, estrategias y modelos de atención que privilegian la prevención de

los factores de riesgo y de vulnerabilidad social, la profesionalización y calidad de los servicios desde una perspectiva de rectoría del Estado en el Sistema Nacional de Asistencia Social.

El DIF Nacional a través de la Red Móvil Nacional, apoya programas institucionales de desarrollo familiar comunitario dirigidos a las familias, grupos vulnerables y en general, a los habitantes de las comunidades de alta y muy alta marginación, que requieren de atención urgente e inmediata. Durante el período de diciembre de 2000 a agosto del 2001, el Programa de Promoción del Desarrollo Familiar y Comunitario cubrió 206 municipios prioritarios, y aproximadamente 1.3 millones de habitantes que permiten mejorar el grado de organización y autogestión de los grupos atendidos por el grupo de promotoras sociales.

La participación comunitaria es un componente básico que se tendría que rescatar de los programas de asistencia social alimentaria y que se encuentra articulado en el DIF para alentar la corresponsabilidad social. La participación comunitaria se ha constituido como esa gran fuerza que acompaña a los programas alimentarios y que permite que el recurso que se destina a los mismos no sea estéril, ya que son los comités de padres y madres de familia quienes preparan, distribuyen y vigilan el consumo del desayuno, y es la comunidad quien logra aportar una contraprestación monetaria o alimentos para dar mejor y mayor cantidad de desayunos; asimismo, son los profesores y directivos de centros educativos quienes de manera voluntaria participan en administrar la entrega de los desayunos en las escuelas y es la comunidad en general quien vigila que los desayunos y despensas lleguen directamente a la población más vulnerable, con lo que se logra esa transparencia y equidad en la transferencia del recurso.

Promoción del desarrollo familiar y comunitario

Concepto	Ene-ago 2000	Ene-ago 2001	Variación	
			Abs.	%
Promover el bienestar comunitario y familiar (Evento)	83 838	69 554	-14 284	-17.03
Formar grupos comunales (Grupo marginado)	6 941	6 634	-307	-4.42
Asesorar grupos comunales (Grupo marginado)	62	60	-2	-3.23
Promover la formulación de grupos para la actividad Productiva (Grupo marginado)	922	1 054	132	14.31

Fuente: DIF

Avance de Metas

- Las variaciones que se observan en la promoción del desarrollo familiar y comunitario entre el ejercicio 2000 y el 2001 principalmente obedecen a que algunos Sistemas Estatales han presentado problemas con el envío de información respecto de las actividades de la Red Móvil Tradicional, debido entre otras causas a cambios en las administraciones estatales y municipales. Se espera al término del año, superar las metas alcanzadas en el año 2000.

El DIF actualmente beneficia con sus programas alimentarios a alrededor del 80 por ciento de los municipios clasificados con población indígena. Además del apoyo alimentario, el DIF proporciona orientación alimentaria y el fomento a la producción de alimentos para el autoconsumo, en donde el desayuno caliente, la despensa familiar y las cocinas comunitarias se convierten en un instrumento que potencializa los procesos sociales para contribuir al desarrollo del capital humano de estas poblaciones.

La cobertura de atención de estos programas se ha dirigido para dar mayor prioridad a los 476 municipios que se encuentran ubicados en las 250 microregiones, y que de acuerdo a sus niveles de marginalidad demandan una atención inmediata, por lo que se tiene una cobertura del 87 por ciento de los municipios que las integran.

Al cierre del ejercicio se estima proporcionar 163 millones 552 mil 656 desayunos a 712 147 beneficiarios, de igual manera se distribuirán 4 millones 425 mil 276 despensas a 368 773 familias en extrema pobreza y a través de cocinas comunitarias, se brindará atención a 133 458 beneficiarios en 1 534 cocinas.

Por otra parte, el DIF ha fortalecido la atención del grupo prioritario de los menores de 5 años, así como del de las niñas y niños en edad escolar que asistan o no a la escuela y a mujeres embarazadas y en período de lactancia, adolescentes y adultos mayores de escasos recursos con los Programas de Asistencia Social Alimentaria. Por eso de los 4.6 millones de raciones diarias entregadas en el Programa de Desayunos Escolares 1.6 millones se otorgan a menores de 5 años, por considerarlo como uno de los grupos más vulnerables y en riesgo de desnutrición.

La población de menores en edad escolar también requiere de un apoyo alimentario que le permita incorporarse y permanecer en la escuela, con mayores capacidades para reducir los índices de deserción y reprobación. Por tal motivo, el Programa atiende diariamente a 2.7 millones de escolares en 34 mil Centros Educativos. Asimismo, las mujeres embarazadas y en período de lactancia constituye otro grupo vulnerable que merece una atención especial, el Programa de Asistencia Social Alimentaria a Familias da respuesta a través de la distribución de 1.7 millones de despensas, con insumos que permiten fortalecer la alimentación de este grupo vulnerable.

En la misma corriente preventiva, se atiende a 4 500 mujeres embarazadas y en período de lactancia a través de las cocinas comunitarias, donde diariamente se les proporciona una ración caliente. También el Programa de Desayunos Escolares ha extendido su cobertura hacia la población adolescente que cursa la secundaria y que requiere de un apoyo alimentario, es así como se están distribuyendo 23 mil raciones a este sector.

Con el fin de continuar construyendo una cultura en torno a los derechos de la niñez, se convocó a la sexta edición del Concurso del Cartel en los que se contó con el apoyo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Academia Mexicana de Diseño y la Asociación Latinoamericana de Diseño. Asimismo, en atención al problema de los niños de la calle y de niñas y niños en situación de riesgo de explotación o de ser utilizadas en prácticas de comercio sexual infantil, se instrumentaron el Programa de la calle a la vida y el Programa para prevenir, atender y erradicar la explotación sexual comercial infantil, a fin de reintegrar inicialmente a seis mil niñas y niños de la calle a procesos de desarrollo humano. Con la finalidad de que la sociedad mexicana conociera y percibiera la dimensión del problema de la explotación sexual comercial infantil, se realizó la presentación del estudio denominado “Infancia Robada”, mediante la cual se realiza un diagnóstico situacional, identificando a cerca de 14 mil menores que están inmersos en este grave problema social. También se convocó la participación a dependencias gubernamentales, sistemas estatales, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, a una Reunión Nacional sobre Explotación Sexual Comercial Infantil, para establecer la declaración y plataforma de acción para reiterar el compromiso con los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, planteados en la Convención de los Derechos de la Infancia, en la Ley sobre la Protección de los Derechos de las Niñas, los Niños y los Adolescentes, y en los ordenamientos que sobre la materia existen en los estados y municipios.

En la atención a los niños de madres trabajadoras, el Sistema Nacional DIF continúa promoviendo la participación organizada y responsable de la comunidad, a fin de generar de manera autogestiva bajo la coordinación y supervisión profesional, la instalación de centros que permitan brindar seguridad a

los menores, y estimular su formación y desarrollo temprano. Estos centros se denominan Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC), que bajo un esquema de participación comunitaria atienden a menores de dos años a cinco años 11 meses, proporcionándoles servicios de educación preescolar, alimentación, salud, desarrollo de actividades recreativas y de escuela para padres. Mediante la información y orientación permanente a 3 132 orientadoras comunitarias de 1 887 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios se proporcionó atención integral de calidad a 63 089 menores al cierre del primer semestre 2001.^{1/}

Federalismo

Con los programas de asistencia social alimentaria se ha materializado este gran compromiso de apoyo a federalización, al desconcentrar los recursos de los programas de desayunos escolares, despensas familiares y cocinas comunitarias en un marco de respeto a la diversidad y pluralidad. Acción que se fortalece aún más con la capacitación que se brinda al recurso humano de los 31 Sistemas Estatales DIF y el Distrito Federal para la operación de los programas, en apego a la normatividad y lineamientos establecidos para este fin.

La desconcentración de los recursos ha favorecido para que los Sistemas Estatales cuenten con mayores posibilidades de operar diferentes esquemas alimentarios, acorde a las características de los municipios y localidades e integrar alimentos de acuerdo a la ingesta regional. La adquisición de alimentos a nivel local ha permitido generar economías que impactan en la ampliación de cobertura y en fortalecer polos de desarrollo económico.

Aun cuando los programas de asistencia social alimentaria son los que mantienen una mayor cobertura. Ésta no se ha visto disminuida por el proceso de desconcentración, sino por el contrario, ha permitido que hoy día los estados impulsen con mayor fuerza los programas al aplicarles recursos financieros estatales, de tal forma que el 26 por ciento, equivalente a 1.2 millones de los desayunos que se distribuyen en el país, son financiados con recursos de los estados y el 74 por ciento, es decir 3.4 millones de desayunos, son financiados con recursos federales, para un total de 4.6 millones.

El Programa de Atención a la Salud del Niño tiene como finalidad que los menores y sus familias, particularmente de aquellos que se encuentran en situación de desventaja, prevengan riesgos y enfermedades, mediante la difusión y promoción de acciones educativas para el fomento y cuidado de la salud. Una estrategia relevante es el denominado Club de la Salud del Niño, toda vez que se suma a la atención integral que se proporciona a los menores atendidos en los CAIC y en los CADI, buscando inculcar en los menores, una cultura del cuidado de la salud, así como su integración al cuidado del medio ambiente. A la fecha se cuenta con clubes en los estados de Puebla y Nayarit, con una cobertura en 53 CAIC y un CADI de 2 120 menores en 49 municipios, a los que se incorporarán los que se formen en los estados de Jalisco, Tamaulipas y Veracruz. Para el logro de los resultados alcanzados, ha sido fundamental la labor de coordinación interinstitucional del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA). Con la participación de los Sistemas Estatales y Municipales DIF en la realización de las Semanas Nacionales de Salud, en el período que corresponde al primer semestre de 2001 se alcanzó una cobertura de aproximadamente 1.1 millones de personas, lo que aunado a las acciones que algunas entidades realizan de manera permanente, se ha logrado dar atención a casi 1.5 millones de personas, con una eficacia en el cumplimiento de la meta respecto a lo programado del 15 por ciento.

^{1/} Durante el mismo período se logró dar cobertura en 272 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil a 24 799 niñas y niños.

Programa Interinstitucional de Atención a Menores Migrantes y Fronterizos. Mediante el cual se ha logrado garantizar a los menores la reintegración segura a su familia, desde su estancia en alguno de los 18 albergues con que se cuenta en 11 ciudades de la frontera norte, hasta su traslado a sus familias y comunidades de origen. En este proceso, se han logrado establecer vínculos de colaboración y participación interinstitucional de entes públicos y organismos de la sociedad civil.

El Programa para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal tiene como propósito desarrollar acciones tendientes a la atención de los menores trabajadores, apoyándose en la instrumentación de las estrategias por parte de los Sistemas Estatales y Municipales DIF. Durante el presente año, se espera atender a 38 650 menores trabajadores en las categorías de: menores en la calle, menores de la calle, menores de la calle reintegrados, y menores en riesgo. En el período correspondiente al primer semestre de 2001 se atendieron en la red de albergues y se reintegraron a sus familias a 3 182 niñas y niños migrantes y repatriados. Para el presente año se espera alcanzar una meta de 8 007 niñas y niños migrantes y repatriados. Al primer semestre, a través de los 31 sistemas DIF Estatales se efectuaron actividades de atención, prevención y reintegración a sus familias, con 21 109 menores trabajadores. Las acciones de este Programa, se encuentran en la fase de promoción e instrumentación en 36 de las ciudades en las que se aplicó el “Estudio de Niñas, Niños y Adolescentes Trabajadores en 100 Ciudades”. Asimismo, durante el primer semestre se han realizado 22 visitas de seguimiento y asesoría a los SEDIF con el propósito de verificar el cumplimiento de los lineamientos para el otorgamiento de becas académicas y de capacitación, así como para conocer los avances en el Modelo de Educación No Formal.

Con relación a acciones en materia de adopción, bajo este marco, se contribuyó a reintegrar a los menores albergados en los centros asistenciales al núcleo familiar, logrando resolver de diciembre de 2000 a agosto de 2001, 66 situaciones jurídicas y concluyendo un total de 31 adopciones, tanto nacionales como extranjeras. Se efectuó la revisión de expedientes para determinar la viabilidad jurídica para la adopción de un menor y se atendieron 483 interesados en llevar a cabo trámites de adopción, personalmente y vía telefónica. Además, se llevó a cabo el VI Taller de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia, con la finalidad de establecer estrategias comunes de la problemática de la adopción, y se realizó el Congreso Nacional de Adopciones con la participación de las diferentes asociaciones para la adopción.

Referente al Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, en el primer semestre se tiene una cobertura en su vertiente de atención de 12 311 madres y embarazadas, lo que corresponde al 88 por ciento anual programado; en su vertiente preventiva se tienen 70 367 adolescentes, que equivale al 96 por ciento. Estas acciones se proporcionan mediante talleres preventivos y de salud sexual y reproductiva, servicio médico y odontológico, asesoría psicológica, orientación jurídica, capacitación laboral, becas, y bolsa de trabajo, entre otros, de acuerdo con la infraestructura de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.

En lo que se refiere a Prevención y Control de las Adicciones, a través del “Estudio de Niñas, Niños y Adolescentes Trabajadores en 100 ciudades”, se desarrolló un capítulo dedicado al Uso y Abuso de Sustancias Tóxicas, mediante el cual se hizo patente la necesidad de tomar medidas tendientes a informar y orientar a los menores y adolescentes, así como a sus familias, sobre los riesgos que conllevan las adicciones, generando a nivel institucional la necesidad de integrar un programa que considera estas problemáticas, así como situaciones asociadas y generar una respuesta integral de atención y apoyo en la prevención, dando pauta al Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales, el cual apoya su operación mediante la aplicación del Modelo Chimalli-DIF. En esta estrategia se han conformado redes

comunitarias en las que se elaboran y ejecutan planes de acción para el desarrollo de habilidades protectoras, para el primer semestre de 2001 se han atendido a 6 607 niñas, niños y adolescentes, y a 971 madres y padres de familia y otros adultos.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia atiende a las personas con discapacidad mediante la realización de dos grandes funciones:

- a) Como Coordinadora Nacional del Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, creado, por acuerdo del Presidente de la República y publicado en el Diario Oficial de la Federación el martes 13 de febrero del presente año, como un órgano de consulta e instancia de coordinación para las políticas, estrategias y acciones en materia de discapacidad, así como programas de investigación, desarrollo tecnológico y capacitación de recursos humanos que beneficien a personas con discapacidad. Promover e impulsar la modificación, actualización y adecuaciones necesarias al marco jurídico para la protección de sus derechos, así como promover y fomentar la cultura de la dignidad y respeto de las personas con discapacidad, fomentando el desarrollo, producción y comercialización de productos, y la prestación de servicios para las personas con discapacidad. El Consejo está integrado por la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como por los titulares de las Secretarías de Desarrollo Social, Comunicaciones y Transportes, Educación Pública, Salud, y Trabajo y Previsión Social. También cinco representantes de organizaciones sociales de reconocido prestigio y amplia representatividad, quienes podrán opinar y recomendar acciones sobre la materia.
- b) La otra función se realiza mediante la prestación directa de servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación e integración social a través de una infraestructura compuesta a la fecha por 62 centros de rehabilitación y 500 unidades básicas de rehabilitación, que constituyen la red más grande de servicios para atender a las personas con discapacidad, mismos que se prestan en dos modalidades:

Asistencia a discapacitados

Concepto	Ene-ago	Ene-ago	Variación	
	2000	2001	Abs.	%
Orientar e informar acerca de la discapacidad				
Evento	5 525	5 366	-159	-2.88
Número de asistentes	142 605	87 268	-55 337	-38.8
Atender la discapacidad (Consulta)	744 105	743 548	-557	-0.07
Proporcionar terapia rehabilitatoria (Consulta)	1 628 157	1 649 294	21 137	1.3
Proporcionar ayudas funcionales (Pieza)	22 981	24 057	1 076	4.68
Detectar enfermedades y la discapacidad (Persona)	91 162	86 023	-5 139	-5.64

Fuente: DIF

Principales determinantes del comportamiento:

- En el periodo enero-agosto se cumplieron las metas programadas con variaciones negativas mínimas en tres de ellas.
- Se contó con la participación de pasantes en servicio social de las carreras de terapia física, terapia ocupacional y de órtesis y prótesis, así como de los residentes de la especialidad en medicina de rehabilitación.
- En el avance de las metas contribuye la difusión y promoción de los eventos y servicios que ofrecen las unidades básicas y los centros de rehabilitación con el apoyo de los DIF estatales y municipales, así como las acciones intramuros y extramuros que estos mismos efectúan.

Los primeros establecimientos asistenciales en nuestro país que contemplaron la atención integral de los adultos mayores fueron la Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres” y “Arturo Mundet”, ubicados en el Distrito Federal, hoy dependientes del Sistema Nacional DIF, existiendo otros dos más, el “Olga Tamayo” en Cuernavaca, Morelos, y “Los Tamayo” en Oaxaca, Oaxaca. Dichos centros benefician a 986 personas y cuentan con cuatro niveles de atención para el cuidado de esta población: atención familiar y comunitaria; atención en el ámbito institucional; atención hospitalaria que ofrece cuidados paliativos a pacientes en fase terminal y, capacitación tanto a quienes prestan estos servicios como a profesionistas formados en disciplinas afines. El principal motivo de ingreso, se compone de: carencia de familia, carencia de vivienda y carencia de recursos económicos. El promedio de edad de los beneficiarios que residen en las unidades asistenciales del DIF es de 82 años, siendo un 31 por ciento de ellos dependientes totales o parciales, por padecer alguna enfermedad crónica degenerativa o discapacidad.

En apoyo a los ciudadanos en edad avanzada, la Institución desarrolla los siguientes programas:

“Programa de Día”.- Se dirige a ancianos que viven con su familia, pero permanecen mucho tiempo solos, expuestos a riesgos físicos y depresión. Al asistir a las Casas Hogar tienen la oportunidad de ocupar su tiempo libre y ampliar sus contactos sociales, mejorando su autoestima. A través del programa se les brinda atención médica, psicológica, terapia rehabilitatoria, ocupacional, productiva, recreativa, atención de trabajo social y un alimento al día. De enero a junio de 2001 se atendieron en promedio mediante este programa a 114 personas, manteniendo una cobertura constante en comparación con lo registrado al cierre del ejercicio anterior, que fue de 116 personas atendidas.

“Escuela para hijos”.- Está dirigido a familiares y personas que se encuentran en contacto con el adulto mayor institucionalizado, con la finalidad de promover la cultura y el cuidado del adulto mayor y prepararse para esa etapa. Entre enero y junio del 2001 se atendió a un total de 531 personas y se impartieron 22 pláticas.

“Campamentos recreativos”.- Cumplen una importante función social que permite que grupos de adultos mayores en situación de vulnerabilidad, tengan acceso a actividades recreativas, artísticas, deportivas y socio-culturales, a fin de que aprovechen de manera positiva su tiempo libre en áreas y espacios agradables, fomentando la creatividad, desarrollando sus facultades psicomotoras, así como también coadyuvar en la integración social y recreación de las personas adultas mayores. Para ello cuenta con siete campamentos recreativos, ubicados en los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa y Veracruz. Al año se atienden en promedio a 11 841 personas adultas mayores, 986 mensualmente en los siete campamentos y 141 adultos mayores en promedio mensual en cada campamento recreativo.

Asimismo, la atención al adulto mayor se garantiza a través del cumplimiento de las siguientes funciones:

- Desarrollo de acciones y servicios asistenciales en favor de adultos mayores en estado de abandono, maltrato (físico y psicológico), orfandad, indigentes con problemas de reintegración sociofamiliar, crisis o el estado de vulnerabilidad biosicosocial, así como personas afectadas por desastres naturales;
- Fomento de la capacitación, el intercambio de información, la metodología y experiencias del personal profesional y técnico, nacional y extranjero, interesado en la atención a personas sujetas de asistencia social a través de los Modelos de Atención de los Centros Asistenciales y de la guías de supervisión;

- Participar en el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN);
- Reforzar en los Centros Asistenciales los programas orientados a la reintegración social y familiar;
- Desarrollo de Modelos de Capacitación que permitan la difusión de la normatividad, operación y concertación, así como sistemas de supervisión para el adecuado cumplimiento de las Normas, el óptimo funcionamiento y calidad de los servicios asistenciales que brindan las unidades;
- Brindar la distribución de apoyos económicos y en especie a personas adultas mayores que por sus condiciones de desamparo y vulnerabilidad lo requieran, así como apoyos temporales de única vez;
- Brindar apoyos económicos y en especie así como la derivación de personas en estado de abandono a las 5 Instituciones de Asistencia Privada con las cuales se tiene actualmente Convenio de Colaboración, que a la vez permiten ampliar la cobertura de atención, y establecen mecanismos y criterios de supervisión y asesoría del DIF Nacional.

Capítulo 13

Anexo Estadístico

**Mortalidad General por Entidad Federativa
1999**

Entidad Federativa	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	3,917	4.1	4.5	3.7
Baja California	11,301	4.9	6.0	3.7
Baja California Sur	1,665	4.2	4.9	3.4
Campeche	2,544	3.7	4.3	3.0
Coahuila	9,706	4.1	4.6	3.7
Colima	2,351	4.4	5.1	3.8
Chiapas	15,204	3.8	4.3	3.3
Chihuahua	15,517	5.1	6.0	4.3
Distrito Federal	46,601	5.3	5.7	5.0
Durango	6,004	4.0	4.6	3.3
Guanajuato	21,753	4.5	5.1	4.0
Guerrero	10,693	3.4	4.0	2.8
Hidalgo	10,038	4.4	4.9	3.9
Jalisco	31,300	4.9	5.4	4.4
Estado de México	52,594	4.1	4.6	3.6
Michoacán	18,477	4.4	5.0	3.9
Morelos	6,828	4.4	4.9	3.8
Nayarit	4,098	4.3	5.0	3.7
Nuevo León	15,836	4.2	4.6	3.7
Oaxaca	18,074	5.1	5.8	4.4
Puebla	27,169	5.4	6.0	4.8
Querétaro	5,867	4.2	4.7	3.7
Quintana Roo	2,351	3.0	3.7	2.2
San Luis Potosí	10,324	4.3	4.8	3.9
Sinaloa	10,270	4.1	4.9	3.4
Sonora	10,730	4.8	5.7	4.0
Tabasco	7,270	3.8	4.5	3.1
Tamaulipas	11,563	4.3	4.8	3.8
Tlaxcala	4,550	4.7	5.1	4.2
Veracruz	32,722	4.6	5.2	4.1
Yucatán	8,007	4.8	5.3	4.4
Zacatecas	6,323	4.4	5.0	3.9
Extranjero	2,303	-	-	-
E. U. M.	443,950	4.5	5.1	4.0

*Tasa por 1 000 habitantes

Fuente: INEGI / Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED)

*Mortalidad General por Entidad Federativa
1999*

Entidad Federativa	Defunciones	Estandarizada**		
		Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	3,917	4.5	5.0	4.0
Baja California	11,301	5.4	6.5	4.3
Baja California Sur	1,665	4.7	5.4	3.9
Campeche	2,544	4.1	4.6	3.5
Coahuila	9,706	4.3	4.7	3.8
Colima	2,351	4.3	4.8	3.7
Chiapas	15,204	4.8	5.2	4.2
Chihuahua	15,517	5.3	6.1	4.5
Distrito Federal	46,601	4.7	5.3	4.2
Durango	6,004	4.0	4.7	3.3
Guanajuato	21,753	4.6	5.2	4.0
Guerrero	10,693	3.6	4.3	3.0
Hidalgo	10,038	4.4	5.0	3.9
Jalisco	31,300	4.7	5.3	4.1
Estado de México	52,594	4.9	5.6	4.3
Michoacán	18,477	4.3	4.9	3.7
Morelos	6,828	4.3	4.9	3.8
Nayarit	4,098	4.0	4.6	3.4
Nuevo León	15,836	4.3	4.7	3.8
Oaxaca	18,074	5.0	5.7	4.3
Puebla	27,169	5.4	6.2	4.7
Querétaro	5,867	4.8	5.5	4.2
Quintana Roo	2,351	4.5	5.2	3.7
San Luis Potosí	10,324	4.3	4.7	3.8
Sinaloa	10,270	4.1	4.8	3.4
Sonora	10,730	4.9	5.7	4.1
Tabasco	7,270	4.8	5.5	4.0
Tamaulipas	11,563	4.3	4.8	3.8
Tlaxcala	4,550	4.7	5.3	4.2
Veracruz	32,722	4.6	5.2	4.0
Yucatán	8,007	4.3	4.7	3.8
Zacatecas	6,323	4.1	4.7	3.6
Extranjero	2,303	-	-	-
E. U. M.	443,950	4.7	5.3	4.1

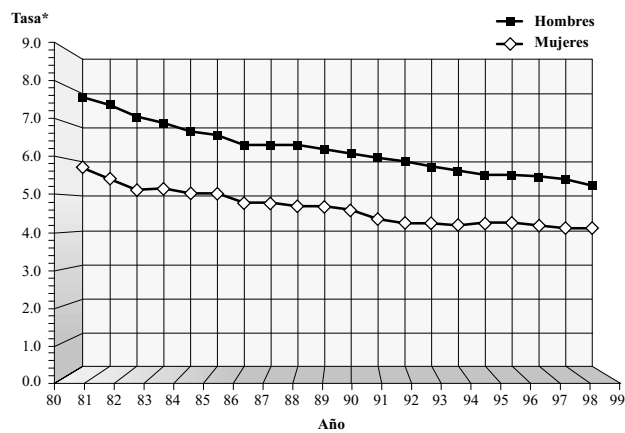
* Tasa por 1 000 habitantes

** Con base en la información censal, proyectada al 30 de junio de 2000

Fuente: INEGI / DGIED

Tendencia de la Mortalidad General
Estados Unidos Mexicanos
 1980-1999

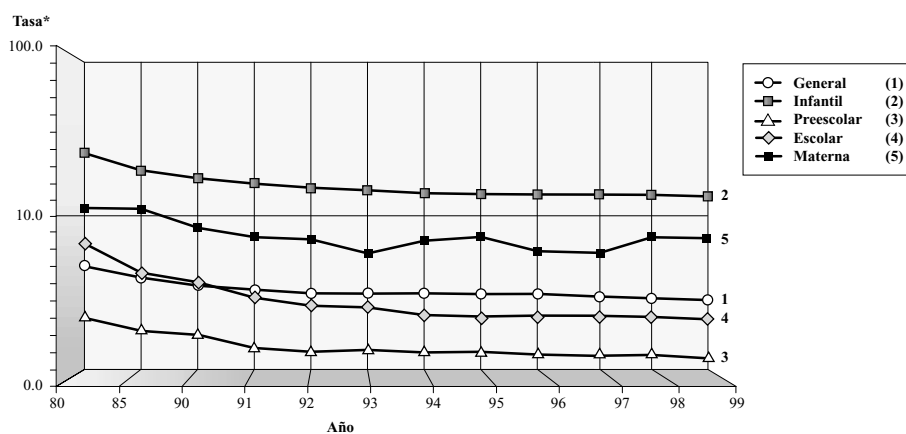
Año	Defunciones	Tasa*	Estandarizada**		
			Total	Hombres	Mujeres
1980	434,465	6.5	6.9	7.9	5.8
1981	424,274	6.2	6.6	7.7	5.5
1982	412,345	5.8	6.3	7.4	5.2
1983	413,403	5.7	6.2	7.1	5.3
1984	410,550	5.6	6.0	6.9	5.1
1985	414,003	5.5	6.0	6.8	5.1
1986	400,079	5.2	5.7	6.5	4.8
1987	406,913	5.1	5.6	6.5	4.8
1988	412,987	5.1	5.6	6.5	4.7
1989	423,304	5.2	5.6	6.4	4.7
1990	422,803	5.1	5.5	6.3	4.6
1991	411,131	4.8	5.3	6.1	4.4
1992	409,814	4.7	5.1	6.0	4.3
1993	416,335	4.7	5.1	5.9	4.3
1994	419,074	4.7	5.0	5.8	4.2
1995	430,278	4.7	5.0	5.7	4.3
1996	436,321	4.7	5.0	5.7	4.3
1997	440,437	4.6	4.9	5.6	4.2
1998	444,665	4.6	4.8	5.5	4.1
1999	443,950	4.5	4.7	5.3	4.1



* Tasa por 1 000 habitantes
 ** Con base en la información censal, proyectada al 30 de junio de 2000
 Fuente: INEGI / DGIED

Tendencia de la Mortalidad General según Grupos de Edad
Estados Unidos Mexicanos
1980-1999

Año	General (1)	Infantil (2)	Preescolar (3)	Escolar (4)	Materna (5)
1980	6.9	51.0	3.4	8.3	16.2
1985	6.0	41.2	2.6	6.3	10.9
1990	5.5	36.2	2.3	5.8	9.2
1991	5.3	32.2	1.5	4.8	8.7
1992	5.1	30.9	1.2	4.2	8.5
1993	5.1	29.6	1.3	4.1	7.6
1994	5.0	28.5	1.2	3.7	8.4
1995	5.0	27.6	1.2	3.6	8.7
1996	5.0	26.9	1.1	3.6	7.8
1997	4.9	26.2	1.0	3.6	7.7
1998	4.8	25.5	1.0	3.5	8.8
1999	4.7	24.5	0.9	3.4	8.8



(1) Tasa por 1 000 habitantes estandarizada con base en la información censal proyectada al 30 de junio de 2000

(2) Tasa por 1 000 nacidos vivos, CONAPO, 2001

(3) Tasa por 1 000 habitantes de 1 a 4 años

(4) Tasa por 10 000 habitantes de 5 a 14 años

(5) Tasa por 10 000 nacidos vivos. Calculado a partir de la corrección del subregistro de defunciones maternas y los nacimientos estimados por el CONAPO

Fuente: INEGI / DGIED

Veinte Principales Causas de Mortalidad General
Estados Unidos Mexicanos
 1999

Número de Orden	Causa	Criterio de Agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	097	69,278	70.6
2	Tumores malignos	049	53,662	54.7
3	Diabetes mellitus	061	45,632	46.5
4	Accidentes	167	35,690	36.4
5	Enfermedades del hígado	125	27,040	27.6
6	Enfermedades cerebrovasculares	098	25,836	26.3
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	19,268	19.6
8	Influenza y Neumonía	105	14,068	14.3
9	Agresiones (homicidio)	169	12,249	12.5
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	11,319	11.5
11	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	9,776	10.0
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	9,714	9.9
13	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	7,840	8.0
14	Insuficiencia renal	139	7,807	8.0
15	Enfermedades infecciosas intestinales	001	5,622	5.7
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	037	4,204	4.3
17	Anemias	058	3,581	3.7
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	168	3,339	3.4
19	Tuberculosis pulmonar	002	3,229	3.3
20	Septicemia	015	3,085	3.1
	Paro cardíaco	997	0	0.0
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	9,474	9.7
	Las demás causas	999	62,237	63.4
Total		000	443,950	452.4

*Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: INEGI / DGIED

**Mortalidad Infantil por Entidad Federativa
1999**

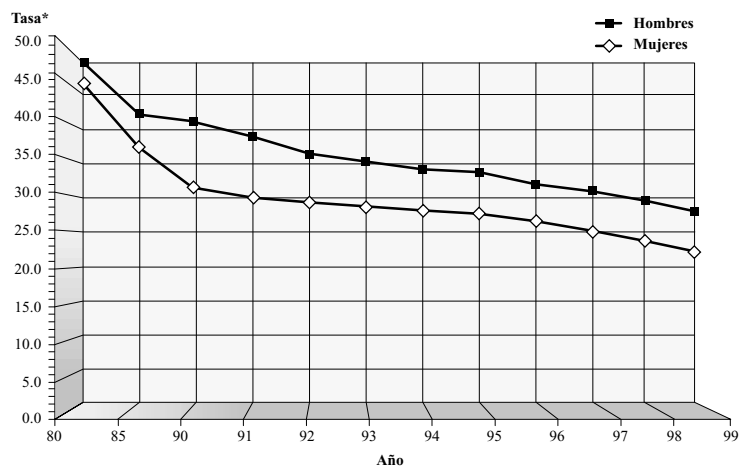
Entidad Federativa	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	541	22.7	26.0	20.3
Baja California	1,110	22.8	26.0	20.3
Baja California Sur	181	22.9	26.2	20.5
Campeche	406	27.1	32.9	26.0
Coahuila	1,196	23.2	26.6	20.8
Colima	244	22.7	25.9	20.2
Chiapas	3,545	33.1	43.7	35.1
Chihuahua	1521	24.3	28.4	22.2
Distrito Federal	3,161	20.6	22.7	17.6
Durango	966	26.7	32.3	25.5
Guanajuato	3,139	26.1	31.3	24.7
Guerrero	2,525	30.9	39.6	31.7
Hidalgo	1,524	28.4	35.3	28.0
Jalisco	3,339	22.9	26.2	20.5
Estado de México	6,231	22.8	26.0	20.3
Michoacán	2,783	26.9	32.6	25.8
Morelos	749	24.1	28.0	21.9
Nayarit	534	25.7	30.7	24.2
Nuevo León	1,638	21.7	24.4	18.9
Oaxaca	2,916	32.9	43.4	34.8
Puebla	3,848	28.7	35.7	28.4
Querétaro	853	25.6	30.5	24.0
Quintana Roo	469	24.6	28.8	22.6
San Luis Potosí	1,716	28.3	35.1	27.9
Sinaloa	1,212	25.2	29.9	23.5
Sonora	1,021	23.5	27.1	21.2
Tabasco	1,223	26.3	31.7	25.0
Tamaulipas	1,348	24.9	29.3	23.0
Tlaxcala	540	25.1	29.7	23.4
Veracruz	4,299	29.1	36.4	28.9
Yucatán	924	28.1	34.6	27.5
Zacatecas	964	27.8	34.2	27.1
Extranjero	-	-	-	-
E. U. M.	53,985	24.5	28.9	22.7

*Tasa por 1 000 nacidos vivos, CONAPO 2001

Fuente: CONAPO / DGIED

Tendencia de la Mortalidad Infantil
Estados Unidos Mexicanos
1980-1999

Año	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
1980	117,603	51.0	58.3	47.5
1985	99,095	41.2	43.9	35.5
1990	86,725	36.2	40.6	32.5
1991	76,895	32.2	37.9	30.2
1992	73,626	30.9	36.9	29.4
1993	70,280	29.6	35.9	28.5
1994	66,969	28.5	34.9	27.7
1995	64,048	27.6	34.0	26.9
1996	61,720	26.9	32.6	25.8
1997	59,492	26.2	31.3	24.7
1998	57,084	25.5	30.1	23.7
1999	53,985	24.5	28.9	22.7



* Tasa por 1 000 nacidos vivos, CONAPO, 2001

Fuente: CONAPO / DGIED

Veinte Principales Causas de Mortalidad Infantil
Estados Unidos Mexicanos
 1999

Número de Orden	Causa	Criterio de Agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	25,822	1,171.9
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	9,845	446.8
3	Influenza y Neumonía	105	4,177	189.6
4	Enfermedades infecciosas intestinales	001	2,675	121.4
5	Accidentes	167	2,190	99.4
6	Infecciones respiratorias agudas	104	1,488	67.5
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	1,410	64.0
8	Septicemia	015	784	35.6
9	Enfermedades del corazón	097	331	15.0
10	Meningitis	076	177	8.0
11	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	177	8.0
12	Enfermedad del esófago	116	153	6.9
13	Insuficiencia renal	139	151	6.9
14	Anemias	058	143	6.5
15	Tumores malignos	049	138	6.3
16	Agresiones (homicidio)	169	131	6.0
17	Enfermedades cerebrovasculares	098	118	5.4
18	Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	122	118	5.4
19	Depleción del volumen (Deshidratación e hipovolemia)	064	113	5.1
20	Enfermedades del hígado	125	88	4.0
	Paro cardíaco	997	0	0.0
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	775	35.2
	Las demás causas	999	2,982	135.3
Total		000	53,985	2,450.0

*Tasa por 1 000 nacidos vivos, CONAPO, 2001

Fuente: CONAPO / DGIED

*Mortalidad Preescolar por Entidad Federativa
1999*

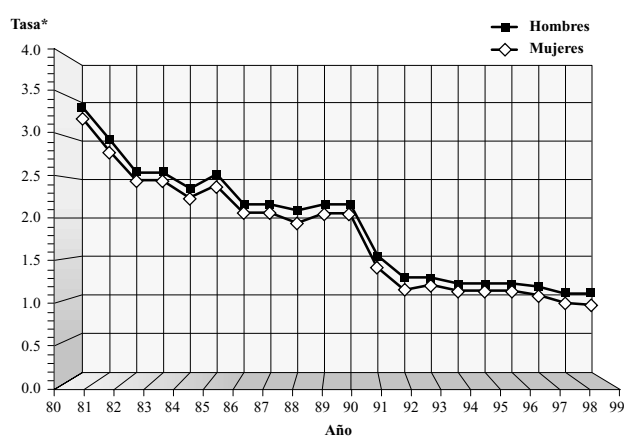
Entidad Federativa	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	71	0.7	0.8	0.7
Baja California	185	1.0	1.1	0.8
Baja California Sur	24	0.7	0.6	0.9
Campeche	47	0.8	0.8	0.8
Coahuila	86	0.4	0.5	0.3
Colima	37	0.9	1.0	0.7
Chiapas	536	1.3	1.2	1.3
Chihuahua	223	0.9	0.9	0.8
Distrito Federal	381	0.6	0.7	0.6
Durango	46	0.3	0.4	0.2
Guanajuato	460	1.0	1.1	0.9
Guerrero	256	0.8	0.8	0.8
Hidalgo	167	0.8	0.9	0.7
Jalisco	436	0.7	0.8	0.7
Estado de México	958	0.9	1.0	0.7
Michoacán	265	0.6	0.7	0.6
Morelos	104	0.8	0.9	0.8
Nayarit	59	0.7	0.8	0.6
Nuevo León	148	0.5	0.6	0.4
Oaxaca	555	1.6	1.6	1.6
Puebla	793	1.5	1.6	1.4
Querétaro	117	0.9	1.0	0.8
Quintana Roo	48	0.6	0.5	0.8
San Luis Potosí	198	0.8	0.8	0.8
Sinaloa	147	0.8	0.8	0.7
Sonora	158	0.9	1.0	0.8
Tabasco	167	0.9	1.1	0.7
Tamaulipas	148	0.7	0.7	0.6
Tlaxcala	97	1.1	1.1	1.1
Veracruz	582	1.0	1.1	0.8
Yucatán	124	0.9	1.0	0.9
Zacatecas	105	0.8	1.0	0.5
Extranjero	46	-	-	-
E. U. M.	7,774	0.9	1.0	0.8

*Tasa por 1 000 habitantes de 1 a 4 años

Fuente: INEGI / DGIED

Tendencia de la Mortalidad Preescolar
Estados Unidos Mexicanos
1980-1999

Año	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
1980	28,667	3.4	3.4	3.3
1981	24,820	2.9	3.0	2.8
1982	21,948	2.6	2.6	2.5
1983	22,077	2.6	2.6	2.5
1984	21,011	2.5	2.4	2.3
1985	22,465	2.6	2.6	2.4
1986	19,266	2.3	2.2	2.1
1987	19,631	2.3	2.2	2.1
1988	18,108	2.1	2.1	1.9
1989	19,867	2.3	2.3	2.1
1990	20,138	2.3	2.3	2.1
1991	13,400	1.5	1.5	1.4
1992	11,054	1.2	1.3	1.1
1993	11,534	1.3	1.3	1.2
1994	10,667	1.2	1.2	1.1
1995	10,680	1.2	1.2	1.1
1996	10,375	1.1	1.2	1.1
1997	9,371	1.0	1.1	1.0
1998	8,541	1.0	1.0	0.9
1999	7,774	0.9	1.0	0.8



*Tasa por 1 000 habitantes de 1 a 4 años

Fuente: INEGI / DGIED

Veinte Principales Causas de Mortalidad Preescolar
Estados Unidos Mexicanos
1999

Número de Orden	Causa	Criterio de Agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Accidentes	167	1,865	21.3
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	926	10.6
3	Enfermedades infecciosas intestinales	001	769	8.8
4	Influenza y Neumonía	105	712	8.1
5	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	467	5.3
6	Tumores malignos	049	451	5.2
7	Infecciones respiratorias agudas	104	220	2.5
8	Septicemia	015	156	1.8
9	Agresiones (homicidio)	169	138	1.6
10	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	080	129	1.5
11	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	125	1.4
12	Anemias	058	96	1.1
13	Enfermedades del corazón	097	91	1.0
14	Hepatitis viral	039	85	1.0
15	Epilepsia	081	78	0.9
16	Enfermedades del hígado	125	61	0.7
17	Insuficiencia renal	139	58	0.7
18	Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	122	44	0.5
19	Meningitis	076	41	0.5
20	Depleción del volumen (Deshidratación e hipovolemia)	064	34	0.4
	Paro cardíaco	997	0	0.0
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	172	2.0
	Las demás causas	999	1,056	12.1
	Total	000	7,774	88.8

*Tasa por 100 000 habitantes de 1 a 4 años

Fuente: INEGI / DGIED

**Mortalidad Escolar por Entidad Federativa
1999**

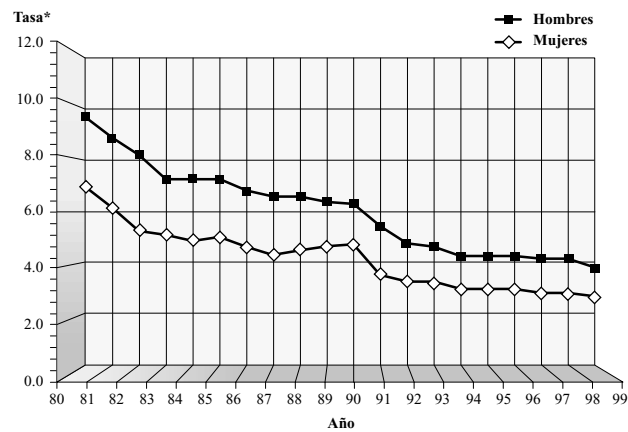
Entidad Federativa	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
Aguascalientes	72	3.1	3.3	3.0
Baja California	176	3.7	4.6	2.7
Baja California Sur	20	2.4	2.6	2.2
Campeche	37	2.3	2.7	1.9
Coahuila	115	2.2	2.6	1.8
Colima	27	2.3	2.7	1.9
Chiapas	467	4.4	4.8	4.0
Chihuahua	235	3.6	4.1	3.1
Distrito Federal	376	2.3	2.7	2.0
Durango	82	2.2	2.4	2.1
Guanajuato	427	3.6	4.8	2.5
Guerrero	218	2.7	3.2	2.2
Hidalgo	177	3.2	3.9	2.5
Jalisco	523	3.5	4.2	2.9
Estado de México	898	3.2	3.8	2.6
Michoacán	351	3.4	4.4	2.3
Morelos	88	2.6	3.2	2.0
Nayarit	78	3.5	3.9	3.1
Nuevo León	165	2.2	2.4	1.9
Oaxaca	417	4.6	5.6	3.5
Puebla	615	4.9	5.3	4.4
Querétaro	114	3.4	3.9	3.0
Quintana Roo	52	2.9	3.1	2.7
San Luis Potosí	190	3.2	4.0	2.4
Sinaloa	181	3.3	4.2	2.4
Sonora	153	3.3	3.7	2.8
Tabasco	193	4.1	5.3	2.9
Tamaulipas	148	2.6	3.0	2.3
Tlaxcala	73	3.2	3.0	3.4
Veracruz	551	3.4	3.6	3.2
Yucatán	90	2.5	2.9	2.1
Zacatecas	122	3.5	4.4	2.5
Extranjero	52	-	-	-
E. U. M.	7,483	3.4	3.9	2.8

*Tasa por 10 000 habitantes de 5 a 14 años

Fuente: INEGI / DGIED

Tendencia de la Mortalidad Escolar
Estados Unidos Mexicanos
1980-1999

Año	Defunciones	Tasa*		
		Total	Hombres	Mujeres
1980	15,902	8.3	9.6	6.8
1981	14,856	7.6	8.9	6.1
1982	13,588	6.9	8.1	5.4
1983	12,588	6.3	7.3	5.1
1984	12,535	6.2	7.3	4.9
1985	12,832	6.3	7.3	5.0
1986	11,972	5.8	6.8	4.6
1987	11,607	5.6	6.6	4.4
1988	11,734	5.7	6.6	4.5
1989	11,725	5.6	6.4	4.6
1990	11,902	5.8	6.3	4.7
1991	9,785	4.8	5.4	3.6
1992	8,665	4.2	4.8	3.2
1993	8,578	4.1	4.7	3.2
1994	8,015	3.7	4.3	3.0
1995	8,039	3.6	4.3	3.0
1996	8,091	3.6	4.3	3.0
1997	7,956	3.6	4.2	2.9
1998	7,882	3.5	4.2	2.9
1999	7,483	3.4	3.9	2.8



* Tasa por 10 000 habitantes de 5 a 14 años

Fuente: INEGI / DGIED

Veinte Principales Causas de Mortalidad Escolar
Estados Unidos Mexicanos
 1999

Número de Orden	Causa	Criterio de Agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Accidentes	167	2,523	11.3
2	Tumores malignos	049	1,049	4.7
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	461	2.1
4	Agresiones (homicidio)	169	332	1.5
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	080	250	1.1
6	Influenza y Neumonía	105	208	0.9
7	Insuficiencia renal	139	180	0.8
8	Enfermedades infecciosas intestinales	001	172	0.8
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	162	0.7
10	Enfermedades del corazón	097	145	0.7
11	Epilepsia	081	122	0.6
12	Anemias	058	117	0.5
13	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	168	99	0.4
14	Septicemia	015	91	0.4
15	Enfermedades cerebrovasculares	098	71	0.3
16	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	62	0.3
17	Enfermedades del hígado	125	60	0.3
18	Hepatitis viral	039	58	0.3
19	Infecciones respiratorias agudas	104	54	0.2
20	Enfermedades del apéndice	119	36	0.2
	Paro cardíaco	997	0	0.0
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	102	0.5
	Las demás causas	999	1,129	5.1
	Total	000	7,483	33.5

*Tasa por 100 000 habitantes de 5 a 14 años

Fuente: INEGI / DGIED

Principales Causas de Mortalidad Materna
Estados Unidos Mexicanos
1999

Número de Orden	Causa	Defunciones	Tasa*
1	Muertes obstétricas directas	1,689	76.7
2	Aborto	128	5.8
3	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	650	29.5
4	Hemorragia del embarazo parto y posparto	372	16.9
5	Diabetes mellitus en el embarazo	12	0.6
6	Trabajo de parto obstruido	19	0.9
7	Complicaciones del puerperio	150	6.8
8	Las demás obstétricas directas	357	16.2
9	Debida a VIH ^{1/}	12	0.6
10	Causas obstétricas indirectas	222	10.1
11	Muerte obstétrica de causa no especificada	6	0.3
Total		1,929	87.5

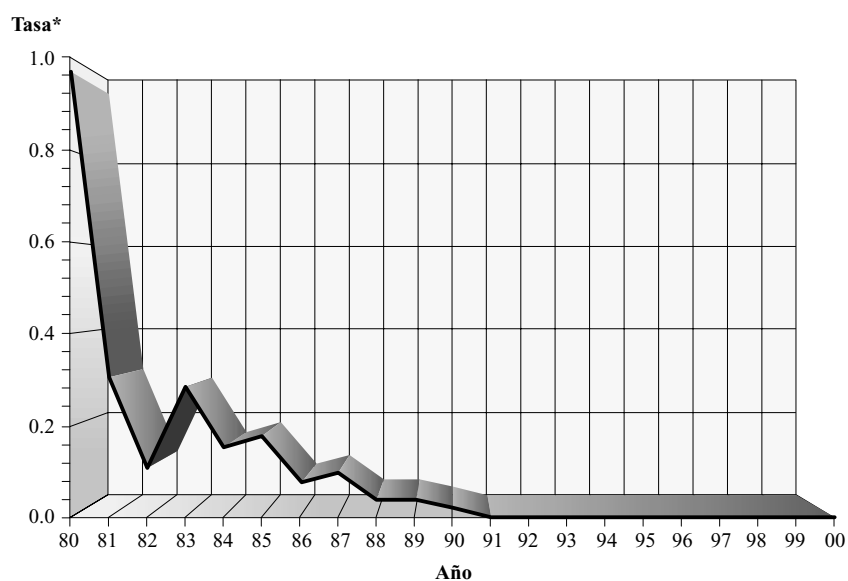
1/ Muertes codificadas en (B20 a B24), en las cuales se sabe que la persona estuvo embarazada (Nota de la CIE-10 Vol. 2)

* Tasa por 10 000 nacidos vivos. Calculado a partir de la corrección del subregistro de defunciones maternas y los nacimientos estimados por el CONAPO

Fuente: INEGI / DGIED

*Tendencia de la Morbilidad por Poliomieltis Aguda
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	682	0.98
1981	186	0.26
1982	98	0.13
1983	232	0.31
1984	128	0.17
1985	148	0.19
1986	65	0.08
1987	81	0.10
1988	21	0.03
1989	27	0.03
1990	7	0.01
1991	0	0.00
1992	0	0.00
1993	0	0.00
1994	0	0.00
1995	0	0.00
1996	0	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	0	0.00

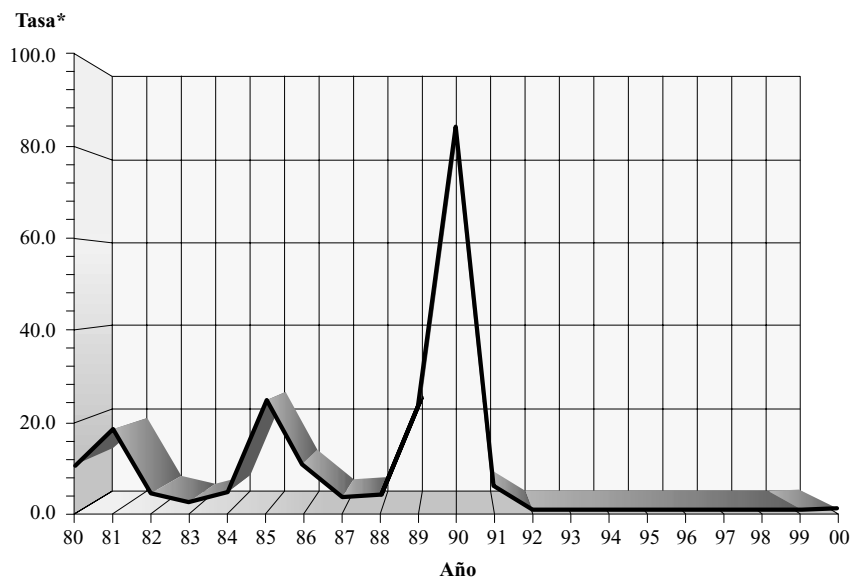


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Sarampión
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	10,546	15.14
1981	11,136	15.60
1982	6,364	8.71
1983	3,368	4.51
1984	5,158	6.76
1985	19,460	24.97
1986	8,883	11.17
1987	3,156	3.89
1988	3,789	4.58
1989	20,381	24.18
1990	68,782	82.50
1991	5,077	5.97
1992	846	0.97
1993	172	0.14
1994	128	0.14
1995	12	0.01
1996	2	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	30	0.03

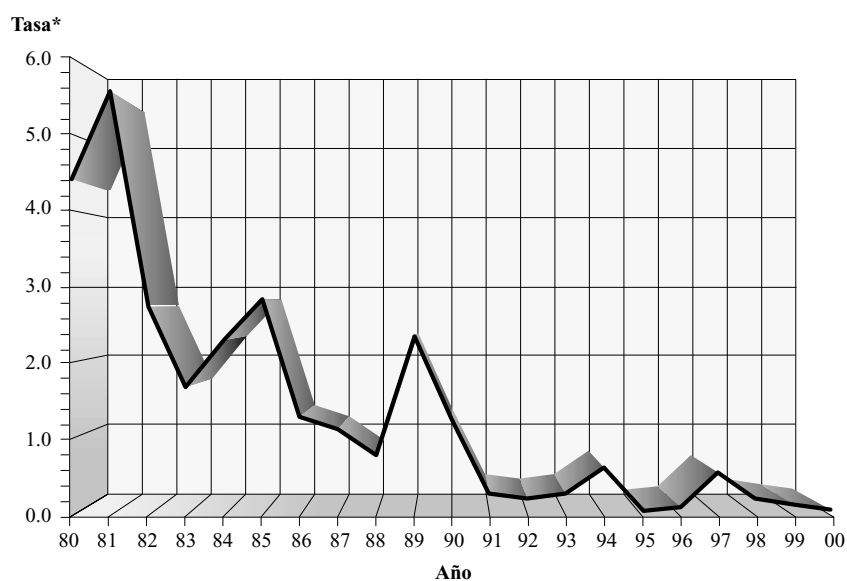


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

*Tendencia de la Morbilidad por Tos Ferina
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	3,048	4.38
1981	3,977	5.57
1982	2,000	2.74
1983	1,227	1.64
1984	1,753	2.30
1985	2,231	2.86
1986	1,035	1.30
1987	914	1.13
1988	659	0.80
1989	1,978	2.35
1990	1,078	1.29
1991	163	0.19
1992	136	0.16
1993	149	0.17
1994	599	0.66
1995	15	0.02
1996	32	0.03
1997	593	0.62
1998	188	0.19
1999	92	0.09
2000	53	0.05

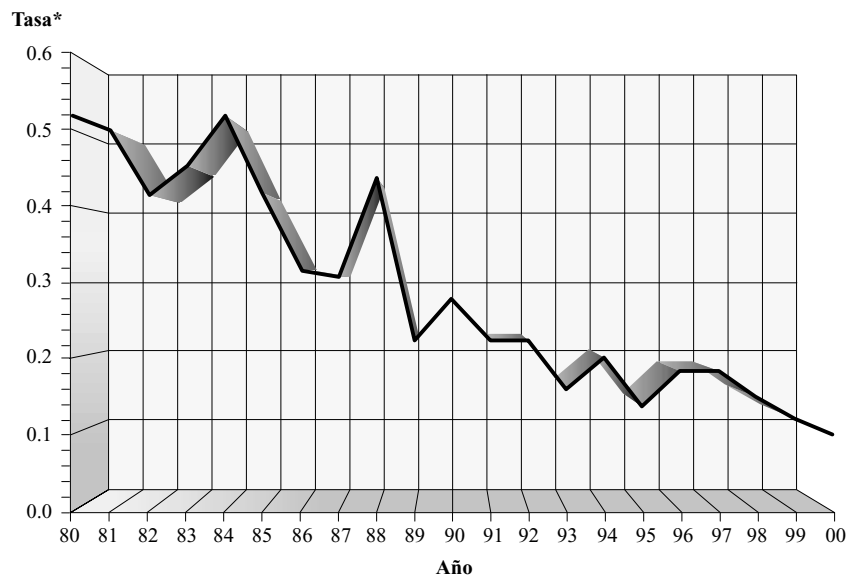


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Tétanos
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	363	0.52
1981	359	0.50
1982	307	0.42
1983	339	0.45
1984	399	0.52
1985	317	0.42
1986	255	0.32
1987	252	0.31
1988	364	0.44
1989	198	0.23
1990	236	0.28
1991	194	0.23
1992	202	0.23
1993	148	0.17
1994	177	0.20
1995	128	0.14
1996	165	0.18
1997	169	0.18
1998	148	0.15
1999	119	0.12
2000	103	0.10

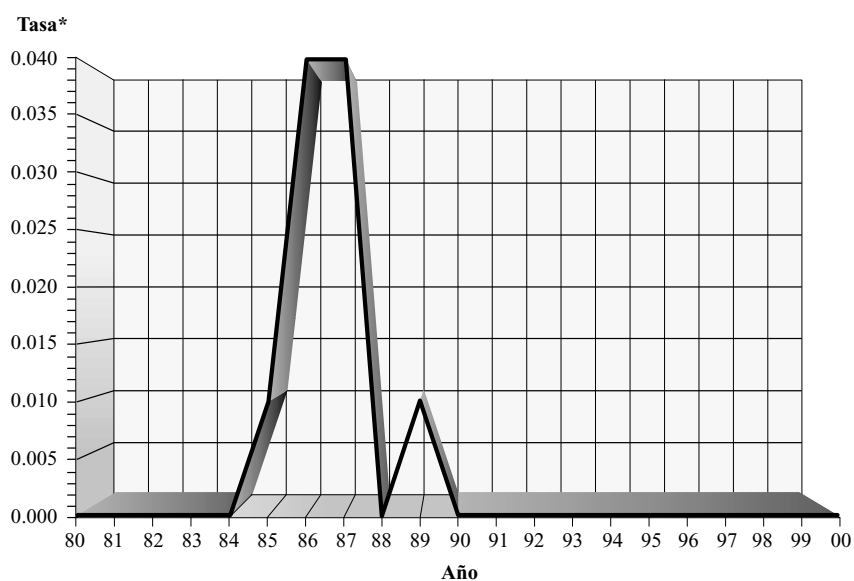


*Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

*Tendencia de la Morbilidad por Difteria
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	3	0.00
1981	1	0.00
1982	0	0.00
1983	0	0.00
1984	0	0.00
1985	4	0.01
1986	28	0.04
1987	31	0.04
1988	2	0.00
1989	6	0.01
1990	0	0.00
1991	1	0.00
1992	0	0.00
1993	0	0.00
1994	0	0.00
1995	0	0.00
1996	0	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	0	0.00

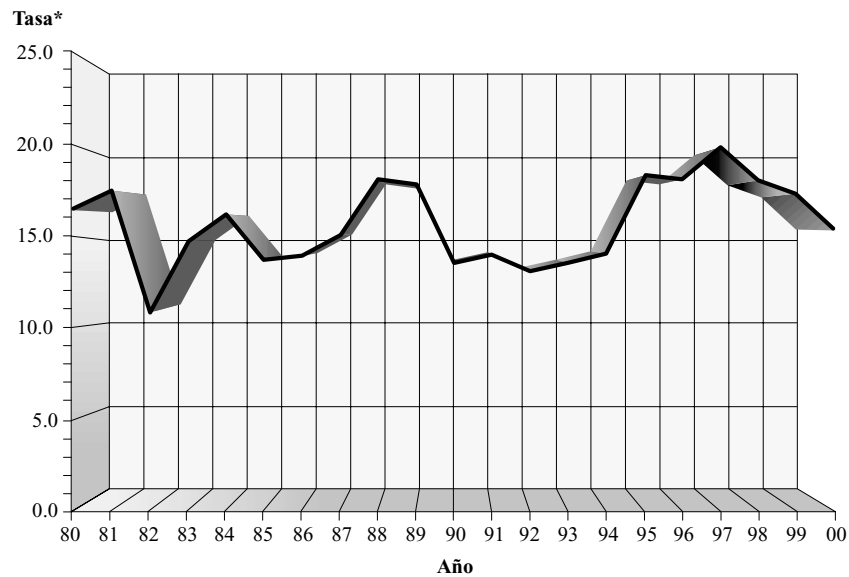


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Tuberculosis Pulmonar
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	11,165	16.09
1981	12,651	17.72
1982	8,265	11.31
1983	11,506	15.40
1984	12,609	16.52
1985	11,211	14.38
1986	11,455	14.40
1987	12,906	15.91
1988	13,129	18.61
1989	13,406	18.43
1990	12,242	14.66
1991	12,554	14.74
1992	11,855	13.64
1993	12,370	13.94
1994	13,451	14.92
1995	17,157	18.65
1996	16,995	18.16
1997	19,577	20.58
1998	18,032	18.66
1999	16,881	17.20
2000	15,649	15.69

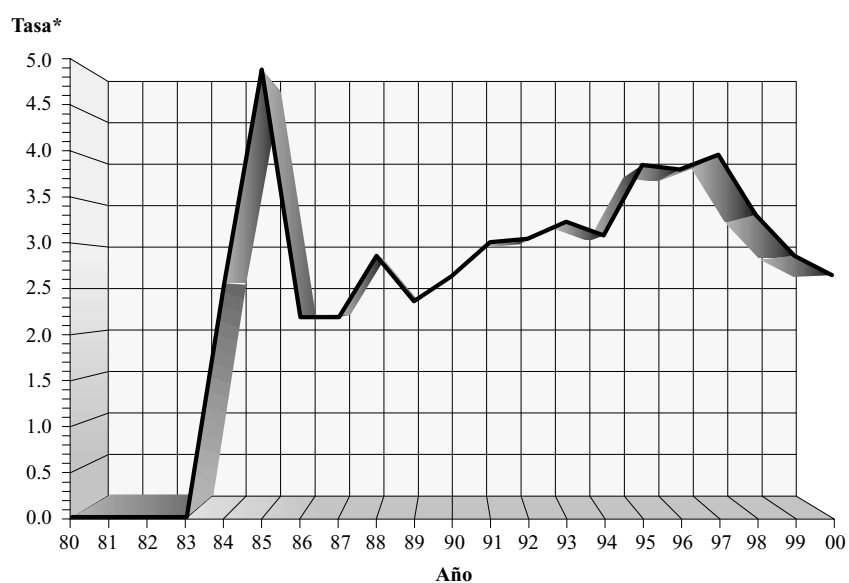


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

*Tendencia de la Morbilidad por Tuberculosis otras formas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	N.D.	-
1981	N.D.	-
1982	N.D.	-
1983	N.D.	-
1984	1,922	2.52
1985	3,806	4.88
1986	1,695	2.13
1987	1,725	2.13
1988	2,242	2.71
1989	2,083	2.47
1990	2,195	2.63
1991	2,555	3.00
1992	2,611	3.01
1993	2,775	3.14
1994	2,759	3.06
1995	3,576	3.89
1996	3,559	3.80
1997	3,798	3.99
1998	3,297	3.41
1999	2,782	2.83
2000	2,666	2.67

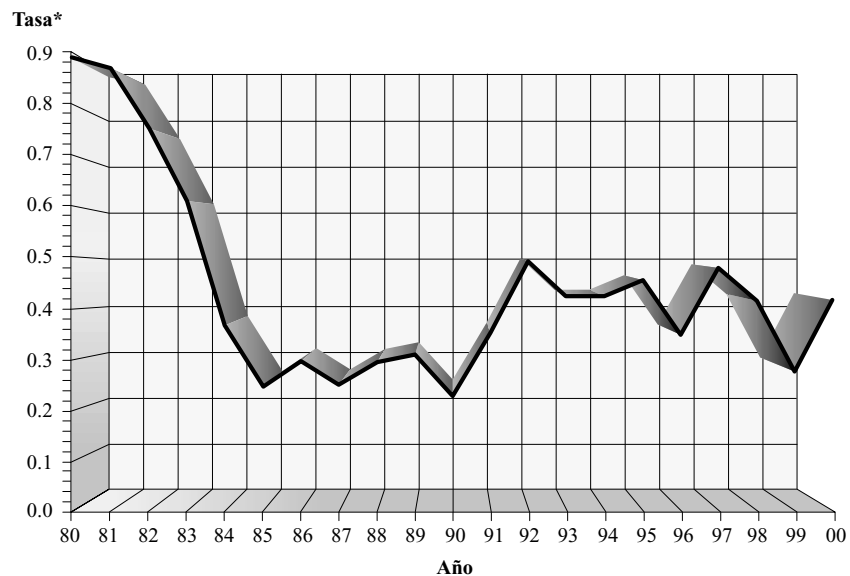


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Lepra
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	621	0.89
1981	632	0.89
1982	564	0.77
1983	465	0.62
1984	289	0.38
1985	204	0.26
1986	250	0.31
1987	213	0.26
1988	257	0.31
1989	267	0.32
1990	199	0.24
1991	310	0.36
1992	445	0.51
1993	388	0.44
1994	397	0.44
1995	433	0.47
1996	340	0.36
1997	470	0.49
1998	418	0.43
1999	283	0.29
2000	414	0.42

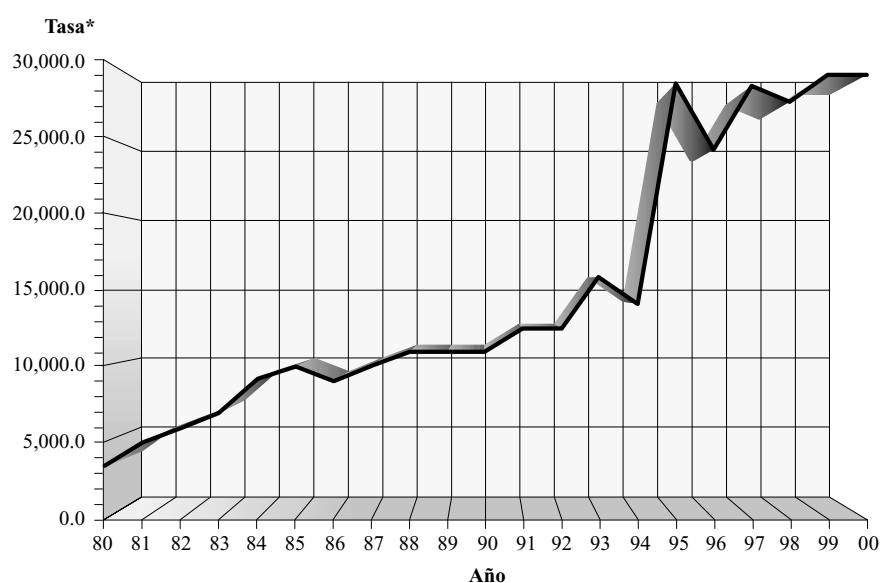


*Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	2,313,197	3,320.93
1981	4,025,442	5,638.76
1982	4,721,683	6,461.99
1983	5,799,483	7,762.98
1984	7,158,759	9,379.24
1985	8,502,817	10,909.68
1986	7,554,083	9,496.95
1987	8,700,519	10,722.93
1988	9,899,699	11,967.55
1989	9,668,848	11,473.33
1990	9,264,520	11,112.07
1991	11,723,215	13,784.96
1992	11,558,839	13,320.52
1993	14,196,536	16,047.63
1994	13,291,100	14,740.85
1995	26,574,579	28,887.87
1996	22,507,643	24,053.92
1997	27,242,388	28,637.76
1998	26,542,632	27,462.93
1999	29,130,929	29,685.33
2000	29,318,354	29,427.32

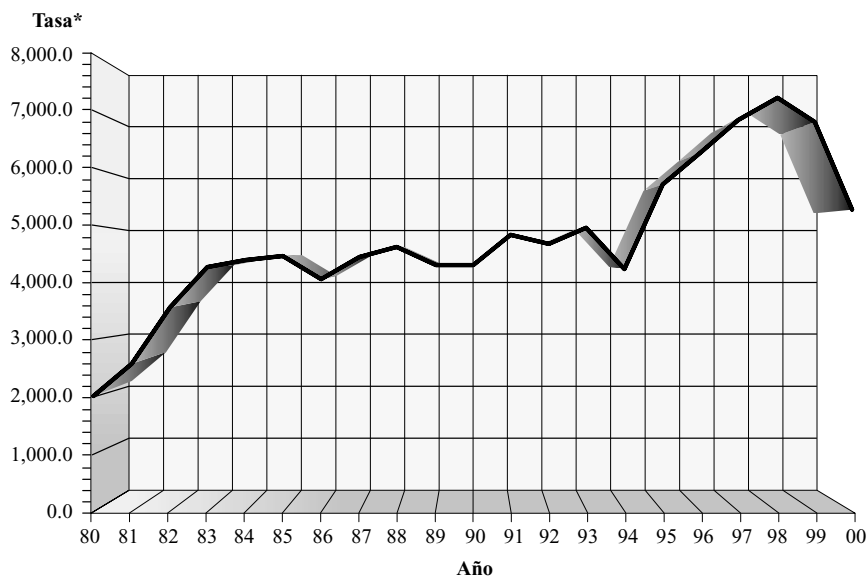


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Enfermedades Diarreicas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	1,519,791	2,181.88
1981	1,919,292	2,688.50
1982	2,692,159	3,684.43
1983	3,184,523	4,262.69
1984	3,313,417	4,341.16
1985	3,528,500	4,527.30
1986	3,335,245	4,193.05
1987	3,721,826	4,586.95
1988	3,873,520	4,682.62
1989	3,707,434	4,399.35
1990	3,724,536	4,467.29
1991	4,236,261	4,981.29
1992	4,193,049	4,832.11
1993	4,482,983	5,067.52
1994	3,888,649	4,312.81
1995	5,344,590	5,809.83
1996	5,830,323	6,230.87
1997	6,577,450	6,914.35
1998	7,151,739	7,399.71
1999	6,805,724	6,935.25
2000	5,184,776	5,203.32

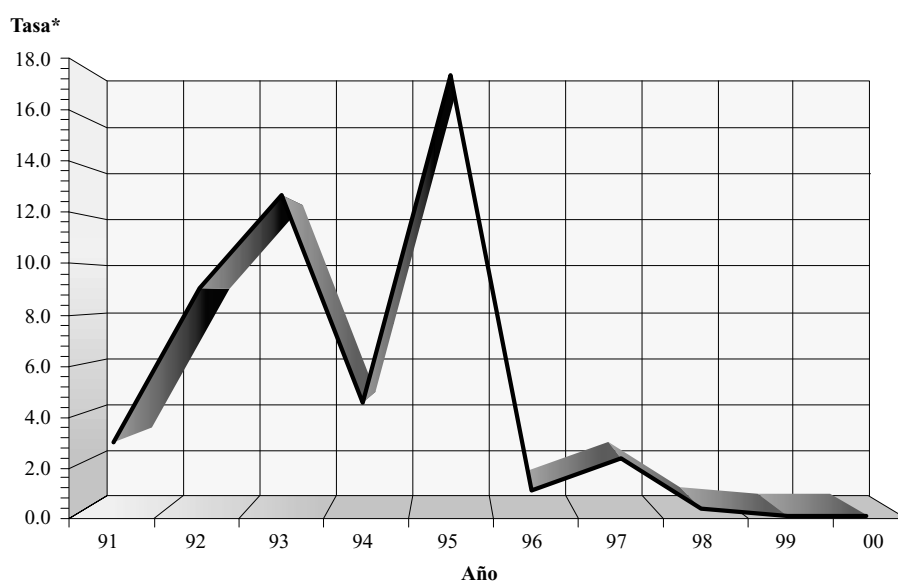


* Tasa por 100 000 habitantes
 No incluye absceso hepático amibiano (006.3, 9A. Ref. y AO6.4, 10a. Rev.)

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Cólera
Estados Unidos Mexicanos
 1991-2000

Año	Casos	Tasa*
1991	2,690	3.16
1992	8,162	9.41
1993	11,091	12.54
1994	4,075	4.52
1995	16,430	17.86
1996	1,088	1.16
1997	2,356	2.48
1998	71	0.07
1999	9	0.01
2000	5	0.01

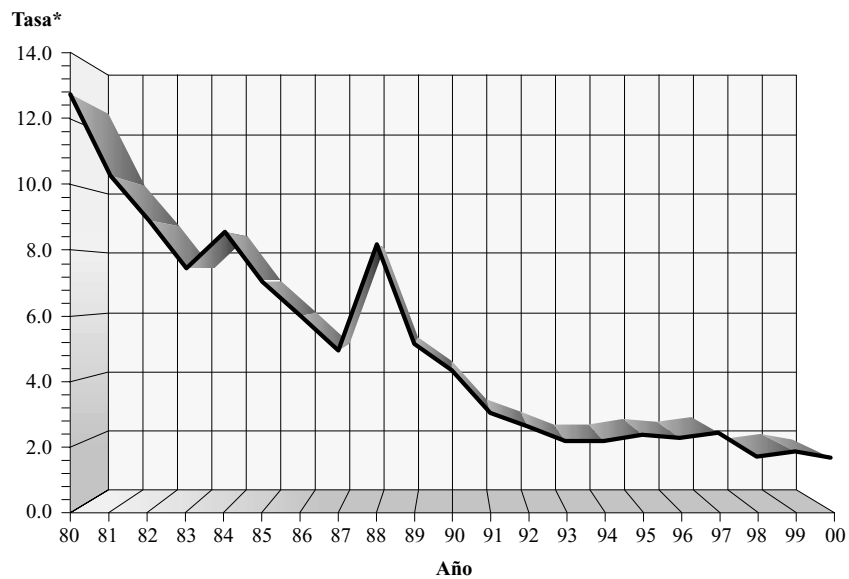


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

*Tendencia de la Morbilidad por Sífilis Adquirida
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	8,931	12.82
1981	7,376	10.33
1982	6,773	9.27
1983	5,176	6.93
1984	6,396	8.38
1985	5,547	7.12
1986	4,844	6.09
1987	4,109	5.06
1988	6,712	8.11
1989	4,294	5.10
1990	3,685	4.42
1991	2,632	3.09
1992	2,553	2.94
1993	1,947	2.20
1994	1,991	2.21
1995	2,204	2.40
1996	2,140	2.29
1997	2,322	2.44
1998	1,732	1.79
1999	1,821	1.86
2000	1,824	1.82

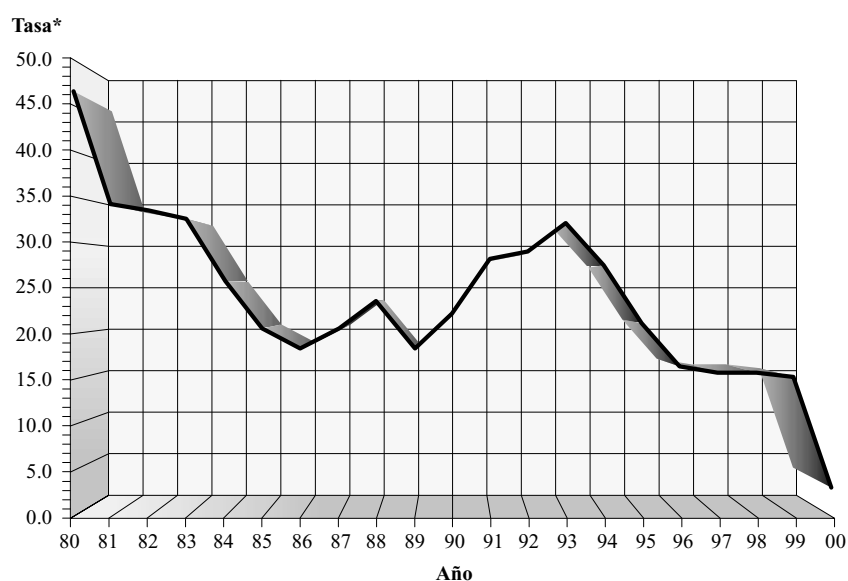


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Infecciones Gonocócicas
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	31,546	45.29
1981	24,924	34.91
1982	25,354	34.70
1983	24,868	33.29
1984	19,302	25.29
1985	16,534	21.21
1986	14,306	17.99
1987	17,259	21.27
1988	19,961	24.13
1989	16,558	19.65
1990	19,870	23.83
1991	24,335	28.61
1992	25,292	29.15
1993	29,439	33.28
1994	24,085	26.71
1995	20,027	21.77
1996	16,471	17.60
1997	16,050	16.87
1998	15,101	15.62
1999	15,169	15.46
2000	4,567	4.54

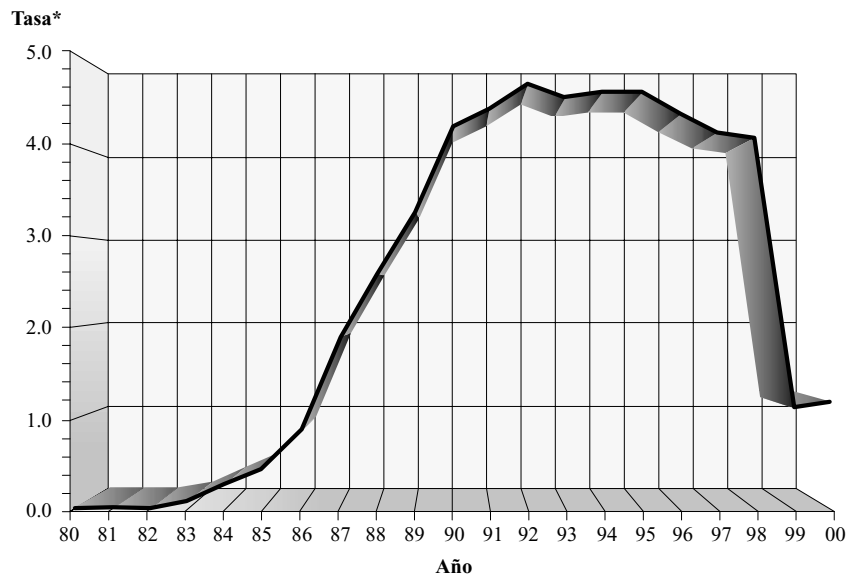


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por SIDA
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000

Año	Casos**	Tasa*
1980	0	0.00
1981	0	0.00
1982	0	0.00
1983	60	0.08
1984	198	0.27
1985	349	0.46
1986	673	0.87
1987	1,485	1.89
1988	2,069	2.58
1989	2,661	3.25
1990	3,517	4.21
1991	3,625	4.26
1992	3,988	4.60
1993	3,950	4.47
1994	4,055	4.50
1995	4,136	4.50
1996	4,077	4.36
1997	4,080	4.29
1998	4,088	4.23
1999	1,092	1.10
2000	1,110	1.11



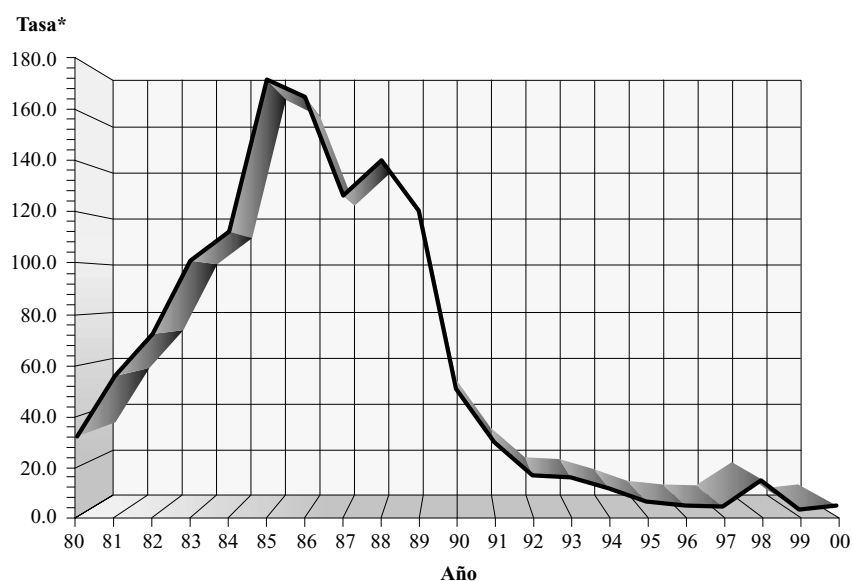
* Tasa por 100 000 habitantes

** Casos estimados de acuerdo al modelo predictivo basado en la notificación de casos nuevos. Número de casos según fecha de diagnóstico

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Paludismo
 Estados Unidos Mexicanos
 1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	25,734	36.94
1981	42,104	58.98
1982	52,094	71.29
1983	75,029	100.43
1984	85,501	112.02
1985	133,698	171.54
1986	130,915	164.59
1987	102,938	126.87
1988	116,230	140.51
1989	101,241	120.14
1990	44,513	53.39
1991	26,565	30.44
1992	16,170	18.63
1993	15,793	17.85
1994	12,864	14.27
1995	7,330	7.97
1996	6,293	6.73
1997	4,788	5.03
1998	15,100	15.62
1999	6,402	6.52
2000	7,259	7.27

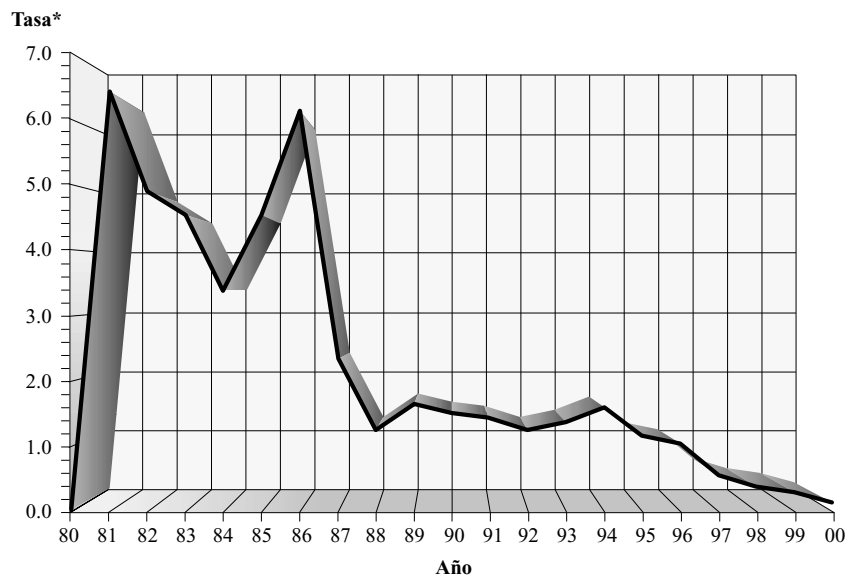


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Oncocercosis
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	0	0.0
1981	3,107	6.4
1982	2,436	4.9
1983	2,169	4.5
1984	1,695	3.4
1985	2,264	4.5
1986	3,266	6.1
1987	1,358	2.4
1988	1,431	1.2
1989	1,395	1.6
1990	1,252	1.5
1991	1,238	1.4
1992	1,138	1.3
1993	1,234	1.4
1994	1,470	1.6
1995	989	1.1
1996	963	1.0
1997	579	0.6
1998	411	0.4
1999	274	0.3
2000	174	0.17

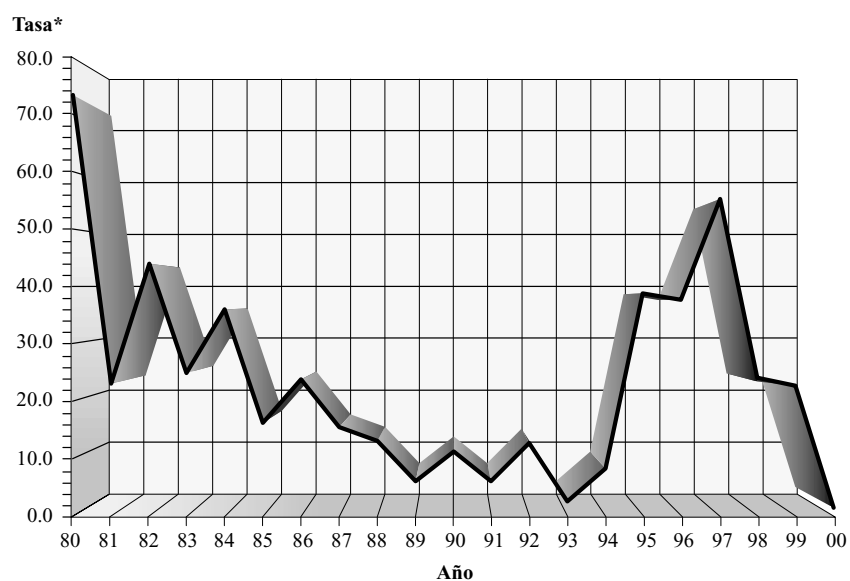


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

*Tendencia de la Morbilidad por Dengue Clásico
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	51,406	73.80
1981	17,046	23.88
1982	32,640	44.67
1983	19,028	25.47
1984	27,645	36.22
1985	13,688	17.56
1986	19,708	24.78
1987	13,371	16.48
1988	10,526	12.72
1989	7,120	6.20
1990	9,516	11.09
1991	5,863	6.72
1992	11,925	13.74
1993	2,899	3.28
1994	8,072	8.95
1995	36,029	39.17
1996	35,082	37.49
1997	52,561	55.25
1998	23,267	24.07
1999	22,982	23.42
2000	1,714	1.72

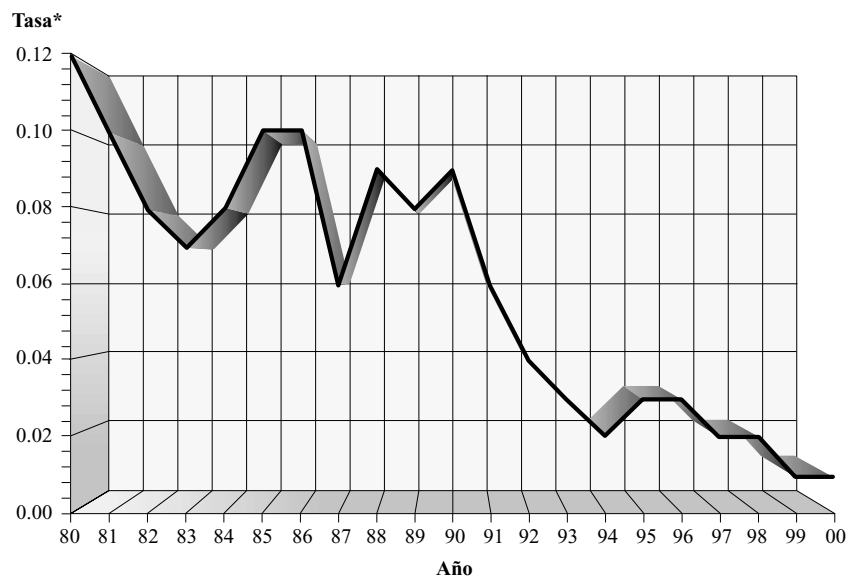


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

*Tendencia de la Morbilidad por Rabia
Estados Unidos Mexicanos
1980-2000*

Año	Casos	Tasa*
1980	83	0.12
1981	71	0.10
1982	55	0.08
1983	55	0.07
1984	58	0.08
1985	76	0.10
1986	79	0.10
1987	51	0.06
1988	72	0.09
1989	66	0.08
1990	73	0.09
1991	50	0.06
1992	35	0.04
1993	26	0.03
1994	22	0.02
1995	30	0.03
1996	24	0.03
1997	23	0.02
1998	15	0.02
1999	9	0.01
2000	5	0.01

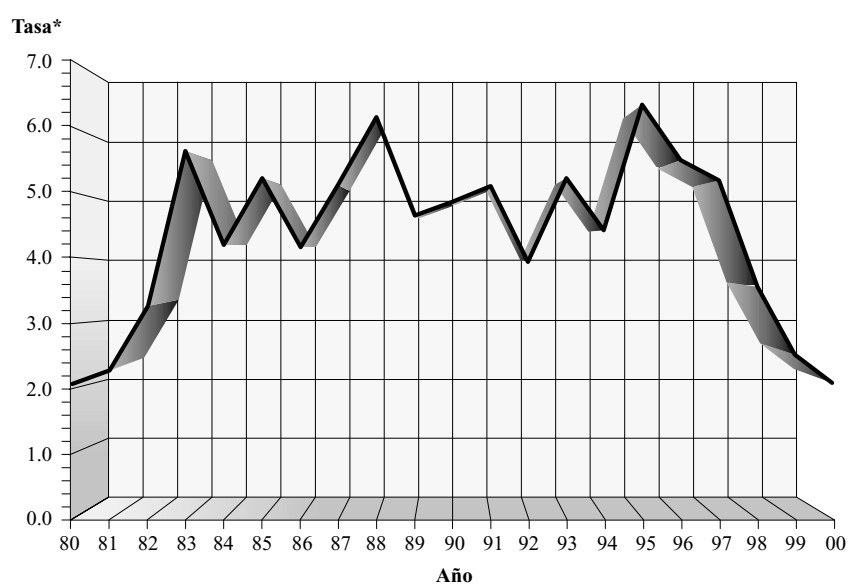


* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Tendencia de la Morbilidad por Brucelosis
 Estados Unidos Mexicanos
 1980-2000

Año	Casos	Tasa*
1980	1,471	2.11
1981	1,617	2.27
1982	2,409	3.30
1983	4,300	5.76
1984	3,260	4.27
1985	4,272	5.48
1986	3,461	4.35
1987	4,374	5.39
1988	5,063	6.12
1989	4,025	4.78
1990	4,106	4.91
1991	4,375	5.13
1992	4,012	4.00
1993	4,652	5.26
1994	4,083	4.53
1995	5,860	6.37
1996	5,324	5.69
1997	4,955	5.21
1998	3,550	3.67
1999	2,719	2.77
2000	2,171	2.18



* Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Dirección General de Epidemiología / SSA

Principales Servicios Proporcionados
2000-2001
 Secretaría de Salud y Servicios de Salud de las Entidades Federativas

Servicios	2000	2001 ^{e/}	Variación porcentual
Consulta			
Externa General	56,873,784	60,285,400	6.0
Especializada	8,759,398	9,405,200	7.4
De Urgencias	4,754,098	4,918,000	3.4
De Planificación Familiar ^{1/}	7,994,806	8,301,246	3.8
Odontológica	4,664,280	4,664,400	0.0
Pláticas de Educación para la Salud	5,035,099	5,308,100	5.4
Hospitalización			
Intervenciones Quirúrgicas	874,351	916,600	4.8
Egresos	1,572,971	1,619,200	2.9

1/ Incluye información de Estrategia de Extensión de Cobertura
 Descentralizados de los Gobiernos Estatales y del Gobierno del Distrito Federal
 e/ Cifras estimadas

Fuente: SSA / DGIED

Directorio

DR. JULIO FRENK MORA	SECRETARIO DE SALUD
DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS	SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DR. ROBERTO TAPIA CONYER	SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
DR. ROBERTO CASTAÑÓN ROMO	SUBSECRETARIO DE RELACIONES INSTITUCIONALES
LIC. MA. EUGENIA DE LEÓN-MAY	SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DR. GUIDO BELSASSO	COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES
DR. MISAEL URIBE ESQUIVEL	COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER	COORDINADOR GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
DR. SANTIAGO LEVY ALGAZI	DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SRA. TERESA ARANDA OROZCO	DIRECTORA DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DRA. MERCEDES JUAN LÓPEZ	SECRETARIA DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL
DR. JAVIER DE JESÚS CABRAL SOTO	COORDINADOR GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

Unidades Participantes

DR. MIGUEL ANGEL LEZANA FERNÁNDEZ	COORDINADOR DE ASESORES DEL C. SECRETARIO DE SALUD
LIC. GONZALO MOCTEZUMA BARRAGÁN	DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
LIC. GUSTAVO LOMELÍN CORNEJO	DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL
DR. MIGUEL B. ROMERO TELLEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DR. CRISTOBAL RUÍZ GAYTAN LÓPEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD
MTRO. MAURICIO BAILON GONZÁLEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD
DR. LUIS RUBÉN DURÁN FONTES	DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DRA. MARÍA DE LOURDES QUINTANILLA RODRÍGUEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA
DR. RODOLFO ROJAS RUBÍ	SECRETARIADO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD
LIC. EDUARDO JARAMILLO NAVARRETE	DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES
DR. LUIS IGNACIO SOLÓRZANO FLORES	DIRECCIÓN GENERAL PARA LA DESCENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA
DR. AGUSTÍN VELEZ BARAJAS	DIRECCIÓN GENERAL TÉCNICA EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL
LIC. ALEJANDRO FERNÁNDEZ VARELA JIMÉNEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO CONTRA LAS ADICCIONES
DR. VÍCTOR ARRIAGA WEIS	DIRECCIÓN GENERAL DE COOPERACIÓN Y DIFUSIÓN EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL
C. P. FERNANDO CALVO	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DR. VÍCTOR GUERRA ORTÍZ	DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN
C. P. MIGUEL VILLASEÑOR MIRANDA	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DR. RAÚL CONTRERAS BUSTAMANTE	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
ING. ARTURO PÉREZ ESTRADA	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA
DR. RAFAEL LOZANO ASCENCIO	DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
LIC. ANTONIO HERAS GÓMEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE ANÁLISIS Y DISEÑO DE POLÍTICAS DE SALUD
DR. ALBERTO LIFSHITZ GUENSBERG	DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD
DR. CARLOS SANTOS BURGOA ZARNECKY	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL
LIC. SALOMÓN DÍAZ ALFARO	CONTRALORÍA INTERNA
LIC. RAÚL NORIEGA HERNÁNDEZ	DIRECCIÓN DE CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD
DR. GUILLERMO SOLOMÓN SANTIBAÑEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS
DR. MIGUEL G. LOMBERA GONZÁLEZ	LABORATORIO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
DRA. ELSA SARTI GUTIÉRREZ	INSTITUTO NACIONAL DE REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA
DR. PABLO KURI MORALES	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA
DR. EDUARDO VÁZQUEZ-VELA SÁNCHEZ	CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ACCIDENTES

Órganos Desconcentrados

DR. CARLOS TENA TAMAYO	COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DR. LUIS ÁNGEL TERÁN ORTÍZ	CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DR. OSCAR J. VELÁZQUEZ MONROY	CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO	CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA	CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA
DR. LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA	CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DR. ANTONIO MARÍN LÓPEZ	CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
DR. CÉSAR VARGAS MARTÍNEZ	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DR. SALVADOR GONZÁLEZ GUTIÉRREZ	SERVICIOS DE SALUD MENTAL
LIC. AUGUSTO ANTONIO GARCÍA BESNE BUENO	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

Organismos Públicos Descentralizados

DR. JAIME G. DE LA GARZA SALAZAR	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DR. FAUSE ATTIE	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DR. JAIME VILLALBA CALOCA	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
DR. DONATO ALARCÓN SEGOVIA	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA NUTRICIÓN “DR. SALVADOR ZUBIRÁN”
DR. JULIO E. SOTELO MORALES	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA “DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ”
DR. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ WEBER	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DR. JOSÉ ROBERTO AHUED AHUED	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DR. GERARD HEINZE MARTÍN	INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA “DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑÍZ”
DR. JAIME SEPÚLVEDA AMOR	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
DR. ROMEO RODRÍGUEZ SUÁREZ	HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “DR. FEDERICO GÓMEZ”
DR. FRANCISCO HIGUERA RAMÍREZ	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ	HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
DR. VÍCTOR MANUEL GUIZA CRUZ	CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.
LIC. HERMILO LÓPEZ COELLO	LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V. (BIRMEX)

Primer Informe de Labores
Primero de septiembre de 2001
Secretaría de Salud

Esta edición consta de 1 500 ejemplares
se terminó de imprimir en agosto de 2001