

INFORME DE LABORES

1 DE SEPTIEMBRE DE 2002



INFORME DE LABORES

1 DE SEPTIEMBRE DE 2002



2º INFORME DE LABORES

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-086-9

www.ssa.gob.mx

ÍNDICE

	Pág.
Presentación	11
Secretaría de Salud	15
Misión Institucional	15
Estructura Orgánica	15
1. Oficina del Secretario	21
Función	21
Estructura Orgánica	21
1.1. Dirección General de Asuntos Jurídicos	27
1.2. Dirección General de Comunicación Social	29
1.3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico	32
Consolidación del Arbitraje Médico	32
1.4. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	39
1.5. Programa Mujer y Salud	46
2. Subsecretaría de Innovación y Calidad	53
Función	53
Estructura Orgánica	53
2.1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud	54
2.1.1. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud	55
2.1.2. Formación, Capacitación y Actualización de Recursos Humanos para la Salud	60
2.1.3. Regulación y adecuación normativa	64
2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud	66
2.2.1. Ampliación de Cobertura	67
2.2.2. Desarrollo Humano Oportunidades	69
2.2.3. Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)	71
2.2.4. Atención Médica Especializada a la Comunidad	73
2.2.5. Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas	74
2.2.6. Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)	76
2.2.7. e-Salud Telemedicina	77
2.2.8. Capacitación Gerencial	80
2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud	81
2.3.1. Seguro Popular de Salud	81
2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)	83

	Pág.
2.4. Centro Nacional de Trasplantes	85
2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	88
3. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud	95
Función	95
Estructura Orgánica	95
3.1. Dirección General de Promoción de la Salud	97
3.1.1. Comunidades Saludables	98
3.1.2. Educación Saludable	99
3.2. Dirección General de Salud Reproductiva	102
3.2.1. Salud Reproductiva	103
3.2.2. Planificación Familiar	104
3.2.3. Arranque Parejo en la Vida	107
3.2.4. Climaterio, Postmenopausia e Infertilidad	110
3.2.5. Cáncer Cérvico-uterino	111
3.2.6. Cáncer de Mama	114
3.3. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica	116
3.3.1. Salud Bucal	117
3.3.2. Tuberculosis	118
3.3.3. Lepra	121
3.3.4. Atención de las Enfermedades Asociadas con la Deficiencia Endémica de Yodo	123
3.3.5. Enfermedades Transmitidas por Vectores	124
Paludismo	124
Dengue	126
Oncocercosis	129
Enfermedad de Chagas o Tripanosomosis Americana	130
Leishmaniosis	131
Intoxicación por Picadura de Alacrán o Alacranismo	132
3.3.6. Zoonosis	133
Brucelosis	133
Rabia	133
Taeniosis/Cisticercosis	135
3.3.7. Cólera	136
3.3.8. Atención al Envejecimiento	137
Prevención y Control de Diabetes	138
Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial	140
Prevención y Control de Cáncer de Próstata	142
3.3.9. Urgencias Epidemiológicas y Desastres	142
3.3.10. Accidentes	144
3.3.11. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica	145
3.3.12. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos	152

	Pág.
3.4. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	154
3.4.1. Arranque Parejo en la Vida	157
3.4.2. Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia	158
Vacunación	158
Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e	
Infecciones Respiratorias Agudas	159
Nutrición	160
Salud del Adolescente	160
3.4.3. Vete Sano, Regresa Sano	161
3.5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS	162
4. Subsecretaría de Relaciones Institucionales	171
Función	171
Estructura Orgánica	171
4.1. Secretariado del Consejo Nacional de Salud	173
4.2. Dirección General de Relaciones Internacionales	175
4.3. Dirección General para la Descentralización Hospitalaria	180
4.3.1. Prestación de los Servicios Hospitalarios	182
Hospital Juárez del Centro	182
Hospital de la Mujer	184
Hospital Nacional Homeopático	185
4.4. Centro Nacional de Rehabilitación	187
4.5. Hospital Juárez de México	189
5. Subsecretaría de Administración y Finanzas	193
Función	193
Estructura Orgánica	193
5.1. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	196
5.2. Dirección General de Tecnología de la Información	200
5.3. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	204
5.4. Dirección General de Recursos Humanos	208
5.5. Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	213
5.6. Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública	216

	Pág.
6. Consejo Nacional contra las Adicciones	223
Función	223
Estructura Orgánica	223
6.1. Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental	223
6.2. Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones	228
6.3. Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental	230
6.4. Servicios de Salud Mental	233
7. Coordinación General de Planeación Estratégica	239
Función	239
Estructura Orgánica	239
7.1. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño	246
7.2. Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud	253
8. Organismos Públicos Descentralizados	259
8.1. Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud	259
Función	259
Estructura Orgánica	259
8.2. Institutos Nacionales de Salud	263
8.2.1. Instituto Nacional de Cancerología	263
8.2.2. Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”	266
8.2.3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	269
8.2.4. Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”	271
8.2.5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”	274
8.2.6. Instituto Nacional de Pediatría	278
8.2.7. Instituto Nacional de Perinatología	281
8.2.8. Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”	285
8.2.9. Instituto Nacional de Salud Pública	287
8.2.10. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”	289
8.3. Hospitales Generales	293
8.3.1. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”	293
8.3.2. Hospital General de México	296
8.4. Centros de Integración Juvenil, A.C.	299

	Pág.
9. Programa IMSS-Solidaridad	305
10. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	313
11. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V. (BIRMEX)	323
12. Consejo de Salubridad General	331
13. Anexo Estadístico	339
Esperanza de vida al nacer por entidad federativa, 2001	339
Esperanza de vida saludable, 2000	340
Veinte principales causas de mortalidad general, 2001	341
Veinte principales causas de mortalidad infantil, 2001	342
Mortalidad en la infancia por entidad federativa, 2001	343
Veinte principales causas de mortalidad preescolar, 2001	344
Veinte principales causas de mortalidad escolar, 2001	345
Veinte principales causas de mortalidad en edad productiva, 2001	346
Veinte principales causas de mortalidad en edad postproductiva, 2001	347
Causas de mortalidad materna, 2001	348
Tendencias de la mortalidad según grupos de edad, 1980-2001	349
Mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico en los municipios agrupados por nivel de marginación, 2001	350
Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en menos de 5 años, 1990-2001	351
Mortalidad por diarreas en niños menores de 5 años por entidad federativa, 2001	352
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menos de 5 años, 1990-2001	353
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años por entidad federativa, 2001	354
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990-2001	355
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años, 2001	356
Mortalidad por cáncer de mama, 1990-2001	357
Mortalidad por diabetes según sexo, 1990-2001	358
Tasa de mortalidad por homicidios, 1990-2001	359
Mortalidad por suicidios, 1960-2001	360
Tendencia de la morbilidad por poliomielitis aguda, 1980-2001	361
Tendencia de la morbilidad por sarampión, 1980-2001	362
Tendencia de la morbilidad por tos ferina, 1980-2001	363
Tendencia de la morbilidad por tétanos, 1980-2001	364
Tendencia de la morbilidad por difteria, 1980-2001	365
Tendencia de la morbilidad por tuberculosis pulmonar, 1980-2001	366
Tendencia de la morbilidad por tuberculosis otras formas, 1980-2001	367
Tendencia de la morbilidad por lepra, 1980-2001	368
Tendencia de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas, 1980-2001	369
Tendencia de la morbilidad por enfermedades diarreicas, 1980-2001	370
Tendencia de la morbilidad por cólera, 1991-2001	371
Tendencia de la morbilidad por sífilis adquirida, 1980-2001	372
Tendencia de la morbilidad por infecciones gonocócicas, 1980-2001	373
Tendencia de la morbilidad por paludismo p. vivax, 1980-2001	374

	Pág.
Tendencia de la morbilidad por oncocercosis, 1980-2001	375
Tendencia de la morbilidad por dengue clásico, 1980-2001	376
Tendencia de la morbilidad por rabia, 1980-2001	377
Tendencia de la morbilidad por brucelosis, 1980-2001	378
Recursos humanos y físicos por entidad federativa, 2001	379
Principales servicios proporcionados, 2001-2002	380
Porcentaje de nacimientos por cesárea por entidad federativa, 2001	381
Porcentaje de cesárea por institución, 1991-2001	382
Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas por entidad federativa, 2000	383
Cobertura de vacunación en niños de 1 año y en niños de 1 a 4 años, 2001	384
Tiempo de espera y porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera, 2001	385
Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto, 2001	386
Relación entre las aportaciones estatales y federales, 2001	387
Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento, 2001	388
Porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud según nivel de ingreso, 2000	389

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 1° de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002.

A casi dos años del inicio del nuevo gobierno, se avanza en los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, a través de las acciones desarrolladas mediante los 37 programas de acción presentados durante este lapso, en los que se establecen con claridad las metas a alcanzar en el corto plazo y su proyección a mediano y largo plazo.

La Secretaría de Salud, dentro del ámbito de su función rectora, se coordinó con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, a efecto de establecer las bases sobre las cuales se impulsen las actividades que permitan poner a disposición de la población servicios de salud equitativos, con calidad y sin afectar su patrimonio.

Nos comprometimos a consolidar el federalismo cooperativo, en ello hemos trabajado de manera intensa mediante la construcción de consensos, definición de políticas, diseño y operación de programas, y realización de acciones en materia de promoción de la salud y protección contra riesgos a la salud con la participación de los tres órdenes de gobierno y de la sociedad en general.

La tarea no ha sido fácil, considerando las limitaciones económicas del gobierno federal. Esto no ha propiciado que bajemos los brazos, por el contrario, estamos haciendo nuestro mejor esfuerzo para explorar esquemas alternativos de financiamiento y hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles a través de una distribución del presupuesto equitativa, que permita paulatinamente abatir los rezagos acumulados en salud.

La puesta al día del sistema de salud es algo a lo que no debemos estar ajenos, las mexicanas y los mexicanos requerimos contar con instituciones de salud sólidas, que cuenten con infraestructura física, recursos humanos calificados e insumos suficientes, bajo la premisa de que tener una vida saludable es una palanca fundamental para el desarrollo personal y comunitario. Por ello se iniciaron proyectos que permitan invertir en investigación y desarrollo tecnológico, así como la creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica, éste último necesario para incorporarnos a los avances en el conocimiento de este campo, que brindarán nuevas oportunidades de diagnóstico y tratamiento para padecimientos aún no controlables.

Los retos señalados en el Programa Nacional de Salud continúan como desafío, se tienen avances pero debemos reconocer problemas propios del rezago y la transición epidemiológica.

La atención a las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de la salud materna, las enfermedades no trasmisibles y las lesiones, son problemas de alta prioridad, ya que afectan a la población que vive en condiciones de pobreza lo que acentúa las desigualdades. Para combatir estas inequidades, se pusieron en marcha programas como Arranque Parejo en la Vida; Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas; Seguro Popular de Salud; Mujer y Salud; Migrante, Vete Sano y Regresa Sano, y se fortalecieron otros como el de Oportunidades; el de Salud Reproductiva; el de prevención y control del cáncer cérvico-uterino y mamario; el de cáncer de próstata; así como los relacionados con

el control de enfermedades transmitidas por vectores y con enfermedades no trasmisibles que afectan a la población adulta, principalmente, como diabetes, hipertensión arterial, y en problemas emergentes como el VIH/SIDA, el de cáncer en la población infantil, salud mental, adicciones y accidentes por citar los más representativos.

Para mejorar la calidad de los servicios se realizaron múltiples actividades a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, en la que participan todas las entidades federativas, con cuyas autoridades de salud nos reunimos periódicamente para evaluar colegiadamente los resultados y reordenar en su caso las acciones que permitan estandarizar los procesos y hacer consistente la información. Adicional a ello, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, incorporó a un mayor número de estados en la constitución de comisiones estatales que atienden en el lugar de origen y con imparcialidad las controversias entre usuarios y prestadores de servicios.

La Secretaría de Salud se empeña en establecer mecanismos de financiamiento que eviten a la población gastos que arruinen su patrimonio personal o familiar, para lo cual está en operación el Sistema del Seguro Popular de Salud, que no sólo protege del gasto catastrófico, sino apoya para mitigar los rezagos en salud al propiciar acciones preventivas y de autocuidado a la salud.

Señores legisladores, el personal de la Secretaría de Salud médicos, enfermeras, personal de las ramas afines y administrativas, estamos concientes de nuestra responsabilidad y por eso nos empeñamos día a día en mejorar la atención en los servicios de salud; así como en la investigación, en la enseñanza y en la protección contra riesgos sanitarios para una población cada vez más demandante. El Informe de Labores que se presenta al honorable Congreso de la Unión tiene el interés de contribuir al proceso de rendición de cuentas a la sociedad en su conjunto a través de sus representantes populares.

No obstante entendemos que, en una sociedad plenamente democrática, este ejercicio republicano debe ser lo más amplio posible. Por ello el pasado mes de julio se llevó a cabo el primer Foro Ciudadano de la Salud en el cual dimos a conocer a la opinión pública el informe Salud: México 2001, se trata de un documento que muestra la manera en que se utilizan los recursos en el sector salud y que presenta los resultados obtenidos por los diversos servicios y programas. Así, representa un instrumento que complementa los mecanismos formales de rendición de cuentas del Ejecutivo federal ante el Poder Legislativo.

Julio Frenk Mora

Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD

Misión Institucional

La Secretaría de Salud continuó con su misión de 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 de:

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 los 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.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006

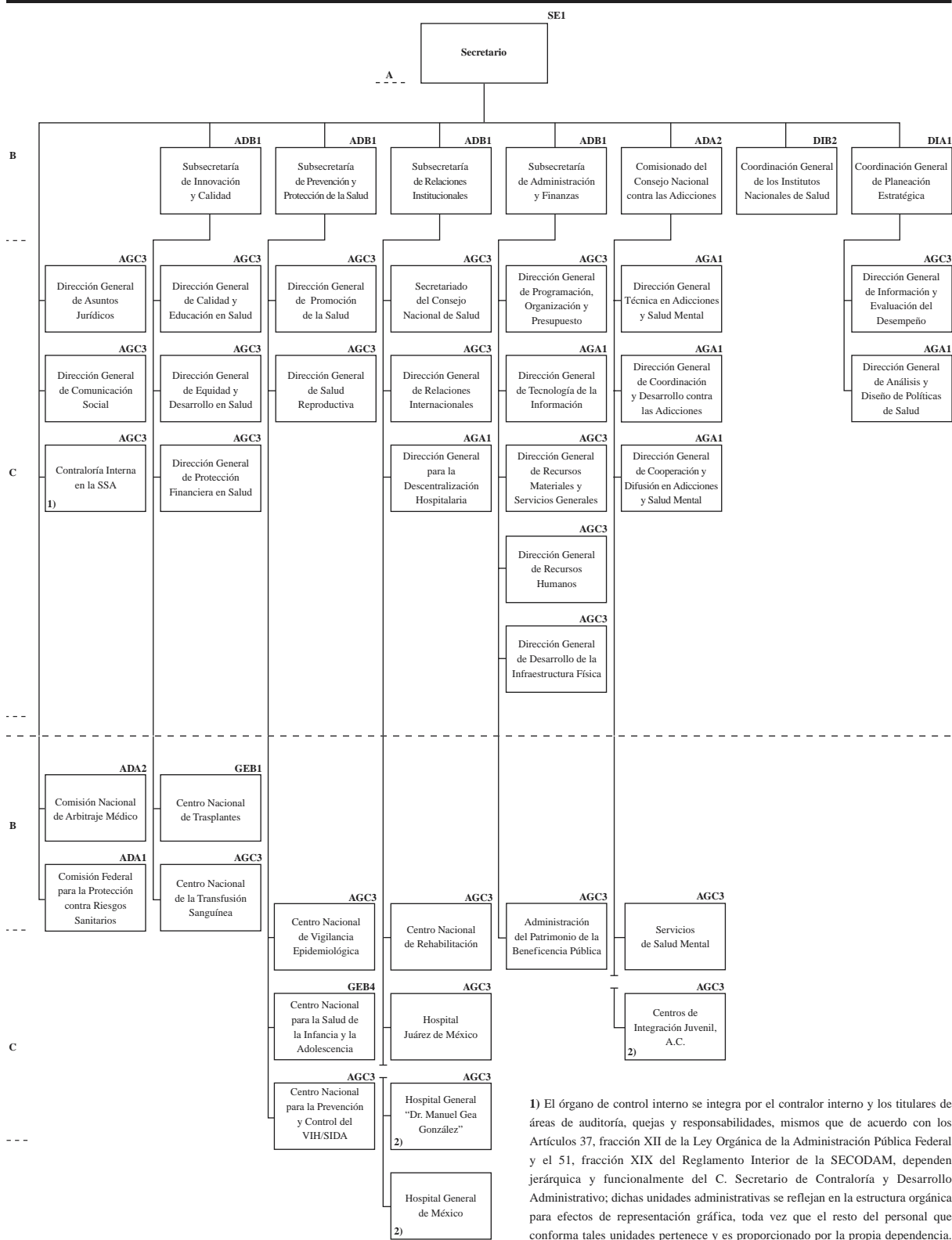
Establece el compromiso de conformar un Sistema de Salud Universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

En ese sentido se ha trabajado con objeto de que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, con especial énfasis en la población marginada.

Estructura orgánica

A partir de la reestructuración de la Secretaría de Salud del 5 de julio del año anterior, se continua operando con dicha estructura. No obstante se han realizado propuestas para readecuar la estructura para fortalecer la nueva forma de operar como es el caso de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el Programa de Seguro Popular de Salud y otras áreas, modificaciones que están en proceso de análisis y aprobación. La SSA operó en el período septiembre 2001-agosto 2002, con 4 subsecretarías, un comisionado, 2 coordinaciones generales, 20 direcciones generales, 11 órganos desconcentrados y 13 organismos públicos descentralizados, en una estructura básica que permite cumplir con los retos y compromisos para 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.

Secretaría de Salud
Estructura Básica
 Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud
 Vigencia: 2002



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 operación con la nueva estructura responde a las necesidades de operación, coordinación, supervisión, evaluación y seguimiento de las actividades que se desarrollan con las instituciones del Sector Salud, fortaleciendo la participación de las áreas centrales con los Organismos Públicos Descentralizados OPD's de las entidades federativas, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Generales, el IMSS y el ISSSTE, principalmente, así como con las asociaciones y sociedades de la sociedad civil. En este sentido, destaca la colaboración con los organismos internacionales, con los que se tiene una participación constante.

Este documento considera los aspectos más relevantes, para que la sociedad en su conjunto conozca la labor del personal de base y de confianza, así como del personal de honorarios, en el período que nos ocupa 1° de septiembre de 2001 al 31 de agosto del 2002.

El desarrollo de las acciones y sus resultados se mencionan a continuación, estos manifiestan con mayor amplitud la información que contiene el Segundo Informe de Gobierno que presenta el Presidente de la República al H. Congreso de la Unión.

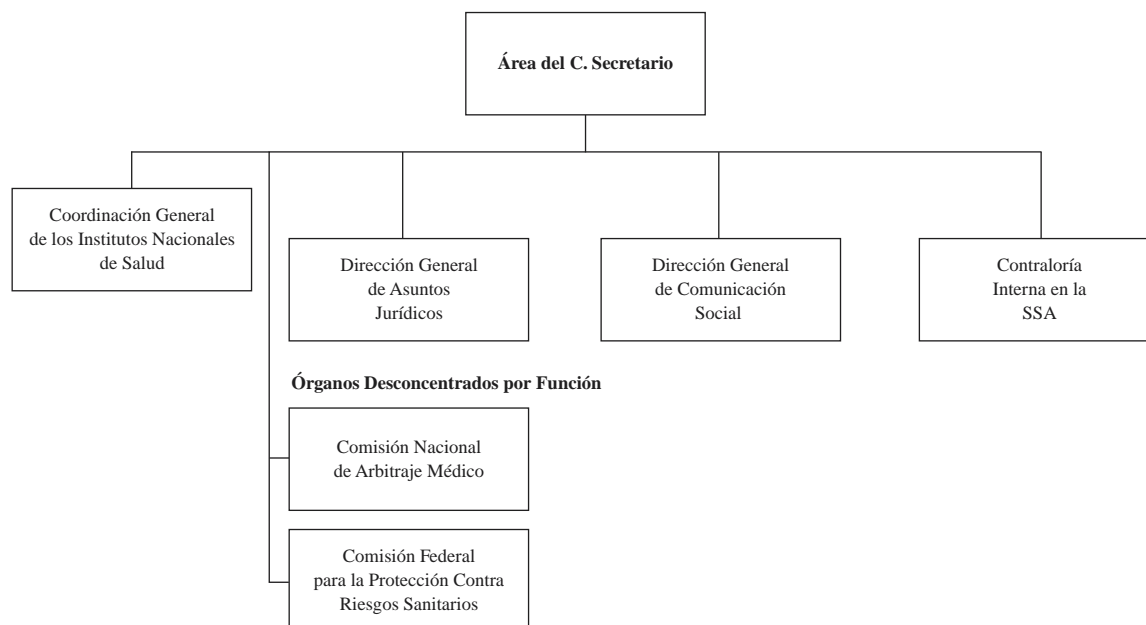
Capítulo 1

Oficina del Secretario

1. OFICINA DEL SECRETARIO

Al 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 mismas. Entre otras.



Al área del Secretario de Salud, están adscritos de manera directa: la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, dos direcciones generales -de Asuntos Jurídicos y de Comunicación Social-; dos órganos desconcentrados por función -Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)-, la Coordinación de Asesores, un secretario particular, un coordinador administrativo, un secretario técnico, tres subdirecciones y siete jefaturas de departamento.

En el marco de su responsabilidad se realizaron diversas actividades que permitieron avanzar en el fortalecimiento de los programas de salud, de acuerdo a los tres retos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, cuyo rumbo es hacia la democratización de la salud en México. Los retos son:

Equidad.- Busca abatir las desigualdades en salud.

Calidad.- Propicia mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, garantizando un trato digno.

Protección financiera.- Propone nuevos esquemas financieros que protejan de gastos excesivos por motivos de salud.

Para ello los esfuerzos desarrollados en el período de este informe, septiembre 2001-agosto 2002, por todo el personal adscrito a la Secretaría de Salud permiten presentar avances notables en beneficio de la población, resultados que se manifiestan en cada una de las unidades responsables.

En el ámbito internacional se participó en la Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo y en la Reunión de Trabajo sobre Financiamiento para la Salud en la Ciudad de Monterrey, N. L., México. Asimismo, en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia y en el Consejo Económico y Social de la misma, así como, con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en su Foro OCDE 2002, entre otros.

Con los organismos públicos descentralizados a través del Consejo Nacional de Salud, se llevaron a cabo en diferentes estados, 5 reuniones en el período que nos ocupa, que permitieron establecer políticas y evaluar los avances en materia de salud. La respuesta a la problemática en salud se ha manifestado dentro de un marco de fortalecimiento del federalismo, donde concurren los tres ordenes de gobierno. Los secretarios de salud de las entidades federativas o sus homólogos participaron en las comisiones de trabajo de manera conjunta con los funcionarios de nivel federal, permitiendo llegar a acuerdos como: aprobación de indicadores de evaluación estatal y nacional; opinión sobre los programas de acción y fortalecimiento del papel rector de las secretarías estatales. Destaca la creación de la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios, que reforzará la actividad de vigilancia y control sanitarios, en las entidades federativas.

Ante la necesidad aprovechar de manera óptima los recursos autorizados, en una época que requiere del esfuerzo de todos, se elaboró una propuesta de asignación de recursos a las entidades federativas, en ella participaron 8 entidades federativas, mecanismo que estará vinculado a indicadores de resultados que permitan evaluar el desempeño.

En concordancia con lo anterior, se puso en marcha el Programa de Seguro Popular de Salud, que está incorporando a las familias que carecen de seguridad social, otorgando un paquete con 78 intervenciones y medicamentos asociados, programa que publicó sus reglas de operación en el Diario Oficial de la Federación.

En el marco de la Cruzada Nacional para la Calidad de los Servicios de Salud, los 31 comités estatales están desarrollando diversas actividades que involucran a la ciudadanía en la obtención de un trato digno en las unidades de atención médica.

Los programas de atención en salud pública fortalecieron sus acciones con la participación responsable de los Organismos Públicos Descentralizados OPD's de las entidades federativas, destacando las acciones de las Semanas Nacionales de Salud, que permiten ampliar las coberturas de vacunación y disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, acciones que forman parte del Programa "Arranque Parejo en la Vida", como una prioridad para darle a todas las niñas y niños de este país las mismas oportunidades.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios lleva a cabo un proceso de reorganización que permitirá mejorar la atención al público y hacer más expeditos los trámites a través de un servicio integral de calidad, que elimine la posibilidad de actos inadecuados de los servidores

públicos. Para fortalecer la función de la COFEPRIS, se instaló el Consejo Científico de la Comisión presidido por el Premio Nobel de Química 1995 y la participación multidisciplinaria con grado de excelencia de sus integrantes.

La investigación en materia de salud se está reforzando, sobre todo para promover la participación en las entidades federativas. Para ello, entre otras acciones, se instaló el Consejo Técnico de la Comisión Nacional de Bioética que a su vez impulsará el establecimiento de comisiones estatales. Asimismo, como hecho destacable está en proceso la integración del Instituto Nacional del Genoma Humano, que contribuirá a reducir las inequidades en salud y permitirá ofrecer a la población una mejor atención sobre los grandes problemas que en esta materia existen.

Con el fin de mostrar a la sociedad un informe sobre el desempeño del Sector Salud, se llevó a cabo el Foro Ciudadano de Salud, donde se presentó el documento Salud: México 2001, como parte del proceso de rendición de cuentas al cual asistieron legisladores, ONG's, academias y organizaciones de la salud y la sociedad en general.

Como parte de las actividades que se desarrollan en el ámbito de la oficina del Secretario, en el período que se informa, destaca lo relacionado con la salud de los conacionales que transitan hacia los Estados Unidos, principalmente. A continuación se comentan las acciones relevantes:

Salud del Migrante

Iniciativa de Salud México California

Se constituyó en el mes de marzo del 2001 y está integrada por las siguientes instituciones: En los Estados Unidos de América: *California Department of Health Services (DHS)*, *California Endowment*, *California HealthCare Foundation* y la Oficina de la Presidencia de la Universidad de California. En México: Secretaría de Salud, Secretaría de Relaciones Exteriores, IMSS y CONOFAM.

El objetivo prioritario es el de facilitar la operación binacional a favor de la salud de la comunidad migrante de origen mexicano en California. Para su operación se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Firma del memorandum de entendimiento con el *Department of Human Services* de California y la Universidad de California.
- Semana Binacional de Salud. Se llevó a cabo en el mes de octubre, en comunidades con alta concentración de migrantes en 7 condados de California. Participaron 950 representantes de diversas dependencias del DHS y de 115 organizaciones comunitarias. Se ofrecieron 18 720 servicios directos de salud en 98 localidades diferentes. Se instaló un mural conmemorativo en la clínica comunitaria de Parlier, Fresno. Se realizó un foro académico sobre migración y salud en el que participaron 120 investigadores de ambos países. Durante esta semana se registraron 150 notas periodísticas alusivas a los eventos realizados y se estima hubo una audiencia radioescucha de los spots de radio transmitidos de más de un millón de californianos. En México, la Semana Binacional de Salud se desarrolló en las mismas fechas y estuvo montada en la 3er Semana Nacional de Salud.
- En coordinación con el Banco del Ahorro Nacional, se produjo y distribuyó en California, un tiraje de 50 000 agendas telefónicas de bolsillo con recomendaciones para la salud del migrante.

Durante el primer semestre del año 2002, se mantuvo una estrecha vinculación con la Iniciativa de Salud México California y se alcanzaron los siguientes objetivos:

- Firma del Convenio con la Universidad de California, el IMSS y la Secretaría de Salud, para iniciar el programa de intercambio académico para la capacitación de 10 estudiantes de medicina del sistema médico de la Universidad de California en instalaciones de la Secretaría de Salud y la Delegación del IMSS en el estado de Morelos.
- Anuncio de la convocatoria del Fondo Binacional de Investigación para la Salud del Migrante, entre la Secretaría de Salud, a través de los Institutos Nacionales de Salud, el CONACyT y la Universidad de California.

Atención a Migrantes Mexicanos afectados por los acontecimientos del 11 de septiembre del 2001, en la Ciudad de Nueva York

A solicitud de la Coordinación de Oficinas Estatales de Atención al Migrante CONOFAM y de la Casa Puebla en Nueva York, se gestionó ante la CONADIC, la asistencia de servicios asistenciales de médicos y psicólogos mexicanos, para la población de migrantes mexicanos en esa entidad. Durante 10 días se atendieron a 200 migrantes del estado de Puebla.

Promoción del Proyecto de Mejoramiento al Acceso de los Servicios de Salud Mental para los Migrantes Mexicanos que Trabajan en el Sector Agrícola de California

Se promovió la integración institucional y la consecución del financiamiento, ante la *California Endowment Foundation*, de este proyecto, que desarrollan la Universidad de Fresno (del sistema de la Universidad de California) y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Reunión de Evaluación de la Salud del Migrante

Se celebró el 18 de diciembre, en la ciudad de Tijuana, Baja California, como la actividad sustantiva del Día Internacional del Migrante. En ella se presentó un informe de las actividades realizadas sobre el tema de salud de migrantes. Asistieron a esta reunión 50 líderes de organizaciones de migrantes que representan a más de 1 millón de migrantes mexicanos que radican en los E.U.A. y a sus familias en sus comunidades de origen en México.

Telemedicina con la Universidad de Texas

En coordinación con la Oficina Presidencial para la Atención de Mexicanos y Mexicoamericanos en el Exterior, se desarrolló una reunión presidida por los secretarios de Salud y de Educación Pública en la que se presentó a las autoridades de esta Universidad algunas alternativas para la instrumentación conjunta de sistemas de telemedicina y tele educación.

Otras actividades de la Oficina del Secretario

Como parte de la agenda de reuniones del Secretario con los mandos superiores de la SSA, la Coordinación de Asesores dio seguimiento permanente a los programas de acción comprometidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Para fortalecer su evaluación, cada una de las áreas mayores definieron los proyectos de mayor trascendencia, sumando 27 proyectos en total: tres del área del Secretario, cuatro

en la Subsecretaría de Innovación y Calidad, seis en la Subsecretaría de Relaciones Institucionales, uno en la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, cinco en la Subsecretaría de Administración y Finanzas, tres en la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, tres en la Coordinación General de Planeación Estratégica y dos en el CONADIC.

Asimismo, coordina las reuniones de gabinete de la SSA, que está integrado por 13 miembros, entre ellos los titulares de las áreas mayores y presidido por el Secretario, se tomaron 63 acuerdos, de éstos 59 fueron concluidos y cuatro se encuentran en proceso.

Para fortalecer el conocimiento de los funcionarios de la Secretaría, se tienen instituidos seminarios técnicos. Estos seminarios tienen la finalidad de involucrar a todos los mandos directivos en los programas y proyectos de la Secretaría, a través de la información y discusión que se genera en los seminarios. A partir de febrero se programaron dos seminarios por mes, en los que se han tratado temas como “Arranque Parejo en la Vida”, “Marco Jurídico en Salud”, “Contigo”, “Foro Ciudadano de la Salud”, entre otros. Hasta el mes de julio se han realizado 11 seminarios, con una asistencia promedio de 112 personas.

La Coordinación de Asesores tiene a su cargo el seguimiento de compromisos institucionales como son el Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción, Programa de Corto Plazo para el Fortalecimiento del Control Interno, estos con la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo; así como lo relacionado con las Metas de Gobierno con las Oficinas de la Presidencia. Dichos compromisos presentaron los siguientes resultados:

Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción

Participan todas las unidades de la Secretaría de Salud, incluyendo los organismos públicos descentralizados. El PTCC ha propiciado la mejorar de los procesos operativos que permitan limitar e inhibir actividades y actitudes que beneficien de manera inadecuada a los servidores públicos.

Está integrado por 15 procesos y 701 acciones de mejora:

Procesos	Acciones	Procesos	Acciones
Adquisiciones	106	Ayudas y subsidios	8
Almacenes	102	Autorizaciones sanitarias	10
Servicios subrogados	86	Atención al público	9
Obra pública	93	Verificación sanitaria	8
Recursos humanos	93	Verificación médico sanitaria	3
Servicios médicos	105	Servicios de salud mental	12
Asuntos jurídicos	42	Bancos de sangre	12
		Trasplante de órganos	12
Subtotal	627		74
Acciones totales		701	

Presenta un avance mayor al 65 por ciento. Los resultados del 2001 aparecen en la página de Internet de la SSA, así como los compromisos 2002. Su evaluación es a través de indicadores de resultados.

Como parte de las actividades del PTCC se llevan a cabo acciones de usuario simulado con los resultados siguientes:

Durante el período octubre de 2001 a julio de este año se visitaron siete Institutos Nacionales de Salud, tres hospitales generales de 3^{er} nivel, tres hospitales de 2^o nivel no descentralizados, el Centro Nacional de Rehabilitación (tres Institutos: Ortopedia, Rehabilitación y Comunicación Humana), seis unidades de atención médica psiquiátrica (dos Hospitales y cuatro centros de salud mental), tres unidades de atención de Centros de Integración Juvenil y dos oficinas administrativas con atención al público (Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública y el Centro Nacional de la Trasfusión Sanguínea). En estas unidades se realizaron visitas como usuario simulado, observación y de seguimiento. Los servicios visitados fueron: información, caja, admisión, trabajo social, consulta externa, urgencias y servicios diagnósticos como laboratorio, Rayos X y ultrasonido en los que se realizaron en total 424 visitas.

Las principales observaciones (no generales) fueron: falta señalización interna, directorio no actualizado, personal sin gafete de identificación institucional, falta de un número telefónico para quejas y sugerencias, la falta de tableros de información al público con aspectos sobre horarios de atención, servicios que se proporcionan y costos de los mismos, faltan buzones de quejas y sugerencias, entre otros. Cabe mencionar que no se ha presentado solicitud de dádiva para agilizar algún trámite o servicio.

Ante esto, las autoridades de las unidades visitadas revisaron y analizaron conjuntamente con su equipo cada una de las observaciones emitidas logrando entre otras: un mejor desempeño de los trabajadores, incrementó en el número de trabajadores que utilizan su gafete de identificación institucional, mejoró el trato a los usuarios, la colocación de tableros de información para los pacientes de primera vez, así como la de buzones de quejas y sugerencias en diversas áreas, y mayor presencia del personal de vigilancia para el control del acceso de trabajadores, usuarios y visitantes. En el Hospital General de México destacó la colocación de buzones en diversas áreas, la ampliación del programa de citas por teléfono; además se desarrolló una propuesta para mejorar el área física del urgencias, que permitirá la separación de las urgencias médico quirúrgicas de las urgencias gineco-obstétricas; así como el ajuste del sistema automatizado en admisión, para la oportuna generación de carnets y el pago expedito de la atención médica, entre otras.

Derivado de la publicación de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIPG), la SSA incorporó a su página de Internet, parte de la información que establece el artículo séptimo y el resto está en proceso de integración.

Programa de Corto Plazo para el Fortalecimiento del Control Interno

Este programa está vinculado con el de Transparencia y Combate a la Corrupción, por lo que se han realizado reuniones con la SECODAM para integrar compromisos de ambos programas. El avance a la fecha es de casi 85 por ciento.

Metas de Gobierno

Con objeto de dar seguimiento a los compromisos de la Secretaría de Salud, la Presidencia de la República instituyó un reporte mensual con el cual se evalúan los avances de las principales metas referidas a los programas de acción, avances que se comentan en el texto de este informe de labores.

1.1. Dirección General de Asuntos Jurídicos

La estructura de la Dirección General cuenta con: una dirección general, una dirección general adjunta, tres direcciones de área. Consultiva, de Contratos de Adquisiciones y Obra Pública, y Contenciosa, así como seis subdirecciones, una coordinación administrativa, diez jefaturas de departamento y un secretario particular.

Durante el período que se reporta se propusieron cambios en la estructura orgánica de la Dirección General. Cabe destacar que se conservó el mismo número de áreas que en la estructura anterior, haciéndola más funcional y acorde con las actividades que desarrollan las diferentes áreas, destacándose:

- Cambio total de denominación de una subdirección, y un departamento.
- Cambio parcial de denominación de un departamento.
- Fusión de cuatro departamentos.
- Reubicación de dos departamentos.

Actividades de carácter consultivo

En apoyo a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Dictaminación de 6 marcos jurídicos de las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la dependencia.
- Dictaminación y observaciones a los proyectos de leyes: Ley General de Salud; Medicamentos para Todos; modificación a la Ley General de Salud, para Prohibir la Donación Humana y en materia del Genoma Humano; Ley de Acceso a la Información sobre Sustancias Tóxicas y Agentes Riesgosos; Ley contra la Discriminación, y Ley Aduanera.
- Actualización del marco jurídico de la página electrónica de la Secretaría de Salud.

En materia de convenios y contratos, se revisaron 372 contratos y 58 convenios, destacando los de colaboración, coordinación y concertación de acciones con instituciones públicas y privadas.

- Se registraron 516 contratos, 69 convenios, 4 documentos internacionales y 47 ordenamientos jurídicos que regulan la actividad administrativa de la Secretaría y del Sector Salud.
- Entre los instrumentos jurídicos inscritos en el registro destacan:
- El convenio que celebró la Secretaría de Salud con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Fundación Mexicana para la Salud, con el objeto de promover y desarrollar el Centro Mexicano del Genoma Humano, que llegará a tener el perfil de un Instituto Nacional de Salud; el Convenio de Colaboración para la Distribución del Suplemento Alimenticio, en apoyo al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; el Acuerdo que modifica el similar que establece la clasificación y codificación de mercancías cuya importación está sujeta a regulación por parte de las Dependencias que integran la Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas; el Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa “Arranque Parejo en la Vida”, así como el Acuerdo de Cooperación con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América para promover la cooperación de actividades de interés mutuo en el área de inocuidad de los alimentos para consumo humano.

En el ámbito internacional se dictaminaron 8 instrumentos, destacando por su importancia, el documento relativo al Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica.

En materia de normalización, destaca:

- La dictaminación de 28 normas oficiales mexicanas y 14 proyectos, de las cuales se enviaron a publicación en el diario oficial de la federación 5 normas oficiales mexicanas, destacando por su importancia las normas relativas a la infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada; criterios de operación para la práctica de acupuntura humana y métodos relacionados, así como la norma de emergencia para el control de los moluscos bivalvos y otros moluscos expuestos a la marea roja. Así como 6 proyectos de normas oficiales mexicanas, siendo de gran relevancia los proyectos de normas para la prevención y control de los defectos al nacimiento; para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, y para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama.
- Se enviaron a publicación 7 actualizaciones al Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud.
- Se atendieron 92 solicitudes del trámite denominado registro único de personas acreditadas ante la Secretaría de Salud, de las cuales se expidieron 85 constancias a las personas físicas o morales que realizan trámites ante dicha dependencia.
- Asimismo, se registraron 835 firmas y rúbricas, mismas que fueron remitidas a la Secretaría de Gobernación, así como 24 nombramientos de servidores públicos de mandos superiores y medios al servicio de la Secretaría y de aquellos que la representan en órganos colegiados de entidades paraestatales y en comisiones intersecretariales, interinstitucionales e internacionales.

Actividades en materia de adquisiciones y obras públicas

En materia de contratos de adquisiciones y obras públicas participó con el carácter de asesor en:

- Cuarenta y tres sesiones del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- Seis sesiones del Comité de Obras.
- Ocho Sesiones del Comité de Bienes Muebles.
- Cuarenta y tres Sesiones de Subcomités de Adquisiciones.
- Treinta y ocho Sesiones de Subcomités de Revisión de Bases de Licitación.
- Seis Sesiones de Comités de Control y Auditoría.
- Seis Sesiones de Consejos Internos de Órganos Desconcentrados.

Adicionalmente:

- Se analizaron y se emitió opinión legal de treinta contratos y sesenta y un bases de licitación.
- Se desahogaron treinta consultas.

Actividades en materia contenciosa

En materia laboral, 81 demandas fueron recibidas y contestadas, es decir más de 7 demandas mensuales. Se presentaron dos demandas ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje solicitando la conclusión de los efectos del nombramiento de trabajadores de esta Secretaría.

Se recibió la notificación de 23 laudos favorables para esta Dependencia del Ejecutivo Federal así como 9 laudos condenatorios, promoviéndose juicio de amparo en 8 de ellos. Se dictaminaron 28 actas administrativas de las cuales en 10 de ellas se procedió a la baja o al cese del trabajador.

Para el seguimiento de los juicios laborales ante las autoridades en materia de trabajo, se asiste en promedio a 47 audiencias al mes.

En materia civil, la Secretaría de Salud es parte o tiene interés jurídico en 9 juicios, lo cual genera un promedio de 3 audiencias mensuales. Existen además 6 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 desahoga un promedio mensual de 27 requerimientos en materia de alimentos, 2 en materia testamentaria y 7 en juicios del orden civil, que comprenden la designación de médicos especialistas. Asimismo, mensualmente se desahogó un promedio de 70 requerimientos para tratamiento de toxicómanos, 40 requerimientos relativos a psicotrópicos y estupefacientes, 18 para la designación de peritos médicos y 8 para la emisión de opiniones técnicas.

En materia sanitaria se han recibido 123 demandas de amparo lo que significa un promedio de 11 demandas mensuales en los que se señalan como responsables a diversas autoridades sanitarias, lo cual ha generado la elaboración de 246 informes previos y justificados de las demandas recibidas, 35 de ellas corresponden a diversos juicios de garantías radicados en diferentes estados de la República.

Para el debido seguimiento de los juicios de amparo en los que la autoridades de esta Secretaría son señaladas como responsables, fue desahogado un promedio mensual de 12 requerimientos judiciales.

En materia fiscal, se recibieron 444 demandas de nulidad, de las cuales ya se han contestado 424, quedando por contestar a la fecha 20. La contestación de las demandas generó un promedio mensual de 15 reuniones con personal involucrado en el asunto de que se trató. Mensualmente fueron desahogados ante la autoridad fiscal un promedio de 40 requerimientos y presentados 45 escritos de alegatos.

En asuntos relacionados con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se han atendido 8 solicitudes de apoyo en la integración de investigaciones por presunta violación de derechos humanos.

Por otra parte en materia de recursos administrativos se recibieron 138, los cuales continúan en estudio para elaborar el proyecto de resolución correspondiente.

En trámite 63 asuntos en averiguación previa, en los cuales la Secretaría tiene el carácter de denunciante o querrela.

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 emitidas por la Secretaría de Gobernación en materia de comunicación social.

La función encomendada, se realiza a través de: una Dirección de área de comunicación; cuatro Subdirecciones -editorial, medios gráficos, radio y televisión, e información-; seis jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

Durante el período comprendido entre el 1° de septiembre de 2001 y el 31 de agosto de 2002 se proporcionó apoyo a los programas sustantivos a través de la producción y transmisión de 27 campañas nacionales y 6 regionales, con cobertura en todas las entidades federativas, 57 por ciento más campañas que las elaboradas durante el mismo período inmediato anterior.

Las campañas regionalizadas difundieron información sobre salud la convocatoria para el examen de residencias médicas, donación altruista de sangre, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Programa de Educación Saludable y Seguro Popular de Salud, a través de los tiempos estatales concedidos por la Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía.

Se avanzó en un 97.2 por ciento de lo programado originalmente para este lapso, debido a la reducción en la producción de los *spots* de radio y televisión de la campaña del Día Mundial de la Salud. Campaña en la que se promovió la actividad física y el desaliento en el consumo de tabaco, basado en la promoción de la práctica deportiva.

Entre las principales actividades destacaron:

La evaluación cualitativa de los materiales de comunicación para la campaña del Seguro Popular de Salud.

Se produjeron 33 spots de radio y 31 de televisión que fueron transmitidos en 98 canales de televisión y en 1 335 radiodifusoras con cuatro impactos diarios para cada campaña en cada una de las televisoras y radiodifusoras del país. Es decir, 94 y 63 por ciento más que lo realizado durante el período anterior en radio y televisión, respectivamente, y con un avance del 100 por ciento de acuerdo con lo programado.

Se logró la difusión de mensajes a través de transmisiones regionalizadas o nacionales, en tiempos oficiales de radio y televisión. Es importante señalar que en la producción de todos los *spots* de televisión elaborados durante el período reportado se utilizó formato de cine.

Se produjeron seis videos documentales:

- Uno para el Programa “Vete Sano, Regresa Sano”.
- Dos para el Programa “Arranque Parejo en la Vida” (instrumental y equipo/inicio de campaña).
- Uno para el Programa de Inducción al Personal de Nuevo Ingreso a la SSA.
- Dos para el Seguro Popular de Salud (capacitación/didáctico).

Se elaboraron 327 materiales impresos, de los cuales 38 por ciento se destinaron a campañas y 62 por ciento a programas de educación. Esta producción equivale a 52 por ciento más de lo que se realizó durante el período reportado en el Primer Informe de Labores. Los materiales impresos fueron elaborados con diseños modernos o tradicionales, acorde a las características de la población objetivo del mensaje.

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, 32.4 por ciento de las campañas se dedicaron a prevención y control; 27 por ciento a educación; 16.2 por ciento a prevención; 10.8 por ciento a planeación estratégica; 8.1 por ciento a control; y 5.4 por ciento a calidad.

Durante el período que se informa se emitieron 212 comunicados de prensa, se realizó la cobertura de 187 eventos de carácter informativo y se llevaron a cabo 21 conferencias de prensa. Se concedieron 402 entrevistas a programas de radio y 347 de televisión, así como 225 a medios impresos. En comparación con el período anterior se emitieron 70 por ciento más comunicados; se concedieron 18 por ciento más entrevistas a medios impresos y electrónicos; y se realizaron 15 por ciento menos de eventos informativos y conferencias de prensa.

En términos generales, el impacto en estas acciones se observó en una mayor presencia de las acciones de la SSA en los medios impresos y electrónicos.

Cabe mencionar que se lograron abatir costos de difusión interna de información mediante la transmisión de la síntesis de prensa vía Intranet a partir del 20 de abril de 2001.

A fin de difundir información oportunamente, la DGCS dio cobertura audiovisual a 115 actos públicos de la SSA, de su titular y de sus funcionarios.

Con el objetivo de facilitar el acceso y estimular la democratización de la información, la sala de prensa de la página Internet de la SSA fue actualizada continuamente y puso a disposición de los medios de comunicación y de la población interesada 196 fotografías, 91 discursos y 212 comunicados de prensa.

Se distribuyeron los primeros dos números de la gaceta Salud, órgano de comunicación interna de la Secretaría de Salud, con un tiraje de 5 mil ejemplares en cada una de las ediciones.

Logros

En un constante esfuerzo por mejorar la calidad de la información que permita a la población conocer los servicios y avances en materia de salud, se desarrollaron diversas actividades como:

Mejora en la producción de spots de radio y televisión para incrementar su impacto en la población, se utilizaron las televisoras y radiodifusoras idóneas para la difusión de mensajes a través de transmisiones regionalizadas o nacionales, en tiempos oficiales de radio y televisión.

Utilización de materiales de comunicación con mayor calidad tanto impresos como audiovisuales, al utilizar el formato de cine en la producción de todos los spots de televisión. Asimismo, del diseño y contenido de los materiales impresos y audiovisuales, se avanzó en la proyección de la imagen de una Secretaría de Estado moderna y comprometida con los mexicanos.

A fin de difundir información oportunamente, se dio cobertura a todos los actos públicos de la SSA y de su titular.

Se contó con una presencia constante en los medios impresos y electrónicos a través de la participación de funcionarios de la Secretaría de Salud en entrevistas y se logró la consolidación de la publicación de la gaceta de comunicación interna Salud.

Se diseñó la imagen gráfica del Sistema Nacional de Salud e inició el proceso de posicionamiento y se incluyó en todos los materiales impresos y electrónicos el logotipo de la estrategia de desarrollo social Contigo, a fin de contribuir en la tarea de posicionamiento tanto de su imagen gráfica como de sus objetivos.

De acuerdo con una encuesta de la Coordinación General de Opinión Pública e Imagen de la Presidencia de la República realizado en mayo 2002, la percepción de la calidad de los servicios de

salud que presta la SSA pasó de 3.7 (sobre 10) en junio de 2001 a 4.5 en marzo de 2002, hecho que si bien es cierto responde a diversos factores, la comunicación permanente a la sociedad ha desempeñado un importante papel en la reconstrucción de la imagen del sector salud.

Lo anterior se manifestó, al incrementarse el número de notas positivas y neutras (informativas) en 54 por ciento al pasar de 672 en septiembre de 2001 a 1 033 en junio de 2002. Así como reducir el porcentaje de notas negativas en 5 por ciento al pasar de 10 por ciento en el período comprendido entre enero y diciembre de 2001 a 5 por ciento entre enero y julio de 2002.

Actividades en proceso

Considerando la responsabilidad asignada a la Dirección General de Comunicación Social, se tienen en desarrollo diversas acciones que permitan dar a conocer a la sociedad en su conjunto, los servicios de salud, así como los avances y resultados de los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, como los siguientes:

Evaluar un mayor número de materiales de comunicación a través de pruebas previas a su reproducción (pretest), así como evaluar el impacto y la penetración de la mayor parte de las campañas de la SSA.

Elaborar campañas integrales en coordinación con las áreas de comunicación de las secretarías estatales de salud.

Diseñar y aplicar periódicamente estudios de opinión sobre la calidad de los servicios que presta la Secretaría de Salud, a fin de identificar elementos que influyen en la percepción de la población.

Firmar un convenio de colaboración con la Cámara de la Industria de la Radio y la Televisión.

1.3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que uno de los principales retos de las organizaciones de atención a la salud y una de las más importantes preocupaciones de los usuarios de los servicios, es la calidad de la atención. En ese orden de ideas, se estableció como una estrategia esencial la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual contempla como una de sus líneas de acción la de reforzar el arbitraje médico.

Consolidar el arbitraje médico significa privilegiar las vías alternas para la solución de controversias surgidas de la atención médica, beneficiar la relación médico-paciente y propiciar la calidad en los servicios de salud del país.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico reconoce que como organismo que realiza su gestión a título de árbitro, requiere generar confianza entre los usuarios y la sociedad en general, respecto de los servicios que proporciona; para tal fin, ha ido ajustando su esquema operativo hasta alcanzar hoy en día, la aplicación de un modelo único de atención de inconformidades, con características más resolutivas y preventivas del conflicto médico. Asimismo requiere ser promotor de la mejoría de la calidad de la práctica de la medicina, actuando siempre bajo los principios rectores que caracterizan su intervención en la resolución de quejas médicas: imparcialidad y análisis objetivo de los hechos, conocimiento especializado del acto médico y respeto irrestricto a los derechos y obligaciones de las partes, permitiendo a éstas, en un régimen de libertad, establecer bajo el principio de autonomía de la voluntad, vías de arreglo y entendimiento.

En este contexto y ante la necesidad de fortalecer y consolidar el quehacer de la Comisión, para desempeñar cabalmente su misión de propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, así como para fungir en su calidad de metaevaluador de los servicios y como tercero imparcial calificado, elaboró y presentó a la opinión pública el Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico, como eje rector de las acciones institucionales, el cual tiene por objetivos esenciales:

- Fomentar la nueva cultura para la salud, evitar la medicina defensiva y garantizar el derecho a la protección de la salud.
- Instaurar una política preventiva del conflicto médico y ante la aparición del mismo, obtener la solución no litigiosa de controversias.
- Coadyuvar con las instancias de procuración e impartición de justicia, con elementos de análisis especializado para la correcta interpretación del acto médico.
- Retroalimentar al Sistema Nacional de Salud, especialmente a través de recomendaciones para la mejoría de la calidad y la educación médica.

Para su operación, la CONAMED cuenta con 1 comisionado, 2 subcomisionados: “A” del que dependen 3 direcciones generales -de Orientación y Gestiones de Conciliación y de Arbitraje-; “B” con 3 direcciones generales -de Asuntos Jurídicos y Asesoría Legal, de Enseñanza e Investigación y de Promoción y Difusión-. Directamente del Comisionado dependen las direcciones generales de Administración y la de Innovación y Calidad. Los mandos anteriores se apoyan en 39 direcciones de área; 21 subdirecciones y 14 jefaturas de departamento y 3 secretarios particulares.

A continuación se da cuenta de las principales acciones y resultados obtenidos en el período que se informa, los cuales son producto de un esfuerzo institucional, incluyente y participativo.

Objetivos Estratégicos. Acciones Realizadas

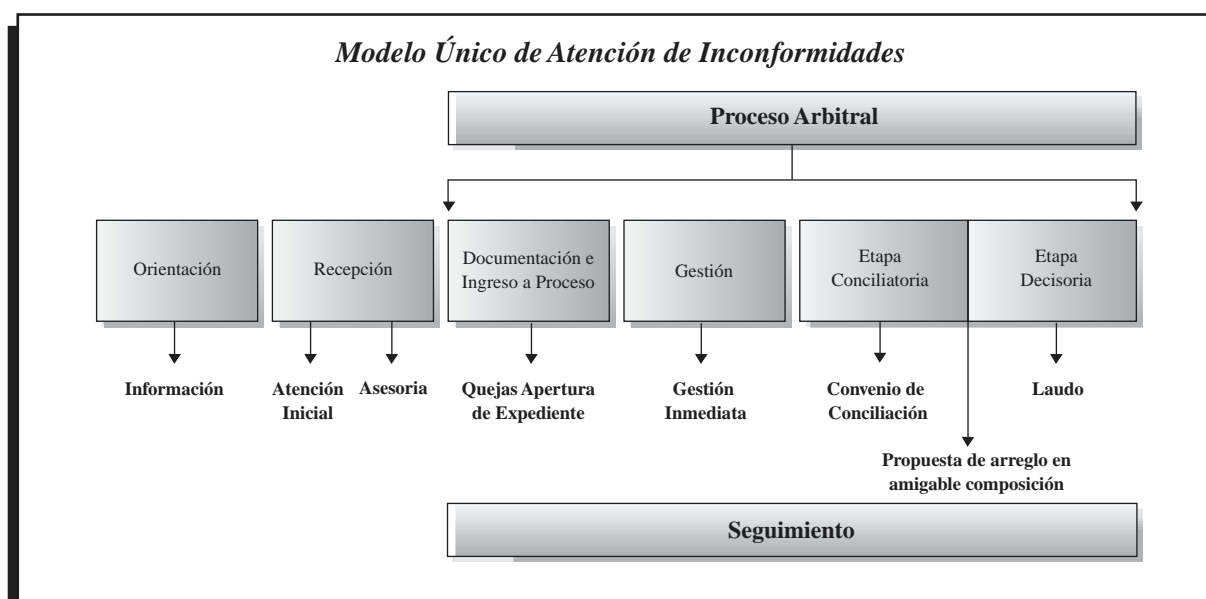
La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, desde su creación orientó sus actividades hacia dos objetivos torales: resolver los conflictos suscitados entre médicos y pacientes y coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica. Para hacer posible el primero de ellos, la institución en su desenvolvimiento cotidiano, ha ido ajustando progresivamente un modelo de atención de inconformidades médicas mediante la integración de los procedimientos de orientación, conciliación, arbitraje y gestión pericial, así como la emisión de recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, hasta alcanzar hoy en día un proceso integral y estandarizado que permite satisfacer las expectativas de los usuarios.

La consolidación de este modelo permitirá a la institución ser el Centro Nacional de Referencia, conocido en todo el país por la alta especialización y calidad garantizada en sus servicios en el manejo de conflictos entre pacientes y sus familiares y personal del equipo médico.

A dicho propósito se han realizado diversas acciones, entre las que destacan:

- Operar adecuadamente el replanteamiento estratégico de la estructura orgánico-funcional de las áreas operativas.
- Mejorar el esquema de operación modular.
- Vigilar la atención estandarizada e integral de las áreas operativas.
- Avanzar en la unificación de criterios operativos.
- Documentar todos los procedimientos.

- Consolidar el Sistema de Gestión de Calidad implantado.
- Asegurar la Certificación ISO 9001/2000 obtenida.
- Avanzar en la mejoría de la coordinación interinstitucional.
- Asegurar la participación de expertos terceros calificados, actualizando el directorio respectivo, con el aval de los consejos de especialidad.



Para asegurar la atención estandarizada e integral del proceso, se rediseñaron y documentaron los procedimientos, los cuales se consensuaron con la participación de todo el personal operativo involucrado en el mismo, una vez concluidos, se difundieron ampliamente al interior de la institución a efecto de dejar perfectamente definidas las atribuciones y responsabilidades del personal. Por otra parte se especificaron los perfiles de los puestos así como la precisión de las habilidades y capacidades requeridas.

Asimismo, con el propósito de ampliar la cobertura del arbitraje médico a todo el país, la CONAMED promueve y asesora a los gobiernos y/o congresos de los Estados para la creación de instituciones análogas en cada entidad federativa, dando como resultado que al mes de agosto de 2001, existieran 17, a diciembre de ese mismo año, se había expedido decreto de creación de 19 con la adición de Baja California y Tamaulipas y durante el período enero-agosto del 2002, se agregaron Tlaxcala y Chiapas, con lo cual el número de Comisiones Estatales aumentó a 21, sin embargo de estas últimas 4 sólo Tlaxcala inició actividades.

Ante la necesidad de contar con un cuerpo colegiado de coordinación de acciones a nivel nacional, se estableció formalmente el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, integrado por la mayoría de los titulares de las Comisiones Estatales y el Comisionado Nacional quien lo preside, como una instancia que permita la realización de acciones conjuntas encaminadas a unificar criterios y políticas en materia de arbitraje médico, garantizar a la población un modelo único de atención de inconformidades, ampliar la cobertura de este tipo de atención en todo el país, avanzar en la desconcentración de la resolución de asuntos, promover la mejoría de la calidad de los servicios médicos, reducir la resolución litigiosa de conflictos médicos, posicionar al arbitraje médico como una oportunidad de resolución extrajudicial,

establecer compromisos para el fortalecimiento del modelo de arbitraje médico, así como para discutir, evaluar y acordar las políticas nacionales en la materia, entre otras.

Derivado de los acuerdos adoptados por el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, se realizó el “Segundo Taller Nacional de Estandarización de Procesos”, durante el mes de mayo de 2002, el cual tuvo como objetivo general avanzar en la estandarización del Modelo de Arbitraje Médico a nivel nacional, a través de la revisión, discusión y homologación de los principales conceptos y criterios operativos que se utilizan en la atención y resolución de inconformidades.

Lograr la resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios

Para cumplir con los objetivos descritos en el Programa de Consolidación del Arbitraje Médico, la Comisión se ha propuesto aumentar de manera significativa el nivel de resolución de asuntos a través de un mayor número de instrumentos conciliatorios y laudos arbitrales, asegurando, además, que el servicio se otorgue invariablemente, dentro de los estándares de calidad establecidos, tanto en lo referente a los tiempos de resolución como en lo inherente a imparcialidad, objetividad y confidencialidad. En cuanto a este objetivo, se implantó un programa integral de capacitación en materia de calidad a todo el personal de la institución.

Por otra parte, se instauró un sistema de gestión de calidad, en el que se consideraron, entre otros, aspectos relativos a las expectativas que tiene la sociedad en cuanto a la institución; definición de políticas de calidad orientadas a mejorar el servicio brindado; rediseño de los procedimientos para asegurar que los usuarios reciban igual nivel de atención, medición y monitores de la satisfacción de los mismos; así como la supervisión del equipo directivo, para captar cualquier desviación y mejorar permanentemente el proceso.

Estas acciones permitieron obtener la certificación integral de la institución en términos de la Norma ISO-9001/2000, otorgada por BSI (*British Standard Institution*) empresa certificadora a nivel internacional, bajo el registro BSI No. FS 62188, lo que representa, tanto para la Comisión como para sus usuarios, los siguientes beneficios:

- Asegurar a los prestadores de servicios médicos y usuarios de los mismos, estándares internacionales de calidad.
- Asegurar la calidad de servicio para todos los usuarios.
- Mayor eficiencia y eficacia en el desempeño, así como en el uso de los recursos de la institución.
- Incrementar el impacto de la CONAMED en la sociedad.

En virtud de que el sistema de gestión de calidad implantado en la Comisión ha operado bajo estándares internacionales según los criterios estipulados en la Norma ISO-9001/2000, la institución se recertificó en junio de 2002.

Es de mencionar, que la CONAMED verifica permanente la satisfacción de los usuarios con el servicio que presta a través de encuestas de opinión. Los resultados obtenidos demuestran que el cambio de esquema funcional y operativo, ha permitido incrementar gradualmente la calidad de los servicios brindados a la sociedad, ya que 97 por ciento de los promoventes y profesionales de la salud, los han considerado excelentes o buenos.

Influir en la mejora de la práctica de la medicina

Para el cumplimiento de este objetivo se definieron las siguientes estrategias:

- Emitir recomendaciones para la prevención del conflicto médico y la mejoría de la calidad en los servicios de salud, y
- Promover la enseñanza de temas relacionados que la prevención del conflicto médico y la calidad de la práctica de la medicina.

Como parte de dichas estrategias se elaboraron y difundieron las recomendaciones generales para mejorar la calidad de la práctica en Radiología e Imagen, Oncología y Anestesiología. Respecto a ésta última, se elaboraron además, dos recomendaciones específicas: para la realización de procedimientos anestésicos en niños y en pacientes de la tercera edad. En su elaboración colaboraron expertos de las instituciones de salud, sociedades, colegios y agrupaciones gremiales en general de cada una de las especialidades involucradas.

Las recomendaciones se dirigen a las diversas asociaciones médicas, así como a las instituciones prestadoras de servicios e inclusive a la autoridad sanitaria, como vía para retroalimentar al Sistema Nacional de Salud e inducir mejoras para una práctica médica de calidad.

Se promovió la realización de siete seminarios sobre prevención y atención del conflicto derivado del acto médico, con el fin de allegar a los especialistas de la salud información suficiente sobre el tema. Dichos seminarios se realizaron en colaboración con los Institutos Nacionales de Pediatría, Psiquiatría, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Ciencias Médicas y Nutrición, así como en el Hospital Infantil de México, con muy buenos resultados.

En el mismo sentido la CONAMED fue acreditada por la Universidad Nacional Autónoma de México como un centro académico de educación médica continua, en el que los médicos podrán actualizar sus conocimientos en torno al conflicto médico y su prevención, este hecho, aunado a la especialidad que se imparte en derecho administrativo por parte de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM, contribuirán a mejorar las habilidades y capacidades del personal de la institución.

Con el fin de proyectar en los contextos nacional e internacional el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social, se efectuaron las siguientes acciones:

Destaca por su importancia el Sexto Simposio Internacional de la CONAMED denominado “La prevención del conflicto médico y métodos alternativos para su solución”, realizado durante el mes de noviembre de 2001, en las instalaciones del Hospital General de México, con la participación de acreditados especialistas nacionales y extranjeros. Durante su desarrollo se intercambiaron puntos de vista sobre la regulación de la medicina, los métodos de solución de controversias, medicina defensiva, además de experiencias para reducir el conflicto médico.

Con el propósito de proyectar internacionalmente el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, se realizaron entrevistas de carácter oficial en diversos países de América Latina, en los que la aparición e incluso la presencia clara de la medicina defensiva es un problema compartido que deteriora y encarece los servicios, como son los casos de Chile, Argentina, Colombia, Venezuela y Uruguay, en donde se presentaron los fundamentos y operación del Modelo CONAMED a las autoridades sanitarias y de administración de justicia, así como a organizaciones gremiales.

En las visitas realizadas a estos países se manifestó el interés de las autoridades de salud por el modelo mexicano, perfilándose la CONAMED como institución líder en Iberoamérica en la atención de inconformidades derivadas de la prestación de servicios médicos.

A nivel nacional se impartieron 65 conferencias en hospitales, sociedades y asociaciones médicas; asimismo se llevaron a cabo en los meses de mayo y junio, reuniones con 60 organizaciones no gubernamentales, las que mostraron gran interés en que la institución imparta pláticas a sus agremiados y manifestaron su apoyo en la difusión de nuestros servicios.

Otra de las estrategias definidas para el cumplimiento de este objetivo consistió en la elaboración de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, con el propósito de dar a conocer a la ciudadanía los alcances y límites de sus derechos frente a su médico, y como un factor para influir en la mejoría de la calidad de la atención médica.

Una vez redactada y avalada a nivel nacional por la sociedad civil, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes fue dada a conocer oficialmente el 11 de diciembre de 2001, en la ciudad de Morelia, Michoacán.

La Carta se presenta en forma de decálogo y recopila diversas disposiciones legales dispersas en la legislación sanitaria, para hacerlas explícitas a la población con el propósito de promover su cumplimiento.

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Con la misma metodología se trabaja en la elaboración de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, cuyo proyecto se envió a todas las organizaciones médicas del país, para que nos hagan llegar sus comentarios, misma que se espera dar a conocer oficialmente en el segundo semestre del 2002.

Se diseñó un programa de difusión con una estrategia comunicacional de mayor cobertura a través de medios electrónicos e impresos para posicionar a la institución como organismo especializado en materia de arbitraje médico, para lo cual se gestionó la emisión de 2 millones 638 mil tarjetas telefónicas LADATEL, con elementos relativos a los servicios que brinda la CONAMED; con el apoyo de CALISALUD se imprimieron un millón con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, así como 3 000 cuadernillos alusivos a la misma; además se realizó una campaña sostenida en publicidad exterior (destacan los 500 anuncios en paraderos de autobuses de la Ciudad de México) y difusión de spots en más de 1 150 estaciones de radio y televisión en todo el país.

Se continúa la edición trimestral de la Revista CONAMED, como órgano de difusión de la institución; se redefinió su Consejo Editorial con la inclusión de miembros externos además de incorporarla al índice de Revistas Biomédicas, lo que permite tenerla en extenso en la Web.

Se imprimió un total de 60 mil 500 carteles “Por una sana solución”, “Tu médico la mejor señal para tu salud” y “Derechos de los Pacientes”, que actualmente se distribuyen en instituciones de salud, públicas y privadas, comisiones estatales de arbitraje médico, secretarías de salud de los estados, entre otras, lo que permitirá un mayor nivel de conocimiento respecto a la institución.

Asuntos atendidos por CONAMED

En cuanto a las principales actividades sustantivas realizadas durante el período enero-agosto del 2002, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se recibieron 9 665 asuntos, de los cuales 6 042, que representan 62.5 por ciento, se resolvieron mediante orientación; mediante esta modalidad se desahogaron o atendieron dudas y cuestionamientos respecto a las funciones, objetivo, alcances y forma de operar de la Comisión, las cuales no necesariamente requirieron la intervención especializada de la CONAMED.

El resto de los asuntos, es decir 3 623 requirió para su atención la participación del personal especializado, médico y jurídico, quien a través de los diferentes módulos, operó con procedimientos estandarizados y otorgó una atención personalizada a cada uno de ellos, estos asuntos se desglosan de la siguiente manera: a través de asesoría especializada se atendieron 1 787 solicitudes de información médico legal, cifra mayor en 6.2 por ciento a la reportada para el mismo período anterior. Las acciones de asesoría constituyen un verdadero apoyo para la adecuada selección de asuntos procedentes e impiden que se abran expedientes de queja sin fundamento, que no tendrían posibilidad de solución, o simplemente retrasarían su atención, generando falsas expectativas en los usuarios, así como desconfianza en el actuar de la CONAMED.

Ingresaron al proceso arbitral 1 320 inconformidades, de las cuales 612, es decir el 46.4 por ciento, se resolvieron en un plazo no mayor de 48 horas, merced a las gestiones inmediatas que realizó directamente la CONAMED con las instituciones de servicios médicos; las restantes transitaron a los procedimientos de conciliación y arbitraje.

De acuerdo con lo anterior y considerando a las orientaciones (6 042), asesorías especializadas (1 787), así como a las inconformidades resueltas mediante gestión inmediata (612), se observa que más del 87 por ciento del total de asuntos recibidos en el período, se resolvieron en un plazo no mayor a 48 horas.

Estas acciones reflejan una resolución expedita de los asuntos, así como la certeza de que únicamente ingresan a las etapas conciliatoria y decisoria aquellas inconformidades que por su complejidad así lo ameritan.

Es importante destacar que la labor de la Comisión no termina una vez que las inconformidades se han resuelto mediante gestiones inmediatas, conciliación, instrumentos de transacción o laudos con compromisos; una vez definidos los términos en que las partes convinieron solucionar su controversia, las áreas sustantivas que conocieron del asunto verifican que las obligaciones sean efectivamente cumplidas. Al término del período únicamente se encuentran en proceso de seguimiento 195 asuntos.

Se atendieron 516 solicitudes de dictamen médico, que en comparación con las 353 del mismo período del año anterior, representan 46.2 por ciento de incremento.

El paulatino incremento de solicitudes de dictamen médico, es muestra clara de la confianza generada por la Comisión, tanto en las autoridades de procuración e impartición de justicia, como en los órganos de control interno en las instituciones de salud, los cuales reciben el dictamen como un elemento de importancia para resolver los casos.

Al término del año 2002, se estima recibir un total de 13 594 asuntos, atendidos mediante las siguientes modalidades: 7 500 orientaciones, 2 850 asesorías especializadas, 1 915 inconformidades, de las cuales 900 se espera resolver a través de gestión inmediata y las 1 015 restantes en las etapas conciliatoria y decisoria, así como 700 dictámenes médicos, quedando en proceso 629 asuntos.

Es de mencionar que para el estudio de cada expediente se obtiene el apoyo de asesores externos certificados por sus respectivos consejos médicos y reconocidos como expertos en la materia.

Funcionalmente, la CONAMED ofrece una atención personalizada con profesionales de la medicina y el derecho, expertos en la materia, con procedimientos claros, los cuales una vez explicados, son aceptados voluntariamente por las partes.

Asuntos	2001	Metas 2002		Porcentaje de avance respecto a lo programado ⁽³⁾
		Programado	Alcanzada	
Total	12,758	12,965 ⁽²⁾	9,665	74.5
Orientaciones	7,537	7,500	6,042	80.6
Asesorías	2,464	2,850	1,787	62.7
Quejas ⁽¹⁾	2,284	1,915	1,320	68.9
Dictámenes	473	700	516	73.7

1/ Las quejas se resuelven por gestión inmediata, convenios de conciliación o por laudo arbitral.

2/ No incluye 629 asuntos estimados en proceso de análisis al término del año.

3/ Avance estimado para los primeros ocho meses, con respecto a lo programado anual.

Fuente: Secretaría de Salud.

Amigable composición

Es de resaltar que a partir del año en curso, se instituyó el arbitraje en amigable composición en los casos en que las partes no concluyen el proceso arbitral, en éstos la CONAMED emite por escrito una propuesta de arreglo que no resuelve el fondo del litigio, ni prejuzga sobre los derechos de las partes, sino orienta a los interesados para buscar una solución equitativa, con el propósito de resolver en definitiva su controversia.

La institución de la amigable composición es una modalidad del arbitraje que permite a la CONAMED pronunciarse, una vez valorada la documentación aportada y de acuerdo con la bibliografía del caso, para ofrecer una posible solución a las partes y no simplemente cerrar o concluir los asuntos con derechos a salvo para hacerlos valer en otras instancias. Este pronunciamiento es de gran utilidad en virtud de que atiende una solicitud de los usuarios e ilustra técnicamente a cualquier otra instancia que se pudiera recurrir.

1.4. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

La COFEPRIS retoma las directrices del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y en su ámbito de actuación, buscar proteger la salud de la población a través de la regulación, control y fomento sanitario y se relaciona directamente con tres estrategias del PRONASA: vincular a la salud con el desarrollo económico y social; fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; y reforzar el acceso y consumo razonado a medicamentos.

Como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y administrativa tiene como funciones básicas; instrumentar la política nacional en materia de protección contra riesgos sanitarios, mejorar la regulación y el control sanitario, ejercer el control y vigilancia sanitaria, y la evaluación de riesgos a la salud derivados de los productos, actividades y establecimientos materia de su competencia, y ejercer las atribuciones que actualmente tiene la Secretaría de Salud en materia de

efectos del ambiente en salud, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancias tóxicas, peligrosas o radiaciones.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, de conformidad con su decreto de creación, se integra por las Direcciones Generales: de Salud Ambiental; Medicamentos y Tecnologías para la Salud; Control Sanitario de Productos y Servicios, así como el Laboratorio Nacional de Salud Pública y la Dirección General Sanitaria de la Publicidad.

La estructura funcional de la Comisión con relación al período anterior se modifica con la creación de tres plazas de mandos medios para pasar de 94 a 97. Con ellas, se fortaleció la estructura del Laboratorio Nacional de Salud Pública asignándole atribuciones de constatación y coordinación del Programa de Ampliación de Cobertura:

- Se concentraron las funciones administrativas en la Dirección de Apoyo Administrativo y Sistemas asumiendo la administración de los recursos humanos, financieros y materiales.
- Se fortaleció la estructura de la Dirección Jurídica y de Política Normativa lo que permite atender de manera eficiente los asuntos jurídicos.

Se ha definido una estructura por procesos a fin de transitar de una estructura tradicional con base a funciones a otra con base a procesos que posibilite la interacción de las áreas, establezca estándares de desempeño, ofrezca mejores servicios a los usuarios, permita el aprovechamiento eficiente de los recursos asignados para evitar la duplicidad de funciones, y oriente los esfuerzos de la Comisión al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante un servicio integral de calidad. Esta propuesta se implantará a la publicación del Reglamento y en función de la disponibilidad de recursos presupuestales.

La sociedad mexicana evidencia transiciones en diversos ámbitos como son el económico, demográfico, político y epidemiológico. Se han logrado grandes avances pero acumulado también rezagos que deben corregirse al tiempo que se hace frente a problemas emergentes, como la distribución del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales que sigue siendo muy desigual.

En este contexto, se plantean 6 estrategias para la protección contra riesgos sanitarios:

- Abatir el rezago: atender las causas de enfermedades consideradas producto del rezago, como enfermedades diarreicas agudas, intoxicaciones de origen y zoonosis, así como las enfermedades carenciales y promover la disminución de las exposiciones a factores de riesgo.
- Cobertura básica: garantizar a la población la existencia de medicamentos y servicios de salud seguros; protegerla de la exposición a sustancias tóxicas; y favorecer ambientes laborales sanos.
- Previsión del desarrollo: reforzar el sistema federal de protección contra riesgos sanitarios; proteger contra riesgos generados por nuevas tecnologías; mejorar la capacidad técnica y profesional de la COFEPRIS; y ampliar la cobertura.
- Innovación y desarrollo tecnológico: hacer que la COFEPRIS sea permanentemente innovadora y se encuentre a la vanguardia.
- Legalidad y transparencia: actualizar y fortalecer el marco jurídico para la protección contra riesgos sanitarios e implantar un sistema de rendición de cuentas y de evaluación del desempeño.
- Atención poblacional en emergencias sanitarias: robustecer la coordinación entre los tres órdenes de gobierno para una respuesta eficaz y contundente; favorecer la participación social en el uso de instrumentos de autoprotección.

Avances en el cumplimiento de los programas

La Comisión trabaja en diversos ámbitos que van desde la vigilancia y control del cumplimiento de la normatividad aplicable en trámites y acciones de verificación hasta acciones de fomento y comunicación de riesgos que permitan dar a conocer y convencer a la sociedad y otros sectores de la importancia de la protección contra riesgos sanitarios y sus efectos en salud. Con la participación de los servicios estatales de salud, se llevan programas considerados especiales por obedecer a prioridades nacionales, como:

Calidad del agua

Asegurar que la población cuente con agua física, química y microbiológicamente potable, contribuyendo así a la prevención de enfermedades diarreicas agudas, es uno de los objetivos prioritarios. En este marco, se realizaron diversas acciones buscando por un lado incrementar la cobertura y eficiencia en la cloración de agua y por otro disminuir la exposición de la población a contaminantes físico-químicos presentes en ella, destacando:

- Publicación en el D. O. F. (24/09/01) de la NOM-179-SSA1-1998, Vigilancia y evaluación del control de calidad del agua para uso y consumo humano, distribuida por sistemas de abastecimiento público y se integraron en una sola norma la NOM-012-SSA1-1993, NOM-013-SSA1-1993 y NOM-014-SSA1-1993 relacionadas con agua para uso y consumo humano.
- Se realizó la caracterización bacteriológica, física y química del agua de los principales sistemas de abastecimiento de la zona de la Comarca Lagunera y del Lago de Chapala en tres estados piloto, conforme a la modificación a la NOM-127-SSA1-1994.
- Inicio de las reuniones de coordinación intra e intersectoriales, con los Servicios Estatales de Salud, Comisión Nacional del Agua y la Asociación Nacional de Empresas de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento.
- Elaboración y firma de las Bases de Colaboración entre la CNA-CNVE-COFEPRIS, para establecer los mecanismos necesarios de protección a la salud de la población contra riesgos sanitarios derivados por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el agua y prevenir enfermedades de origen hídrico.
- Dentro del Programa Agua Limpia, se realizaron 4 201 338 determinaciones de cloro residual libre en todo el país, de las cuales 87.45 por ciento se encontraron dentro de norma (NOM 127-SSA1-1994), lo que implica que un promedio de 66.5 millones de habitantes, es decir el 83.7 por ciento de la población con sistemas formales de abastecimiento de agua, tienen agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano.
- Se realizaron diversas acciones de asesoría y capacitación en materia de agua.

Exposición al plomo

Para disminuir la exposición al plomo y sus efectos en la población se estableciendo como meta al 2006 la reducción en un 70 por ciento la prevalencia de plomo alto en sangre en los niños menores de cinco años, para lo que:

- Se fortaleció la coordinación de los niveles federal, estatal y municipal para la aplicación del Plan Estratégico de Acción en Salud Ambiental (PEASA) para plomo en Torreón, Coah. 2002-2012.
- Se establecieron criterios de concentración de plomo en suelo y polvo.

- Se realizó evaluación de los niveles de plomo en sangre de población infantil en la localidad del Hospital Mpio. de Cuautla, Mor., los cuales ya fueron notificados a los padres de familia, así como la determinación de concentraciones de plomo en suelo, agua y loza vidriada en dicha localidad.

Prevención del bocio

Para prevenir los casos de bocio en la edad adulta, el cretinismo en los niños y el retraso mental al nacimiento, así como disminuir la caries dental en los niños, sin causar daños de fluorosis en la población a través del consumo de sal yodada fluorada o sal yodada, se logró:

- Que la sal de consumo humano mantuviera, los niveles del período anterior, en el orden de 93 por ciento, con lo cual se cumple la meta programada de que más del 90 por ciento de la población reciba yodo en cantidades que permitan la eliminación sostenible de los (TDY) trastornos ocasionados por la deficiencia de este nutriente. Lo anterior, ha contribuido a que la tasa de bocio endémico se redujera de 1.9 a 1.3 a diciembre de 2001.
- El nivel de aporte de flúor a través de la sal de consumo, indica que el 58 por ciento cumple satisfactoriamente con el nivel normativo, en comparación con el 55 por ciento del período anterior. El índice de caries se redujo entre un 29 por ciento y 43 por ciento en escolares de 12 años ⁽¹⁾.
- La revisión efectuada a la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias, especialmente en lo que a flúor se refiere. El grupo de trabajo, representado por la industria, la academia, la investigación y el gobierno, ajustó el nivel de adición obligatorio para este micronutriente (de 200-300 ppm/kg de sal a 200-250 ppm/Kg de sal). Con ello, se logrará mayor eficiencia tecnológica en los niveles de dosificación.
- En una labor conjunta con las Entidades Federativas y la Comisión Nacional del Agua, se estableció un nuevo listado que incluye a 131 Municipios del país y cuatro entidades federativas completas en donde el alto nivel de flúor en el agua, hacen inviable la distribución de sal con flúor, ya que lejos de beneficiar a la población, implica un alto riesgo de padecer fluorosis dental.
- Se desarrolló, en conjunto con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el sector industrial un mecanismo para la distribución y comercialización de la sal con nuevos criterios que facilitan la identificación de la adición de estos nutrientes en la sal. A fin de garantizar a todas las partes el cumplimiento de esta disposición, se desarrolló y firmó un convenio entre la industria y la Secretaría de Salud.

Medicamentos Genéricos Intercambiables

Se reforzó el programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables, con la publicación en el D. O. F. (17/06/02) del Acuerdo que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables a partir del presente año. Adicionalmente, en el período que se reporta se realizó lo siguiente:

(1) "Proyecto de campaña para el fortalecimiento de la distribución de Sal Yodada-Fluorurada según las necesidades específicas de consumo" emitido por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

- Se autorizaron 25 denominaciones genéricas y actualmente se cuenta con 17 laboratorios autorizados como terceros, lo que representa un crecimiento de 257 y 100 por ciento respectivamente con relación al mismo período anterior. Asimismo, se autorizaron 370 medicamentos genéricos intercambiables, 139 por ciento que el período anterior y tan sólo de enero a agosto del presente año se rebasó en 47 por ciento la meta programada para todo el ejercicio.
- Se creó una página de Internet con toda la información disponible de Medicamentos Genéricos Intercambiables la cual se actualiza mensualmente.
- Se tienen incorporadas como Genéricos Intercambiables 290 claves del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, lo que representa una proporción de 47 por ciento de aquellas consideradas como susceptibles de intercambiabilidad.

Control Sanitario

Para proteger la salud y seguridad de los trabajadores de los factores de riesgo en el ambiente laboral, se busca integrar un marco normativo en materia laboral completo y moderno, se trabajó en la modificación de 2 normas de la Secretaría de Salud (Proyectos de modificación de la NOM-047-SSA1-1993 y NOM-076-SSA1-1993), se elaboraron 2 proyectos de normas mexicanas en conjunto con la Secretaría de Economía (NMX-S-053-SCFI-200 y NMX-S-057-SCFI-200), se participó en el proyecto de modificación de 3 normas con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (NOM-005-STPS-1998, NOM-010-STPS-1999 y NOM-019-STPS-1993) y por último se participa actualmente en el Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana con la Secretaría del Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca (NOM-080-ECOL-002).

Como parte fundamental de las acciones de control, está la resolución de los 120 trámites con sus modalidades responsabilidad de la Comisión, logrando:

- Otorgar 1 033 licencias, 4 619 permisos y 3 569 registros sanitarios.
- Recibir 8 718 solicitudes de permiso publicitario, de las cuales 1,464 fueron rechazadas, lo que implica un aumento de 23 y 41 por ciento respectivamente.
- Recibir 16 157 avisos de funcionamiento en su modalidad inicial y actualización de datos, lo que representa un incremento del 16 por ciento respecto al mismo período anterior.

En materia de comercio exterior, se cumple con el objetivo de controlar el cumplimiento de las condiciones sanitarias en los productos que ingresan al país y apoyar a la industria de exportación al disminuir su vulnerabilidad en materia sanitaria para lo cual se logró:

- Atender 19 044 trámites relacionados con importaciones, lo que representa un crecimiento de 44 por ciento respecto al mismo período anterior debido principalmente a que a partir del 1° de enero del 2002 los avisos sanitarios de importación en materia de alimentos, bebidas, productos de belleza, aseo, limpieza y nutrientes vegetales son atendidos en la Comisión. De la totalidad de estos trámites, 12 218 corresponden a permisos de importación y 6 826 a avisos.
- Expedir certificados o constancias que aseguran desde la libre venta del producto en territorio nacional hasta el total cumplimiento de la normatividad sanitaria aplicable. En este contexto, en el período que se informa, se expidieron 6 842 constancias o certificados, lo que representa un aumento del 6 por ciento respecto al mismo período anterior.

Vigilancia y verificación sanitaria

Las acciones de vigilancia y verificación se dirigen a la detección de parámetros o patógenos que inciden en forma directa en la inocuidad del producto, servicio o establecimiento y que pueden representar un riesgo para la salud si se encuentran fuera de especificaciones sanitarias. En este rubro, se realizó lo siguiente:

- 8 945 verificaciones a establecimientos dedicados al proceso, distribución y comercialización de los productos sujetos a control sanitario, cantidad mayor en un 4 por ciento respecto al mismo período anterior, de las cuales 197 fueron a empresas aplicadoras y formuladoras de agroquímicos, 580 a establecimientos de radiodiagnóstico, 4 347 a establecimientos de productos y servicios, 3 729 a establecimientos de insumos para la salud y 92 a edificios públicos como parte del programa de tabaco.

Para sustentar técnica y científicamente las acciones de regulación y control necesarias, así como apoyar la toma de decisiones al identificar posibles riesgos sanitarios, se toman y analizan muestras de los productos vigilados, se realizó:

- El análisis 24 594 muestras, lo que representa un 101.2 por ciento de cumplimiento con respecto a la meta programada, de éstas, el 14.5 por ciento se encontraron fuera de norma.
- Reducción del tiempo de respuesta durante enero-agosto 2002 fue en promedio del 10.8 por ciento y el 91.4 por ciento de los resultados de las muestras recibidas cumplieron con el nuevo estándar establecido por lo que se cumplió con la meta de reducir los tiempos de respuesta en un 10 por ciento para el presente ejercicio.

Programa de Atención de Alertas y Emergencias Sanitarias

- Se elaboró el Plan General para la Protección Integral de la Salud Pública en Emergencias Tecnológicas para el nivel federal y se inició la elaboración de los mismos a nivel estatal. Se trabajó en coordinación con otras dependencias del gobierno federal y estatales el problema generado por el robo de 70 ton. de cianuro de sodio.
- Para el manejo del fenómeno de marea roja de diciembre del 2001, se realizaron 7 intervenciones de monitoreo directo y el análisis de 789 muestreos de moluscos bivalvos.
- Se atendió una alerta sanitaria derivada del comercio internacional del producto alimenticio denominado “minigelatina”, el cual presuntamente podía causar asfixia por su consumo, realizando un total de casi 81.7 millones de aseguramientos, retiros y retornos al país de origen.
- Se atendió la alerta sanitaria derivada de la contaminación de hígado de bovino con clenbuterol al registrarse al mes de mayo del presente año 189 casos probables de intoxicación. Durante los meses de enero a mayo se tomaron 692 muestras en los estados con posibles brotes de intoxicación, de las cuales 21.5 por ciento resultaron positivas, tomándose las medidas procedentes.

Capacitación

Resulta indispensable la actualización y especialización del personal que realiza las funciones de regulación sanitaria tanto de la Comisión como a nivel nacional, por lo que en el período que se reporta se impartieron cursos de capacitación, foros y reuniones de diversa índole. 33 cursos de capacitación sobre aspectos de verificación, aplicación de criterios de dictamen y procedimientos de seguimiento jurídico, manejo y control de estupefacientes y psicotrópicos, 1 Foro de Marea Roja, 1 Reunión Nacional de Centros de información toxicológica, 2 reuniones nacionales para la protección contra riesgos sanitarios, diversos talleres de evaluación de riesgos y para capacitar a empleados de farmacias, así como, la colaboración en la impartición de la maestría en Regulación Sanitaria y los Diplomados en Verificación Sanitaria y Gerencia de la Regulación Sanitaria. Asimismo, se ha implementado la comunicación de riesgos a la población a través de diversas actividades, en relación con exposiciones humanas a tóxicos en situaciones cotidianas, críticas o de emergencia.

Con el propósito de mejorar la eficiencia, eficacia, innovación y calidad, facilitando el desarrollo administrativo integral de la Comisión, se logró:

Integración de la Comisión

- Instalar el Consejo Interno de la Comisión como el órgano donde se fijan las políticas y orientaciones sobre su funcionamiento y organización.
- Firmar Convenios de Concertación de Acciones con CNA y con ANAFARMEX.
- Actualizar el acuerdo por el que se determinan las sustancias sujetas a permiso de importación de la Comisión Intersecretarial para el control del proceso y uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas.
- Como parte del esquema de vinculación con la sociedad, se instaló el Consejo Consultivo Mixto y el Consejo Científico como foros de consulta y opinión.
- Firmar convenios con la industria tabacalera y de bebidas alcohólicas de alta graduación buscando el consumo moderado de sus productos.

Mejora regulatoria y simplificación de trámites

Se actualizaron y complementaron los instrumentos legales y normativos con el objetivo de desarrollar y fortalecer el marco jurídico que sirve de referencia tanto a la autoridad sanitaria como a los particulares para promover la mejora continua de la calidad sanitaria:

- Revisaron 21 Normas Oficiales Mexicanas (NOM's).
- Creación de 11 anteproyectos y 3 proyectos de NOM's.
- Simplificación 7 NOM's, 5 de productos y servicios, 1 de Salud Ambiental y 1 de Medicamentos y Tecnologías para la salud.
- Se han simplificado 35 trámites de la Comisión, se han eliminado 4 y se incorporó en el Registro Federal de Trámites y Servicios el Registro Único de Personas acreditadas para realizar trámites ante la SSA.

Innovación

- Con el objeto de ampliar la cobertura en el ejercicio del control y fomento sanitario, la Comisión, diseñó el modelo para la autorización de terceros, que permitirá evaluar el cumplimiento de la legislación sanitaria y que consiste en el reconocimiento por parte de ésta a Unidades de Verificación y Laboratorios de Prueba que puedan fungir como auxiliares al control sanitario.
- Difusión del proceso para la autorización de terceros autorizados con la industria, la academia, los servicios estatales de salud pública y aspirantes a fungir como terceros; se conformó el Comité Técnico de Evaluación de Terceros Autorizados; se publicó la convocatoria a terceros autorizados en el D. O. F.; por último se expedieron 21 certificados de aprobación de laboratorios, lo que representa un 31 por ciento mas comparado con el mismo período anterior, y un avance del 63 por ciento con respecto a la meta del 2002.
- A fin de mejorar los servicios que se proporcionan se trabajó conjuntamente con la Unidad de Servicios Electrónicos Gubernamentales de la SECODAM, para incluir al sistema TRAMITANET el Aviso de Funcionamiento inicial en materia de productos y servicios.
- Se continúa operando el sistema de difusión de trámites a través de Internet, mediante el cual el usuario puede conocer el estatus de su trámite.
- Se elaboró del primer diagnóstico nacional de salud ambiental con información secundaria y con el apoyo de todas las entidades federativas. Esto ha permitido orientar muchas de las acciones desarrolladas, además de identificar las áreas con mayores riesgos ambientales.

Calidad total

- El Laboratorio Nacional de Salud Pública ha implementado un Sistema de Calidad. La efectividad de este sistema ha sido demostrada durante las auditorias para mantener la acreditación otorgada por el Organismo Nacional de Acreditación EMA, así como para la renovación de la certificación en la guía ISO-9002 por parte del IMCN.
- Se han establecido estándares de servicio (LNSP).
- Se instrumentó la encuesta a usuarios que reciben visitas de verificación sanitaria a efecto de evaluar el trabajo de campo de los verificadores sanitarios.

1.5. Mujer y Salud

Con el Programa de Acción: Mujer y Salud se espera que en el proceso de definición de políticas y programas de salud pública, se consideren las diferencias que existen entre hombres y mujeres incluyendo los aspectos biológicos más allá de los reproductivos, las diferencias sociales y culturales asociadas con los roles masculino y femenino y la forma en que ambos son educados, y en las posibilidades de acceso a los bienes y servicios, que repercuten en la salud de ambos.

Esta iniciativa no sólo es importante porque pretende resolver un asunto de justicia social para poco más de la mitad de la población, sino porque en la medida en que tomen en cuenta las diferencias e inequidades de género relacionadas con la salud, se podrá aumentar la eficiencia de las políticas y programas del sector.

A partir de enero del 2002, se asignó a la Coordinación de este Programa la responsabilidad de diseñar e instrumentar un Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.

Debido a la naturaleza transversal intra e intersectorial de las acciones que se requieren para lograr la reducción de las inequidades de género y su impacto en la salud, este programa se presentó al Consejo Nacional de Salud, a través del cual se convocó a los titulares de los Servicios Estatales de Salud a sumarse a esta iniciativa.

Adicionalmente, se convocó a la conformación del Consorcio Nacional Mujer y Salud, como una instancia de participación amplia para el logro de los objetivos del Programa Mujer y Salud en el que participan instituciones gubernamentales de los sectores salud, desarrollo social y educación, así como organizaciones de la sociedad civil.

En septiembre de 2001 se instaló el Consejo de Conducción de dicho Consorcio, cuya función es la definición de políticas y estrategias multi-institucionales tendientes a la reducción de las inequidades de género que afectan la salud de la población y el funcionamiento y operación del sistema de salud.

Además se instaló el Consejo Técnico del propio Consorcio, conformado por representantes de las instituciones y organismos que conforman el Consorcio y representantes de organizaciones de la sociedad civil con interés en el campo de salud de la mujer.

En noviembre de 2001 se presentó el Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMSA), mismo que fue editado y distribuido a las áreas centrales de la SSA, a los Servicios Estatales de Salud, y a otras instituciones del sector salud, académicas y de la sociedad civil.

Incorporación de la perspectiva de género

Con la finalidad de avanzar en el proceso de incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud, durante el período que se informa se han revisado 19 programas de acción derivados del Programa Nacional de Salud 2001-2006, entre los que destacan:

Salud Mental	Atención al Envejecimiento
Infancia, y Adolescencia	Cáncer Cérvico-uterino y Cáncer Mamario
Adicciones.	Salud Reproductiva
Cólera	Arranque Parejo en la Vida
Enfermedades Transmitidas por Vector	Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión
Tuberculosis	Cáncer de Próstata
	Salud Ambiental

Se realizaron sesiones informativas sobre el impacto del género en las necesidades de salud de la población y la importancia de incorporar esta perspectiva a los programas de cada una de las unidades administrativas. En estas reuniones asistieron el 43 por ciento de los funcionarios de nivel superior de la SSA y funcionarios de los Servicios Estatales de Salud de 10 entidades federativas.

A partir de estas reuniones se han derivado acuerdos específicos que serán desarrollados por las áreas, como en el caso de la Dirección General de Comunicación Social para evaluar desde la perspectiva de género las propuestas para la campaña de medios, denominada “Deporte sin Tabaco” que se difundió como parte de las actividades de conmemoración del Día Mundial de No Fumar.

Como parte de las actividades de cooperación técnica, se proporcionó asesoría a la Dirección General de Asuntos Internacionales para elaborar el documento de México para la 36ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS. Además, se participó en el grupo de Salud de la Mesa Interinstitucional de Seguimiento de los compromisos derivados de la Convención para la Erradicación de toda forma de Violencia contra las Mujeres (CEDAW), convocada por la Secretaría de Relaciones Exteriores. También se proporcionó asistencia técnica al Consejo Nacional para las Adicciones en la elaboración de la contribución mexicana al documento del Convenio Marco para la Lucha contra el Tabaquismo en preparación por parte de la OMS.

Adicionalmente se participó en grupos de trabajo con INMujeres sobre: violencia, información, estadísticas e indicadores con perspectiva de género, se integró la contribución sectorial al PROEQUIDAD.

Se realizó el Seminario-Taller sobre “Metodología para la Elaboración de Presupuestos Sensibles al Género Aplicada a Programas de Salud Comunitaria” con la participación de funcionarios de la SSA, y miembros de las organizaciones de la sociedad civil con experiencia en análisis de presupuestos públicos desde la perspectiva de género como Milenio Feminista, Equidad de Género, Fundar, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

Derivado de los trabajos del Seminario-Taller se publicó el cuaderno “Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos” que se distribuyó a las unidades administrativas del área central y a los Servicios Estatales de Salud.

Información e Investigación

Durante el período que se informa se avanzó en el diseño de un Boletín sobre “Género y salud en cifras” que se publicará durante el segundo semestre de 2002. En esta misma vertiente de generación de información para el análisis con enfoque de riesgo de la situación de salud de las mujeres se ha participado en el grupo de trabajo de indicadores con enfoque de género coordinado por INMujeres, e INEGI, y en el del Registro Único de Violencia; así como en el Observatorio de Género y Pobreza convocado por el Instituto de Desarrollo Social.

Salud de las Mujeres

La violencia familiar es un problema social con repercusiones de salud para la población: debido a su impacto a partir de enero se inició el diseño de un Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.

El Programa plantea inicialmente la necesidad diseñar e instrumentar un modelo integrado de prevención y atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, mismo que se desarrollará con base a la sistematización de la experiencia piloto programada para el segundo semestre del 2002 en siete entidades federativas: Coahuila, Morelos, Michoacán, Nuevo León, Tabasco, Distrito Federal, y Jalisco.

Además el programa prevé el diseño de abordajes especiales dirigidos a dos grupos de mujeres entre quienes la violencia tiene características de mayor gravedad por su particular vulnerabilidad que son las mujeres indígenas y la población jornalera agrícola.

Está en etapa de planeación una encuesta nacional sobre “Demanda potencial y procedimientos de atención a casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en unidades de salud” que permitirá contar con información precisa acerca de la magnitud del problema de la violencia y su impacto como problema de salud pública; así como las barreras culturales, económicas y organizacionales que enfrentan las mujeres para su atención.

Como parte de la promoción para el cumplimiento de la “Norma Oficial Mexicana 190-SSA1 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención de la Violencia Familiar” se organizó un curso de capacitación dirigido a personal de salud de los estados de México, Hidalgo y Distrito Federal, al que asistieron aproximadamente 330 participantes.

Para el componente de Trabajadoras de la Salud del Programa Mujer y Salud se han realizado acciones de coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos para realizar el diagnóstico de la situación laboral de las mujeres que trabajan en la Secretaría de Salud, y con la Fundación Mexicana para la Salud para establecer un grupo de trabajo con la participación de asociaciones profesionales, organizaciones de escuelas y facultades de las carreras del área de la salud y representantes de las áreas administrativas de las propias instituciones de salud para identificar la problemática de género que viven las trabajadoras de la salud y desarrollar propuestas para mejorar sus condiciones de trabajo y sus posibilidades de desarrollo humano.

Otras actividades

La Coordinación del Programa Mujer y Salud participa como representante institucional de la Secretaría de Salud en la Mesa Interinstitucional para Coordinar las Acciones de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Hacia las Mujeres; así como en las actividades de los diversos subsistemas de atención a la violencia definidos por el INMUJERES.

Asimismo se ha participado en diversos foros relacionados con aspectos de género y salud organizados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

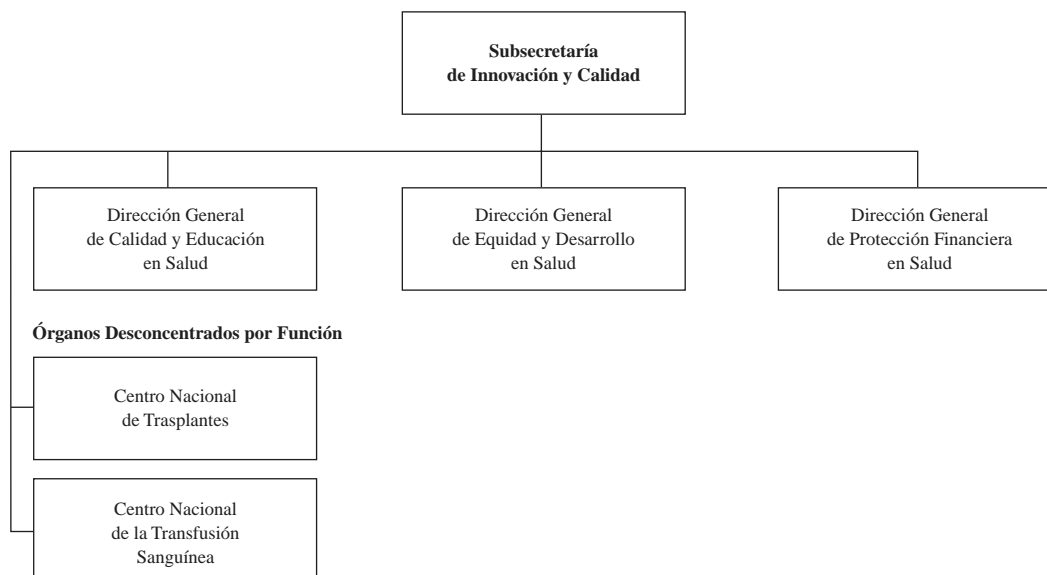
Metas 2002: Compromisos y Avances

Meta	Compromiso	Avance al 31 de agosto, 2002
Evaluar la incorporación de la perspectiva de género en los Programas de Acción derivados del PNS 2001-2006.	42 programas.	19 programas revisados.
Diagnóstico sobre las condiciones laborales de las trabajadoras de la SSA.	Publicar un documento técnico.	Se ha realizado el diseño conceptual para la realización del diagnóstico.
Sensibilizar al 100% de los funcionarios y funcionarias que se desempeñan como mandos superiores de la SSA para que incorporen la equidad de género en sus áreas de competencia.	42 funcionarios de nivel superior.	Sesiones informativas sobre género y salud a 18 funcionarios de nivel superior (43%).
Capacitar en género y salud a los mandos medios de la SSA.	Mandos medios de 6 direcciones generales.	Se ha capacitado a los mandos medios de 4 direcciones generales.
Diseñar y mantener actualizada una sección de la página electrónica de la SSA relativa al PROMSA	Construcción de la página electrónica de PROMSA.	Se ha recopilado la información que formará parte de la página electrónica y se encuentra en proceso la programación para la misma.
Ejecutar un protocolo de investigación sobre diferenciales de calidad de la atención entre hombres y mujeres, en servicios de urgencias y consulta externa en unidades de atención a la salud de 7 entidades federativas.	Publicación del informe final de un proyecto de investigación.	Está en proceso de elaboración el protocolo de investigación.
Publicación, de un número del Boletín "Género y salud en cifras", en colaboración con la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.	Publicar y difundir un número del Boletín.	Se analiza actualmente la información sobre diferenciales de mortalidad que se incluirá en el primer número del Boletín.
Publicación de un folleto sobre Género y Salud dirigido a mandos medios y superiores de la SSA.	Folleto para mandos medios y superiores.	Se ha concluido la fase de redacción del folleto y se encuentra en proceso de diseño editorial.
Realización de un Taller sobre "Metodología para elaboración de Presupuestos sensibles al género aplicada a programas de salud comunitaria".	Taller "Presupuestos sensibles al género en salud".	En abril se realizó el Seminario-Taller "Presupuestos sensibles al género en salud", con la participación de organizaciones de la sociedad civil.
Brindar asesoría sobre género y salud a los responsables de los Programas de Acción relacionados con la salud de la mujer.	Atender el 100% de las solicitudes de asesoría en materia de género, presentadas por las áreas de la SSA.	Se ha brindado asesoría en materia de género, a las direcciones generales de Comunicación Social, Salud Ambiental y Relaciones Internacionales.
Realizar la primera reunión del Comité Asesor Internacional del Consorcio Nacional Mujer y Salud.	Reunión del Consejo Asesor Internacional.	Se han enviado las invitaciones para la integración del Consejo Asesor Internacional
16 visitas de coordinación a los Servicios Estatales de Salud.	16 visitas.	Se han realizado 10 visitas.
Realizar un Seminario sobre "Género e Investigación en Salud".	Realizar un Seminario.	Está en proceso la concertación del programa del Seminario.

Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD



La Subsecretaría de Innovación y Calidad, continúa dando seguimiento a las normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que guían el actuar de las unidades administrativas bajo su responsabilidad, impulsando aquellas nuevas que probadamente contribuyen para abatir las desigualdades en salud; garantizar el acceso, la equidad, un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Su estructura no se ha modificado en comparación con el reporte anterior, estando integrada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud y la Dirección General de Protección Financiera, además continúa coordinando al Centro Nacional de Trasplantes y al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea como unidades desconcentradas, en materia de regulación normativa, organización, sistemas y procedimientos.

Tiene a su cargo el desarrollo de los programas: Seguro Popular en Salud, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, los relacionados con la extensión de la cobertura como, PAC, Oportunidades, Medicina Especializada, Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y también e-Salud y MIDAS.

Destaca en el período que se informa el inicio de la filiación de 7 339 familias al Seguro Popular en cinco estados de la República, hacia finales de agosto del presente año se iniciará la filiación en 12 entidades federativas adicionales. Destaca también el inicio de un proyecto para promover la protección financiera en salud para los migrantes y sus familias en coordinación con autoridades del estado de Nueva York y el relativo a los seguros médicos en carreteras de cuota, cuya finalidad es remediar las anomalías en el pago de la atención médica prevista por las instituciones a los automovilistas accidentados.

Como parte de la Cruzada Nacional es importante resaltar que ya se han conformado 31 Comités Estatales de Calidad, uno en cada estado de la República, cuyo accionar conjunto con el Comité Coordinador Sectorial y el Equipo Consultor Sectorial, estos últimos funcionado desde enero del año pasado, ha permitido establecer un Sistema de Monitoreo de la Calidad a nivel nacional. En este mismo período se emitió la convocatoria del Premio Nacional de Calidad de la SSA 2002, para reconocer aquellas unidades de primer y segundo niveles de atención, así como las oficinas estatales y jurisdiccionales; se tiene contemplada la entrega de premios a principios del 2003.

Además se presentaron las primeras experiencias de participación ciudadana para que, a través de la Validación Ciudadana y la Red de Motivadores por la Calidad, se incorporen a la población en los procesos de cambio hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud y de esta manera generar la transparencia y la rendición de cuentas del desempeño de las instituciones de salud.

Se elaboró y difundió el Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México.

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas ha logrado beneficiar con la administración de multivitamínicos y minerales a 190 mil niños de entre 6 y 24 meses y a 135 mil mujeres embarazadas y en período de lactancia de población indígena, para abatir el problema de anemia en 400 municipios de 13 entidades federativas. Por otro lado en julio pasado dio inicio la operación del Programa de Prevención y Rehabilitación del Alcoholismo en comunidades indígenas en un municipio del estado de Querétaro. Además se implementaron los Programas de Unidades con Calidad y Sensibilidad Cultural en el Hospital "Jesús María" en la zona del Nayar en el estado de Nayarit, y el Programa de Capacitación Intercultural del Personal que atiende Población Indígena.

Es importante señalar que ya se ha iniciado el proceso de certificación ISO-9000:2000 en las áreas administrativas de la Secretaría de Salud, proceso coordinado en esta Subsecretaría. A la fecha se tienen identificadas las unidades administrativas que podrían participar en el proceso de certificación ISO 9000/2000 en el presente año y se han validado los términos de referencia necesarios para la licitación de las compañías consultoras y las certificadoras.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad en conjunto con las instituciones públicas de salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, tienen el compromiso de avanzar en un plan que garantice el abasto de medicamentos. Actualmente se ha logrado el 100 por ciento de avance de la primera etapa del proyecto, consistente en el diagnóstico situacional; la validación de la visión; jerarquización de la problemática y la realización de los planes de trabajo y de cambio. La segunda etapa la constituye la implementación.

Por otro lado se ha realizado un intenso trabajo para reorientar, mejorar su eficiencia y restituir la confianza en la administración del programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad de Personal de Enfermería, Médico y Odontólogos.

2.1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Esta Dirección propone 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 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

Uno de los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud en nuestro país y una de las mayores preocupaciones de los usuarios de los servicios, es la calidad de la atención. Para enfrentar este reto, la Secretaría de Salud puso en marcha desde el inicio de la presente administración, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que tiene como propósito responder a las expectativas de la población por un trato digno en las unidades de atención médica.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, articula sus objetivos, estrategias, líneas de acción e indicadores en un programa sólido y claro, que permite a través del tiempo, conocer los avances y el impacto de las acciones de mejora para la calidad de los servicios.

Con la Cruzada se pusieron en marcha las siguientes líneas de acción:

- Definir códigos de ética para los profesionales de la salud que garanticen un desempeño efectivo y honesto, así como un trato digno a los pacientes, además de constituir una herramienta para vigilar el desempeño.
- Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos, entre los que se destaque el derecho a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados a él o a su tratamiento, el derecho a la información sobre las características generales de las unidades en las que recibe atención médica y de los profesionales de la salud que laboran en ellas, así como el derecho al manejo confidencial de la información que se genera en la relación médico paciente.
- Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias que permita hacer valer los derechos de los usuarios y promover la calidad de la atención en las unidades de salud, ya que toda reclamación es una oportunidad para mejorar la calidad de la atención y constituye además un acto legítimo de participación ciudadana.
- Desarrollar un sistema estandarizado de información que evalúe el desempeño.
- Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.
- Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud, con el propósito de impulsar la gestión por la calidad.
- Reforzar el arbitraje médico y favorecer la óptima resolución de conflictos.

Entre los principales logros destacan los siguientes:

- El diseño y la instrumentación de un sistema de registro en línea por Internet de los indicadores de calidad de la Cruzada, con la participación de las diversas instituciones que integran el Sector Salud.

- Se efectuó una reunión nacional con la participación de líderes operativos responsables de las áreas de calidad del IMSS, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, PEMEX y de la Secretaría de Salud en las 32 entidades federativas, con quienes se unificaron los criterios metodológicos para el desarrollo del monitoreo de los procesos de mejora continua en unidades de primero y segundo niveles de atención.
- Se presentaron las primeras experiencias de participación ciudadana para que, a través de la Validación Ciudadana y la Red de Motivadores por la Calidad, incorporen a la población en los procesos de cambio hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud y de esta manera generar la transparencia y la rendición de cuentas del desempeño de las instituciones de salud.
- Se apoyaron las acciones para consolidar el sistema CALIDATEL, a través del servicio telefónico Tu Voz en la Salud, así como ampliar su cobertura y la publicidad a nivel nacional, para establecer nuevos mecanismos de comunicación con las instituciones y lograr posicionar el sistema para atender a poco más de 250 mil personas al finalizar el presente año.
- Se inició la edición y distribución de la revista ECOS de Calidad, que informa sobre los avances, metas y nuevos proyectos de la Cruzada. Además se rediseñó la página *web* de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para difundir y compartir experiencias exitosas sobre calidad que han desarrollado los servicios de salud en todo el país, incluyendo la oferta a los servidores públicos de instrumentos normativos, eventos de capacitación y herramientas de gestión de calidad. Durante el período que se informa, esta página fue consultada por más de 50 mil personas.
- Se diseñó una estrategia de intervención inmediata para mejorar los procesos de atención en los servicios de urgencias. El modelo consiste en metodologías prácticas y útiles, que disminuyen sustancialmente los tiempos de espera y mejoran la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios. En una primera etapa, se piloteó en un hospital del Estado de México, para extenderlo posteriormente a otras unidades hospitalarias del país con base en la experiencia obtenida.
- Se diseñó, impulsó y respaldó el Sistema de Apoyo a la Investigación Operativa orientada a la Calidad; para el año 2002, el presupuesto asignado a este rubro fue de 6 millones de pesos para apoyar 90 proyectos de investigación y lograr la consolidación del sistema mediante la participación de las 32 entidades federativas.
- Se emitió la convocatoria del Premio Nacional de Calidad de la SSA 2002, para reconocer aquellas unidades de primer y segundo niveles de atención, así como las oficinas estatales y jurisdiccionales que presenten la mejor respuesta a ocho criterios de evaluación alineados con otros esquemas de premiación de carácter nacional e internacional. Para principios del 2003 se estarán premiando los establecimientos y oficinas ganadoras del premio.
- Se apoyó al ISSSTE para el desarrollo de su premio de calidad, con la intención final de que en un lapso de dos o tres años, se logren conjuntar los premios institucionales en un Premio Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. En este mismo sentido, durante el año 2002, se desarrollaron las bases para el otorgamiento de Premios Estatales de Calidad en aquellas entidades federativas que consiguieron los mayores avances en el desarrollo de las líneas de acción de la Cruzada.

- Se impulsó la certificación ISO 9001-2000 en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, destinando recursos financieros por 2.5 millones de pesos; en esta primera etapa se seleccionaron el Hospital Universitario de Nuevo León, el Centro Estatal de Salud Mental de Coahuila, el Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” de Tabasco y el Hospital General de San Juan del Río en Querétaro.
- Se proporcionaron en una primera etapa recursos para la adquisición de equipo de cómputo o didáctico que favorezcan la educación a distancia en los ámbitos estatal, jurisdiccional y establecimientos de salud.
- La Secretaría de Salud firmó convenios específicos con los titulares de los servicios de salud de las entidades federativas, en los términos que se señalan en las reglas de operación de la Cruzada Nacional publicadas el 20 de marzo de 2002 en el Diario Oficial de la Federación.

El comportamiento de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo monitoreo se ha sistematizado desde el inicio de la actual administración, muestra los siguientes resultados para el período que se informa:

*Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
Indicadores del Primer Nivel de Atención*

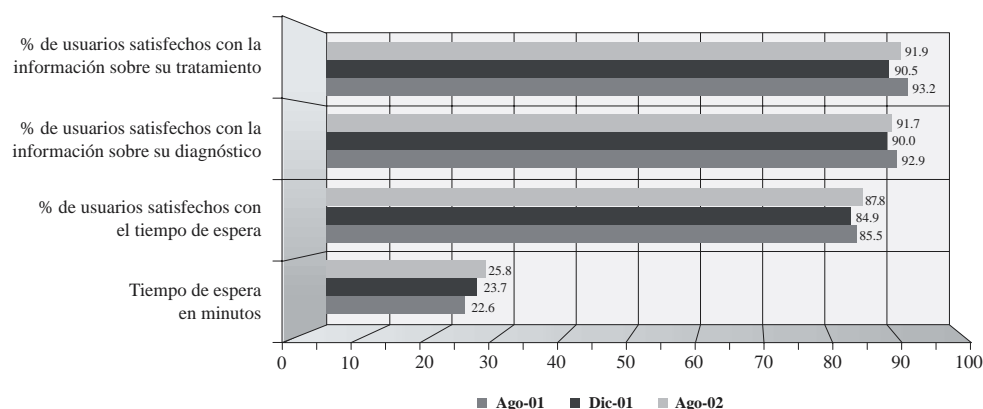
Meta o Indicadores	Estándar	Alcanzado Ago. 2001	Alcanzado Dic. 2001	Alcanzado Ene-ago 2002
Tiempo de espera en minutos	30.0	22.6	23.7	25.8
% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera	95.0	85.5	84.9	87.8
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	80.0	92.9	90.0	91.7
% de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento	80.0	93.2	90.5	91.9

Fuente: Secretaría de Salud.

Actualmente se tiene mayor representatividad nacional con la participación de 30 entidades en el monitoreo de indicadores de la Cruzada. Cabe mencionar que el número de unidades participantes en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud de diciembre de 2001 a agosto de 2002, se ha incrementado en 40 por ciento, esto es de 3 376 a 4 729.

En el primer nivel de atención el indicador de tiempo de espera hasta agosto de 2002 fue de 25.8 minutos, ubicándose 4.2 minutos por debajo del estándar de 30 minutos. Los usuarios satisfechos con el tiempo de espera fue de 87.8 por ciento, menor en 7.6 por ciento al estándar de 95. Por otra parte, los usuarios satisfechos con la información proporcionada sobre su diagnóstico y tratamiento fue de 91.7 y 91.9 por ciento, respectivamente, que comparados con el estándar representan incrementos de 14.6 y 14.9 por ciento.

Indicadores del primer nivel de atención



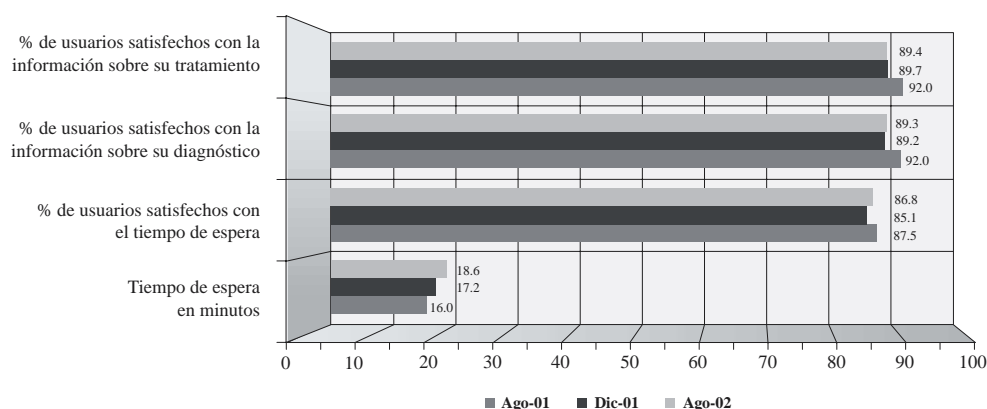
Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
Indicadores del Segundo Nivel de Atención

Meta o Indicadores	Estándar	Alcanzado Ago. 2001	Alcanzado Dic. 2001	Alcanzado Ene-ago 2002
Tiempo de espera en minutos	15.0	16.0	17.2	18.6
% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera	95.0	87.5	85.1	86.8
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	80.0	92.0	89.2	89.3
% de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento	80.0	92.0	89.7	89.4

Fuente: Secretaría de Salud.

Para el segundo nivel de atención se observó que hasta agosto del 2002 el tiempo de espera en los servicios de urgencias fue de 18.6 minutos, mayor de 3.6 minutos respecto al estándar de 15 minutos. Los usuarios satisfechos con el tiempo de espera fue de 86.8 por ciento, menor en 8.6 por ciento con relación al 95 por ciento esperado. Los indicadores de usuarios satisfechos con la información proporcionada sobre su diagnóstico y tratamiento fueron de 89.3 y 89.4 por ciento, respectivamente, niveles satisfactoriamente mayores al estándar de 80 por ciento.

Indicadores del segundo nivel de atención



Calidad total de la gestión pública:

- Se proporcionó capacitación para el fortalecimiento de la gestión directiva en 12 entidades federativas con 706 participantes de las áreas estatales, jurisdiccionales y unidades operativas.
- Se mantuvo la difusión de los preceptos básicos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a más de 1 500 participantes en diferentes foros del país.
- Durante los meses de octubre y noviembre del 2000 se impartieron a 327 asistentes de 31 entidades federativas diversos talleres sobre modelos de intervención para el cambio y la comunicación interpersonal efectiva para convertirlos en “facilitadores” en sus unidades de origen y difusores a otras unidades de la entidad. Hasta el momento, 23 entidades han reportado la difusión de ambos modelos a 3 707 integrantes de unidades administrativas estatales, jurisdiccionales y de primer y de segundo nivel de atención médica. Esta capacitación se ha extendido a otras instancias federales de la propia Secretaría de Salud, ISSSTE y SEDESOL.

En materia de consultorías para impulsar la gestión de calidad de los servicios de salud, durante el período que se informa se alcanzaron los siguientes avances:

- Definición de un programa de capacitación gerencial para el Hospital Universal.
- Identificación y desarrollo de estándares de calidad y mínimos normativos para los establecimientos de ayuda mutua, en coordinación con el CONADIC.
- Premio Tabasco de Calidad.
- Indicadores de calidad para la atención de pacientes con VIH/SIDA.
- Modelo de intervención para la atención de calidad con sensibilidad cultural en zonas indígenas, junto con la Coordinación del Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.
- Establecimientos de indicadores de trato digno en la atención a la salud de la población indígena.
- Definición de estándares basados en competencias para técnicos en urgencias médicas, junto con los consejos estatales para la prevención de accidentes.
- Fortalecimiento del sistema de control y seguimiento del Programa de Cirugía Extramuros.

Principales problemas a superar:

- El reto central es lograr el cambio de paradigma de registrar para enviar información a los niveles superiores, por el de obtener y medir información para la toma de decisiones en el lugar donde ésta se genera y se otorgan los servicios.
- El diseño de sistemas de información para el Sector Salud, y en especial de los avances de la Cruzada, requieren de una intensa coordinación y colaboración entre las diferentes instituciones y niveles administrativos que integran el Sector, por lo que es necesario mejorar los canales de comunicación y coordinación entre las instituciones que permitan llegar a acuerdos de una manera ágil, unificar criterios y estandarizar los procesos de monitoreo y evaluación del desempeño en calidad de los servicios de salud.
- Uno de los objetivos principales de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud es que, además de homogeneizar y elevar el nivel de calidad de los servicios de salud, las mejoras sean claramente percibidas por la población. En este sentido se deberá consolidar la participación ciudadana en la difusión y validación de la información relacionada con la Cruzada, así como el cambio de actitud de los prestadores de servicios de salud hacia la rendición de cuentas.
- Se requiere precisar los mecanismos de coordinación efectiva entre jefes de enseñanza y líderes operativos de la Cruzada Nacional en los estados, sobre todo en aquellas materias en las que intervienen ambas áreas como por ejemplo la asesoría, seguimiento y evaluación al desarrollo de los proyectos de investigación operativa de servicios de salud aprobados.
- Dotar de la plataforma tecnológica mínima, para que de manera compartida las unidades operativas de las jurisdicciones sanitarias tengan acceso a los sistemas de información que los ayuden a mejorar su gestión para la calidad.
- Incorporar nuevos indicadores para evaluar el impacto de la capacitación en la prestación de los servicios de salud.
- Formalizar la descentralización en materia de educación en salud.
- Impulsar en los prestadores de servicios el trabajo en equipo y los enfoques de proceso y de satisfacción de los usuarios, mediante el monitoreo y la evaluación de resultados en la que se incorpore la ciudadanía como parte activa del proceso.
- Incorporar un mayor número de unidades médicas del sector público y avanzar en la inclusión de unidades médicas privadas.

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

Durante el período de este informe, los principales avances en la materia son:

- Con objeto de generar información y conocimiento estadístico, científico y técnico, que cumpla con los principios de validez, confiabilidad, utilidad, precisión y oportunidad para tomar decisiones sobre la formación de recursos humanos para la salud, se estableció un estudio estadístico sobre estos recursos en las disciplinas de medicina, odontología, enfermería, trabajo social, psicología, y otras áreas afines a la salud.
- Asimismo, se concluyó la fase de planeación y diseño del Sistema Nacional de Información que sirve de base para el Foro sobre Recursos Humanos en Salud; junto con la difusión y gestión del sistema con las fuentes primarias de información, se desarrollaron reuniones de

trabajo específicas con AMFEM, FEMAFEE, FENACOME, AMMFEN, CONAEDO y CNEIP incorporando las demás disciplinas de la salud. El fin último de este esfuerzo es contar con la información pertinente para emitir y sustentar políticas educativas en salud.

- Se participó en la actualización de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud y el Reglamento de Capacitación, en coordinación con la Comisión Nacional Mixta de Capacitación. Se ha iniciado un período de análisis para obtener por consenso el proyecto de mejoras al Acuerdo 140 que crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud, para la coordinación institucional del proceso de capacitación y demás normatividad operativa.
- Se conformó un grupo de expertos en Gerencia en Educación en Salud en el ámbito federal, con el propósito de definir las competencias que requiere el gestor en educación en salud para un desempeño eficaz y diseñar un Diplomado en Gerencia en Educación en Salud, que será otorgado a todo profesional con funciones de gerencia educativa, sea en el ámbito federal, estatal, jurisdiccional y de establecimiento de salud.

Durante el período que se informa, los principales avances en la materia son:

- El diseño de un nuevo Modelo de Gestión de la Calidad de la Capacitación del Personal de Salud, mismo que está siendo aplicado en una primera fase por las entidades federativas de Tlaxcala, Jalisco, Yucatán y Chiapas.
- Se diseñó un Sistema de Información de la Capacitación con objeto de coordinar, dar seguimiento y evaluar la pertinencia, relevancia y trascendencia de los programas específicos de capacitación que elaboran las distintas unidades administrativas de la Secretaría de Salud, el cual genera entre otros productos los indicadores de cobertura, eficacia y eficiencia.
- Integración de un Programa Único de Capacitación.
- Generación de estadísticas nacionales en materia de capacitación y rendición de cuentas ante diferentes instancias como la SHCP, Órganos Colegiados de Capacitación y Ciudadanía, entre otros.
- Con el fin de incrementar las oportunidades de capacitación de los trabajadores de la Secretaría de Salud, y en apego al Acuerdo N° 140 por el cual se creó el Comité de Capacitación y Desarrollo del Personal de la SSA, se continúa fortaleciendo las actividades de este órgano colegiado, a través del cual se aprobaron 179 solicitudes de becas. Por su parte, la Comisión Nacional Mixta de Capacitación otorgó 137 becas a trabajadores para realizar estudios de la ciencia médica.
- Se elaboraron y emitieron los lineamientos para el otorgamiento del aval a eventos de educación continua y capacitación de recursos humanos en salud, con objeto de regular y establecer criterios institucionales que guíen y permitan a proveedores de capacitación y/o educación continua del sector público, social o privado del área de la salud, obtener el aval de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para los eventos que con fines informativos, educativos o de difusión del conocimiento demuestren requisitos mínimos de calidad.
- En apego al Programa Nacional de Salud 2001-2006 en su estrategia “Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud”, se ha realizado un programa de educación continua dirigido a los profesionales de la salud en las áreas específicas de su competencia, con el objetivo de contribuir a la prestación de servicios de salud equitativos y de calidad.

- Durante el período se realizaron 69 eventos, para un total de 2 461 participantes.
- Destacó el crecimiento constante de la demanda de capacitación por parte de los trabajadores de la Secretaría de Salud; el número de asistentes durante el período que se informa alcanzó la cifra de 4 175 personas y un total de horas de capacitación de 2 998.

Los principales retos del Programa de Capacitación para el Trabajo en Salud son:

- Recursos limitados para la realización de los programas en equipo audiovisual y de liquidez para pagar docentes.
- Ampliar la cobertura del programa de capacitación para las ramas médica, paramédica y afines.
- Ausencia de indicadores que evalúen el impacto de la capacitación en la prestación de los servicios de salud.

El proyecto de Profesionalización en Educación en Salud es una propuesta innovadora y creativa que permitirá el desarrollo de los profesionales de la educación en salud de manera integral, así como la construcción y desarrollo de competencias del personal involucrado en los procesos educativos, acordes a las necesidades y expectativas del individuo y de la comunidad a la que pertenece. Este proyecto se sustenta en tres diplomados: Gerencia en Educación en Salud, Docencia en Educación en Salud e Inducción al Puesto.

Mediante la conformación de grupos de asesores en el ámbito federal y estatal, así como la producción y difusión de materiales de apoyo didáctico y la publicación de experiencias exitosas desde la página *web* de la Secretaría de Salud, la interacción de estas líneas contribuirá a que los responsables de la educación en salud estructuren y desarrollen un plan de trabajo que permita:

Desarrollar nuevas formas de gestión, organización, capacitación y desarrollo de los profesionales de la educación en salud, que propicie el uso racional y eficiente de los recursos, y que estimule el potencial creativo de los integrantes de las instituciones de salud y responda a los retos que demanda la globalización de la economía; contribuir al logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud relacionado con la garantía del trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; y contribuir al logro de los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y al desarrollo de las estrategias relacionadas con el establecimiento de programas de educación sobre, para y de calidad dirigidos a los profesionales de la salud, en los que se enfatizan valores, métodos y actitudes junto con el desarrollo de programas de actualización enfocados en competencias clave.

Para ello, se desarrollan dos estrategias: la primera orientada al fortalecimiento de la infraestructura para la educación a distancia, con la finalidad de impulsar modalidades educativas innovadoras en la formación, actualización y capacitación del personal de salud y sentar las bases para la instalación de una red nacional de educación a distancia en la Secretaría de Salud. La segunda, dirigida a la conformación de grupos de expertos en cada una de las entidades federativas, bajo el liderazgo del titular de educación en salud del estado, que contribuyan junto con el nivel federal a la identificación de las competencias del gestor en educación en salud y del personal que realice actividades de docencia, tanto en la formación como en la capacitación de los recursos humanos para la salud, definiendo los contenidos educativos correspondientes a dichas competencias y se apoye técnica y académicamente el desarrollo del proyecto.

En el ámbito nacional e internacional se han desarrollado esfuerzos para elevar la calidad de la atención médica. Uno de éstos ha sido la elaboración y difusión de guías clínicas (protocolos de atención) que apoyen a los médicos para que su práctica este basada en evidencias científicas, más que

en experiencias personales o en opiniones de los “expertos”. Se ha considerado necesario apoyar a los médicos de primer y segundo niveles de atención, a través de facilitarles el acceso a la información sobre las mejores evidencias científicas, con relación al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de los principales problemas de salud que atienden.

Con este objetivo se está diseñando un proyecto de investigación-educación para elaborar, difundir, aplicar y evaluar guías clínicas basadas en evidencias científicas. Este proyecto incluye un programa de educación continua para el personal médico del Sector Salud y la evaluación del efecto de la aplicación de las guías sobre el proceso de atención y el impacto en la salud de la población. El proyecto consta de siete etapas: planeación del proyecto; elaboración y validación de las guías clínicas basadas en evidencias (GCBE); prueba piloto; información y sensibilización de funcionarios; publicación y difusión de las GCBE; cursos de educación continua para la instrumentación de las GCBE; y evaluación del desempeño de los médicos e impacto en salud de la instrumentación de las GCBE.

Se han realizado 10 reuniones con el equipo directivo y 8 con el equipo coordinador. Los criterios para seleccionar estos primeros 15 temas que se enlistan a continuación, se basaron en la frecuencia, trascendencia e impacto de cada uno de ellos: Diabetes Mellitus; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; detección oportuna de cáncer (cérvico-uterino, mama, prostático, colon y piel); infección de vías respiratorias; hipertensión arterial esencial; atención prenatal; infecciones cérvico-vaginales; diarrea aguda; traumatismo craneo encefálico; enfermedad ácido-péptica; artropatía inflamatoria y no inflamatoria; asfixia perinatal; atención del niño sano; asma y depresión.

El basamento técnico de apoyo a este quehacer del desarrollo educativo está conformado entre otros por:

- Directorio de Instituciones participantes, equipo directivo y coordinadores de GCBE.
- Lineamientos generales para la elaboración de GCBE.
- Proyecto de Práctica Clínica Basada en Evidencias.
- Guías Clínicas Basadas en Evidencias-Costos.
- Carpeta con material bibliohemerográfico que se entregará a cada uno de los asistentes.

En materia de pregrado, servicio social y especialización, durante el período que se informa:

- Hay 5 441 médicos residentes distribuidos en 80 hospitales sede y 15 subsedes en 73 especialidades médicas.
- Se desarrollan 78 cursos de posgrado para médicos especialistas en 16 sedes con 110 alumnos.
- Existen 350 médicos extranjeros residentes de diferentes especialidades, principalmente de Colombia, Guatemala y Panamá.
- En el programa de maestrías y doctorados se tienen 30 plazas en 9 sedes.
- El servicio social profesional, realizado por los médicos residentes en su último año, cuenta con 950 participantes con 104 sedes en zonas rurales.
- Para el internado de pregrado se cuenta con 3 850 plazas ocupadas.
- En el programa de Servicio Social de Pregrado se otorgaron 10 485 plazas.

Relativo a otras carreras:

- En Odontología se otorgaron 2 528 campos clínicos para servicio social y se atienden a 53 residentes para especialización por ciclo académico.

- Para el Servicio Social en Enfermería se otorgaron 12 377 campos clínicos de los cuales, 9 779 son de nivel licenciatura y 2 598 de nivel técnico.
- En Trabajo Social se otorgaron 568 campos clínicos para Servicio Social y se interactúa con 73 instituciones educativas.
- Para Servicio Social en Psicología se ofrecieron 464 campos clínicos a 57 instancias universitarias.
- Egresan 10 psicólogos con estudios de posgrado en cada generación.
- Para otras carreras afines se otorgaron 6 164 campos clínicos entre los niveles técnicos y de licenciatura.

Actividades de capacitación para el desarrollo del programa de medicina basada en competencias

Actividad	Participantes	
	Entidades Federativas u otras instituciones	DGCES
“Descubriendo tu potencial”	-	64
Taller de capacitación para la elaboración de modelos educativos basados en competencias	-	20
1º, 2º, y 3º Taller para la elaboración de estándares de competencias profesionales del técnico en urgencias médicas (TUM’S)	25	5 (como facilitadores)
1º taller para la elaboración de estándares de competencias profesionales del técnico en atención primaria a la salud (TAPS)	21	3 (como facilitadores)
Curso enfermería y competencias profesionales	20	5 (como facilitadores)
Taller para la elaboración de una guía metodológica para la elaboración de programas educativos por competencias profesionales	-	7 participantes y 1 (facilitador)
Taller “Modelos educativos en la formación del TUM” 1º Reunión Nacional de la Secretaría de Salud con los consejos estatales para la Prevención de Accidentes	30	2 (como facilitadores)
Conferencia “Rediseño de la educación en salud, una alternativa para mejorar la calidad de la atención” I Simposio Internacional de Salud Bucal	-	1 como conferencista
Sesiones académicas de la Asociación de Medicina Basada en Evidencias (AMBE)	25 por sesión	3
Curso-taller de capacitación para la elaboración de guías clínicas basada en evidencias (GCBE)	17	3
Conferencia para el Seminario para la elaboración de GCBE, Sociedad Mexicana de Cardiología	25	1 como conferencista 1 como asistente
2º taller para la elaboración de estándares basados en competencias profesionales para TAPS	21	3 facilitadores

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

2.1.3. Regulación y adecuación normativa

Durante el período que se informa, en materia de regulación y adecuación normativa, se avanzó en el enriquecimiento del marco legal que permita conducir, aplicar y vigilar la política nacional en materia sanitaria, determinando los mínimos indispensables en la prestación de servicios de atención médica y asistencia social, mediante una racionalización regulatoria que garantice seguridad, confianza y credibilidad en la población y con ello, cumplir con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la protección de la salud.

Los logros alcanzados en este período son:

La publicación en el Diario Oficial de la Federación de 2 Normas Oficiales Mexicanas:

- NOM-172-SSA1-1998. Prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados.

- NOM-197-SSA1-2000. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

Asimismo, la Manifestación del Impacto Regulatorio (MIR) aprobada por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria el: Proyecto de NOM-203-SSA1-2000 para el funcionamiento de hospitales.

Se han elaborado y se encuentran en proceso de dictaminación por parte de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), las Manifestaciones de Impacto Regulatorio tres Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas:

- Proyecto de NOM que establece los criterios de infraestructura, equipamiento y funcionamiento de los servicios de urgencias en establecimientos de atención médica.
- Proyecto de NOM para la prestación de asistencia social en establecimientos con servicios de albergue.
- Proyecto de NOM para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Se concluyó la revisión quinquenal y está en proceso de dictaminación la Manifestación de Impacto Regulatorio de:

- NOM-001-SSA2-1993 que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

En el marco del Acuerdo 141, la expedición de trámites empresariales mediante procesos de simplificación, oportunidad y calidad, asegurando la satisfacción de los promoventes, se atendieron un promedio de 150 trámites por mes, para un total de 1 829 en el período reportado, disminuyendo los tiempos de atención al usuario de 15 a 5 minutos de espera, en tanto que la recepción de aviso de funcionamiento y de responsable sanitario se expide de inmediato. Las licencias sanitarias y permisos sanitarios de construcción se emiten en un máximo de 45 días, que equivale a la mitad del tiempo promedio observado en períodos anteriores.

Adicionalmente, se entrega a cada persona que acude al área de trámites una “Carta de Derechos del Promoviente” y sistemáticamente se encuestan a más del 80 por ciento de ellos para conocer el grado de satisfacción del servicio recibido. Asimismo, en forma aleatoria se envían cartas para solicitar opinión respecto del servicio recibido.

El 99 por ciento de los promoventes han manifestado satisfacción respecto del servicio recibido.

Para fortalecer con eficiencia, transparencia y alta calidad técnica el papel rector de la Secretaría de Salud en el control y vigilancia sanitarios de los establecimientos de atención a la salud, y crear las condiciones propicias para lograr un cambio sustancial en la percepción de la población de que sus quejas y denuncias son atendidas de manera comedida y oportuna, se llevaron a cabo acciones de supervisión a la verificación sanitaria en el 25 por ciento de las visitas realizadas, identificando que en todos los casos ocurren conforme a derecho. Por otra parte, se ha elaborado y puesto en marcha, un sistema de precedentes que contribuya al fortalecimiento de una imagen positiva de la autoridad sanitaria en la medida que sea capaz de realizar procesos sistematizados, ágiles, transparentes y homogéneos de los actos de autoridad, en el marco del Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción.

Durante el período que se informa, se continuó el desarrollo de metodologías de reducción de tiempos para el proceso de verificación sanitaria de establecimientos de atención médica y de asistencia social, lo que ha permitido llevar a cabo los actos de autoridad de manera sistematizada en las distintas etapas del procedimiento administrativo hasta la emisión de la resolución definitiva.

Los procedimientos han tenido un 50 por ciento de reducción efectiva del tiempo total de duración, mediante el acortamiento de fechas para la comparecencia de los visitados, del tiempo para emitir la notificación de irregularidades, la corrección de las mismas y la resolución definitiva. Cabe destacar que el tiempo de corrección de irregularidades es consensuado con el visitado, quien fija el plazo para llevar a cabo las obras que implique.

La sistematización del proceso de verificación ha permitido por una parte dar transparencia al acto de autoridad y por la otra, identificar omisiones, errores o desviaciones que repercuten en su calidad técnica, optimizando los tiempos para su total ejecución.

Al igual que se hace con los trámites, se aplica en cada verificación una cédula de encuesta para que el visitado tenga la oportunidad de manifestar sus puntos vista y la forma como fue atendido durante el proceso. El 89 por ciento se manifiestan positivamente ante este acto de autoridad sanitaria.

Resultado de todo lo anterior es que el 100 por ciento de los establecimientos visitados han modificado las irregularidades identificadas, cumpliendo con la legislación sanitaria lo que da por resultado una reducción de los riesgos a la salud de la población usuaria, la satisfacción de los visitados al identificar elementos que les permiten mejorar la calidad de los servicios y la tranquilidad de saber que están cumpliendo con los requisitos mínimos que establece la propia legislación sanitaria.

2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud

A la 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 bajo su responsabilidad los siguientes programas:

- Programa de Ampliación de Cobertura.
- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud.
- Modelo Integrado de Atención a la Salud.
- Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.
- Atención Médica Especializada a la Comunidad.
- Programa de Capacitación Gerencial.
- Programa e-Salud.

A finales del 2001, se elaboró la propuesta de modificación estructural de la DGEDS, misma que a la fecha se encuentra en proceso de autorización en la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud. Ésta considera los cambios de denominación y de reubicación de las áreas que la integran con el fin de adecuar las funciones de la unidad administrativa a las nuevas

atribuciones que tiene bajo su responsabilidad, las cuales están contempladas en el Reglamento Interior vigente de la Secretaría de Salud, así como a los programas que están en proceso de instrumentación, y a partir del segundo semestre del año en curso, inició un proceso de reingeniería, el cual tiene como finalidad el rediseño de su estructura, de sus objetivos y de las funciones de las áreas que la integran.

2.2.1. Programa de Ampliación de Cobertura

Actualmente consolidado con siete años de vigencia, en fase de descentralización y por integrarse a los programas regulares de salud de las entidades federativas, ha tenido como una de sus principales estrategias el otorgamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud, el cual está constituido por un conjunto irreductible de acciones de salud que debe recibir toda la población.

La característica principal de este Programa, ha sido la focalización de las actividades en salud por realizarse en aquellos municipios que se encuentran en situación de alta y muy alta marginación, conformado en su mayor parte por grupos rurales con mayor pobreza, como los indígenas, quienes residen principalmente en áreas con gran dispersión geográfica. En su estrategia de ampliación funcional, actúa como complemento y reforzamiento de los servicios estatales de salud mediante las actividades de equipos de salud itinerantes que realizan una función complementaria con las unidades de salud establecidas. En la estrategia de la ampliación geográfica, como una extensión de los servicios de salud, fortaleciendo y optimizando la capacidad instalada de los servicios de salud existentes en el primer nivel de atención.

La coordinación entre la Federación y las entidades federativas ha sido básica para el desarrollo del Programa, entre otras acciones se firmaron acuerdos de coordinación en los cuales se definen las responsabilidades de cada nivel gubernamental; se ha establecido una estrecha relación, de tal forma que facilita un ejercicio presupuestal eficiente y transparente, que se refleja en la atención a la población.

Principales acciones y resultados

Continúa el proceso de descentralización del PAC en las 19 entidades federativas en las que ha trabajado continuamente desde el año de 1996: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Durante el período enero-agosto 2001 a enero-agosto 2002, la Secretaría de Salud aseguró servicios de salud a un poco más de 9 millones de personas, lo que representa un incremento de 5.3 por ciento, con respecto al período anterior; es decir, que atendió 454.1 personas más.

Debido a que el Programa se encuentra en proceso de descentralización a partir del último trimestre del año 2001, no se estableció como una prioridad una ampliación a la cobertura alcanzada, sino se buscó conservar la infraestructura y los servicios en las áreas prioritarias del Programa, con el objeto de que se continúe otorgando la atención.

Dentro de las principales acciones y resultados del Programa, del período 1° septiembre 2001 a 31 agosto 2002, destaca el otorgamiento del paquete básico de servicios de salud a 509.1 mil mexicanos más que en el período anterior; es decir, que se atendieron poco más de 9 millones de personas, ubicadas en cerca de 47 mil localidades de 878 municipios.

El apoyo de 13 384 recursos humanos institucionales es fundamental para operar el Programa, la cantidad de recursos humanos para el Programa se incrementó en un 23.2 por ciento con respecto al

período anterior. Cabe mencionar que desde el año 1999 se han contratado 5,128 prestadores de servicios con el apoyo de recursos federales. Especial importancia representa la participación comunitaria, actualmente están activas 10 981 auxiliares de salud, con lo cual se cuenta con el 1.9 por ciento de auxiliares adicionales.

Por otro lado, durante el 2001 se concluyeron 27 y en lo que va del 2002, se concluyeron 32 nuevas unidades de salud con el fin de ampliar y consolidar la cobertura de los servicios de salud. Asimismo, prosiguieron las acciones de ampliación, rehabilitación, conservación y mantenimiento para hacer más eficiente su operación. Las unidades médicas fijas que se encuentran en el Programa, se incrementaron en un 5.6 por ciento y los equipos de salud itinerantes en 13.7 por ciento. Para el período de análisis la operación del PAC se apoya con 2 495 unidades médicas fijas y con 1 596 equipos de salud itinerantes.

Adicionalmente el Programa se apoya con 1 669 vehículos financiados con recursos del PAC y otras fuentes de financiamiento, adquiridos en el transcurso de operaciones del Programa; 618 unidades móviles terrestres y acuáticas, 447 para supervisión, 147 para actividades de logística, 29 ambulancias y 428 para usos varios.

En el proceso de descentralización del PAC han participado representantes de los servicios estatales de salud y autoridades de las áreas centrales de la Secretaría de Salud, lo que ha permitido identificar diversas propuestas para que el proceso sea acorde con las necesidades particulares de cada entidad. Dentro de los principales resultados hay que enfatizar, la definición de instrumentos legales bajo un estricto apego a la normatividad establecida, así como la asesoría y participación de las entidades federativas para su aplicación, lo que garantizará que la transferencia de los recursos se realice con transparencia y eficiencia, para asegurar que se mantendrá un esquema operativo adecuado para otorgar el Paquete Básico de Servicios de Salud a la población de escasos recursos que se viene atendiendo.

Las acciones del PAC se han dirigido a proporcionar servicios en las zonas rurales e indígenas desprotegidas para contribuir a impulsar su desarrollo y bienestar; otorga servicios de salud en 361 municipios indígenas, en donde se estima que el 41 por ciento de sus habitantes es población indígena.

El Programa de Ampliación de Cobertura ha demostrado que, mediante una planeación adecuada y dentro del marco de atribuciones que el gobierno federal y las entidades federativas tienen, la articulación de actividades y responsabilidades prácticamente logró el reto inicial de proporcionar atención a cerca de diez millones de mexicanos con acceso nulo o escaso a los servicios de salud y que habitan en localidades rurales e indígenas con menos de 500 habitantes, con una alta dispersión geográfica y una compleja topografía, llegando actualmente a poco más de 9 millones de mexicanos beneficiarios del Programa.

Cobertura de Servicios de Salud 2002
(miles de personas)

No.	Entidad federativa	Población	Jurisdicciones	Municipios	Localidades
1	Campeche	48.1	3	3	344
2	Chiapas	1 613.3	10	77	10 500
3	Chihuahua	183.7	8	21	4 346
4	Durango	85.8	3	8	1 970
5	Guanajuato	63.5	1	6	492
6	Guerrero	940.5	6	40	2 512
7	Hidalgo	676.9	10	52	2 269
8	Jalisco	46.1	7	15	933
9	México	780.5	4	19	1 686
10	Michoacán	118.7	4	13	2 178
11	Nayarit	34.3	2	2	407
12	Oaxaca	1 206.8	6	317	2 605
13	Puebla	805.3	9	94	2 435
14	Querétaro	96.6	2	5	585
15	San Luis Potosí	252.4	5	18	1 920
16	Sinaloa	215.3	5	7	2 028
17	Veracruz	1 501.3	9	135	7 823
18	Yucatán	233.6	3	39	1 342
19	Zacatecas	98.9	3	7	456
	Total	9 001.6	100	878	46 831

Fuente: Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, SSA.

La implementación del Paquete de Servicios Básicos ha favorecido que se tenga un alto impacto en salud a un bajo costo, actuando con acciones preventivas y curativas, y en la promoción de la salud, en el autocuidado y en la participación de las comunidades, lo cual influirá positivamente a mediano y largo plazo en la cultura de la salud.

2.2.2. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes PROGRESA)

A partir de 2002, PROGRESA se transforma en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, como parte de la estrategia Contigo implementada por el Gobierno Federal, la cual incorpora nuevas estrategias en el marco de la política de Desarrollo Social y Humano Integral para superar la pobreza y garantizar el mejoramiento constante del nivel de vida de toda la población.

Las acciones del componente de salud de Oportunidades coadyuvan al logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, y está vinculado con las estrategias para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud y reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, teniendo como una de sus características principales ser multisectorial. Su misión se enfoca a potenciar las capacidades de la población que vive en condiciones de pobreza extrema para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a su vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien mejorar sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida.

Al reconocer las desigualdades que prevalecen entre hombres y mujeres, se busca dar a éstas últimas un trato preferencial al fortalecer su posición dentro del núcleo familiar, fomentando su autonomía, liderazgo, acceso y control de los recursos del hogar e implementando una política de becas que contrarreste las desventajas de las niñas para acceder a la educación.

Principales acciones y resultados

Oportunidades opera en todo el país, con excepción del Distrito Federal. Participan en la atención de las familias los servicios de salud en las 31 entidades federativas, y en responsabilidad compartida con el IMSS Solidaridad y con el IMSS Régimen Obligatorio en 17 y 28 estados, respectivamente. Para cumplir con las estrategias establecidas para la operación del componente de salud (antes PABSS), se proporciona el Paquete Esencial de Servicios de Salud a las familias de áreas rurales e indígenas con mayor grado de marginación, otorgando consultas e impartiendo pláticas de promoción y educación para la salud con el fin de concientizar a la población en el autocuidado de su salud.

Por otro lado, se brindaron apoyos alimentarios para prevenir la desnutrición en los grupos vulnerables: niños y mujeres embarazadas y en período de lactancia, con lo que fue posible reducir la mortalidad infantil e incrementar la talla en niños y niñas de zonas rurales.

Entre enero y agosto del 2002 la Secretaría de Salud tuvo en control a un total de 1 975 899 familias, y para el mismo período del año anterior atendió a 1 617 561 familias, cifras que representan un incremento de 22.2 por ciento en el número de familias en control. Para finales del año 2002 la Secretaría de Salud cubrirá a 2 082 000 familias en control, lo que representa que hasta esta fecha se ha alcanzado una cobertura del 95% del universo propuesto para el año 2002. Cabe destacar que la SSA tiene a su cargo a cerca del 66 por ciento del universo total de familias en control del Sector Salud.

En la atención de las familias participa personal institucional y en gran medida personal comunitario, gracias al fomento de la participación activa de la comunidad hizo posible que la operación del componente de salud se apoyara con un total de 39 004 recursos humanos institucionales: 14 340 médicos, 15 151 enfermeras, 6 382 paramédicos y 3 131 personas de apoyo administrativo, esto significa que durante el período de análisis se incorporaron 5 345 recursos más en comparación con el 2001. Del total, 3 539 recursos humanos institucionales fueron contratados con recursos federales: 1 409 médicos, 1 626 enfermeras y 504 fueron recursos administrativos y de servicio. Cabe resaltar que gracias al esfuerzo de gestión de la Secretaría de Salud se obtuvo presupuesto adicional para la contratación de 503 médicos, 778 auxiliares de enfermería así como 66 recursos humanos como personal de apoyo. Asimismo, participaron 18 059 auxiliares de salud, que en comparación con el período anterior representa 3.5 por ciento más.

Con respecto a la infraestructura, en el período de análisis apoyan la operación de Oportunidades un total de 7 208 unidades médicas fijas y 2 589 equipos de salud itinerantes.

La Secretaría de Salud ha logrado la asistencia a los servicios de salud de toda la familia y su acceso al Paquete Esencial de Servicios de Salud, lo que permitió que durante el período de análisis se incrementaran las consultas totales y su promedio mensual en 63.1 y 22.3 por ciento respectivamente, lográndose que se otorgaran poco más de 16.41 millones de consultas totales, lo que significa que tan sólo la Secretaría de Salud alcanzó un promedio mensual de 1.37 millones de consultas. Del total de consultas, cerca de 6.34 millones corresponden a las que se dieron a los menores de 5 años y 660.8 miles a las de mujeres embarazadas, cifras que registran incrementos de 63 y 57.1 por ciento respectivamente con respecto al período anterior.

La Secretaría de Salud otorgó apoyos alimentarios para prevenir y corregir la desnutrición en los grupos vulnerables, con la distribución de 459.4 millones de dosis de suplemento alimenticio a niños menores de cinco años y 164 millones de dosis a mujeres embarazadas y en período de lactancia, que en comparación con el período anterior significa que se dieron 143.4 millones de dosis más para niños y 49 millones de dosis más para mujeres.

Como parte de la estrategia de promoción y educación para la salud de Oportunidades, la Secretaría de Salud impartió 1.75 millones de sesiones de educación para la salud, incremento de poco más de 653 mil sesiones con respecto al lapso anterior. Como parte importante de las actividades intersectoriales, de manera conjunta, la Secretaría de Salud y la de Educación Pública realizan las actividades necesarias para brindar siete pláticas obligatorias a los alumnos becarios de educación media superior, en coordinación con los centros educativos a los que asisten los beneficiarios.

Impacto del programa

Oportunidades beneficia a la población que vive en las condiciones más desfavorables, en particular a los indígenas. Del total de municipios que participan en el programa, 530 son municipios indígenas, vinculando los esfuerzos con el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.

Oportunidades busca modificar la conducta de la población con respecto al autocuidado de su salud con estrategias de promoción y educación para la salud y la de los prestadores de servicios de salud, de una atención curativa hacia una preventiva. Esto se refleja en una asistencia regular de las familias en las unidades de salud para recibir más acciones de tipo preventivo y de control, no sólo para atención curativa.

Asimismo, otorga apoyos alimentarios para prevenir la desnutrición en los grupos más vulnerables como son los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas y en período de lactancia, con lo que ha sido posible reducir la morbilidad infantil e incrementar la talla en niños y niñas de zonas rurales. La atención integrada en materia de salud y educación, focalizando esfuerzos hacia ciertas áreas geográficas donde residen las familias beneficiarias, implican actividades de planeación, capacitación, difusión y seguimiento, por lo que el trabajo de coordinación interinstitucional ha sido muy importante para la operación del Programa.

El esquema de operación de Oportunidades, en el que se establecen la periodicidad y número de consultas por grupo etáreo, ha permitido que con el apoyo tanto de los prestadores de servicios de salud como de la población en general, se genere una mayor demanda de atención en las unidades médicas donde opera el Programa, favoreciendo el cuidado de la salud y no de la enfermedad.

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

El Programa contempla los siguientes 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 y desarrollar modelos de innovación en servicios que permitan disminuir los rezagos en salud.

Aun cuando este proyecto arrancó formalmente en el 2002, en el 2001 se iniciaron acciones preparatorias, evaluaciones ex-ante y modelos piloto, cuyo objetivo fue 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 el financiamiento de la prestación de servicios.

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, y 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.

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. 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.

Principales acciones y resultados

Dentro de las principales acciones y resultados de PROCEDES destaca la realización de talleres que han tenido como objetivo fundamental la integración de conceptos y la distribución de información acerca del programa. El primer taller fue, el titulado Diagnóstico de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos en los Hospitales Comunitarios, posteriormente se realizó el Taller para la Conceptualización de los Hospitales Comunitarios en el cual se vertieron distintos puntos de vista de los expertos en el área sobre lo que debe entenderse como Hospital Comunitario, gracias a este ejercicio se lograron incorporar diversas propuestas para concretar la conceptualización de dichos hospitales. En este mismo contexto, se realizó el Taller de Presentación del PROCEDES a las 11 entidades federativas en las que inicia el programa (Campeche, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz) con la finalidad de informar a las entidades la forma en que se operará y los recursos con que se cuenta.

Durante este período se obtuvieron grandes avances, entre los que destacan:

- La firma del Convenio No. 7061 del Banco Mundial con el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.
- Publicación del Programa de Acción del PROCEDES.
- Identificación de las poblaciones beneficiarias.
- Identificación de 207 Hospitales Comunitarios para su reestructuración y equipamiento.
- Colaboración en el Sistema Automatizado Vigilancia Epidemiológica Simplificada (SAVES).
- Diseño del Modelo Piloto del Seguro Popular.
- Diseño del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS).

Para finales del año 2002 el PROCEDES pretende tener el diagnóstico tanto del manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos en los Hospitales Comunitarios como de la situación de los laboratorios clínicos básicos de dichos hospitales.

De la misma manera, se deberá contar con la definición de los indicadores de calidad de atención a población indígena en el marco de la atención con calidad y equidad.

Impacto del programa

El PROCEDES beneficiará a 13.6 millones de habitantes de 908 municipios de bajo y muy bajo nivel de bienestar, 530 municipios con población indígena, 50 ciudades y municipios de muy alta marginación y 50 ciudades y municipios que registran altas tasas de VIH/SIDA. Para lograr beneficiar a este universo poblacional, el PROCEDES desplegará diversas acciones estratégicas de entre las que destacan la rehabilitación de la infraestructura de 207 hospitales comunitarios con el objetivo de aumentar

su capacidad resolutive, asimismo la construcción de hasta 40 nuevos hospitales comunitarios solo en donde no existe otro tipo de proveedor (público o no gubernamental) en lugares estratégicamente ubicados, optimizando el uso de la infraestructura del Sistema Nacional de Salud. Para garantizar el buen servicio y la óptima utilización de la infraestructura se tiene contemplado fortalecer la capacidad gerencial del personal de salud pertenecientes a las áreas centrales y estatales.

Por otra parte, y tomando en cuenta la particularidad de nuestro universo de acción, se instrumentarán programas transculturales de salud para la atención específica de la población indígena en las 15 entidades federativas que concentran el mayor número de la misma, así como programas de prevención de VIH/SIDA en las ciudades que concentran el mayor número de casos.

Por último y con el objeto de consolidar estas acciones, el PROCEDES también apoyará la certificación en calidad de procesos administrativos y servicios esenciales y coadyuvará a fortalecer el impacto de la estrategia e-Salud en las áreas de mayor rezago.

2.2.4. Atención Médica Especializada a la Comunidad (antes Cirugía Extramuros)

En el año de 1991 surge el Programa de Cirugía Extramuros cuyo objetivo se centra en dar respuesta a las necesidades de atención quirúrgica especializada de los mexicanos que viven en zonas de alta y muy alta marginación y que no tienen acceso regular a este tipo de servicios. Por su carácter social y por sus atributos para avanzar en la cobertura de nuevas necesidades de la población, el programa se incorpora en el año de 1997 a la Dirección General de Extensión de Cobertura, hoy Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud. A partir del 2001 el programa amplía su conceptualización y operación, por lo que se transforma en el Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad. Su coordinación es responsabilidad de la DGEDS y su operación se apoya en la coordinación y participación de diversas instituciones del Sector Salud, de los servicios estatales de salud, de los gobiernos estatales, de academias de profesionales y de universidades, así como de diversas organizaciones públicas y privadas que intervienen en su financiamiento.

El conjunto de acciones coordinadas están dirigidas a ofrecer servicios de cirugía general y especializada en algunas áreas, principalmente reconstructiva, oftálmica y ortopédica, a la población marginada y con alto grado de dispersión geográfica, en la que se utiliza la infraestructura ya existente y la colaboración altruista de personal especializado de instituciones públicas y privadas, con lo que es posible complementar la oferta de servicios a través de la optimización de la infraestructura disponible, con un enfoque de bajo costo y alto impacto, mediante la combinación de aportaciones voluntarias, suma de esfuerzos y transparencia en el ejercicio de los recursos.

La atención se otorga mediante campañas programadas en las que participan equipos multidisciplinarios médicos y paramédicos de organizaciones e instituciones participantes, quienes se trasladan a los lugares donde se practicarán las intervenciones quirúrgicas, sitios que se encuentran cerca de los lugares de residencia de los pacientes, aprovechando la infraestructura gubernamental y privada existente, bajo una estrecha supervisión del nivel central y del estatal.

Principales acciones y resultados

Para el período enero-agosto 2002 se programó un 5.7 por ciento más al comprometer 8 076 cirugías con respecto a las 7 639 del período similar anterior, es decir 437 cirugías más. El comportamiento por cirugía de especialidad fue: cirugía ortopedia 570; cirugía general 3 036; cirugía oftálmica 3 302 y cirugía

reconstructiva 731. Nuestro compromiso en 2002 es alcanzar 9 500 cirugías en 110 campañas, para agosto 2002 tenemos un avance significativo del 85 por ciento, ya que hemos realizado al 31 de agosto 8 076 cirugías en 92 campañas.

Destaca el convenio con TELMEX para realizar la compra de los insumos que se requieren para las cirugías y que no forman parte del cuadro básico. Asimismo, la realización de una reunión con representantes de la SSA de Chiapas para consolidación de su programa, específicamente para cirugía de corazón en niños con enfermedades congénitas, integrando al PAMEC en el proyecto Corazón para un Niño.

Por otra parte, se realizaron convenios con diversas asociaciones y sociedades para corroborar la continuidad en su participación y/o para la firma de nuevos convenios de colaboración, así como con instituciones privadas para solicitar y/o ampliar los donativos que otorgan al Programa.

Impacto del programa

Atención Médica Especializada permite efectuar un acercamiento de los adelantos de la medicina, ya que más allá de un evento quirúrgico aislado, se trata de una forma de trabajo que, en el marco de la equidad, pone al alcance de las familias con mayores rezagos, servicios quirúrgicos especializados que evitan el desplazamiento de los pacientes, los altos costos que este tipo de procedimientos generan y sobre todo el desarraigo de los beneficiarios.

2.2.5. Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas

Dentro de los retos más importantes del Gobierno Federal y del actual sistema de salud, se encuentra la reducción de los rezagos en salud que afectan a los grupos indígenas debido a que esta población presenta los más bajos indicadores de salud de todo el país con alta mortalidad general, infantil y materna, así como alta prevalencia de desnutrición y elevada fecundidad y períodos intergenésicos cortos, por lo que una de las principales demandas de la población indígena es diseñar una nueva política de salud orientada específicamente hacia este grupo poblacional.

Al ser la salud de los pueblos indígenas una alta prioridad del Gobierno Federal, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 incorporó una línea de acción para mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas y abatir la brecha en salud existente en relación con el resto de la población del país.

El Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas consta de diez estrategias diseñadas con base en la problemática específica de esta población. Con estas estrategias se atenderán los principales problemas que los aquejan:

- Promoverá y dará seguimiento puntual a las diferentes acciones en salud que se aplican por diversas instituciones en zonas indígenas.
- Atenderá problemas vinculados con la desnutrición, especialmente corrección de la anemia y deficiencias vitamínicas y minerales en los grupos más vulnerables: niños y niñas de 6 a 24 meses de edad y mujeres embarazadas y en período de lactancia con la administración de suplementos con vitaminas y minerales.
- Buscará respetar y responder a las prácticas, percepciones y representaciones que cada etnia tiene en torno a su salud, con el empleo de estrategias innovadoras para diseñar modelos de gestión, organización y prestación de los servicios de salud en las áreas indígenas.

- Instrumentará mecanismos para una capacitación continua del personal de salud con un enfoque intercultural que le permita incorporar técnicas para facilitar su interacción con los indígenas considerando y respetando sus valores y concepción del proceso salud-enfermedad.
- Promoverá la convivencia de la medicina institucional con la medicina tradicional.
- Empezará acciones específicas y sistemáticas para enfrentar el problema del alcoholismo.
- Hará énfasis en la comunicación educativa para desarrollar actividades de promoción de la salud.
- Buscará modificar situaciones adversas del entorno físico donde habita la población a fin de impulsar el saneamiento ambiental a través de la aplicación de tecnologías simplificadas y adecuadas a los contextos locales.
- Fortalecerá los programas de salud de la mujer bajo una perspectiva integral.
- Instrumentará las acciones necesarias para integrar en los sistemas institucionales de información en salud, la información específica sobre la población indígena que permita la instrumentación de programas específicos, la toma de decisiones y la asignación de recursos en forma ágil y oportuna.

Principales acciones y resultados

En materia de Capacitación se llevó a cabo la orientación y motivación del personal directivo de nivel estatal y jurisdiccional en 13 entidades federativas sobre el desarrollo del Programa, enfatizándose la suplementación con micronutrientes a niños y mujeres embarazadas y en período de lactancia de población indígena. Se impulsó la capacitación de personal médico que opera en 1 127 unidades de salud que atienden población indígena y se elaboró material de difusión y manuales de operación del Programa para personal operativo, jurisdiccional y estatal.

Se administraron multivitamínicos y minerales a 174 000 niños de 6 a 24 meses y 150 000 mujeres embarazadas y en período de lactancia de población indígena, para abatir el problema de anemia, en 400 municipios de 13 entidades federativas.

Se realizaron 5 talleres en 5 entidades federativas que se incorporan al Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, con la participación de personal directivo de nivel estatal y jurisdiccional involucrados en el Programa y foros de consulta con expertos de medicina tradicional y herbolaria, para la elaboración de contenidos temáticos a incorporar en la currícula de Escuelas de Medicina y Enfermería. Asimismo, se participó en seminarios latinoamericanos en Bolivia y Perú, sobre salud intercultural y saneamiento ambiental en zonas indígenas, respectivamente.

En apoyos sobre líneas estratégicas se han desarrollado los términos de referencia para la consultoría específica en Capacitación al Personal Médico que atiende Población Indígena, con enfoque intercultural; Evaluación de Proceso y Resultados de la Suplementación con Micronutrientes; Diagnóstico General de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de México; Desarrollo Tecnológico de Suplementos Multivitamínicos; Portal de Internet sobre Salud y Nutrición de Pueblos Indígenas e Indicadores de Calidad y Sensibilidad Cultural de los Servicios de Salud para Población Indígena.

El Programa recién iniciado el 5 de julio en el estado de Chiapas, registra la incorporación de 65 000 niños de 6 a 24 meses y mujeres embarazadas o en período de lactancia en 20 municipios de esa entidad federativa, capacitándose a personal médico, estatal y jurisdiccional, en el desarrollo del Programa.

Para el período enero-agosto del 2002, el Programa se amplía a 400 municipios de 13 entidades federativas, para incorporar a 190 000 niños de 6 a 24 meses y 135 000 mujeres embarazadas y en período de lactancia, lo que permitió la orientación y motivación de directivos estatales y jurisdiccionales de 13 entidades federativas, así como la capacitación del personal médico de 1 127 centros de salud que atienden a población indígena.

Para suplementación con micronutrientes el compromiso para el 2002 significa la atención de 490 500 niños de 6 a 24 meses, mujeres embarazadas y en período de lactancia de 550 municipios en 18 entidades federativas, con la capacitación del 100 por ciento del personal médico que atiende población indígena, en la ejecución del Programa y 50 por ciento de este personal con enfoque intercultural.

Principales acciones y resultados

Durante el período 1° septiembre 2001 al 31 agosto 2002, se ha logrado que la fórmula de multivitamínicos y minerales utilizados en la suplementación de niños y mujeres embarazadas o en período de lactancia haya quedado registrada con clave en el Cuadro Básico de Medicamentos, lo que facilitará los procesos de adquisición.

Asimismo, ha establecido un mecanismo de atención a solicitudes de la población indígena sobre servicios de salud, que permita una pronta y efectiva gestión ante los servicios de salud que correspondan.

Se han producido manuales de operación para el personal que atiende población indígena, sobre suplementación con micronutrientes, saneamiento ambiental, promoción y educación para la salud, medicina tradicional, servicios de salud con sensibilidad cultural, prevención y atención y rehabilitación del alcoholismo. Con escuelas de medicina y enfermería se han concretado los contenidos de la medicina tradicional de la materia de Antropología Médica.

Impacto del programa

Entre las principales acciones llevadas a cabo en el período, con impacto en la sociedad, destacan las relacionadas con los objetivos, líneas de acción y estrategias comprometidas, sobre la suplementación con multivitamínicos y minerales a niños de 6 a 24 meses y mujeres embarazadas, que permitirá atender de los efectos de la desnutrición a la población indígena, para abatir anemia y deficiencias de estos micronutrientes.

Conjuntamente con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, para la población indígena se incorpora la sensibilidad cultural, que permite una atención que considere en primer término el respeto a sus diferencias de concepción del proceso salud-enfermedad.

La incorporación del enfoque intercultural en la capacitación sistemática del personal médico que atiende a población indígena, contribuirá en mejorar la interrelación entre el prestador de los servicios de salud y la población beneficiaria.

2.2.6. 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 pretende generar una estructura del sistema de salud, que garantizará 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, considerando que un alto porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención.

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, 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. Tiene como objetivos: evitar fragmentaciones en la atención proporcionada por las diferentes instancias de salud, instituciones de atención a la salud, prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos para la salud;

- 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.

Principales acciones y resultados

Se presentó oficialmente la base conceptual del MIDAS por la Subsecretaría de Innovación y Calidad el 28 de mayo de 2002 y posteriormente se conformó un grupo de trabajo, se contrataron consultores expertos para determinar las modalidades de aplicabilidad del modelo, y se conceptualizó la nueva red de infraestructura en salud.

Impacto del programa

Con el desarrollo del Programa se espera un aumento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención y de la satisfacción de los usuarios; consolidar la cobertura básica y acceso de la población hacia el nivel hospitalario mediante mecanismos eficientes de referencia; establecer estándares mínimos de calidad de atención en todos los niveles del sistema, incluyendo a todos los prestadores de servicios de salud; incrementar la equidad en el acceso a los servicios de salud; y fortalecer la participación ciudadana en la toma de decisiones y vigilancia del actuar de los servicios de salud.

2.2.7 e-Salud Telemedicina

Las nuevas tecnologías de información y telecomunicaciones se constituyen como un apoyo invaluable para la prestación de los servicios de salud, ya que a través de ellas es posible transmitir información, audio e imágenes a distancia en tiempo real y de forma interactiva, lo que permite crear vínculos entre

los prestadores de servicios que se encuentran en unidades ubicadas en localidades apartadas y aquellas en las cuales se dispone de tecnología de punta, para facilitar el diagnóstico, tratamiento, control y, en caso necesario, el traslado de pacientes, así como un intercambio de información.

Por otro lado, las telecomunicaciones representan uno de los instrumentos para crear redes virtuales para la prestación de servicios, que son útiles para ampliar la cobertura de servicios y responder a las demandas de atención de las poblaciones marginadas de una forma más ágil y oportuna. Asimismo, permite realizar actividades de capacitación a distancia y de promoción y prevención de la salud y facilita la captación remota de los datos que requieren los sistemas de información en salud, para retroalimentar al personal involucrado en la prestación de servicios desde el nivel operativo hasta los tomadores de decisiones en el nivel estatal y Federal.

Un elemento de gran importancia es que las telecomunicaciones permiten la comunicación interna y externa entre las instituciones de salud para facilitar sus actividades de coordinación e intercambio de información, así como para poner a disposición de la sociedad en general, la información pública en salud.

Con base en las líneas de acciones establecidas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se definieron tres estrategias para la puesta en marcha del Programa: 1) Fortalecer la infraestructura informática y de telecomunicaciones del sector público de la salud; 2) Instrumentar un proyecto piloto de capacitación a distancia tomando como punto de partida la experiencia del ISSSTE en la materia y 3) Establecer un programa de mantenimiento de la infraestructura de telecomunicaciones para garantizar un adecuado funcionamiento del sistema.

En el marco de estas líneas de acción, el Programa e-Salud, al igual que el resto de los programas de la DGEDS, dirige su misión a favorecer la equidad en el acceso a los servicios, elevar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios y está compuesto por dos sistemas estratégicos: a) Telemedicina/telesalud con el propósito de crear redes telemáticas que intercomunique a los tres niveles de atención y, b) Portal e-Salud para poner al alcance de la población información y trámites en salud.

Principales acciones y resultados

La Secretaría de Salud como cabeza de Sector a través de la DGEDS, logró una coordinación estrecha con el resto de las instituciones involucradas en el desarrollo del proyecto (servicios estatales de salud de la SSA, IMSS Régimen Ordinario, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, INEGI y SCT como coordinadora del Sistema Nacional e-México), con lo cual fue posible formular, publicar y difundir el Programa de Acción e-Salud 2001-2006.

Conformación del Comité Institucional e-Salud de la SSA, cuya función principal es de coordinación entre las áreas técnicas y administrativas de la misma Secretaría que están involucradas en la definición de contenidos que se irán incluyendo en los componentes Telemedicina y Portal e-Salud.

Se estableció coordinación con el Sistema Nacional e-Salud, para participar en la prueba piloto en las comunidades indígenas de la región Huichol de Jalisco y Nayarit para establecer las acciones necesarias para desarrollar un modelo comunitario de educación básica integral con base a un convenio de colaboración.

Realización del 1er Congreso Mexicano e-Salud Integración de la Salud con las Tecnologías de la Información, las Telecomunicaciones y la Ingeniería Biomédica, en el cual se logró el intercambio de experiencias en materia de integración de la salud a las nuevas tecnologías de la información entre instituciones públicas y privadas, con la asistencia de poco más de 700 personas.

Se instalará un Centro Comunitario Digital (CCD) modelo, para poner al alcance de la población información en materia de salud, educación, comercio y gobierno a través del Sistema Nacional e-México.

Telemedicina

En el marco de acción del PROCEDES y en el universo de trabajo de este Programa en el estado de Puebla, se realiza una prueba piloto de Telemedicina para que con base en la intercomunicación de diez centros de salud, tres hospitales comunitarios y un hospital general se ponga en operación una red de Telemedicina que permita diseñar y formular el modelo nacional en la materia que, en etapas anuales subsecuentes, se pueda replicar en las entidades federativas incluidas en el PROCEDES. Se trata de probar en campo el sistema telemático que servirá de base para los servicios de salud y de capacitar al personal para operar redes de Telemedicina con aplicaciones tecnológicas acordes a la situación epidemiológica de cada región.

En este proyecto se determinarán los teleconsultorios tipo para centro de salud, hospital comunitario y hospital general. Para intercomunicar a estas unidades e iniciar, en una primera etapa, los servicios de: a) Apoyo y asesoría para el diagnóstico y tratamiento, incluye interconsulta en las 4 especialidades básicas: pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía; b) Prueba piloto en el manejo del Expediente Clínico Electrónico; c) Telecapacitación y educación continua se consideran temas prioritarios para la atención médica, salud pública y la administración de servicios de salud y; d) Referencia de pacientes.

En coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se preparan los mecanismos e instrumentos para la definición de los temas sustantivos de capacitación y educación continua a distancia, para que las diferentes direcciones generales de la SSA determinen los temas prioritarios a incluirse en la red de Telemedicina. Asimismo, en conjunto con las direcciones generales de Tecnología de la Información y de Calidad y Educación en Salud, se definirá la plataforma tecnológica a instrumentar para impartir y establecer el medio de intercomunicación a utilizar.

La modernización de los procesos de gestión y administración de servicios de salud se desarrollará en coordinación con las direcciones generales de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, el Sistema de Abasto por medios electrónicos, para dotar a los centros de salud, hospitales básicos comunitarios y otras unidades. De igual manera, en coordinación con la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño Institucional se deberán definir los sistemas de información a incorporar a la red de Telemedicina.

Con respecto a la actualización del marco jurídico y normativo en salud, la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha realizado los trabajos de análisis y actualización de la NOM-SSA-168 del Expediente Clínico para operarlo en medios electrónicos. En estas tareas se han coordinado con las áreas jurídicas y sustantivas del IMSS y del ISSSTE; asimismo, ha desarrollado los trabajos de análisis de la firma electrónica.

Por su parte, la Secretaría de Salud, con base en el Expediente Clínico Electrónico que está utilizando el Centro Nacional de Rehabilitación realizará la prueba piloto en el estado de Puebla, de tal forma que con esta propuesta y la consulta realizada a las instituciones del Sector, se tenga la posibilidad de que, a finales del 2002, se cuente con la propuesta sectorial para que los servicios de salud realicen la atención médica con el apoyo del Expediente Clínico por medios electrónicos.

La Secretaría de Salud está coordinando las actividades para que el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, integren en una primera fase, el Portal e-Salud en su conjunto.

Por su parte, la Secretaría de Salud dispone de los contenidos que ha definido el Comité de Internet, donde están representadas las áreas mayores de la SSA, los cuales constituyen la base del Portal e-Salud que se incluirá al Portal e-México. Para ello, la SCT ha convenido con la SSA la dotación de 130 antenas satelitales en el 2002, para la instalación de igual número de Centros Comunitarios Digitales en unidades de salud de los servicios de salud en los estados. A este esfuerzo de información se suman los Portales e-Salud del IMSS y del ISSSTE y, en una segunda fase se irá integrando la información en salud de las instituciones e instancias de los sectores social y privado, como universidades, hospitales y organizaciones no gubernamentales.

Impacto del programa

Mediante el Programa e-Salud además del fortalecimiento de las instituciones de salud será posible impulsar la capacidad de la población para corresponsabilizarse en el autocuidado de salud, en la búsqueda de atención oportuna con lo que se fortalecerá la transición de la atención curativa hacia una atención preventiva. Por su parte, el personal de salud se verá apoyado en sus actividades cotidianas para la atención de sus pacientes, y tendrá mayores oportunidades de actualización y desarrollo profesional a través de sistemas de capacitación y educación continua a distancia y el intercambio ágil y oportuno de información intra e interinstitucional facilitará la toma de decisiones lo que se verá reflejado en beneficio de la población al disponer de servicios de salud integrales para avanzar en la reducción de inequidades y en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

2.2.8. Capacitación Gerencial

La Capacitación Gerencial ha sido una tarea permanente dentro de la Secretaría de Salud, que tiene como fin la adecuada operatividad de sus diversos programas, buscando la participación, equidad y desarrollo homogéneo de las diferentes entidades; además de empatar las aspiraciones individuales del trabajador con las expectativas del desarrollo institucional. En este contexto, con el Programa de Acción de Capacitación Gerencial se da respuesta a la estrategia número 10 del Programa Nacional de Salud 2001-2006 de: fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud como principio de obligatoriedad.

En este marco, los principales retos comprenden:

- Fortalecer al personal directivo para dar cumplimiento eficiente a la rectoría y conducción del sistema estatal de salud.
- Formar, actualizar y desarrollar al personal operativo, elemento central de la productividad y calidad de los servicios.

Así, el Programa de Acción de Capacitación Gerencial se inscribe como parte medular en la operación de los programas de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, y para su instrumentación se han extendido puentes de colaboración con instituciones educativas correspondientes a los sectores público, social y privado, y que cuentan con experiencia en la capacitación de personal en el área de gerencia de servicios de salud. De igual manera, se estableció contacto interinstitucional con las diferentes áreas que conforman la SSA para determinar su participación dentro de la capacitación.

Asimismo, se han diseñado acciones para implementar el Programa de Capacitación Gerencial 2001-2006, en los diferentes niveles y perfiles que conforman la estructura de los servicios estatales de salud de las 31 entidades federativas, además de promover la profesionalización de la capacitación a través de la certificación.

Resultado de ello fue el diplomado sobre Gerencia de la Regulación Sanitaria, que se instrumentó en el año 2001 y en el cual participó el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), la Organización Panamericana para la Salud (OPS) y la SSA a través de un financiamiento del Banco Mundial. Dando como resultado un total de 598 directivos capacitados.

2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud

En su segundo año de operación, continuó con sus funciones de: proponer y determinar 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, entre otras.

Opera con una estructura de: tres direcciones de área -Desarrollo Sectorial, Coordinación, y Operación y Vigilancia-; cuenta con tres subdirecciones -Planeación y Análisis, Normatividad, y Supervisión de Salud Administrada-; así como cuatro jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

Como parte del proceso de innovación que comprometió el actual gobierno, la Dirección General desarrolló los trabajos tendientes a brindar protección financiera a la población, con énfasis en la no asegurada, que le permita tener acceso digno y permanente a los servicios de salud. En este contexto, llevó a cabo las siguientes actividades.

2.3.1. Seguro Popular de Salud

Para superar el reto de ofrecer protección financiera, uno de los tres grandes retos planteados en el Programa Nacional de Salud, la presente administración diseñó e instrumentó el Seguro Popular de Salud (SPS) para la población sin acceso a los servicios de la seguridad social. Este programa se constituye en el principal instrumento que permitirá al segmento de población más vulnerable evitar los gastos de bolsillo en salud en los que incurren actualmente y que se traducen en un debilitamiento de su situación económica. Fomentará la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación de la atención por motivos económicos, y el consecuente agravamiento en su condición de salud; fortalecerá el sistema público de salud, al reducir la brecha de recursos financieros destinados a familias derechohabientes de la seguridad social y los destinados a no asegurados; y contribuirá a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.

A partir del mes de septiembre del 2001, se llevaron a cabo actividades para poner en marcha este programa, entre las que destacan las siguientes:

- Se determinó el conjunto de 78 intervenciones y medicamentos asociados que compondrían el paquete de beneficios del Seguro Popular de Salud.

- Se definieron los criterios de selección de la población objetivo y de las entidades federativas participantes de este programa, alineándolo con la política social.
- Culminó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Protección Financiera que refleja la disponibilidad a pagar de la población.
- Se determinó el costo del paquete de beneficios, con el fin de establecer el subsidio que aportaría la Federación.
- A partir de enero de 2002, se llevaron a cabo las gestiones con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para aprobar las reglas de operación de este programa.

Con la publicación de las Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud el 15 de marzo de 2002, inició formalmente la afiliación voluntaria de familias beneficiarias en cinco entidades: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Asimismo, se realizaron los trabajos para definir regiones específicas en 14 entidades federativas que se incorporan a este programa durante el segundo semestre del año, bajo los criterios de equidad y disponibilidad de infraestructura que se explicitaron en las reglas de operación de este programa.

En este sentido, se definieron los criterios para la transferencia de los recursos federales a las entidades federativas; se delimitaron las funciones normativas y operativas del SPS; se realizó la transferencia de recursos “de arranque” a las primeras cinco entidades federativas participantes para preparar la infraestructura y el personal necesario para la afiliación; se instrumentó el sistema de afiliación; se inició la promoción del Seguro Popular de Salud en las zonas potenciales; se inició el proceso de registro y credencialización de beneficiarios; se contrató el personal que participará en la afiliación de familias en las 12 entidades federativas adicionales, como las principales.

Para la instrumentación del programa, se llevaron a cabo las siguientes acciones de capacitación:

- Desarrollo de cuatro talleres de capacitación de promotores y jefes de Módulo, Afiliación y Orientación (MAO) para 87 personas en los siguientes lugares: Oaxaca (15 personas); Tamaulipas (12 personas); Ciudad de México (26 personas) y Oaxtepec (34 personas).
- Seminario de Información del Seguro Popular de Salud, el día 3 de diciembre de 2001, en la Ciudad de México, con la asistencia de personal de cinco entidades en donde iniciaría el programa.
- Seminario de Instrumentación del SPS, el 29 de enero de 2002, en la ciudad de Aguascalientes, con la asistencia de las cinco entidades iniciales.
- Seminario de Incorporación de Entidades Adicionales al SPS, el 28 de abril de 2002, en Cocoyoc, con la asistencia de representantes de las 32 entidades de la República.
- Seminario de Información para entidades adicionales, 16 de mayo de 2002, en Puerto Vallarta, con la asistencia de representantes de 14 entidades de la República.
- Seminario de Instrumentación del SPS en las entidades adicionales, el 2 de julio de 2002, en la Ciudad de México, con la asistencia de los representantes donde inició el programa en el presente año.
- Taller de Asignación, Ejercicio y Comprobación de los Recursos Financieros del Programa Seguro Popular de Salud, 5 y 6 de agosto del 2002, en la Ciudad de México, con la participación de 21 entidades federativas.

En el período anterior, enero-agosto 2001, el Programa de Seguro Popular de Salud se encontraba en la etapa de diseño y gestación, por lo que todavía no se habían incorporado familias a este esquema. Durante el período enero-julio de 2002, se logró la afiliación de 7 339 familias en las cinco entidades iniciales y se establecieron los mecanismos para afiliar familias en 14 entidades adicionales durante el segundo semestre del año.

En materia de acciones para mejorar el desempeño institucional, la principal tarea para elevar la eficiencia gubernamental fue la delimitación del paquete de 78 intervenciones y medicamentos asociados que, al hacerlos explícitos y otorgar derechos a los afiliados, maximiza el impacto de los recursos presupuestales destinados a este programa. Al incorporar las intervenciones de mayor costo-beneficio, se potenció el impacto de los recursos públicos y se permitió ampliar la meta de afiliación anual de acuerdo con los recursos aprobados por el Congreso de la Unión. Asimismo, en materia de calidad se definió una “Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados” y un nuevo modelo para la atención de los asegurados que garantizará que los prestadores de servicios en centros de salud y hospitales cumplan los compromisos adquiridos por el Programa Seguro Popular de Salud. Como programa especial, los apoyos son focalizados a las familias participantes, lo cual contribuye a un uso eficiente de los mismos.

2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Como un componente importante en la estrategia de brindar protección financiera en materia de salud a quien no cuenta con ella, se estableció como una línea de acción el ordenar y regular los esquemas de prepago privado, y dentro de ésta la consolidación del marco jurídico de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). En la supervisión de estas instituciones, la SSA es responsable de garantizar que estas instituciones presten sus servicios de administración de salud con calidad. Para ello, las tareas de supervisión se realizan antes de ser autorizadas y de manera permanente, así como a través de los informes cuatrimestrales de los contralores médicos, vínculo entre esas empresas y el ente regulador.

A partir del 1º de septiembre del 2001, se realizaron las siguientes actividades en materia de regulación de las ISES:

En el último trimestre del 2001 se llevaron a cabo acciones de supervisión, ordenamiento y orientación del mercado de las ISES. En materia de supervisión se continuaron los trabajos de recopilación de información de las ISES operando y se recibió el 100% de los comentarios de las áreas supervisoras. Actualmente están en operación 4 ISES para quienes se han emitido los dictámenes correspondientes y la ratificación de los contralores médicos. Se espera que para el último trimestre del año estén en operación 13 ISES que deberán obtener previamente dichas autorizaciones por parte de la SSA.

En materia de orientación se cumplió con el programa de reuniones con los contralores médicos propuestos para las ISES y los directivos de las mismas, para orientar y definir las acciones que se tienen que ir efectuando para cumplir con la regulación establecida. Se tuvieron reuniones 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 afinar detalles sobre la regulación de las ISES. Adicionalmente se participó en seis reuniones con grupos médicos y hospitales para presentar el contenido de las reglas de operación, el ámbito de influencia de la SSA y aclarar dudas sobre el alcance de las ISES.

En el 2002 se han emitido 5 dictámenes anuales a aseguradoras que venían operando el ramo de salud. Se realizaron visitas de verificación a las ISES autorizadas en este período por la SHCP, previas al otorgamiento de los dictámenes definitivos correspondientes. Se otorgó la ratificación a los contralores médicos de las ISES autorizadas. Los contralores médicos de las aseguradoras que continúan operando el ramo de salud y de las ISES autorizadas hasta el momento, entregaron los informes cuatrimestrales correspondientes al primer cuatrimestre del 2002, mismos que fueron revisados, señaladas las observaciones correspondientes y corregidos. Se tuvieron tres reuniones con los contralores médicos de las ISES y empresas en proceso de constitución en ISES y los directivos de las mismas, para orientar y definir las acciones que se tienen que ir efectuando para cumplir con la regulación establecida.

Por otra parte, se informa, se tuvieron dos reuniones del Comité Interno, en donde se incluyó a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía, y se tuvieron reuniones con el Comité de Salud para afinar detalles sobre la regulación de las ISES.

Asimismo, se tuvieron dos reuniones con administradoras de servicios de salud para negociar la posibilidad de regularlas. Actualmente han constituido una Sociedad que será la interlocutora con la SSA para establecer un marco normativo que ordene su operación y desarrollo.

Como parte de las actividades para dar a conocer y retroalimentar el conocimiento en la materia, se participó como ponentes en los siguientes eventos:

- Congreso Nacional de Médicos de Salud Comercial América.
- Congreso Nacional de Médicos de Seguros Banamex.
- Congreso anual de la Asociación Nacional de Administración de Hospitales 2001.
- Reunión del Colegio de Medicina Interna de Nuevo León.
- Reunión con Fenacome.
- Reunión de la Asociación Neoleonesa de Calidad en Salud.
- Congreso anual de la Asociación Nacional de Administración de Hospitales 2002.
- Curso anual para médicos del Hospital ABC.
- Curso anual de Administración de Servicios de Salud de la Asociación Mexicana de Hospitales.
- Congreso anual de la Sociedad Mexicana de Calidad en Salud.
- Diplomado de Administración de Sistemas de Salud del Hospital Dalinde.

Durante todo el período, 1º de septiembre 2001 a 31 de agosto 2002, en materia de regulación de las ISES, se obtuvieron los siguientes resultados:

*Acciones y resultados del
1º de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002*

Acciones	Resultado (eventos)
Dictámenes anuales	5
Dictámenes provisionales	1
Visitas de verificación	3
Dictámenes definitivos	2
Ratificación de contralores médicos	3
Informes cuatrimestrales de contralores	12
Reuniones con contralores médicos	4
Reuniones con Comité Interno	3

Otros esquemas de protección financiera

Como parte de las acciones de protección financiera, y de manera adicional a los proyectos estratégicos de ISES y de supervisión del Seguro Popular de Salud, se han iniciado proyectos especiales. El primero de ellos corresponde a la coordinación de las acciones de protección financiera entre México y Estados Unidos para supervisar los esquemas de aseguramiento en salud en la franja fronteriza. Para ello, se estableció un mecanismo de intercambio de información con las autoridades del estado de California con objeto de facilitar los esfuerzos de supervisión y la operación de estos planes privados de prepago. Actualmente se trabaja en un acuerdo de coordinación para formalizar el mecanismo de intercambio de información y cooperación entre autoridades supervisoras.

En este sentido durante el segundo semestre del 2001, se inició el diseño de otros esquemas de protección financiera para grupos de mexicanos en condiciones especiales, como es el caso de los esquemas de protección financiera para migrantes y sus familias que buscan ofrecer alternativas de pago anticipado por servicios de salud, a los migrantes mexicanos en los Estados Unidos y sus familias, independientemente del lugar de residencia. Se concluyó el diagnóstico de la problemática de estos grupos de población, se realizó la investigación de las alternativas de aseguramiento y se inició la coordinación con las autoridades de los estados de California y Nueva York.

La etapa de diseño de estos esquemas de protección financiera se encuentra en su fase final, y se iniciará formalmente la operación de esta modalidad a fines del 2002. El programa consistirá en ofrecer información a los mexicanos en el extranjero sobre las alternativas de planes de salud prepagados que existen para ellos. Adicionalmente, el programa identificará a las familias de los migrantes que vivan en México y ofrecerá cobertura de salud mediante un pago anticipado. De esta manera, se instrumentará este esquema de protección financiera iniciando por el estado de California en donde se podrían ver beneficiados hasta 1.7 millones de mexicanos y sus familias.

2.4. Centro Nacional de Trasplantes

Con relación al período anterior se registraron cambios en la estructura a partir del 28 de mayo del 2002 que fue autorizada la propuesta de modificación estructural del Centro Nacional de Trasplantes integrándose con 2 direcciones de área: la del Registro Nacional de Trasplantes y la de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional; 4 subdirecciones, 5 jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

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. Por ello, continuó con el control y 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.

Las estrategias desarrolladas durante el período 2001-2002 incluyeron:

- Desplegar una Cruzada por la Calidad de los servicios de salud involucrados en los trasplantes.
- Construir un Federalismo Cooperativo en materia de salud.
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en materia de trasplantes.
- Ampliar la Participación Ciudadana y la libertad de elección en el proceso de la donación y trasplantes de órganos y tejidos, y
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en materia de donación y trasplantes.

Los avances con respecto a la Cruzada por la calidad de los servicios de salud involucrados en los trasplantes incluyeron:

- La documentación de los procedimientos, capacitación introductoria y sensibilización al personal del CENATRA.
- Inició la implantación de una política de calidad y valores, con la redacción de un Código de Ética y Conducta para la actividad de donación y trasplantes.
- Se diseñaron los cursos de capacitación para los coordinadores hospitalarios y operadores de las centrales de información al público, con un enfoque en la adquisición de competencias laborales.

Con relación a la estrategia de construcción de un federalismo cooperativo en materia de trasplantes:

- Se diseñó el Portal del Sistema Nacional de Trasplantes, que actualmente permite la captura en tiempo real de la información y la disposición de las estadísticas del sistema a los profesionales relacionados con la actividad del trasplante en México.
- Inició la actualización de los convenios establecidos con los estados para la formación de los COETRAS y CEETRAS.
- Diseño e implantación de un modelo Intrainstitucional de coordinación en procuración y trasplante. Organizándose la 1ª reunión de COETRAS y CEETRAS.

En cuanto a la estrategia referente a fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en materia de trasplantes:

- Se realizó la revisión, análisis y propuesta del Reglamento de la Ley en materia de trasplantes.
- Elaboración del proyecto de modificación de la Ley en materia de trasplantes.
- Diseño del Programa de verificación sanitaria y control de establecimientos y procesos de asignación de órganos.
- La creación del Consejo Interno del CENATRA.

Referente a la ampliación de la participación ciudadana y la libertad de elección:

- Se inició el fortalecimiento de vínculos con organizaciones civiles y no gubernamentales, realizándose la primera reunión de ONG's relacionadas con la donación y trasplante de órganos.
- El diseño de la estrategia de Comunicación Social que permitirá tener una congruencia entre las campañas realizadas en diversos medios y dar cumplimiento a una de las actividades sustantivas del CENATRA.
- Una de las actividades preponderantes es la organización de la Semana Nacional de Trasplantes con el desarrollo de diversas actividades en coordinación con otras instituciones del Sector Salud.
- El desarrollo de una campaña de medios masivos con un spot de televisión y dos spots de radio.
- Implementación de una campaña de relaciones públicas y entrevistas, así como el desarrollo de dos programas de radio.

Con relación al Sistema Nacional de Trasplantes, se han realizado las siguientes actividades:

- El registro de los establecimientos autorizados para la disposición de órganos y tejidos se han incrementado a 204 establecimientos al cierre de agosto del 2002, con un incremento de 13.3 por ciento con relación al año anterior; y el registro de profesionales con 2 740 personas, con un incremento de 95.7 por ciento con relación al período anterior.
- Con la finalidad de contar con instrumentos que den transparencia y certeza a la asignación de órganos de origen cadavérico, se elaboró la Lista Única de Espera, así como el sistema automatizado en Internet, que proporciona información de donadores, receptores, trasplantes realizados y evolución de éstos.
- Actualmente se cuenta con 266 centros de trasplantes de córnea, riñón, córnea, corazón e hígado, 37.1 por ciento más que el año anterior.
- Con relación a los trasplantes del Sistema Nacional de Salud se han efectuado en el período de septiembre del 2001 a agosto del 2002 los siguientes:
 - 1 500 trasplantes de córnea.
 - 950 trasplantes de riñón.
 - 45 de hígado.
 - 25 de corazón.

Lográndose un incremento sustancial en la actividad con relación al período anterior, como se indica en el cuadro siguiente:

Avance de Indicadores, 2001-2002

Meta de indicadores	Agosto 2001	Septiembre 2001 - agosto 2002
Centros autorizados por la disposición de órganos y tejidos	160	204
Registro de profesionales en el área de trasplantes	1 800	2 740
Trasplantes de córnea	1 400	1 500
Trasplantes de riñón	940	950
Trasplantes de hígado	35	45
Trasplantes de corazón	15	25

Cabe destacar el significativo avance en materia de trasplantes a niños y niñas que se realizan en nuestro país, logrando que en el Hospital Infantil de México se efectuaran exitosamente 21 trasplantes renales, con una sobrevida similar a los estándares internacionales; además se realizaron siete trasplantes de hígado, cinco de corazón y seis de médula ósea. Destacando que de un mismo donador se obtuvieron corazón, córneas, riñones e hígado que se trasplantaron con éxito, durante 35 horas ininterrumpidas. En el Instituto Nacional de Pediatría se realizaron cuatro trasplantes de médula ósea y 15 de riñón.

2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea es un órgano desconcentrado que tiene como función establecer las normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que deben regir en el nivel nacional para garantizar un abasto suficiente y seguro de sangre y sus componentes, conforme a lo establecido en la legislación sanitaria para proteger la salud de la población.

Su estructura orgánica se encuentra integrada por dos direcciones de área, cuatro subdirecciones de área, 8 jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

Sus objetivos estratégicos son:

- Proponer la actualización y simplificación de la legislación sanitaria en materia de medicina transfusional.
- Organizar y fortalecer las campañas para la donación altruista en todo el país.
- Promover y fortalecer la capacitación en el ámbito de la medicina transfusional en todo el país.
- Estudiar y analizar el 100 por ciento de las unidades de sangre captadas.
- Prevenir las posibles complicaciones debidas a la transfusión de sangre.
- Crear una base de datos fidedigna y permanente actualizada que incluya a los donadores de fenotipo poco común.

Para garantizar a la población la calidad de los componentes sanguíneos y la seguridad en su caso, se desarrollaron diversas actividades como a continuación se manifiesta:

Marco jurídico

Esta en proceso el Proyecto de modificación de la NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componente con fines terapéuticos, tiene un avance del 95 por ciento. Tiene pendiente el desarrollo de la Manifestación del Impacto Regulatorio (MIR). Asimismo, se realizó el Proyecto de modificación del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Está pendiente la elaboración de la MIR correspondiente.

El Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para la disposición de células progenitoras hematopoyéticas, tiene un avance del 65 por ciento. Sin embargo no será posible su terminación para este año.

Para dar cumplimiento con el Programa de Mejora Regulatoria, se incluyeron cuatro nuevos formatos denominados: informe mensual de ingresos y egresos de sangre, componentes y pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión, solicitud de unidades de sangre y componentes sanguíneos, libro de registro, con hojas foliadas o medios magnéticos (sistemas automatizados) de ingresos y egresos de sangre; que se suman a los tres ya existentes de licencia sanitaria, aviso de responsable y solicitud de

permiso de internación o salida del territorio nacional de sangre humana y sus componentes; con lo que pretende homologar criterios en la materia y mejorar la información y el control.

Se llevó a cabo la revisión del archivo que contiene los registros sanitarios (licencias sanitarias, avisos de responsable, actas de verificación y dictámenes) de los bancos de sangre y servicios de transfusión de las 32 entidades federativas, con la finalidad de actualizarla y estar en posibilidades de regular las condiciones de funcionamiento dentro del marco normativo vigente. Actualmente se lleva a cabo el análisis de los datos recabados.

En coordinación con los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea (CETS), se realiza el control y vigilancia sanitarios de los establecimientos en que se realicen actos de disposición de sangre humana y de células progenitoras humanas, a través de la emisión de las autorizaciones de licencias sanitarias, avisos de responsable y la realización de visitas de verificación.

Actividades	1 de septiembre - 31 de diciembre 2001	1 de enero - 31 de agosto 2002
Licencia sanitaria	62	733
Avisos de responsable	211	1 172
Verificaciones	3 673	7 535

Donación altruista

Las campañas de promoción de la donación altruista se han llevado a cabo en escuelas y universidades a través de unidades móviles equipadas con todos los recursos materiales y humanos especializados.

Celebración del día del donador altruista, el 25 de agosto conmemorando el día en que se estableció la no comercialización de la sangre en el país. En el 2002, se espera realizar la ceremonia en el auditorio "Abraham Ayala" del Hospital General de México de la SSA, con la asistencia de autoridades de la SSA, quienes cancelarán un timbre postal alusivo. Por otra parte se emitirá un billete de lotería conmemorativo.

Capacitación en medicina transfusional tiene cuatro componentes:

- Programa Anual (PA).
- Programa de capacitación para el Desempeño (PD).
- Programa de Educación a Distancia (PED-OMS/OPS).
- Programa de Postgrado (PP).

Número de capacitados

Componentes	1 de septiembre - 31 de diciembre 2001		1 de enero - 31 de agosto 2002	
	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado
PA	140	72	130	74
PD	55	33	65	195
PED-OMS/OPS	-	400	336	279
PP	3	2	3	3

Se realizó un examen para acreditar la idoneidad de los candidatos a responsable de bancos de sangre de todo el país en el mes de mayo de 2002, presentándose 67 candidatos, aprobando 18 de ellos que corresponde al 26 por ciento.

- No se ha registrado un solo caso de VIH/SIDA asociado a transfusión.
- Captación de 803 315 donadores en todo el país en el período enero-agosto del 2002.
- Se realizaron 4.2 millones de pruebas serológicas, para detectar agentes infecciosos en los donadores de sangre: VIH, AgsHB, HVC, T. cruzi y *Treponema Pallidum*.
- Se obtuvieron cerca de 1.7 millones de componentes sanguíneos, de los cuales se transfundieron 69 por ciento.
- 2 747 donantes autólogos a nivel nacional.
- 16 370 componentes obtenidos por procedimientos de aféresis a nivel nacional.
- Fortalecimiento de los bancos de sangre de manera conjunta con los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.
- Otorgamiento oportuno de los componentes sanguíneos a las instituciones que los requieren.
- Actualización permanente del registro de donadores de fenotipo poco común, cuyo número asciende a 276 donadores.
- El Programa Plasma-Albúmina para mejorar el aprovechamiento e industrialización del plasma y la producción de albúmina y de otros hemoderivados se ha visto interrumpido, pues el convenio con la compañía procesadora no ha sido autorizado.
- Capacitación profesional en Medicina Transfusional y posgrado, 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.
- Se impulsó 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

Metas comprometidas

Los logros mencionados anteriormente, significan una diferencia positiva del 2 por ciento en los siguientes rubros: donadores captados, pruebas serológicas realizadas, componentes sanguíneos obtenidos y unidades procesadas; una mejoría del 5 por ciento respecto a los componentes de aféresis obtenidos y un incremento del 84 por ciento respecto al registro de donadores de fenotipo poco común estudiados.

Respecto al avance obtenido cuando se compara con las metas proyectadas, hemos tenido un 66 por ciento de avance en los siguientes rubros: pruebas serológicas realizadas, componentes por aféresis obtenidos y unidades procesadas. El avance ha sido del 68 por ciento en los donadores captados y los componentes sanguíneos obtenidos; del 70 por ciento en los donadores autólogos captados y del 58 por ciento en el registro de los donadores de fenotipo poco común.

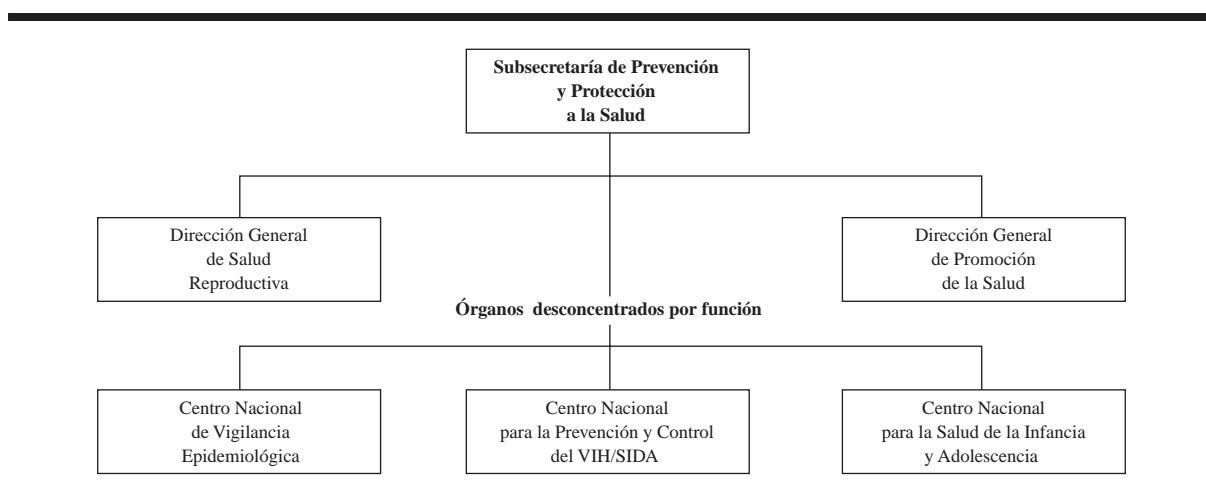
Lo anterior nos demuestra que la reingeniería en nuestros procesos, así como la estimulación del personal a fin de lograr las metas, nos han acercado al logro de los resultados esperados, aun cuando perdimos un 40 por ciento de nuestra plantilla laboral cuando se hizo efectivo el cambio de domicilio del CNTS y a pesar también, de las limitaciones presupuestales que el sector público ha padecido como parte del ajuste fiscal.

Se ha efectuado una planeación a fin de optimizar los recursos humanos y materiales, reducir desperdicio y tiempo de procesos. Asimismo, se han diseñado métodos para identificar los principales problemas operativos a fin de corregirlos y mejorar continuamente la calidad en nuestro servicio.

Capítulo 3

Subsecretaría de Prevención y
Protección de la Salud

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD



La Subsecretaría continuó con su misión institucional de vigilar, controlar y coordinar los programas dirigidos a la atención en salud pública, 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 Prevención y Protección de la Salud, cuenta con 2 direcciones generales: la de Salud Reproductiva y Promoción de la Salud; 3 órganos desconcentrados por función: el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica que incluye tres direcciones generales adjuntas: el Centro Nacional de Prevención de Accidentes, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, así como una coordinación de asesores.

Durante el período que corresponde a este informe, la Subsecretaría ha realizado diversas acciones de reforzamiento de los 22 programas de acción bajo su responsabilidad. Como parte de una estratificación que dirijan las estrategias y acciones de los programas, estos se han agrupado en cuatro rubros a saber:

Mantenimiento

Programas que han tenido éxito y tienen logros importantes en la prevención y control de enfermedades.

- Infancia, en sus componentes de vacunación, diarreas e infecciones respiratorias agudas.
- Rabia.
- Vectores, en el caso de paludismo, dengue y oncocercosis.
- Salud Reproductiva.
- Cólera.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Consolidación

Para este apartado, los programas de esta clasificación han logrado incrementar su presencia en las entidades federativas y están avanzando para alcanzar la calificación de mantenimiento.

- Cáncer Cérvico-uterino.
- VIH/SIDA e ITS.
- Tuberculosis.
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres.

Fortalecimiento

Aquellos programas que han sido reactivados y que requieren de un incremento de recursos financieros y humanos, así como una mayor participación de la población para lograr mayores niveles de prevención y control.

- Hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular.
- Diabetes Mellitus.
- Cáncer de Mama.
- Cáncer de Próstata.
- Envejecimiento.
- Accidentes.
- Salud Bucal.
- Brucelosis.

Implantación

Programas establecidos como respuesta a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo y ahora forman parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Estos programas establecen para afrontar los cambios que se han tenido desde el punto de vista, no sólo epidemiológico, sino también demográfico, en donde la sociedad cada vez tiene mayor participación en la prevención y protección de su salud.

- Arranque Parejo en la Vida.
- Comunitades Saludables.
- Educación Saludable.
- Adolescente.
- Vete Sano, Regresa Sano.

Todos estos programas de acción contribuyen a dar el "Blindaje" sanitario a la población, permitiendo reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentando los problemas emergentes. Con los nuevos planteamientos y estrategias establecidos se mantiene y fortalece el papel rector de la Secretaría de Salud dentro del Sector, en camino a colaborar en la vinculación de la salud con el desarrollo económico y social del país.

Vinculación con otros programas de salud

Una de las actividades de mayor relevancia ha sido la de identificar los diversos puntos de interés común con los diversos programas que integran el Programa Nacional de Salud, lo cual permite evitar

duplicidad y/o fortalecer cada uno de los programas que confluyen en misma población de acción. Los principales programas con los que interactúa esta Subsecretaría son:

- Seguro Popular.
- Cruzada por la Calidad.
- Oportunidades.
- PROCEDES.
- Pueblos Indígenas.
- MIDAS.
- Mujer y Salud.
- Salud Ambiental.
- Información en Salud.

Coordinación intra y extra sectorial

Se ha continuado con diversas reuniones de coordinación con las diversas instituciones del Sector Salud, así como con aquellas de otros sectores con las que se tienen vínculos de acción para la prevención y control de enfermedades. En este sentido, se tiene coordinación y vinculación con SAGARPA, Comisión Nacional del Agua, Protección Civil y con organizaciones civiles.

Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud

Se realizó el segundo encuentro con la participación de todos los responsables de los programas de acción a cargo de esta Subsecretaría, tanto del nivel estatal como federal, al igual que en el primer Encuentro la participación de los directores de administración y planeación de las entidades tuvieron una amplia participación que permitió llegar a consensos y acuerdos en la preparación del Programa Operativo 2003 (POA 2003).

En total asistieron 235 ONG's y 23 presidentes municipales de la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

Desarrollo Humano

Se continuó con el programa de desarrollo humano para todo el personal directivo y de apoyo de la Subsecretaría, a través de reuniones mensuales con todo el personal de mandos medios con la finalidad de detectar y definir acciones para mejorar la comunicación e intercambio técnico entre las diversas áreas afines.

3.1. Dirección General de Promoción de la Salud

La Dirección General de Promoción de la Salud, continuó con su función de fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de la 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.

La Dirección General, tiene a su cargo dos programas: Comunidades Saludables y Educación Saludable que permitieron fortalecer las acciones de la Secretaría de Salud, con la participación de las entidades federativas y otras dependencias federales como la Secretaría de Educación Pública, como parte de un federalismo participativo donde concurren los tres ordenes de gobierno, municipal, estatal y federal. Para cumplir con su función se apoya en 3 direcciones de área: Comunidades Saludables, Contenidos Educativos y Participación Social; 5 subdirecciones, 6 jefaturas de departamento, un secretario particular y un coordinador administrativo.

3.1.1. Comunidades Saludables

El Programa de Comunidades Saludables 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 de todos los sectores y logrando un mayor impacto en los niveles de salud y desarrollo en general.

El programa se integra con cinco componentes básicos:

1. *Municipios Saludables.*- busca la participación permanente de los gobiernos locales.
2. *Mercados Saludables.*- promueve la participación de la población y el apoyo del municipio en acciones preventivas para el control de la fauna nociva en los mercados.
3. *Escuela Saludable y Segura.*- coordina acciones a desarrollarse en el ámbito escolar, con la participación coordinada de alumnos, maestros, padres de familia y personal de salud para mejorar la educación y la salud de los escolares y del ambiente donde desarrollan su actividad.
4. *Localidades de 500 a 2 500 habitantes.*- promueve en la comunidad estilos de vida saludable, capacitación en salud y participación activa de madres de familia y la población en general.
5. *Prisiones Preventivas y Centros de Readaptación Social.*- promueve acciones de capacitación y orientación en la población de estos centros sobre el paquete de servicios de salud y sobre el saneamiento físico y ambiental del entorno.

El esquema de operación del programa se desarrolla en dos modalidades que se vinculan estratégicamente para complementarse, Participación Municipal y Organización Comunitaria para la Salud:

- *La Participación Municipal:* impulsa la colaboración de los 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, logrando actualmente la incorporación de 1 620 municipios al programa los cuales se encuentran en proceso de ser acreditados como Municipios Saludables.
- *La organización Comunitaria para la Salud:* se apoya en los grupos existentes en la comunidad, para inducir a la población a trabajar de manera responsable en el autocuidado de su salud, opera en el 100 por ciento de las unidades de salud. Sus principales logros son: la capacitación de 189 521 agentes y procuradoras de la salud en el paquete de servicios de salud, en orientación alimentaria, en ejercicios para el cuidado de la salud y en la salud de la mujer y su desarrollo.

Para dar cohesión a las acciones del programa, que permita la acreditación de los municipios y certificación de las comunidades como saludables, que incluyen acciones de capacitación, la organización comunitaria y la educación para la salud, se realizó lo siguiente:

- Presentación del programa en el marco de la VIII Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios Saludables.
- Creación del Fondo Nacional de Comunidades Saludables para apoyar a 90 proyectos.
- Durante el mes de octubre, se realizó la Primera Reunión Nacional de Comunidades Saludables en San Luis Potosí, contando con 1 423 participantes del todo el país.
- Presentación del Programa de Comunidades Saludables durante la Reunión de la Red Guanajuatense de Municipios Saludables, y durante la Reunión de la Red Colimense de Municipios Saludables.

- Constitución de la Red Sonorense de Municipios Saludables y presentación del Programa de Comunidades Saludables en esta reunión.
- Capacitación a responsables estatales y jurisdiccionales de los estados de Morelos, Guerrero, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Nayarit, Yucatán, Baja California y Estado de México.
- Realización de la II Reunión Nacional de Comunidades Saludables en Acapulco, Gro.

Se concretó la coordinación con la Comisión Nacional del Deporte para el desarrollo de las actividades de capacitación para personal y población abierta que refuerza las actividades del Programa de Ejercicios para el Cuidado para la Salud-Orientación Alimentaria. A la fecha se han capacitado 155 personas, los cuales replicarán la capacitación.

Avances de las acciones

- Constitución de 23 comités técnicos de Comunidades Saludables.
- Se ha iniciado el proceso de certificación de 11 mil comunidades.
- Se publicaron las Reglas de Operación en el Diario Oficial de la Federación con lo que se generó un apoyo importante al desarrollo de los proyectos de promoción de la salud.
- Se presenta el programa y se realizan talleres para facilitar la elaboración y presentación del expediente técnico de los proyectos en 28 estados.
- Se emitió la convocatoria para participar en los proyectos de promoción de la salud.
- Se dio seguimiento a la operación de la convocatoria seleccionando de 306 proyectos recibidos, 99 en la primera etapa, en proceso la segunda etapa.
- Se incorporaron a la Red Mexicana de Municipios por la Salud 26 redes estatales.

3.1.2. Educación Saludable

Con este programa, se propone mejorar las condiciones de salud y elevar la calidad educativa de los escolares, y revertir los índices de reprobación, ausentismo y deserción.

Durante el último cuatrimestre del 2001 se consolidaron las acciones que permitieron la puesta en marcha de este importante programa donde participa la Secretaría de Educación Pública. Para ello definieron con las autoridades de la SEP, los objetivos, metas, lineamientos e instrumentos del Programa Intersectorial y se revisaron los contenidos educativos de los libros de Texto Gratuitos de nivel primaria. Asimismo se desarrollaron 10 contenidos educativos para el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), actualmente Programa Oportunidades.

Como parte de los trabajos de inserción de las actividades del Programa de Escuelas Promotoras de Salud actualmente en el Programa de Educación Saludable, se registraron 223 012 escuelas lo que representó un incremento en relación con el año anterior de 0.1 por ciento. Entre los alcances de este programa destaca la instalación y funcionamiento de ocho Redes Estatales de Escuelas Saludables y Seguras, formándose en 2001 la Red Estatal en Durango. Con el nuevo enfoque, se fortalecen las acciones a favor de la población escolar.

En el período se atendieron en las unidades de la Secretaría de Salud, 1 431 149 escolares de preescolar, primaria y secundaria. Además de referir y atender a los menores, se otorgaron las ayudas funcionales, como son lentes, auxiliares auditivos y aparatos ortopédicos.

Como parte de la instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y del Programa Nacional de Salud para el mismo período, el 13 de agosto de 2001 se suscribieron las Bases de Coordinación entre los secretarios de Salud (SSA) y de Educación Pública (SEP), para desarrollar, ejecutar, promover y efectuar el seguimiento del Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES), en las escuelas de Educación Básica del Sistema Educativo Nacional.

A partir de estas bases se integró el grupo de trabajo entre la SSA y SEP que elaboró el Programa de Acción, documento que contiene los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas del PIES para el período 2002-2006, previéndose poner en marcha dicho programa a partir del ciclo escolar 2002-2003, que inicia en septiembre de 2002.

El PIES tiene como objetivo el lograr mejores condiciones de salud en los escolares de educación básica, de 4 a 15 años de edad, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad, a través de la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos públicos, privados y la participación social.

En el mes de octubre de 2001 se concluyó la elaboración del Programa de Acción del PIES y se inició la elaboración de los instrumentos de operación del programa. El 30 de abril de 2002 fue presentado oficialmente el Programa Intersectorial de Educación Saludable PIES, por el C. Presidente de la República, en el marco de la estrategia Contigo, en un evento que contó con la participación de autoridades federales y estatales de la SSA, SEP y SEDESOL, además de los presidentes de las Fundaciones Gonzalo Río y Banamex.

En el mes de mayo de 2002 se concluyó el proceso de elaboración, revisión y validación del manual y de los instrumentos de operación:

- Manual para el personal docente y de salud.
- Carpeta de Contenidos Educativos y Auxiliares Didácticos del PASSE, que incluye 14 intervenciones de salud, para la capacitación del personal de salud, en cuya elaboración participaron las siguientes instituciones: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Salud Reproductiva, Centro Nacional de Prevención de Accidentes, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de Rehabilitación, Centro Dermatológico Dr. Ladislao Pacue y la Coordinación del Programa Salud y Mujer.
- Guía Técnica de Instrumentos, que contiene: Formato de Registro Escolar, Diagnóstico de Salud, Programa Escolar de Educación Saludable, Cédula de Registro de la Escuela, Notificación a los Padres de Familia e Informe de Avance.

Una de las características principales del PIES es que la incorporación al programa es por voluntad expresa de los gobiernos de los estados, mediante la suscripción de un Convenio o Acuerdo de Coordinación con la SSA y la SEP; e igualmente el registro de las escuelas de educación básica al programa es voluntario, por decisión de la comunidad escolar, directores, maestros y padres de familia.

En el mes de junio de 2002 se presentó el PIES a los responsables estatales de promoción de la salud y del programa en los servicios estatales de salud y en el mes de julio, se inició el proceso de capacitación para la operación en los estados de Querétaro e Hidalgo, que fueron los primeros en suscribir el Convenio de Coordinación antes referido. Se estima que en el último cuatrimestre del presente año se suscribirán los convenios y acuerdos de coordinación con el resto de las entidades federativas.

El 30 de junio de 2002 se realizó el cierre del Programa de Escuelas Promotoras de la Salud que es el antecedente inmediato del PIES en las entidades federativas. Es importante puntualizar que el año de 2002 se consideró como la fase de transición entre el cierre del Programa de Escuelas Promotoras de la Salud y el de inicio del Programa Intersectorial de Educación Saludable. Por lo anterior, las cifras obtenidas en los registros del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) del mes de diciembre de 2001 a agosto de 2002, refieren las acciones del Programa de Escuelas Promotoras que se están adecuando al nuevo programa.

Durante el período se llevaron a cabo múltiples acciones que fortalecieron el desarrollo del programa. Destacan:

- La concertación de recursos con las Fundaciones Gonzalo Río Arronte y Banamex, para captar apoyos que fortalezcan la operación del programa en las escuelas de educación básica y en las unidades de salud participantes. Los apoyos comprenden el período 2002-2006 para el desarrollo de las actividades.
- Elaboración de la Estrategia de Comunicación Educativa y producción de un spot de radio y un spot de TV, para la campaña de Educación Saludable, misma que se difundió a nivel nacional y estatal, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2002.
- Diseño y actualización permanente de la subpágina *WEB* de educación saludable, que tiene como propósito difundir los resultados alcanzados por las entidades federativas en la ejecución del programa y establecer un canal de interacción con la población objetivo.
- Diseño conjunto entre la SSA y SEP del sistema de información y base de datos del PIES, así como su Manual de Operación.
- Concertación con el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y MARINA para la participación de sus delegaciones regionales y estatales en la operación del programa en su ámbito de responsabilidad.
- Concertación de apoyos y establecimiento de la vinculación con la unidad de Microrregiones de SEDESOL, con el propósito de definir las reglas de operación para apoyar a las escuelas de educación básica y unidades de salud, que se ubican en las microrregiones prioritarias, es decir que tienen una alta y muy alta marginación.
- Actualización de los contenidos educativos de 25 rotafolios del programa PROCEDES, en coordinación con el Centro Nacional de la Salud de la Infancia y la Adolescencia, la Dirección General de Salud Reproductiva, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes; así como de los contenidos educativos de los materiales de educación para la salud propuestos por la Alianza Yakult-UNICEF.
- Suscripción de alianza de cooperación y coordinación con Yakult-México, así como la actualización del Paquete Multimedia “El Mensajero de la Salud”.

Acciones y resultados relevantes

El Programa Intersectorial de Educación Saludable está sustentado en la coordinación estrecha entre la SSA y la SEP en los niveles federal, estatal y local. Para lograr la máxima eficiencia operativa se está diseñando el Sistema Único de Información y Evaluación de las acciones del PIES, soportado en una base de datos, donde se registrarán los avances de cada Programa Escolar de Educación Saludable, realizados entre las escuelas y las unidades de salud.

Dentro de las acciones del PIES, se encuentra la línea de prevención, detección y referencia de casos de salud, con nuevas intervenciones de salud en beneficio de los escolares. En este programa se han incluido las siguientes intervenciones de prevención y atención: violencia familiar, de adicciones, de accidentes, de trastorno por déficit de atención, salud bucal y sexualidad. El programa prevé apoyar la gestión para el otorgamiento de ayudas funcionales (lentes, auxiliares auditivos, plantillas, férulas, etc.) para escolares de escasos recursos que lo requieran, en casos que se presenten problemas de agudeza visual, auditiva y defectos posturales, respectivamente. Se ha logrado en este sentido que las Fundaciones Gonzalo Río Arronte y Banamex, apoyen con recursos las acciones del programa.

El programa pretende no sólo detectar, sino prevenir y resolver los problemas de salud que afectan a los escolares y que inciden en su rendimiento, asistencia y permanencia en la escuela; esto significa contribuir en el mejoramiento de los indicadores de morbilidad de la población de 4 a 15 años de edad. Por ello se ha establecido la coordinación con todas las unidades administrativas responsables de los programas de acción que intervienen en el PIES, además de que se ha diseñado un sistema de indicadores de evaluación del impacto del programa.

Principales problemas a superar

Fortalecer la cultura de la información en los Servicios Estatales de Salud, que debe promoverse y desarrollarse con el apoyo de las unidades centrales, a fin de integrar la información necesaria, para que los responsables estatales sean más eficientes. Así como mejorar la coordinación entre las diferentes instancias estatales: unidades de salud, jurisdiccionales y estatales, para que la información fluya de manera más adecuada y ello se vea reflejado en la eficacia de los programas.

El PIES es uno de los programas donde se promueve la vinculación intersectorial para el desarrollo de acciones entre diferentes dependencias y organismos que tienen como objetivo común, mejorar la salud de niñas, niños y adolescentes.

El PIES se convertirá en un programa estratégico para la prevención y promoción de la salud, toda vez que en él confluyen 14 programas de acción de toda la Secretaría de Salud. La coordinación entre las unidades de la Secretaría será un requisito indispensable para que los objetivos y metas se cumplan satisfactoriamente. El PIES puede ser un excelente vehículo para hacer llegar información y servicios a la población escolar, porque la escuela representa un espacio privilegiado para la promoción de la salud.

Es necesario lograr una coordinación eficiente y eficaz entre las instituciones del Sector Salud, a fin de que se atienda a toda la población que lo solicite, independientemente del régimen de seguridad social al que pertenezca.

Finalmente, debemos hacer esfuerzos para sumar a las instituciones privadas y a las organizaciones civiles, para que apoyen con recursos humanos y materiales las acciones destinadas hacia el propósito de mejorar la salud de los escolares.

3.2 Dirección General de Salud Reproductiva

Esta Dirección General continuó formulando, proponiendo, difundiendo y evaluando las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, planificación familiar y salud de la mujer.

Para cumplir con estas funciones, cuenta con una estructura integrada con 5 direcciones de área, 10 subdirecciones, 10 jefaturas de departamento y 1 coordinación administrativa.

Las acciones en materia de salud reproductiva, realizadas en la Secretaría de Salud durante los últimos 12 meses se fortalecieron con el propósito de disminuir los rezagos entre las diferentes regiones del país y contribuir al logro de los objetivos y metas del Programa Nacional de Salud, 2001-2006.

A continuación se presentan las acciones desarrolladas y los principales resultados alcanzados durante el período comprendido entre septiembre del año 2001 y agosto del 2002. Las principales fuentes de información utilizadas fueron el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), el Sistema de Información del Programa de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cérvico-uterino (PROCACU), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

3.2.1. Salud Reproductiva

En el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se concluyó la elaboración y distribución de los programas de acción de Salud Reproductiva, Arranque Parejo en la Vida, Cáncer Cérvico-uterino y Cáncer Mamario. Estos programas se derivaron del Plan Estratégico de Salud Reproductiva 2001-2006 y representan el marco de referencia para orientar las actividades en todas las instituciones de los sectores público, social y privado.

Con el propósito de apoyar las acciones de planeación en los Servicios Estatales de Salud, en el mes de junio se participó en el Segundo Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud, al que asistieron los responsables de salud reproductiva, planificación familiar, salud perinatal y cáncer en la mujer de las 32 entidades federativas. Durante este Encuentro se analizaron las estrategias del programa, se establecieron metas operativas y de resultado para el año 2003 y se determinaron los recursos financieros para integrar el Programa Operativo Anual (POA) del año 2003 en cada entidad federativa.

Como parte del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, se realizó la nueva versión de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer que entrará en vigor a partir del 2003, y permitirá continuar con el seguimiento del estado de salud de la población femenina de 20 a 59 años de edad y promover el autocuidado de la salud.

Asimismo, se efectuaron 10 visitas de seguimiento a los procesos de distribución y control de la cartilla actual en el Distrito Federal, Durango, Oaxaca, Zacatecas, Chihuahua, Colima, Querétaro, Guanajuato, Aguascalientes y San Luis Potosí.

Para mejorar los procesos de abastecimiento y control de material y asegurar la prestación oportuna de los servicios, se efectuaron dos cursos de logística de insumos en salud reproductiva, en los cuales participaron 63 representantes de los estados de México y Guerrero, incluyendo líderes estatales de planificación familiar, salud perinatal, cáncer de la mujer y responsables de almacenes estatales y jurisdiccionales.

Para fortalecer la competencia del personal mediante el desarrollo humano, se elaboró una Guía Didáctica para incorporar el componente de sensibilización en los programas de salud reproductiva. Se realizaron nueve talleres de sensibilización para personal de la Dirección General de Salud Reproductiva. También se llevó a cabo un taller de sensibilización en Veracruz y otro más en Campeche con motivo del Día Internacional de la Enfermera.

Para la difusión de los principales indicadores de impacto del Programa de Salud Reproductiva, a nivel nacional, por entidad federativa y por municipio, se elaboraron los documentos Indicadores de Resultado 1990-2000, Mortalidad por Cáncer Cérvico-uterino 2000, Mortalidad por Cáncer Mamario

2000, Mortalidad Materna 2000 y Mortalidad Neonatal 2000, lo cual permitió identificar en cada entidad federativa los municipios prioritarios.

Para difundir los avances del Programa de Salud Reproductiva en la SSA, durante el período del informe se elaboraron tres ejemplares del Boletín Trimestral Estadístico del Programa de Salud Reproductiva de la SSA, lo cual contribuyó a dar seguimiento a los resultados de las acciones realizadas en los centros de salud de la SSA en cada entidad federativa.

Adicionalmente, en el marco del Proyecto Caminando a la Excelencia, se elaboraron los boletines de planificación familiar y cáncer cérvico-uterino correspondientes a los períodos enero-diciembre del 2001 y enero-marzo del 2002. Esta iniciativa permitió identificar áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de las actividades en la SSA en cada una de las entidades federativas del país.

Asimismo, con el fin de fortalecer la evaluación del programa en el nivel estatal, así como describir y divulgar los avances y resultados más importantes, se elaboraron 32 Informes Ejecutivos de Avances y Resultados. Asimismo, se hizo la prueba piloto de la Encuesta sobre Actividad Sexual y Anticoncepción (ENASA) en los estados de Chihuahua, Zacatecas, Oaxaca, Colima, Durango y Distrito Federal, en mujeres que acuden a demandar algún servicio en los centros de salud de la SSA. Este estudio permitió concluir que es factible estimar la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres con vida sexual activa, a través de la aplicación de encuestas.

Por otra parte, durante los meses de julio y agosto se realizó el Cuarto Curso Internacional de Capacitación en Salud Reproductiva, con la participación de representantes de Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Durante la presente Administración Pública se han capacitado 37 funcionarios de los países de la región, lo que ha contribuido a fortalecer la prestación de servicios en sus áreas de competencia.

3.2.2. Planificación Familiar

La finalidad de este componente es contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados a través de la oferta de métodos anticonceptivos modernos y seguros, así como ofrecer servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, en los adolescentes y en las comunidades indígenas.

Para fortalecer la competencia técnica del personal de salud, durante el período que se informa se efectuaron Talleres de Actualización en Anticoncepción Posparto, Transcesárea y Post-aborto en los estados de Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí, Aguascalientes, Durango y Yucatán, capacitando 259 prestadores de servicio, entre médicos ginecobstetras, enfermeras y personal del área de trabajo social, entre otras disciplinas.

Para impulsar la vasectomía sin bisturí mediante la capacitación de los prestadores de servicios, así como para disminuir las resistencias para la participación activa del varón en la planificación familiar, se llevaron a cabo dos Talleres de Evaluación y Actualización en Salud Sexual y Reproductiva del Hombre en los estados de Chiapas, Oaxaca, Hidalgo y Guerrero en los que se capacitaron a 179 participantes de diversas disciplinas, incluyendo médicos, enfermeras y trabajadoras sociales involucradas directamente en los servicios de vasectomía sin bisturí. También se hicieron dos visitas de asesoría y asistencia técnica al Programa de Vasectomía sin Bisturí de los estados de Chiapas y Tamaulipas, y una Reunión Regional de Salud Reproductiva del Hombre en la que participaron representantes de Baja California, Campeche, Chiapas, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero,

Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Tabasco y Tamaulipas, con una asistencia de 40 médicos y paramédicos responsables de los servicios de vasectomía sin bisturí.

Para contribuir a reforzar las acciones de capacitación dirigidas a personal multidisciplinario que trabaja con adolescentes en instituciones educativas, se realizaron cuatro Cursos de Sexualidad y Salud Reproductiva para Adolescentes. Uno de los cursos se efectuó en el estado de Guanajuato, en el que se capacitaron a 30 prestadores de servicio de diversas disciplinas. Otro curso se realizó en coordinación con el CONALEP y la Fundación Mujer y Familia, con la participación de 70 pasantes de servicio social del CONALEP. En Yucatán y en el Distrito Federal, se realizaron cursos dirigidos a 83 prestadores de servicio y maestros de secundaria, a 43 responsables de fomento a la salud de los planteles de la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGTEI) de la SEP.

Por otra parte, con el fin de capacitar a maestros de secundaria en aspectos de sexualidad y salud reproductiva de los y las adolescentes, se realizó un curso taller en el estado de Puebla, en el que se capacitaron 34 participantes. Finalmente, en los estados de Campeche, Querétaro y el Estado de México se impartieron otros tres cursos, en los que se capacitaron a 109 prestadores de servicios de salud.

Para fortalecer la atención en salud reproductiva a grupos vulnerables de la población se realizaron Reuniones Regionales de Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas en los estados de Hidalgo, Chihuahua, Campeche y Oaxaca, así como un Taller de Salud Reproductiva en la Discapacidad en Aguascalientes, Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Yucatán capacitando a un total de 174 prestadores de servicio de la SSA.

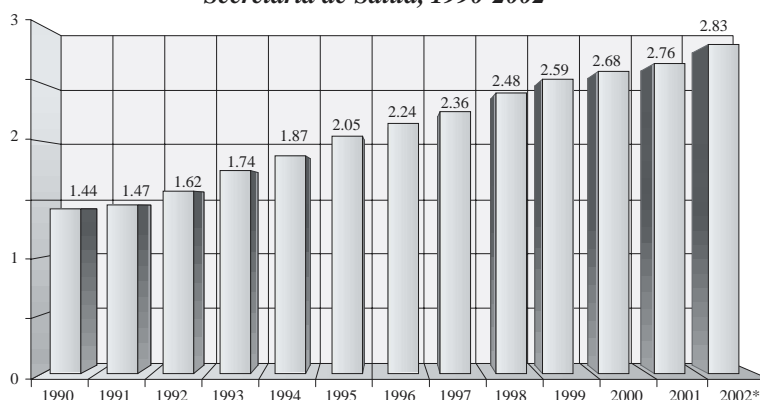
En cumplimiento a la estrategia de diseñar un proceso de supervisión y evaluación integral, periódico y sistemático se realizaron hasta el mes de agosto 11 visitas de asesoría y asistencia técnica en Puebla, Querétaro, Michoacán, Sinaloa, Aguascalientes, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Zacatecas, Durango y Tlaxcala. También se llevaron a cabo visitas de asesoría y asistencia técnica sobre el Modelo de Intervención de Salud Reproductiva en Comunidades Indígenas, en Puebla y Guerrero, así como visitas de supervisión a los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes a los estados de Aguascalientes, Jalisco y el Distrito Federal. Estas actividades contribuyeron a fortalecer la competencia técnica de prestadores de servicios de salud reproductiva.

Asimismo, se hicieron visitas de evaluación y seguimiento del Sistema Logístico de Insumos Anticonceptivos al Distrito Federal, Durango, Oaxaca, Zacatecas, Chihuahua, Colima, Querétaro, Guanajuato, Aguascalientes y San Luis Potosí con el fin de valorar los sistemas de adquisición, almacenamiento, distribución y control de anticonceptivos, lo que contribuirá a garantizar la disponibilidad de los insumos para otorgar los servicios de planificación familiar a las mujeres demandantes de este servicio en estas entidades federativas.

Las acciones de planificación familiar en la SSA han contribuido a promover la aceptación y el uso de los diferentes métodos anticonceptivos que se ofertan en la institución. De acuerdo con los datos del SISPA, durante los primeros ocho meses del 2002 se captó un promedio mensual de 68 390 nuevas aceptantes de métodos de regulación de la fecundidad.

La aceptación de métodos anticonceptivos de mayor efectividad y continuidad en la institución ha permitido mantener la tendencia ascendente en el número de usuarias activas. En diciembre del año 2001 según el SISPA había en el programa 2 756 416 usuarias activas de algún método anticonceptivo otorgado por la SSA, lo que representó una cobertura del 22.6 por ciento del total de mujeres en edad fértil de la población potencialmente usuaria de los servicios de la institución. De acuerdo con la tendencia observada, para agosto del 2002 se estima que el logro en la SSA sea de aproximadamente 2 832 615 usuarias, lo que representa un incremento de 5.6 por ciento respecto al avance en diciembre del 2000.

Total de usuarios y usuarias activas de anticonceptivos
Secretaría de Salud, 1990-2002



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

La distribución de usuarias activas de métodos de planificación familiar en la SSA al cierre del período analizado, muestra gran porcentaje de uso de métodos definitivos. Aproximadamente el 39 por ciento del total de las usuarias está regulando permanentemente su fertilidad con estos métodos, en tanto que sólo el 17 por ciento usan DIU y otro tanto los hormonales inyectables.

La tasa de retención de usuarios observada durante el año 2001 en la SSA fue de 68.6 por ciento, lo que indica que de cada diez usuarios que estaban haciendo uso de algún método anticonceptivo otorgado por la institución a finales del 2000 o bien que se incorporaron al programa durante el 2001, aproximadamente siete lo continuaban usando al final de ese año. Existen entidades federativas, sin embargo, en donde la tasa de retención fue superior a 75 por ciento, entre los que destacan Tabasco, Querétaro, Puebla y Estado de México.

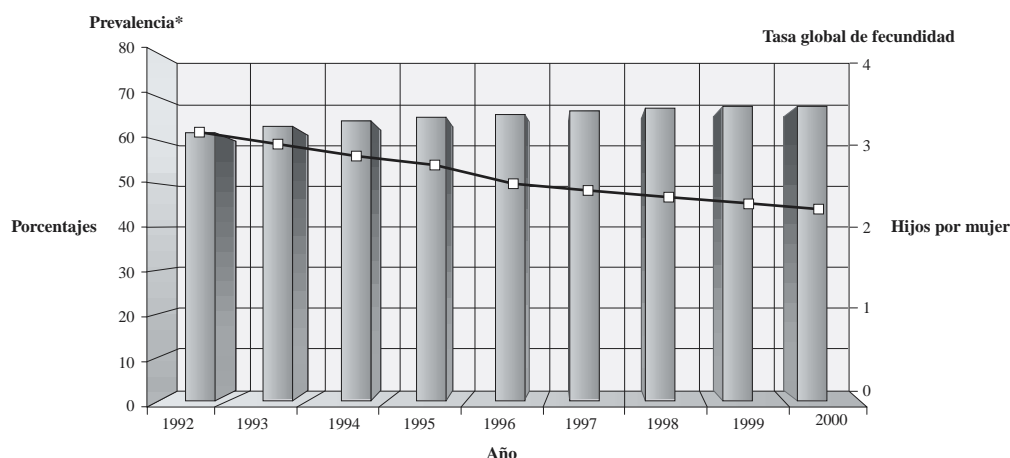
Los servicios de orientación-consejería en planificación familiar se han fortalecido en los últimos años en la institución, particularmente en el control prenatal, durante el año 2001 el número de mujeres que adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario por la atención de un evento obstétrico fue de 277 417 aceptantes, lo que representó una cobertura 40.4 por ciento del total de los eventos obstétricos atendidos en la institución durante el mismo año. El análisis por entidad federativa señala que en Tamaulipas, Nuevo León y Colima este indicador fue superior a 70 por ciento, que es la meta nacional comprometida para finales de esta Administración.

Actualmente la SSA cuenta con 170 servicios de atención en vasectomía sin bisturí en todo el país, lo que ha contribuido a impulsar el uso de este método de regulación definitiva de la fertilidad en la institución entre la población masculina. Durante el año 2001, de acuerdo con datos del SISPA se realizaron 5 249 vasectomías, lo que representó una productividad mensual de 437 procedimientos quirúrgicos. Se estima que durante el año 2002 el promedio mensual de vasectomías se incrementó a 473 procedimientos quirúrgicos, lo que representó un incremento de 8.2 por ciento.

Las acciones desarrolladas en materia de planificación familiar en la SSA, han contribuido a aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en todo el país. Para el año 2002 se estima en casi 10 millones de usuarias activas de planificación familiar, lo que representó una cobertura de 71.8 por ciento del total de las mujeres en edad fértil unidas y un incremento de más de 122 mil usuarias activas con respecto al año 2001.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanzada, ubica a México en el cuarto lugar en la región de América Latina y El Caribe, ya que de un total de 21 países sólo es superado por Brasil, Costa Rica y Colombia.

Prevalencia de uso y tasa global de fecundidad 1992-2000



* Mujeres en edad fértil unidas que usan algún método anticonceptivo.
Fuente: Estimaciones del CONAPO.

3.2.3. Arranque Parejo en la Vida

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, tiene como propósito brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

Cabe mencionar que en este componente se encuentran integradas las acciones dirigidas a la atención del embarazo, parto y puerperio, que corresponden a salud perinatal.

Durante el período del informe, se realizaron acciones que han contribuido a que las mujeres tomen decisiones responsables y disfruten el derecho a tener una maternidad saludable, así como a que los niños y niñas sean sanos, favoreciendo su desarrollo y garantizando un acceso equitativo a los servicios de salud.

Por Acuerdo Secretarial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 30 de octubre del 2001, se creó el Comité Nacional del Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida, en el que participan todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Este Comité tiene como objetivo proponer políticas, lineamientos, normas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa.

La primera fase de este programa inició en los estados de Aguascalientes, Campeche, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Tabasco y Veracruz, focalizando las acciones en los 151 municipios con mayor incidencia de mortalidad materna, para lo cual se instalaron oficialmente los Comités Estatales correspondientes, con la participación de las instituciones del Sector Salud y de organismos no gubernamentales. Asimismo, se capacitaron en estas entidades federativas a más de 2 200 prestadores de servicios de diversas disciplinas para mejorar la calidad de la atención de la embarazada.

Para avanzar en la implementación de la red de servicios de salud, se presentó el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, a los nueve estados seleccionados para implementar el Programa en una segunda etapa: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Yucatán, y se realizó una visita de asesoría y asistencia técnica a estas entidades, para seleccionar los municipios a incluirse, así como las unidades propuestas como Clínicas y Hospitales Sí Mujer.

Para fortalecer la coordinación con otras áreas de la SSA, se seleccionaron conjuntamente con los programas de Equidad y Desarrollo, Atención a Pueblos Indígenas, Microrregiones, Seguro Popular y Oportunidades, 330 municipios prioritarios para intensificar las actividades en las dos primeras etapas de implantación del programa.

Se elaboró una Carpeta Informativa Básica Estatal para la operación de las unidades Sí Mujer, que incluye los requerimientos de infraestructura, recursos humanos, materiales y los criterios para seleccionar los municipios en donde se implementa el programa.

Se realizó un diagnóstico situacional en las nueve entidades federativas de la segunda etapa, a través de visitas a todas las probables Clínicas y Hospitales Sí Mujer, además de algunas unidades de primer nivel, para conocer los recursos humanos, materiales y equipo con que cuentan estas unidades, para la implementación del programa y durante los meses de julio y agosto se instalaron los Comités Estatales del programa de acción en estas entidades federativas.

Durante la ceremonia conmemorativa del primer aniversario de este programa, la Fundación Vamos México hizo la entrega oficial de equipo médico gestionado ante la Fundación Telmex por un valor de 80 millones de pesos. Esta acción permitió equipar una unidad hospitalaria en cada uno de los siete estados de la primera etapa del Programa, en donde se instalarán los Servicios Integrales de Control y Prevención de las Discapacidades (SINDIS), a través de la adquisición de 90 equipos de ultrasonido, 94 tococardiógrafos, 73 incubadoras normales, 81 cunas térmicas, 21 lámparas para fototerapia, 50 incubadoras de traslado, 28 respiradores mecánicos y siete equipos de ultrasonido con traductor transfontanelar. La distribución de equipo se realizó según se muestra en el siguiente cuadro:

Equipo Médico Donado por la Fundación Telmex según Entidad Federativa de la Primera Etapa

Estados	Ultrasonidos	Tococardiógrafos	Incubadora normal	Cuna Térmica	Lámpara para fototerapia	Incubadora de traslado	Respirador mecánico	Ultrasonidos con traductor transfontanelar
Aguascalientes	4	7	3	7	3	3	4	1
Campeche	9	9	6	3	3	5	4	1
Hidalgo	12	12	8	8	3	8	4	1
Morelos	5	6	5	7	3	4	4	1
Nayarit	4	4	3	7	3	3	4	1
Tabasco	19	19	14	16	3	8	4	1
Veracruz	37	37	34	33	3	19	4	1
Total	90	94	73	81	21	50	28	7

Fuente: SSA. Dirección General de Salud Reproductiva.

En relación con el componente estratégico de Monitoreo y Evaluación se realizó una reunión técnica sobre el sistema de evaluación Evalúa-APV, y la Segunda Reunión de Evaluación del Programa.

Con el fin de promover el Programa Arranque Parejo en la Vida, se elaboró una estrategia de comunicación del programa, que incluyó la instrumentación de dípticos y carteles con información del embarazo saludable y derechos de las embarazadas, cuatro spots para radio y televisión y a través de CEMESATEL se presentó el programa a todas las unidades hospitalarias de la SSA.

Para avanzar en la estrategia de formación de capacitadores de parteras y de personal comunitario en la atención integral del embarazo, parto, puerperio y recién nacido se realizó un censo de parteras que colaboran con la SSA, así como un diagnóstico de capacitación. Lo anterior permitió gestionar ante la Fundación Vamos México, la donación de 14 303 maletines para las parteras de las 16 entidades federativas de la primera y segunda etapa, y paralelamente se realizaron cursos de capacitación a personal de enfermería. Para la certificación de parteras, se estableció coordinación con el IMSS, el IMSS-Solidaridad y el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER) para la elaboración de una Norma de Competencia Laboral para Parteras.

Durante el período del informe se logró capacitar a 2 243 prestadores de servicios que contribuirán a mejorar la calidad de la atención de la embarazada.

Se elaboraron cuatro lineamientos técnicos relacionados con la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal, cesárea segura, estimulación temprana y prevención y detección, atención y manejo de los defectos al nacimiento y tres manuales de atención para el embarazo saludable, parto y puerperio seguro, recién nacido sano, urgencias obstétricas y niñas y niños bien desarrollados. En el marco de la misma estrategia, se produjo y distribuyó a 18 entidades federativas el lineamiento para la campaña Arranque Parejo en la Vida y la guía para la operación de los equipos 4x4 del programa de acción y se elaboró un cartel, un tríptico y un spot denominado Para Dibujar una Vida Mejor.

Durante el año 2001 se proporcionaron 4.2 millones de consultas de control prenatal en la institución, por lo que en promedio cada embarazada recibió 3.44 controles durante su embarazo, cifra ligeramente superior a la del 2000 (3.39) y se estima que este indicador se mantuvo durante el primer semestre de este año.

Durante el año 2001 se atendieron 741 108 eventos obstétricos, de los cuales el 93 por ciento se atendieron en unidades médicas de la SSA y el 7 por ciento restante en las localidades rurales del componente comunitario, incluyendo los atendidos por las parteras tradicionales. De continuar la tendencia de los datos observados se espera que durante los primeros ocho meses del año 2002 se hayan atendido 528 658 eventos obstétricos.

Las acciones han contribuido a la reducción de la mortalidad materna en el país. De acuerdo con cifras oficiales del INEGI, en el año 2000 se registraron 1 310 muertes maternas, lo que significó una tasa de mortalidad materna de 4.68 defunciones por cada 10 000 nacidos vivos registrados y una reducción de 13.3 por ciento con respecto a 1990.

El análisis de las muertes maternas según variables sociodemográficas y de servicios muestran diferencias importantes. De acuerdo con los datos oficiales del año 2000, se estima que la edad promedio a la que ocurre la muerte materna en México es de 28.6 años y que el grupo de edad en el que hay una mayor incidencia es el de 25-29. Los datos por escolaridad indican una baja incidencia entre las mujeres de mayor escolaridad.

*Distribución Porcentual de Muertes Maternas según Grupos de Edad y Escolaridad
México, 2000*

Grupo de edad	Porcentaje	Escolaridad	Porcentaje
< de 15	0.9	Ninguna	12.6
15-19	11.5	< de 3° de primaria	13.3
20-24	20.7	3-5 de primaria	13.3
25-29	22.2	primaria incompleta	25.0
30-34	20.9	secundaria	21.8
35-39	15.1	preparatoria	9.5
40 y más	8.7	profesional	4.4
Total	100.0	Total	100.0

Para el año 2001, de acuerdo con información preliminar del SEED se estima una tasa de mortalidad materna fue de 4.53 defunciones por cada 10 000 nacidos vivos registrados. Los estados que registraron las tasas de mortalidad más altas fueron el Estado de México (6.6), Oaxaca (6.3) y Puebla (6.2).

También la mortalidad neonatal se redujo en los últimos años. Según cifras del INEGI, en el año 2000 ocurrieron oficialmente 23 522 defunciones neonatales, por lo que la tasa se estimó en 8.41 muertes por cada 1 000 nacidos vivos registrados y representó una reducción de 30 por ciento con respecto a 1990. La información preliminar de las defunciones neonatales según el SEED, indica que la tasa de mortalidad neonatal es de 7.84 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos registrados.

Salud Perinatal

Con el propósito de garantizar una maternidad sin riesgos y para reducir las causas que afectan la salud del binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, se realizaron las siguientes actividades:

- El diagnóstico de la infraestructura de las posibles Clínicas y Hospitales Sí Mujer.
- Censo y capacitación de las parteras que colaboran con la SSA.
- Capacitación de prestadores de servicios para mejorar la calidad en la atención del parto.
- Elaboración y distribución de material didáctico para fomentar una cultura del autocuidado.
- Se logró que cada embarazada recibiera 3.44 consultas durante su embarazo, durante el primer semestre de este año.
- Se estima que de enero a agosto de 2002, se atienden más de 52 mil eventos obstétricos.

3.2.4. Climaterio, Postmenopausia e Infertilidad

Durante el período de este informe se fortalecieron las acciones para informar a las mujeres sobre el cuidado de su salud, principalmente en el período perimenopáusico, menopáusico y postmenopáusico; así como para favorecer la atención oportuna y reducir los efectos causados por la reducción de la función gonadal.

Entre las principales actividades destacaron:

- Se llevaron a cabo las modificaciones sugeridas por la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-SSA2-2000, Prevención y Control de Enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia, el documento final está en revisión para su publicación como Norma Oficial Mexicana en el Diario Oficial de la Federación.
- Se inició con el Colegio Mexicano de Sociedades de Climaterio, la difusión del Proyecto de Norma entre los profesionales de la medicina y con el público, mediante reuniones mensuales.
- Inició un proyecto con el Instituto Tecnológico de Monterrey, para incluir el PROY-NOM-035 en el currículo del Diplomado en Climaterio y Menopausia que ofrece el Instituto vía electrónica.
- Asimismo, se están elaborando materiales de información y educación para la población en general.

En materia de infertilidad, se constituyó el Comité Consultor Temporal para revisar la utilización de células troncales. La conclusión de este comité fue que es importante continuar con la investigación de esta metodología, con fines terapéuticos, pero por el momento no con fines de aplicación a la reproducción humana. Se continúa con la promoción del autocuidado de la salud sexual y reproductiva, para evitar las infecciones de transmisión sexual, principal causa de infertilidad en nuestro medio.

En materia de reproducción asistida, se está revisando una propuesta de reglamento para la aplicación de estas técnicas.

3.2.5. Cáncer Cérvico-uterino

El programa de acción de Cáncer Cérvico-uterino, tiene como misión brindar información y servicios de calidad, para contribuir a que todas las mexicanas prolonguen su vida saludable y sin riesgos, con respeto absoluto a su libre decisión. Las acciones en la SSA han contribuido a informar a hombres y mujeres sobre los riesgos del cáncer cérvico-uterino, a que tomen mejores decisiones sobre el autocuidado de su salud y busquen oportunamente el apoyo y la atención de los servicios de salud accesibles, de calidad y eficientes.

Con el fin de fortalecer la infraestructura del programa se distribuyeron insumos para realizar más de 3 millones de estudios de Papanicolaou; también se distribuyeron insumos para dar tratamiento a 500 mil pacientes en las clínicas de displasias y se distribuyó instrumental y equipo a las nuevas clínicas de displasias de las 32 entidades federativas del país.

Para avanzar en la estrategia de privilegiar la atención en los estados y municipios de alto riesgo y mayor rezago en su cobertura en áreas rurales y zonas marginadas, con apoyo de unidades móviles se hicieron actividades de detección, diagnóstico y tratamiento con personal altamente calificado, como médicos especialistas en colposcopía y citología, y enfermeras capacitadas en la técnica de la toma de muestra cervical Papanicolaou. El logro en cuanto a los estados programados para visitas se puede observar en el siguiente cuadro.

*Campañas de las Unidades Móviles de Cáncer Cérvico-uterino
según Entidad Federativa*

Estados visitados hasta diciembre de 2001	Estados programados agosto de 2002	Estados visitados hasta agosto de 2002
Veracruz	Chiapas	Chiapas
Michoacán	Campeche	Campeche
Chiapas	Estado de México	Estado de México
Oaxaca	Querétaro	Querétaro
Guanajuato		Yucatán
Guerrero		San Luis Potosí
		Chihuahua

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva.

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 hicieron visitas a los estados de Guerrero, Veracruz, Morelos, Oaxaca, Chihuahua, Colima, Nuevo León, Aguascalientes, Distrito Federal y Yucatán.

Por otro lado, para contribuir a la difusión y promoción de la prevención del cáncer cérvico-uterino, se elaboró un Lineamiento de Comunicación para la campaña El Papanicolaou una Esperanza de Vida, que se transmitió a nivel nacional del 8 de marzo al 31 de mayo del 2002, a través del radio y la televisión. También se elaboró un díptico plastificado con la técnica de la toma de Papanicolaou, sobre tratamientos de los procesos inflamatorios cérvico-vaginales y otro con información sobre las características clínicas de la cervicitis y vaginitis más comunes.

Con el fin de definir estrategias y acciones de capacitación y mejoramiento operativo del Programa, se realizó una reunión con personal de los 23 estados y municipios prioritarios en mortalidad por cáncer cérvico-uterino, en la que participaron en total 130 personas. Asimismo, con el propósito de fortalecer la asistencia técnica de los prestadores de servicio del programa, específicamente en las clínicas de displasias, se llevó a cabo la reunión nacional de colposcopistas, con la asistencia de 140 médicos, lo que permitió unificar los criterios para la atención de pacientes en todo el país.

Además se impartió un curso de prevención y control del cáncer cérvico-uterino para personal de enfermería con una asistencia de 40 participantes. En apoyo a la Compañía Avon se realizó la “Semana de la Salud de la Mujer” durante el mes de mayo con la toma de 220 muestras cervicales (Papanicolaou) a las promotoras de la compañía, de las cuales 15 se atendieron en la clínica de displasias instalada, confirmándose cinco lesiones premalignas. También se participó en la EXPO-MUJER que se realizó en el *World Trade Center*, en coordinación con la Asociación de Lucha contra el Cáncer, ofreciendo servicios para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y realizando 617 estudios de Papanicolaou. Además se efectuaron reuniones de coordinación con el Grupo Técnico Interinstitucional de Cáncer Cérvico-uterino, para definir los criterios de evaluación del programa del período 2002-2006.

Con la finalidad de corregir las desviaciones y fortalecer el servicio del programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino se realizaron visitas de supervisión y asesoría técnica a los estados de Oaxaca, Estado de México, Puebla, Jalisco, Chiapas, Morelos, Colima, Nayarit, Veracruz, Yucatán, Tabasco y Guerrero. Lo anterior contribuyó a la detección oportuna de desviaciones y a la emisión y ejecución de medidas correctivas para asegurar la prestación eficiente, eficaz y de calidad de los servicios.

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. Durante el año 2001 se efectuaron 2.2 millones de citologías para la prevención y el control del cáncer cérvico-uterino, de las cuales 945 508 fueron citologías de primera vez en mujeres de 25 a 64 años de edad, alcanzándose una cobertura global del 30.1 por ciento del total de mujeres de 25 a 64 años de la población potencialmente usuarias de los servicios de la institución. De acuerdo con los datos del PROCACU, de enero a agosto del 2002 el avance en la meta de exámenes para detecciones es de 73.9 por ciento, de 49.8 por ciento en la meta esperada de detección de displasias y de 29.2 en la detección de cáncer.

**Número de Detecciones, Displasias y Cánceres Detectados
2001-2002**

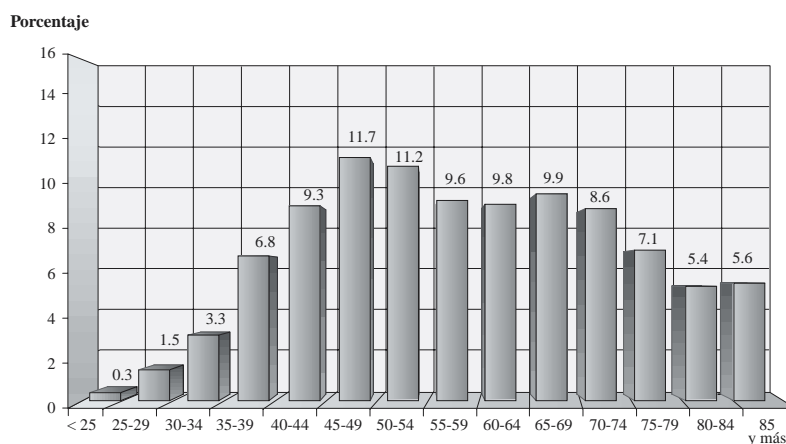
Concepto	2001	Agosto esperada	2002 alcanzada	Diciembre 2002
Exámenes para detecciones	2 266 111	2 380 950	1 760 176 73.9 %	2 640 264
Displasias	37 372	64 285	32 035 49.8 %	48 052
Cáncer	4 532	11 904	3 477 29.2 %	5 216

Fuente: PROCACU 2000.

Las acciones realizadas en la SSA, han contribuido a la reducción de la mortalidad por esta neoplasia maligna en el país. Según el INEGI, en el año 2000 ocurrieron 4 601 muertes entre las mujeres de 25 años y más, lo que representó una tasa de 19.29 defunciones por cada 100 mil mujeres de este grupo de edad. Con respecto a la tasa de 1990 es una disminución de 22.7 por ciento.

Los datos de cáncer cérvico-uterino según aspectos sociodemográficos y de servicios indican que existe una mayor incidencia de muertes entre las mujeres de 45 a 70 años y que la edad promedio a la que mueren las mujeres por este tipo de cáncer es a los 58.6 años de edad. Por escolaridad se observa una fuerte incidencia entre las mujeres de baja escolaridad, así como entre mujeres sin ninguna derechohabiencia y derechohabientes del IMSS.

**Distribución porcentual de muertes por Cáncer Cérvico-Uterino según grupo de edad
2000**



Fuente: INEGI.

Distribución Porcentual de Muertes por Cáncer Cérvico-uterino según Derechohabiencia y Escolaridad México, 2000

Derechohabiencia	Porcentaje	Escolaridad	Porcentaje
Ninguna	43.6	Ninguna	30.6
IMSS	45.4	< de 3º de primaria	21.9
ISSSTE	7.4	3-5 de primaria	13.8
PEMEX	0.7	Primaria incompleta	21.7
Fuerzas Armadas	1.1	Secundaria	6.3
Otra	1.8	Preparatoria	2.8
		Profesional	2.9
Total	100.0	Total	100.0

Fuente: PROCACU 2000.

En el año 2001 según cifras preliminares del SEED, se estima que la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino fue de 17.75 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 a 64 años de edad. De acuerdo con estos datos preliminares los estados en donde se registran las tasas más altas son Colima, Chiapas, y Oaxaca con 25.91, 25.25 y 25.80 respectivamente de defunciones por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres de 25 años y más.

3.2.6. Cáncer de Mama

El Programa de Acción Cáncer de Mama, tiene como objetivo brindar información y servicios de calidad en materia de prevención y control, para contribuir a que todas las mexicanas prolonguen su vida saludable y sin riesgos con absoluto respeto a su libre decisión.

Las acciones llevadas a cabo durante el período del informe han contribuido a que hombres y mujeres estén bien informadas de los riesgos del cáncer mamario y que tomen mejores decisiones para el autocuidado de su salud y busquen oportunamente el apoyo y la atención de los servicios de salud accesibles, de calidad y eficientes.

En cumplimiento a la estrategia de definir lineamientos metodológicos para mejorar la competencia técnica del prestador de servicios en la detección oportuna del cáncer de mama, en enero se realizó el curso básico de Patología de la Glándula Mamaria en los estados de Chihuahua, Coahuila, Colima, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Tamaulipas y Sonora, así como el curso de Actualización en Imagenología de la Glándula Mamaria. Con éstas se capacitó a un total de 360 prestadores del servicio de salud en unidades del primer y segundo nivel de atención.

Durante el mes de mayo se realizó el Tercer Congreso Nacional de Mastología y el II Seminario Internacional de Detección Oportuna de Cáncer Mamario, también se realizaron acciones de coordinación y gestión, con la finalidad de incrementar las acciones de detección, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, y se firmó un convenio entre la empresa *Johnson & Johnson* y los Servicios de Salud del estado de Nayarit.

También se participó en el curso-taller de Diagnóstico Oportuno de Cáncer de Mama dirigido a enfermeras de primer nivel de atención, contando con 40 participantes de diferentes entidades federativas, y se colaboró en la 1ª Semana de Salud de la Mujer que organizó *AVON Cosmetics* para sus vendedoras y distribuidoras, realizando la exploración clínica de la glándula mamaria y la enseñanza de la autoexploración, atendándose a 250 mujeres.

Durante el período que se informa, se participó en emisiones del Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL) órgano educativo con sede en el Hospital Infantil "Federico

Gómez” que transmite su señal a unidades hospitalarias en la República Mexicana, así como en tres programas de difusión masiva de la Televisión Mexiquense.

Las acciones para la detección oportuna del cáncer mamario muestran avances importantes, ya que el número de mastografías muestra una tendencia a la alza. Para agosto del 2002 se estima que el número de mastografías llegue a 30 505 y que el número de mastógrafos se incremente en un 12.9 por ciento con respecto a los instalados en el 2001. Sin embargo el por ciento de uso de la capacidad instalada se ha mantenido a través de los años en un 22.4, lo que indica una subutilización de los equipos y una necesidad de seguir fortaleciendo la capacitación y sensibilización del personal prestador de servicios y la sensibilización y toma de conciencia de las mujeres en la detección oportuna del cáncer de mama.

*Número de Mastografías
Secretaría de Salud, 1998-2002*

Concepto	1998	1999	2000	2001	2002*
Número de mastografías	23 327	32 836	39 618	42 210	30 505
Diferencia % del año anterior con respecto al siguiente	100 %	41 %	21 %	7 %	7 %
Número de mastógrafos	45	53	58	62	70
Capacidad instalada	118 800	139 920	153 120	163 680	184 800
% de uso	20 %	23 %	26 %	26 %	17 %

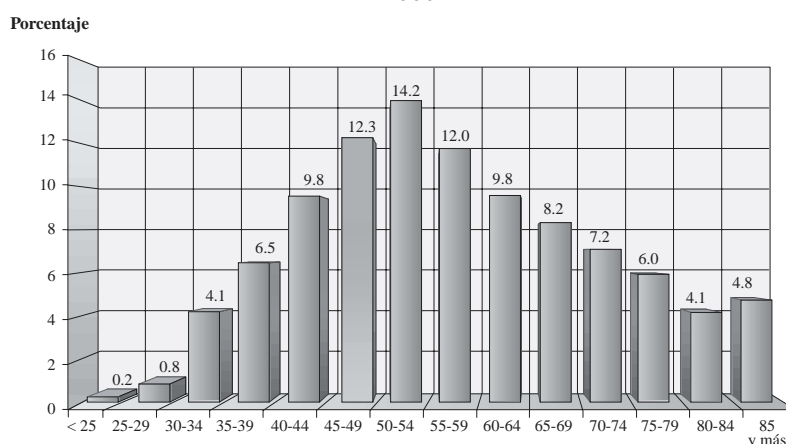
* Estimado enero-agosto 2002.
Fuente: Registros específicos del programa de CAMA.

Por otro lado, durante el 2001 se realizaron 3 543 101 detecciones, encontrándose 3 529 568 resultados negativos a patología mamaria y se refirieron como casos sospechosos a 13 533 (0.3 por ciento) mujeres por presentar alguna alteración mamaria.

Las acciones en cáncer de mama han contribuido al cambio en la tendencia de la mortalidad por este cáncer. De acuerdo con datos del INEGI, hasta 1995 se observa una tendencia sostenida a la alza, pero a partir de este año se ha mantenido estable y con ligero descenso en los dos últimos años (ver Anexo Estadístico).

El análisis según la edad, indica que existe una fuerte incidencia de muertes por cáncer mamario entre las mujeres de 40 a 69 años de edad y que entre las mujeres jóvenes la incidencia es muy baja. La edad promedio a la que mueren las mujeres en México por cáncer mamario se estima en 57.2 años.

*Distribución porcentual de muertes por cáncer mamario según grupo de edad
2000*



Fuente: INEGI.

Los datos por escolaridad señalan que la incidencia es muy similar en todos los niveles de escolaridad excepto para las mujeres con primaria incompleta en donde la incidencia es aproximadamente del doble.

*Distribución Porcentual de Muertes por Cáncer Mamario según Derechohabiciencia y Escolaridad
México, 2000*

Derechohabiciencia	Porcentaje
Ninguna	29.9
IMSS	53.3
ISSSTE	11.2
PEMEX	1.4
F. ARMADAS	0.8
OTRA	3.5
Total	100.0

Escolaridad	Porcentaje
Ninguna	12.8
< de 3° de primaria	13.2
3-5 de primaria	13.0
Primaria incompleta	26.6
Secundaria	13.9
Preparatoria	9.7
Profesional	10.8
Total	100.0

En el año 2001 según cifras preliminares del SEED, se estima que la tasa de mortalidad por cáncer mamario sea de 14.62 defunciones por cada 100 000 mujeres de este grupo de edad. Los datos indican que las tasas de mortalidad más altas se registraron en el Distrito Federal (22.6), Baja California Sur (19.94) y Tamaulipas (19.48).

3.3. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Actualmente, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica está integrado por 33 cuadros de estructura: una dirección general, 6 de direcciones de áreas, 7 subdirecciones y 19 jefaturas de departamento. Con el propósito de fortalecer las acciones de coordinación de las áreas operativas, se modificó la estructura con la reducción de 2 subdirecciones y la incorporación de 2 jefaturas de departamento.

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica continuó con las funciones relacionadas con 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; así como coordinar y efectuar la supervisión y evaluación de los programas prioritarios encomendados a la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, en colaboración con las unidades administrativas competentes; y fomentar, coordinar y efectuar investigación en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, así como participar en la realización de estudios que permitan mejorar y actualizar los métodos y técnicas en la materia, entre otras.

Entre los procesos y proyectos a cargo del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica se encuentran:

- Salud Bucal.
- Tuberculosis.
- Lepra.
- Vector.
- Oncocercosis.
- Rabia.
- Atención al envejecimiento.
- Diabetes.
- Cardiovascular e Hipertensión Arterial.
- Cáncer de próstata.
- Urgencias.
- Accidentes.
- SINAVE EPID.
- InDRE.
- Administrativo.
- Capacitación.

3.3.1. Salud Bucal

Este programa de acción fue presentado en el XIV Encuentro Nacional de Escuelas y Facultades de Odontología. Su propósito es reducir la incidencia y la prevalencia de la caries dental y de la enfermedad periodontal, además de recuperar la salud bucal de la población en general.

Para la operación del Programa de Salud Bucal se han considerado dos fases: la intensiva y la permanente. La primera se operacionaliza a través de las Semanas Nacionales de Salud Bucal en la que se realizaron 38.6 millones de acciones preventivas y casi 1.5 millones de acciones curativo-asistenciales, con incrementos del 102.1 y 7.1 por ciento, respecto a lo realizado en el período previo.

Con el fortalecimiento de las acciones permanentes, se logró que durante el período septiembre de 2001 a agosto 2002 se realizarán más de 11.8 millones de acciones curativo-asistenciales distribuidas en:

- 1.8 millones de obturaciones con resina y amalgama, 94.7 por ciento de lo programado.
- 506 mil terapias pulpares, con una reducción de 3.2 por ciento de lo previsto.
- Se realizaron 25 mil cirugías bucales, 1.5 por ciento más de lo programado.
- Más de un millón de extracciones dentales, con una reducción de 3.6 por ciento con relación a lo previsto.
- Como apoyo diagnóstico se realizaron más de 169 mil radiografías, 6.4 por ciento menos de lo estimado, entre otros.

Se estima que al finalizar el año 2002 a través de la fase permanente también se realicen casi 2.1 millones de limpiezas dentales; más de 803 mil aplicaciones tópicas de flúor; con poco más de 2.1 millones

de instrucciones de higiene oral, y 262 mil detecciones de alteraciones de tejidos bucales. La eficiencia de éstas últimas acciones se espera sea en promedio del 100 por ciento.

Programa Permanente Acciones Curativo Asistencial

Actividad	Enero-diciembre 2001			Enero-diciembre 2002		
	Meta	Logro	Eficiencia %	Meta	Esperado	Eficiencia %
Limpieza dental	2 395 858	2 388 304	99.7	2 424 608	2 066 143	85.2
Aplicación tópica de flúor	755 119	781 192	103.5	764 180	803 213	105.1
Odontoxesis	764 781	792 221	103.6	773 958	758 137	98.0
Instrucción de higiene oral	0	0	0.0	1 867 957	2 148 701	115.0
Detección de alteraciones en tejidos bucales	252 250	230 381	91.3	255 277	262 360	102.8
Selladores de foseetas y fisuras	427 699	476 848	111.5	432 831	483 014	111.6
Extracciones	1 102 111	1 073 385	97.4	1 115 336	1 102 985	98.9
Obturaciones de amalgama	1 591 097	1 605 455	100.9	1 610 190	1 626 678	101.0
Obturaciones con resina	266 674	266 962	100.1	269 874	279 798	103.7
Técnica tra	177 823	190 643	107.2	179 957	188 513	104.8
Obturaciones semipermanentes	638 406	651 530	102.1	646 067	673 514	104.2
Terapias pulpares	519 351	503 273	96.9	525 583	510 832	97.2
Cirugía bucal	24 725	24 758	100.1	25 022	26 571	106.2
Farmacoterapia	823 005	860 697	04.6	832 881	862 772	103.6
Otras atenciones	1 254 120	1 245 750	99.3	1 269 169	815 369	64.2
Rayos "X"	179 873	173 801	96.6	182 031	180 810	99.3
Total	11 172 892	11 265 200	100.9	13 174 921	12 789 409	100.1

Para la atención de la salud bucal de la población infantil, se impulsaron las acciones del componente de salud bucal del preescolar y escolar. Con la realización de más de 60.3 millones de acciones preventivas, 55.4 por ciento más que el período anterior. Estas acciones se integraron por:

- 23.6 millones de enjuagues bucales.
- 16 millones de instrucciones de técnica de cepillado.
- Casi 10 millones de acciones para el control de placa dentobacteriana.
- 10 millones de instrucciones en el uso del hilo dental.

3.3.2. Tuberculosis

El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se ubica en la segunda estrategia sustantiva del Programa Nacional de Salud "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres".

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica. En México representa un problema importante de salud pública y una prioridad en salud, afecta a cualquier grupo de edad, con mayor frecuencia a la población en edad productiva, de igual forma a hombres que a mujeres.

La mortalidad por tuberculosis pulmonar continúa descendiendo, en 1999 ocupó el lugar número 19. En el año 2000 y 2001 ya no se encuentra dentro de las 20 principales causas de muerte en el país.

La tasa actual es de 2.8 muertes por 100 000 habitantes, el 95 por ciento de éstas ocurren en mayores de 15 años. Las entidades con mayor problema epidemiológico son: Baja California, Chiapas, Nayarit, Veracruz, Oaxaca y Tamaulipas. La morbilidad por tuberculosis pulmonar ha mantenido una tendencia estacionaria durante los últimos 5 años oscilando alrededor de 20 casos por 100 000 habitantes en mayores de 15 años, en el 2001 la tasa fue de 22.9 en este grupo de edad.

Para la presente administración se reorientaron las acciones para estructurar un Programa más ambicioso y novedoso en la historia de nuestro país llamándolo “México Libre de Tuberculosis”, que involucra a todas las instituciones del Sector Salud.

El Programa se sustenta en un modelo cuya misión y visión se dirigen a mejorar la calidad de vida, brindando protección y atención para la curación de los mexicanos y mexicanas a través de nueve componentes fundamentales divididos en dos grupos: tres son sustantivos, dirigidos a la población general: Protección oportuna, Atención de excelencia y Curación segura, mediante estrategias innovadoras para asegurar desde la detección hasta la curación con calidad en la población afectada; y seis componentes estratégicos, orientados al personal de salud y las organizaciones con una intervención fortalecida para el Desarrollo Técnico y Humanístico, Activación social para corresponsabilizar a la población en el combate a la tuberculosis, Coordinación y Organización, Información y Evaluación, Estructura e Insumos e Investigación.

Entre las actividades más relevantes se encuentran:

- La presentación del Programa de Acción “México Libre de Tuberculosis” 2001-2006 a la sociedad en general, líderes del programa en los estados e instituciones de salud con participación de organismos nacionales e internacionales.
- Evaluación de 1 340 microscopistas por el InDRE para el desempeño en el proceso de baciloscopias para tuberculosis.
- Organización de intervenciones integradas al Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Colaboración en la elaboración y difusión de material educativo del programa con el Centro de Información para Decisiones en Salud (CENIDS).
- Seguimiento operativo a los estados mediante 40 visitas de septiembre a diciembre del 2001, para evaluar avances y establecer compromisos.
- México a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asiste como evaluador del Programa de Tuberculosis en Argentina y asesora los programas de Honduras y República Dominicana, fortaleciendo así la coordinación internacional.

Actualización Médica

- México es sede del “Primer Curso Internacional Intensivo de Resistencia en Tuberculosis”, con apoyo de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICTER), con la asistencia de 27 líderes nacionales de nueve países de Centroamérica y el Caribe (Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, El Salvador, Panamá, República Dominicana y Haití) además de México. Se consensaron los lineamientos y compromisos para la atención de tuberculosis farmacorresistente en la región.
- Primer Curso Nacional Intensivo de Farmacorresistencia en Tuberculosis para líderes estatales.

- VI Curso de Actualización en Tuberculosis en el Niño y en el Adulto, con 390 asistentes de las distintas disciplinas en salud involucradas con la tuberculosis de las entidades e instituciones y participación de 49 profesores de excelencia.
- 1 054 cursos de actualización en tuberculosis en las entidades federativas y elaboración del paquete didáctico de tuberculosis.
- Colaboración Operativo-Académica con el Programa de Residencia en Epidemiología Aplicada.
- Capacitación en EPI-INFO a los responsables estatales del programa.
- Apoyo en la capacitación en tuberculosis integral en el IMSS e ISSSTE.
- Evaluación de 400 microscopistas de la SSA, 66 del IMSS, 48 del ISSSTE y 29 del IMSS-Solidaridad.
- Asistencia de líderes del programa por su desempeño a cursos nacionales (dos a maestría y dos a diplomados) e internacionales (cinco a Nicaragua).

Activación social

- Celebración nacional del “Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis” con 19 530 pláticas a 393 070 asistentes. Distribución de más de 301 mil impresos educativos, emisión de cerca de 16 225 mensajes por radio, televisión y prensa. Además de actividades intensivas a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local con eventos sociales y académicos y la participación de organismos nacionales e internacionales donde se exhortó a todo el personal de salud a intensificar acciones para garantizar un “México Libre de Tuberculosis”.
- Coordinación y gestión ante Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, para donación de un laboratorio móvil.

Colaboración externa

- Colaboración binacional con EUA en consenso para garantizar un sistema de información binacional y la “Tarjeta Binacional de Salud en tuberculosis” para migrantes con tuberculosis o con riesgo de padecerla, con objeto de dar continuidad al tratamiento fortaleciendo el Programa “Vete Sano, Regresa Sano”.
- México es el representante de América en la Iniciativa Mundial *STOP-TB*, de la Organización Mundial de la Salud.
- Reunión Grupo *STOP-TB* en Washington, EE.UU., para proponer la inclusión de aspectos sociales en el programa mundial.
- Participación en reuniones de trabajo y evaluación de tuberculosis farmacorresistente en Estonia y Bolivia, donde México presentó el programa y propuso estrategias.

Coordinación y organización

- Integración de un equipo de líderes nacionales y estatales comprometidos en la operación y logro de metas del programa “México Libre de Tuberculosis”, integrado por las áreas de: Vigilancia Epidemiológica, Laboratorio de Salud Pública, Promoción de la Salud, Atención Médica y Enseñanza.

- Gestión de apoyos externos al “Plan Puebla-Panamá”, para fortalecer las acciones del programa en nueve entidades.
- Organización de intervenciones integradas al Paquete Básico de Servicios de Salud para tuberculosis.
- Gestión de compra de medicamentos para farmacoresistencia al Comité Luz Verde dirigido por la Organización Mundial de la Salud para aprobación de un proyecto piloto.

Investigación

- Estudio de factores de riesgo de No Curación en Tuberculosis Pulmonar en Chiapas, México, en colaboración con el programa de Residencia en Epidemiología Aplicada.
- Publicación de tres artículos en el Boletín Semanal de Epidemiología, como capacitación a distancia para el personal de salud.

Avance de Metas

Concepto	Ene-dic 2001	Ene-dic 2002	Diferencia
Detecciones	439 604	470 376	+7 %
Baciloscopías de diagnóstico	643 899	708 288	+10 %
Casos diagnosticados	10 151	10 707	+5 %
Curación	82.0 %	85.00 %	+3 %
Contactos estudiados	94.0 %	95.00 %	+1 %
Casos resistentes estudiados en COEFAR	30.0 %	60.00 %	+100 %
Cobertura TAES en municipios prioritarios	89.0 %	100.00 %	+11 %
Reducción de la tasa de mortalidad	2.5 %	2.37.00 %	-5 %

3.3.3. Lepra

La Organización Mundial de la Salud ha definido como indicador de “eliminación de la lepra como problema de salud pública”, cuando la tasa de prevalencia sea de menos de un caso por cada 10 mil habitantes en una área geográfica. México alcanzó la meta de eliminación de la lepra a nivel país en 1994, pasando de 17 188 casos con tasa de 2.04 por 10 mil habitantes en 1991 a 6 404 casos con tasa de 0.71. En el año 2001, la prevalencia alcanzada fue de 0.15 casos por 10 000, con 1 470 enfermos; sin embargo, Sinaloa y Colima y 100 municipios de 21 estados, prevalecen con tasas por arriba del indicador de eliminación. Aún cuando se alcanzó el objetivo en México, la lepra continúa siendo un problema de salud pública y un reto para el país, debido a la presentación de casos nuevos en más de la mitad de los estados, 35 por ciento de los casos nuevos se diagnostican con discapacidad ocasionada por la enfermedad.

Con el propósito de consolidar la eliminación de la lepra como problema de salud pública en México y reducir las discapacidades que ésta genera, durante el período de análisis se impulsó la promoción de la salud en las áreas de riesgo, se fortalecieron las acciones de detección oportuna, notificación y estudio de contactos, asimismo se mejoró la calidad en el diagnóstico y se continuó otorgando gratuitamente el tratamiento a todos los casos nuevos.

Nuestro país continúa en fase de consolidación de la eliminación, reconociendo que se requiere

fortalecer las actividades del Plan de Eliminación, con la búsqueda de casos nuevos en población de mayor exposición, especialmente al realizar el examen dermatológico de los contactos de los enfermos registrados en los cinco años más recientes. Simultáneamente, se realizarán encuestas en municipios prioritarios y en localidades donde se han diagnosticado casos multibacilares (MB) en el mismo período, se mantendrá la asesoría y seguimiento de las acciones en todas las entidades federativas, conservando la capacitación continua del personal que participa en las acciones del programa.

La evolución de la lepra mantiene una tendencia descendente tanto en el número de casos en control (prevalencia), como en el de casos nuevos (morbilidad) y se espera que para el 2006 se logre la meta de eliminación en todos los estados, si se mantienen las estrategias de búsqueda y de tratamiento con poliquimioterapia (PQT).

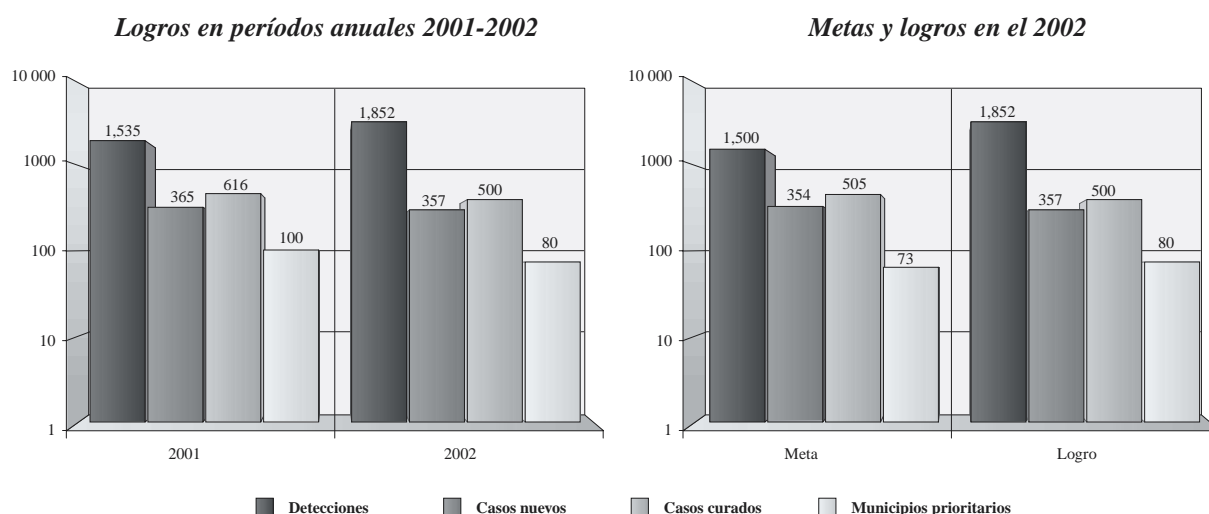
Las actividades más relevantes fueron:

- Intensificación de acciones de búsqueda de casos nuevos en las áreas tradicionalmente endémicas.
- Capacitación en dos cursos de Actualización en el Diagnóstico de Laboratorio de Lepra, para 32 microscopistas procedentes de estados y jurisdicciones endémicas de lepra.
- Asesoría a las 32 entidades federativas y 40 jurisdicciones sanitarias, para el adecuado desarrollo de actividades del programa.
- Distribución de medicamentos en donación con el apoyo de la OPS/OMS, a los servicios estatales de salud y otras Instituciones del sector, en suficiencia para la poliquimioterapia (PQT) a todos los casos de lepra registrados.
- Conmemoración del "Día Mundial de Lucha Contra la Lepra" celebrada con una ceremonia oficial en Mazatlán, Sinaloa, con representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), autoridades de salud del estado y especialistas de República Dominicana. Se exhortó a instituciones y servicios estatales de salud para intensificar las actividades de promoción, capacitación y búsqueda de casos en forma intensiva. Se realizaron 14 529 pláticas promocionales a grupos, con más de 158 mil asistentes, 3 860 cursos de capacitación y actualización en lepra dirigidos al personal de salud; así como la difusión de 278 mil mensajes impresos entre volantes, dípticos, carteles y espectaculares, la emisión de 13 135 mensajes educativos a través de radio, prensa y televisión.
- Segundo Encuentro Nacional de Líderes, donde se realizó la planeación estatal y estableció el Programa Operativo Anual 2003 para garantizar la uniformidad de las estrategias y metas para el país, así como la disponibilidad de los insumos del programa.
- Capacitación sobre Prevención de Discapacidades y Rehabilitación a personal interinstitucional.
- Curso taller del Programa de Consolidación de la eliminación de la Lepra.
- Distribución de medicamentos en los estados.

Además se logró:

- La realización de 1 852 exámenes de casos probables de lepra (detecciones), lo que significó un incremento de 21 por ciento con relación a lo realizado en el 2001.
- Se identificaron 357 casos nuevos, 2 por ciento menos que los casos diagnosticados el año previo.
- El número de municipios que no han eliminado la lepra como problema de salud pública en 2002 fue de 80, con una reducción de 20 por ciento en relación a los 100 municipios del 2001.

- Un incremento de 2 por ciento de cobertura de tratamiento al pasar de 95 a 97 por ciento.
- La meta de casos curados se alcanzó en un 99 por ciento al lograrse que 500 concluyeran la PQT.
- Todos los casos nuevos se incorporaron a tratamiento con PQT.



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

La deficiencia severa de yodo provoca cretinismo con estrabismo, sordomudez, deformidades músculo-esqueléticas y retardo mental. En las mujeres en edad reproductiva disminuye la fertilidad, y una vez embarazadas aumenta la mortalidad perinatal y la aparición de anomalías congénitas.

El comportamiento epidemiológico del bocio endémico en México ha permitido que la Organización Mundial de la Salud lo considere como un país en alcanzar la eliminación virtual de las enfermedades asociadas a la deficiencia de yodo, como se observa en la reducción de 59.5 por ciento de la tasa de bocio de 1995 a 2001, al pasar de 4.1 a 1.7 por 100 mil habitantes.

Para favorecer su eliminación virtual en el territorio nacional, se fortalecieron las acciones de este programa, entre las que destacan:

- El fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, en el que se registran semanalmente los casos nuevos de bocio.
- La puesta en marcha de un proyecto de investigación, para evaluar la magnitud de las enfermedades ocasionadas por la deficiencia de yodo, a través de determinaciones en orina. Se espera contar con los resultados al concluir el presente año.
- Se logró la realización de 1 790 determinaciones de yodo en orina en los estados de Hidalgo, Colima y Estado de México.

La principal estrategia para evitar y prevenir las deficiencias de yodo es la yodación universal de la sal, que disminuye la aparición de casos nuevos y las complicaciones asociadas al mismo, aunado al reforzamiento de la vigilancia epidemiológica con mayor énfasis en las entidades con antecedentes de alta prevalencia de bocio.

3.3.5. Enfermedades Transmitidas por Vectores

El desarrollo de vectores que afecta la salud de la población, es un problema en el que participan diversos factores, por mencionar algunos de éstos: la diversidad climática y regional y los movimientos migratorios entre regiones, estados y países. Las poblaciones más afectadas son aquellas que habitan en el medio rural, agrícola, ganadero, petrolero, y centros turísticos.

A continuación se describen los avances más relevantes en el control epidemiológico de las enfermedades transmitidas por vectores:

Paludismo

Es una enfermedad transmitida por la picadura de un mosquito del género *Anopheles*. Actualmente la distribución geográfica de esta enfermedad incluye algunos estados de la costa del océano pacífico y la frontera sur del país. El principal factor de riesgo para la extensión de ese padecimiento son los movimientos poblacionales, principalmente los de Centroamérica, que ponen en peligro a las regiones libres de paludismo y a los centros turísticos del país.

El comportamiento epidemiológico de este padecimiento indica una tendencia descendente en los últimos tres años y cada vez más focalizado en seis entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Sinaloa, Tabasco, Oaxaca y Quintana Roo, que han registrado el 70 por ciento de todos los casos.

Con los beneficios de la estratificación epidemiológica, se logró el uso racional de insecticidas para el control del vector con una reducción del 33.6 por ciento y 44.8 por ciento de las localidades y casas respectivamente. Con la aplicación de la estrategia de eliminación de criaderos con participación activa de la comunidad se logró reducir en el 37.8 por ciento en el rociado antilarvario.

Entre las actividades realizadas destacan:

- La consolidación en la eliminación del insecticida DDT para el control de los vectores.
- Ampliación del modelo Oaxaca a todos los focos de transmisión de paludismo del país, por lo cual se ha reducido la incidencia en este año.
- Se ha dado especial seguimiento a los trabajos de control del paludismo en los estados de Oaxaca y de la frontera sur, en donde se continúan realizando investigación operativa para adecuar el modelo a las condiciones de transmisión local.
- Realización de un taller de coordinación y cooperación con representantes de todos los países de Centroamérica, asistidos por Organismos Internacionales.
- Con participación del nivel federal y del nivel estatal se logró incorporar de manera decidida la participación comunitaria y de las autoridades municipales.

El impacto obtenido se fundamenta en la estrategia actual del Programa Nacional denominada Control Focalizado que incluye: Estratificación epidemiológica integral, Eliminación de parásitos en la población persistente, Control antilarvario ecológico con participación comunitaria con énfasis en áreas de *A. Pseudopunctipennis* y Control químico de mosquitos adultos con insecticidas piretroides de bajo impacto ecológico, aplicados con técnica de bajo costo y alto rendimiento.

Actividades de coordinación, supervisión, asesoría y capacitación

- Durante el mes de enero en Reunión Binacional Chiapas-Guatemala se implantó e incorporó la nueva metodología en las cuatro jurisdicciones sanitarias de la frontera con Guatemala.
- En enero publicación del Proyecto de NOM (8-01-01) y posterior a cinco Reuniones con el Comité de Normalización para la revisión de la Norma Oficial de Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, se logró consensar y aprobar la NOM definitiva de próxima publicación.
- En mayo Reunión de la Región Noroeste con participación de OPS.
- 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.
- Se integraron las áreas de Promoción de la Salud, Epidemiología, PAC y Oportunidades, para incorporarse en actividades de participación comunitaria, detección y tratamiento de enfermos.
- En julio se llevó a cabo el Primer Encuentro Nacional para la elaboración del POA.
- Se evaluaron en campo dos insecticidas, así como pabellones impregnados para la prevención de paludismo, en Nayarit y Veracruz.
- Participación en la Reunión del SMOCK en Tucson, Arizona, para informar de los avances sin el uso del DDT para el control del paludismo.

Supervisión, asesoría y apoyo

- Durante el período se dio continuidad al seguimiento del operativo de Control de Paludismo en la Costa de Oaxaca, asistiendo semanalmente a las reuniones de evaluación en donde participan las jurisdicciones I, II y IV, personal del nivel Estatal y Nacional, así como con participación intersectorial y extrasectorial.
- Brigadas del programa continúan brindando asesoría permanente en la jurisdicción Costa y Valles Centrales en la limpieza de criaderos, y para medir el impacto se efectuarán evaluaciones antes y después de realizada la actividad.
- Se brindó apoyo con primáquina a los estados de Chiapas y Oaxaca.
- Personal del área de entomología asistió durante el mes de enero a Morelia, Michoacán para la revisión del Programa de Paludismo.
- Durante el mes de abril se celebraron dos reuniones con la finalidad de reforzar la coordinación en la prevención y control del paludismo en la región de la frontera sur: una en Tapachula, Chiapas y la otra en Chetumal, Quintana Roo, en la cual participaron las entidades de la región fronteriza con Guatemala y Belice así como las autoridades de salud de los mencionados países.

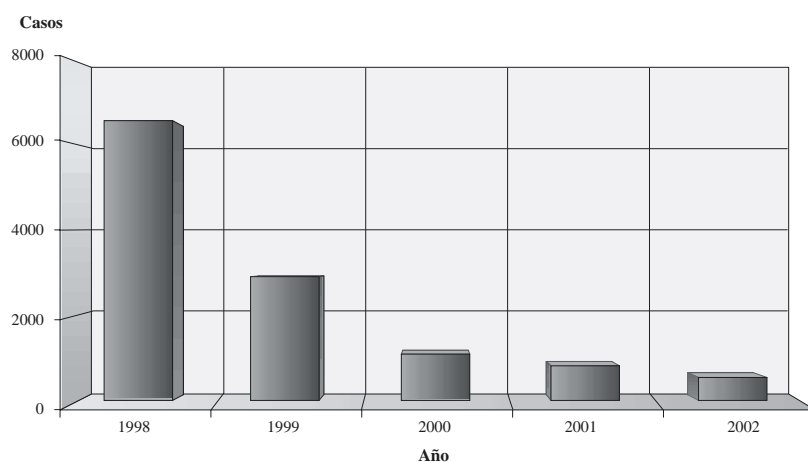
En materia de capacitación, se presentó en Atlanta, EE.UU. la estrategia de México en el Control de la Malaria, causando gran impacto al foro internacional el uso racional de plaguicidas.

Se asistió a San Diego, California para participar en el foro internacional de eliminación del DDT en las Américas.

Resultados

- En el período enero-diciembre del 2002 se estima que se presenten 3 781 casos de paludismo, cifra que representa una disminución del 21.7 por ciento comparativamente con el año anterior. En el 2002 las localidades positivas disminuyeron en 11 por ciento, comparativamente con el mismo período del año anterior. El rociado domiciliario logrará una reducción del 10 por ciento.
- 14 entidades federativas sin transmisión de paludismo.

Casos Registrados de Paludismo Comparativo



- Durante el presente año el 60 por ciento de los casos corresponden al estado de Chiapas, no obstante lo anterior, en la entidad se ha logrado una disminución del 40 por ciento en la incidencia de casos comparativamente con el mismo período durante el 2001. El 40 por ciento restante de los casos registrados se distribuye en 13 estados.
- En cuanto a localidades positivas presentan una tendencia similar al registro de casos, observándose durante el período de estudio una disminución del 11 por ciento.
- Chiapas ha recibido seguimiento individual, y Oaxaca continua con tendencia franca a la baja, logrando una disminución del 37 por ciento en el registro de casos, comparativamente con el año anterior.

Investigación

- En Tapachula y Palenque, Chiapas, se está llevando a cabo la validación de la prueba rápida por inmunocromatografía para diagnóstico de Paludismo.

Dengue

El Dengue es un problema de salud de tipo infeccioso causado por un arbovirus y su modo de transmisión es a través de la picadura de mosquitos infectados del género *Aedes aegypti*. Los principales síntomas son fiebre, dolor de articulaciones y ataque al estado general, en su forma hemorrágica provoca además de los síntomas anteriores, hemorragias por nariz y sangrado de encías.

Debido a que no existen vacunas ni medicamentos específicos, el control se dirige principalmente a la disminución y eliminación de las larvas del mosquito vector que se reproducen en los criaderos domésticos. Esta actividad junto con la activa participación comunitaria y la utilización de la metodología del enfoque de riesgo se han mantenido la morbilidad por dengue clásico en una tasa menor de 20 casos por 100 mil habitantes y la letalidad por dengue hemorrágico en 3 por ciento.

En el período que se informa se confirmaron 6 450 casos de dengue clásico lo que representa una disminución del 28 por ciento de acuerdo con los 9 000 casos esperados. Con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la integración de las clínicas centinelas de febriles se diagnosticaron oportunamente 3 veces más casos de dengue hemorrágico.

Durante el período se registraron brotes en 14 de los 20 estados prioritarios asociados a la circulación del serotipo D-2 y a los movimientos de población de Centroamérica a los estados del sureste mexicano. Se realizaron actividades de prevención y control del vector en 3 978 localidades de riesgo, con medidas simultáneas de control larvario, eliminación de criaderos y nebulización racional.

Como alternativa para disminuir el riesgo del dengue se realizó la reunión con gobernadores de 15 estados prioritarios para establecer acciones inmediatas y definir los programas estatales emergentes. El nivel federal fortaleció el programa emergente con la aportación de 19.5 millones de pesos para la adquisición de insecticidas para nebulización espacial. Se logró un apoyo financiero del nivel federal con recursos de SEDESOL equivalente a 18 millones de pesos para contratos temporales y reforzar el programa emergente de dengue en estados prioritarios.

Asimismo, se participó en la emergencia de dengue en Centroamérica, brindando apoyo con personal especializado, equipos e insecticidas con lo que se logró la disminución del riesgo de brotes en el territorio nacional.

Se consolidó el modelo de participación comunitaria en los estados prioritarios y se integra como una estrategia para el control del vector y la prevención del dengue.

Entre las principales actividades destacan:

- La presentación del Programa de Vectores, que se fundamenta en el Programa Nacional de Salud para el período 2001-2006.
- En Veracruz se realizó el segundo taller internacional sobre el Modelo de Participación Comunitaria para la Prevención del Dengue.
- Se realizaron Talleres Regionales México-Centroamérica de dengue y paludismo en Yucatán y Oaxaca; y en Nuevo León se realizó el tercer taller para la elaboración del Modelo de Participación Comunitaria para la Prevención del Dengue.
- Se editó el programa de acción: Enfermedades Transmitidas por Vector para el 2001-2006.
- Los casos de dengue clásico de los estados de Colima y Veracruz representan más del 50 por ciento de la cifra nacional; sin embargo, el dengue hemorrágico se ubica en Guerrero, Yucatán, Quintana Roo, Chiapas y Colima.
- A las entidades de Colima, Veracruz, Chiapas, Guerrero, Quintana Roo y Yucatán se proporcionó apoyo técnico con equipos de nebulización, para el control de los brotes que se presentaron en este período.

- Las actividades de control involucraron el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y entomológica a través de la notificación diaria de los casos confirmados y la investigación entomológica en municipios de Quintana Roo, Yucatán, Guerrero, Chiapas, Colima, Veracruz, Oaxaca y Michoacán.
- En el mes de marzo se realizó la reunión con 12 estados prioritarios para la prevención y control del dengue, con énfasis en el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico de laboratorio, el control y la prevención con participación comunitaria.
- Asimismo, se presentó en San Diego, California, EE. UU., el modelo de participación comunitaria para la prevención del dengue.
- Durante el mes de abril en el marco del Programa Mesoamericano 2001-2002 se celebraron dos reuniones para reforzar la coordinación en la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores en la frontera sur. La primera en Tapachula, Chiapas con la participación de autoridades de Guatemala y responsables de vectores de los estados de Oaxaca, Chiapas y Campeche. La segunda se realizó en Chetumal, Quintana Roo, de igual forma se contó con la participación de los estados fronterizos con Belice y con autoridades de salud de este país.
- Se realizó el segundo encuentro nacional para establecer las acciones y estrategias para el 2003.
- Se brindó apoyo técnico y con recursos a Honduras y El Salvador para el control del dengue.
- Realización del curso sobre fiebre hemorrágica del dengue con la finalidad de capacitar al personal para el diagnóstico, tratamiento y control del dengue.
- Reunión de seguimiento de las actividades de prevención y control del programa en los estados de Chiapas, Jalisco, Quintana Roo y Veracruz.
- Reunión para establecer el modelo de participación comunitaria para la prevención del dengue en el estado de Jalisco.
- Curso sobre el diagnóstico y tratamiento del dengue hemorrágico, con sede en Cd. Obregón, Sonora.
- Curso regional sobre el diagnóstico y tratamiento del dengue hemorrágico, con sedes en Chiapas, Jalisco, Monterrey y Veracruz.

Resultados obtenidos

- Se logró el control de los brotes que se presentaron en la península de Yucatán y en la costa del pacífico, específicamente en Acapulco, Gro.
- El apoyo técnico para la prevención y control en los estados que han presentado incremento de casos ha impactado favorablemente en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los mismos.
- La estrategia de Patio Limpio del Modelo de Participación Comunitaria para la Prevención del Dengue se ha puesto en marcha en Yucatán, Veracruz, Quintana Roo, Tamaulipas y Guerrero con resultados positivos sobre el impacto en la densidad del vector y con buena aceptación en la comunidad.

Oncocercosis

La oncocercosis es una enfermedad infecciosa, crónica, degenerativa que en etapas avanzadas puede provocar ceguera. El agente causal es una especie filaria y lanada *Onchorcerca volvulus* y es transmitida al hombre por mosquitos del género *Simullium*. Este padecimiento afecta a las personas que viven en tres zonas bien definidas en los estados de Chiapas y Oaxaca.

Destaca las acciones emprendidas por nuestro país para el control de la oncocercosis, ubicándose como el país con mayores avances en la eliminación de esta enfermedad a nivel mundial, meta establecida por la Organización Mundial de la Salud en 1991.

Las metas comprometidas para este programa son:

- Mantener sin transmisión activa los focos de Oaxaca y Norte de Chiapas.
- Disminuir en un 10 por ciento los casos en el foco Sur de Chiapas.
- Obtener el 100 por ciento de coberturas de tratamiento en todas las comunidades reportadas como endémicas.

Cabe mencionar que durante el período de este informe se fortalecieron las acciones para asegurar tratamientos con mectizan a la población de alto riesgo y la extirpación de nódulos de la población afectada y de vigilancia epidemiológica.

Acciones relevantes

- En enero se publicó el proyecto de NOM (08-01-01) y posterior a cinco reuniones con el Comité de Normalización para la revisión de la Norma Oficial de Vigilancia, Prevención y Control de la Enfermedades Transmitidas por Vectores, se logró consensar y aprobar la NOM definitiva.
- Se realizaron pruebas serológicas rápidas en menores de 15 años en cinco comunidades centinelas, una hiperendémica, dos mesoendémicas, una hipoendémica y 23 sospechosas de Chiapas y Oaxaca mostrando únicamente positividad en las muestras de las localidades hiperendémica y centinela del estado de Chiapas.
- En noviembre se llevó a cabo en la Ciudad de México la XI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis y se capacitó a los responsables estatales en el manejo de información epidemiológica.
- Durante el mes de agosto se llevó a cabo la instalación del equipo de cómputo para los talleres del nuevo Sistema de Apoyo Informático para la Eliminación de Oncocercosis en México (SAIEM-ONCO) y se capacitó a 10 personas de los estados de Chiapas y Oaxaca, responsables estatales del programa y de informática sobre el manejo del nuevo sistema informático de captura y análisis de información.
- Se apoyó a Ecuador con 30 mil tabletas de mectizán.
- En febrero del 2002 se realizó con auspicio de OPEA un taller en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas sobre la planificación del programa. Derivado de éste se realizarán talleres de actualización en información en Sistemas para un mejor registro y análisis de la información.
- En el marco del programa Mesoamericano de cooperación se celebró en Tapachula, Chiapas, una reunión con la finalidad de reforzar la coordinación en la prevención y control de esta enfermedad en la región de la frontera sur.

- La OEPA donó cuatro equipos de cómputo para los estados de Oaxaca y Chiapas y uno para el programa de la Eliminación de la Oncocercosis del nivel nacional, así como un vehículo para el estado de Chiapas.
- Se recibió la donación de los laboratorios *Merck, Sharp & Dohme* de 633 mil tabletas de Mectizán.
- Durante el período de este informe, se logró el registro de 125 casos, que representan una disminución del 10 por ciento comparativo con lo notificado el año anterior.
- Se incrementó la vigilancia epidemiológica en Chiapas.
- Se logró cumplir la meta de dar cobertura con tratamiento al 100 por ciento de localidades endémicas, tratando un total de 145 674 personas en riesgo en primera dosis y 151 889 en segunda dosis, arriba del 85 por ciento establecido como mínimo por la Organización para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA).

Enfermedad de Chagas o Tripanosomosis Americana

La enfermedad de Chagas es una parasitosis causada por el *Trypanosoma cruzi* y se asocia a la pobreza. Las principales manifestaciones son fiebre, afectación al estado general del individuo, crecimiento del hígado, lesiones intestinales y en situaciones crónicas provoca la muerte.

Las metas de este programa incluyen:

- Dar tratamiento al 100 por ciento de los casos agudos.
- Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Entre las principales actividades destacan:

- Las gestiones con Bayer para la adquisición del medicamento de importación *Nifurtimox (Lampit)*.
- Se hizo contacto con el laboratorio Roche de Bueno Aires, Argentina para la compra de Benznidazol (Radanil) medicamento antichagásico.
- Se practicó búsqueda del vector en 1 140 localidades, 26 por ciento más que el año anterior.
- Mejoramiento de la vivienda en 211 451 casas, 4.8 por ciento menos que el año anterior.
- Se trabajó en 5 869 localidades en promoción de la salud, 14 por ciento menos que el año anterior.
- Se investigaron 182 916 personas sospechosas en 4 803 localidades.
- En materia de capacitación se realizó un curso regional donde se abordaron aspectos de vigilancia y control en conjunto con el programa de alacranismo, participaron aproximadamente 40 personas de los estados endémicos.
- Se realizó un taller de vigilancia y control de la Enfermedad de Chagas, en Cuernavaca, Morelos, en el cual participaron representantes, epidemiólogos y directores de bancos de sangre.

Los principales resultados del período se resumen como:

- Registro de 17 casos agudos y cinco crónicos con cardiopatías, chagásicas 100 por ciento más que el año pasado.
- Se registraron 135 casos serológicos, 30.8 por ciento menos en relación al período anterior.
- Se dio tratamiento al 100 por ciento de los casos agudos y a los menores de 18 años serológicamente positivos, con lo que se cumplió la meta de tratamiento al 100 por ciento.

Leishmaniosis

La Leishmaniosis es una enfermedad tropical que afecta al hombre, su distribución geográfica es mundial y en México menos de una tercera parte de los estados presentan este problema. Es provocada por un parásito llamado *Leishmania* y se transmite al hombre a través de insectos conocidos como *Lutzomya*. Sus reservorios más comunes son el hombre, los mamíferos silvestres y domésticos. En el hombre provoca lesiones ulcerosas en cara y manos; y cuando afecta el pabellón auricular puede provocar la mutilación de éste.

Las metas de este programa son:

- Tratar al 100 por ciento de los casos de leishmaniosis cutánea localizada.
- Mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica.

Entre las principales actividades de este programa, destacaron:

- La adquisición del medicamento de elección por parte de los estados endémicos con el laboratorio Aventis Pharma. Además se estableció el compromiso con el laboratorio para la importación continua al país de dicho medicamento.
- La compañía *Thermosurgery Technologies, Inc.* fabricante del equipo de termocirugía utilizado para el tratamiento de leishmaniosis cutánea localizada, envió nuevas unidades sin costo para sustituir a los equipos que se estaban utilizando en el país desde 1996.
- Se realizó el taller teórico-práctico sobre la Prevención y Control de la Leishmaniosis y el manejo del equipo de termocirugía.
- Se entregaron los equipos de termocirugía a los estados de: Campeche, Chiapas, Nayarit, Quintana Roo, Tabasco y Veracruz.
- El número de localidades trabajadas en promoción de la salud fue de 573, igual que el año anterior.
- Se trabajó en 558 localidades en la búsqueda de casos.
- El número de personas investigadas fue de 123 895.
- Se capacitó sobre tratamiento con termocirugía para la leishmaniosis cutánea, a 40 personas de 11 estados endémicos para el padecimiento.
- Se llevó a cabo un taller en el mes de agosto sobre actualización en leishmaniosis, en el cual se abordaron aspectos de epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de los vectores.

Durante el período de este informe los principales avances fueron:

- Se registraron 1 714 casos, con un ascenso del 126 por ciento con relación al año anterior, (99 por ciento de la forma cutánea localizada) debido al fortalecimiento de la búsqueda en los estados con mayor problema permitiendo la detección de un mayor número de casos.
- La meta de tratamiento se cumplió en un 90 por ciento por la introducción del fármaco *glucantime* y a la introducción al país de seis aparatos de termocirugía, los cuales se distribuyeron a los estados con mayor endemidad.
- La meta de reforzamiento se cumplió debido al curso-taller que se realizó en Tapachula en el mes de agosto y en el cual se ratificó la importancia del sistema de vigilancia para leishmaniosis.

Intoxicación por Picadura de Alacrán o Alacranismo

La presencia de alacranes y su reproducción se da en un entorno ecológico, en donde no sólo existe este artrópodo, sino que coexiste con otros insectos causantes de enfermedades como el paludismo y el Chagas, que se presentan principalmente en áreas rurales.

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 principalmente en 16 entidades federativas, en las que habitan especies de alacranes altamente tóxicos del género *Centruroides*, no obstante, existe vigilancia epidemiológica en todas las entidades federativas.

Las metas comprometidas para este período fueron:

- Disminución del 10 por ciento en el número de accidentes por picadura, debido a las acciones de participación comunitaria para el mejoramiento de la vivienda.
- Se propone una disminución paulatina del 10 por ciento anual del control químico, y priorizar el control físico mediante el saneamiento y mejoramiento de la vivienda enfatizando, impacto ambiental, efectividad y costos.
- Que las 16 entidades federativas prioritarias para el componente se integren a la estrategia de “participación comunitaria” en la prevención y control de IPPA.

Acciones y resultados

- Se estima que al finalizar el año 2002, se presenten 201 522 casos por intoxicación por picadura de alacrán, que representan una disminución del 2.3 por ciento con respecto al año anterior. El descenso, aunque aún no significativo permite predecir que las acciones de control físico y químico contra el alacrán, y otras como la participación comunitaria en la mejora de las viviendas, pueden favorecer una paulatina disminución en la incidencia de casos.
- Se registraron 20 defunciones que comparativamente con las 62 ocurridas el año anterior, representan un descenso del 67.7 por ciento. Este comportamiento se atribuye a la mayor disponibilidad del antídoto específico, así como a la atención oportuna de los casos de picadura de alacrán, en las unidades de salud, centros comunitarios, y en casas de salud atendidas por voluntarios capacitados.
- Para el tratamiento de los casos se aplicaron 104 588 frascos de suero antialacránico.
- Se realizaron 14 788 pláticas en la comunidad.
- En 985 localidades se realizaron medidas de saneamiento y mejoramiento de las viviendas.
- En 921 localidades se aplicaron medidas químicas para el control del insecto.
- Se realizaron 624 estudios entomológicos en áreas de riesgo.
- Asistencia a Simposium “Envenenamiento y Reacciones Tóxicas por Animales Ponzñosos” organizado por el IMSS-SILANES.
- Diseño y realización del “Curso-Taller regional (norte, centro y sur), Alacranismo y Enfermedad de Chagas”.

- Participación en el curso de adiestramiento sobre participación comunitaria “Patio Limpio”, para personal operativo del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- En proceso de aprobación los protocolos para evaluar la eficacia y calidad de los dos antídotos utilizados en México por IPPA.
- Se estableció la coordinación y el compromiso de cooperación en la investigación de antídotos, métodos y reactivos de diagnóstico para enfermedades transmitidas por vectores y otros, con el Instituto BIOCLON.

3.3.6. Zoonosis

El contacto directo o indirecto con animales enfermos provoca en el hombre enfermedades conocidas como zoonosis, entre las que se encuentran la brucelosis, rabia y la Taeniosis/Cisticercosis.

Para el control de estas enfermedades, la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica fortaleció las acciones de vigilancia, promoción y educación para la salud, en las zonas en donde se registra una alta incidencia.

Entre las acciones destacaron el impulso que se dio a la búsqueda de casos, al seguimiento y estudio de las zonas de contagio y al tratamiento inmediato de éstos, entre otros.

Brucelosis

El objetivo de este programa es reducir la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad, a través del fortalecimiento de las intervenciones dirigidas al reservorio.

Esta enfermedad es ocasionada por bacterias del género *Brucella* que afecta directamente al ganado caprino y que de manera accidental se trasmite al hombre, a través de la ingesta de leche, queso fresco y derivados lácteos que se producen de manera artesanal.

Cabe mencionar que se trabajó estrechamente con la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural para el control de los reservorios, logrando la vacunación del ganado caprino en 17 entidades federativas.

Con el propósito de identificar los casos de brucelosis, durante el período del informe se realizaron 323 mil estudios de laboratorio, 4.5 por ciento más que el período previo, y se identificaron 2 654 casos, 10 por ciento menos que el lapso anterior.

En el análisis de las fuentes de contagio se demostró que la principal fuente fueron los quesos con un 48.1, leche con 22.7 por ciento y el 27.5 por ciento a otros alimentos. El resto corresponde al contacto directo del hombre con animales enfermos, como es el caso de los pastores, trabajadores de rastro, laboratoristas y veterinarios, entre otros.

Rabia

La rabia es una enfermedad aguda mortal, que tiene su principal efecto en la irritación del sistema nervioso central de los mamíferos, que se transmite de unos a otros por saliva a través de una mordedura.

Para reducir el impacto que tiene esta enfermedad en el hombre, se fortalecieron las acciones del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia, con el que se espera reducir la mortalidad

por rabia en humanos a través de acciones para el control de la rabia canina, incremento de la cobertura de vacunación a estas especies, promoción y la participación de los dueños de mascotas para el cuidado de las mismas.

Este programa tiene dos fases: la permanente y la intensiva. En la primera se vacunaron 15.9 millones de perros, 9.6 por ciento más de lo programado para el período septiembre de 2001 a agosto de 2002 y 10 por ciento más que los perros vacunados en el mismo período anterior. Los casos confirmados de rabia llegaron a 82, con una reducción de 47 por ciento respecto a los casos confirmados al período anterior. Con la activa participación de escuelas y facultades de veterinaria, de los municipios y contando con la participación voluntaria y responsable de los dueños de mascotas, se realizaron 59 mil cirugías de esterilización, más del doble de cirugías realizadas en el período anterior y 95 por ciento de lo programado para este período.

Las acciones intensivas se realizaron a través de la estrategia de la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina, que tiene como ejes de acción la promoción, educación para la salud y fomento de la participación ciudadana, principalmente en municipios y localidades de alto riesgo. Se aplicaron 10.6 millones de dosis biológicas, con un avance de 70 por ciento de la meta anual programada y cifra similar a las dosis aplicadas en la fase intensiva del año anterior.

Durante el período de este informe se fortalecieron las acciones para el monitoreo del virus rábico en los animales cautivos por agresión o sospecha de enfermedad, así como las dirigidas a la aplicación oportuna de vacuna antirrábica humana con biológicos obtenidos de cultivos celulares que reducen significativamente las reacciones post vacunales.

Las consultas a personas agredidas ascendieron a 114 mil, que representan 26 por ciento más respecto al período previo; los tratamientos iniciados en estas personas llegaron a 39 mil con un avance de 91 por ciento de lo estimado para este período.

Con el propósito de identificar el agente transmisor de la rabia, así como su caracterización y patrón de comportamiento, se contó con el apoyo del INDRE para la tipificación del 20 por ciento de las muestras positivas identificándose las siguientes variables:

Variantes

Variante	Especie agresora	Entidad Federativa
VI	Perro	20 Entidades Federativas
VII	Murciélagos	Chiapas, Hidalgo, Puebla, Tabasco y Veracruz
V10	Zorrillo	Nayarit, Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas
9	Murciélagos insectívoro	Chihuahua, Guanajuato, Nuevo León, Puebla y San Luis Potosí
5	Murciélagos hematófago	Michoacán y Querétaro
7	Zorro	Hidalgo, Sinaloa, Sonora y Zacatecas

El exceso de la población canina es un 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 controlaron 350 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.

En materia de capacitación se realizaron los siguientes eventos:

- Taller de Capacitación a personal de 1er. nivel sobre “Atención del Paciente Expuesto a Rabia” en Ecatepec, Estado de México y en Tehuacán, Puebla, contando con 78 participantes.
- Foro Taller en Investigación en Salud Animal y Retos en la Producción, organizado por la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, de la UNAM, con 70 participantes.
- Taller para personal médico veterinario y técnicos de los Centros de Atención Canina, en Técnicas de Esterilización de Mascotas, en coordinación de la WSPA, en Durango y Puebla con 132 asistentes.
- Taller de Práctica Profesional en Técnicas Quirúrgicas de Esterilización de Mascotas, en coordinación con la Fundación Antonio Hagenbeck y de la Lama, en Yucatán, Veracruz, Nayarit, Tlaxcala, Coahuila, y Sonora, con 153 participantes.

Taeniosis/Cisticercosis

La ingesta de carne de cerdo infectada por larvas de *Tenia Solium* puede provocar Taeniosis. La Cisticercosis está asociada al fecalismo al ras del suelo, así como a las deficiencias en la higiene personal ya que propicia el consumo de huevos de *Tenia* en alimentos contaminados o por la cohabitación con una persona portadora de *Tenia*.

La Cisticercosis porcina tiene una mayor presencia en las áreas rurales, se relaciona con el deambular de los cerdos en la comunidad y al uso de las porquerizas como sanitarios. Por ello, durante el período de este informe se impulsaron las acciones para la prevención, el control epidemiológico y la promoción hacia la modificación de hábitos en la población que vive en las zonas de mayor prevalencia. Cabe mencionar que en el control de este padecimiento es fundamental la participación activa de la población en el autocuidado y en el cuidado del ambiente.

Las acciones para la reducción de la morbilidad por Taeniosis/Cisticercosis requiere del mejoramiento de la calidad en la atención de los enfermos, la promoción de acciones específicas en el reservorio, la coordinación entre las diversas instancias y la identificación de zonas de alta prevalencia, entre otras.

Con las acciones de detección se logró la identificación 871 casos de teniosis en el período septiembre 2001 a agosto de 2002, cifra menor en 4.2 por ciento con relación a los casos detectados en el período previo. La confirmación de los casos por laboratorio fue del 26.2 por ciento, cifra similar al lapso anterior.

Los casos de cisticercosis ascendieron a 695, con un incremento de 45 por ciento respecto al período anterior y 9.9 por ciento más respecto a lo previsto.

El 17.7 por ciento de los casos fue tratado con el antiparásitario *praziquantel* y el resto 82.3 por ciento con albendazol. Para romper con la cadena de transmisión se trató a los contactos con los mismos antiparásitos medicamentos.

Para informar a la población que reside en las áreas de riesgo sobre las medidas de prevención, se proporcionaron 6 116 pláticas, además se distribuyeron más de 17 mil materiales impresos.

3.3.7. Cólera

El cólera es una enfermedad gastrointestinal aguda de etiología bacteriana cuyo agente causal es el *Vibrio cholerae*. El cuadro clínico 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 Nacional de Salud 2001-2006 incorporó en la estrategia para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres al programa de acción del Cólera, que tiene tres componentes con acciones para reducir los factores de riesgo de transmisión y diseminación del padecimiento, y los que influyen en la mortalidad. Estos componentes son:

Vigilancia epidemiológica: este componente recopila, analiza y difunde a los usuarios información de los daños a la salud causados por este padecimiento; además propicia la pesquisa de casos sospechosos, garantiza la notificación oportuna e identifica las áreas de riesgo, para orientar la instrumentación de operativos especiales.

Saneamiento básico: la SSA en coordinación con la Comisión Nacional del Agua y con los organismos operadores de los sistemas de agua y alcantarillado asegura la calidad del agua para uso y consumo humano e identifica oportunamente la presencia del *Vibrio cholerae* en el ambiente para evitar su diseminación.

Desarrollo humano: considera dos rubros, el primero dirigido al personal de salud por medio de la capacitación técnica y el aspecto humanístico, a través de talleres de sensibilización que permiten el desarrollo personal e interpersonal de los involucrados en la salud pública del programa propiciando la atención de los pacientes de manera adecuada oportuna y de calidad y evitar que las personas enfermen y por supuesto mueran por este padecimiento; y el segundo, es brindar a la población las medidas básicas para evitar enfermarse, a través de la modificación de sus hábitos y costumbres higiénicas y alimentarias, considerando los problemas específicos y las necesidades educativas que se presenten en los niveles urbano, semiurbano y rural, especialmente en zonas de riesgo indígenas.

Las actividades realizadas durante el período comprendido de septiembre de 2001 a agosto de 2002 son:

- Se trabajó en 18 449 localidades, que representó un 151 por ciento más respecto al período anterior.
- Se encuestaron 976 818 viviendas y se evaluaron a más de 4.0 millones de personas en riesgo, 76 y 83 por ciento más que en el período anterior.
- Además se obtuvieron 79 393 muestras para estudio bacteriológico, 16 por ciento menos que en el período anterior.
- Se realizaron 5.4 millones de determinaciones de cloro residual libre, 135 por ciento más.
- Para la prevención de la deshidratación se distribuyeron 2.3 millones de sobres de Vida Suero Oral, 80 por ciento más que el período anterior.
- En Querétaro se realizó el Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud 2002, con 80 asistentes responsables del programa y epidemiólogos estatales.
- Con las acciones emprendidas se ha logrado que en los últimos diez meses no se hayan presentado casos de cólera.
- Reforzamiento de la búsqueda activa de casos sospechosos en unidades hospitalarias y en la comunidad.
- Mejoró la oportunidad de la notificación.

- Toma de muestras de heces con hisopo rectal a casos sospechosos.
- Ministración de tratamiento a casos sospechosos y contactos.
- Actividades de cerco epidemiológico peri domiciliario alrededor de los casos sospechosos.
- Información a la población sobre las medidas básicas de prevención.
- Capacitación técnica y humanística en el manejo y tratamiento de los pacientes.
- Identificación y control de posibles fuentes de infección.
- Atención oportuna de casos sospechosos.

Destaca que la OMS retiró a México de la lista de países infectados por cólera en Latinoamérica.

3.3.8. Atención al Envejecimiento

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla al envejecimiento como un problema emergente de salud pública para el cual se tienen que definir prioridades de atención. 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 de larga evolución, de difícil prevención y más costosos.

En México actualmente el 7.2 por ciento del total de la población es mayor de 60 años lo que representa la existencia de 7.4 millones de habitantes en este grupo de edad. En virtud de lo anterior, y dada la necesidad de contar con una instancia que apoye los esfuerzos en salud tanto públicos como privados, en 1999 se instaló el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) para establecer esquemas preventivos que permitieran a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental.

Entre las acciones más relevantes realizadas durante el período de este informe se encuentran:

- La elaboración, edición y difusión del programa de acción: Atención al envejecimiento, el cual fue presentado ante la sociedad en la explanada de la Pista de Remo y Canotaje “Virgilio Uribe” en Cuernavaca, D. F.
- Actualmente existen Comités Estatales de Atención al Envejecimiento en 18 entidades federativas, en las que se distribuyeron acervos bibliográficos y la “Carpeta gerontológica y de Geriatría”, productos obtenidos mediante la colaboración técnica y científica con la OPS.
- Continuaron los trabajos de asesoría con la Red Nacional de Enfermería a favor de la atención del Envejecimiento.
- Se elaboró y editó la Cartilla Nacional de Salud para la y el Adulto Mayor, para un mejor control de las acciones de prevención y control de las enfermedades más frecuentes en este grupo.
- Se elaboraron los lineamientos de trabajo para la Semana Nacional para Gente Grande a realizarse en coordinación con el Instituto Nacional para los Adultos en Plenitud.
- Con la participación de las instituciones del Sector Salud se vacunó a un millón de adultos en plenitud contra la Influenza y las neumonías.
- En el seno del Acuerdo de Colaboración Técnica entre Países México Canadá y con la participación de la OPS se editó la Guía para el Desarrollo de un Sistema Integral de Apoyo para el Envejecimiento Activo, que propone estimular un diálogo entre los países panamericanos

sobre los lineamientos básicos de una estrategia regional para el envejecimiento activo y con ello llegar a un consenso para fomentar la salud y el bienestar de las personas mayores.

- Participación en el Congreso Internacional para la Atención del envejecimiento realizado en Madrid, España, presentando el proyecto “Política de Apoyo para la Atención del Adulto Mayor” y la Cartilla de Salud de la y el Adulto Mayor.
- Mediante el Plan para reducir la mortalidad por enfermedad cerebro vascular, se atendieron a 310 587 personas mayores de 60 años con hipertensión arterial, logrando un control adecuado de sus cifras de presión arterial en el 50 por ciento de los enfermos, lo que contribuirá a prevenir en cerca del 20 por ciento el riesgo de presentar un evento de enfermedad cerebro vascular.
- Además se procesó la base de datos obtenida mediante la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento realizada durante el 2000 y 2001.
- Se realizó la 1ª Reunión del Comité Regional de Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, con la participación de representantes de los países de la región.
- Elaboración del manual de procedimiento “Mediciones Clínicas y Antropométricas para el Adulto y Adulto Mayor” y se impartieron cuatro talleres en los que participaron 400 prestadores de servicios.
- Se participó en el 2º Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud del 10 al 12 de junio en la Ciudad de Juríca, Qro., con la intervención de los responsables del programa de salud del adulto y el anciano y se desarrolló el taller de programación para el año 2003.
- Realización de dos cursos para la Capacitación de Tutores para la Atención de los Adultos Mayores, con la participación de 100 prestadores de servicio en cada curso.
- Distribución de 500 mil Cartillas Nacionales de Salud para la y el Adulto mayor en el período enero-mayo del 2002. Se espera terminar el año con la distribución de 2.5 millones.

Prevención y Control de Diabetes

La diabetes continúa siendo un problema de salud pública en México. En el año 2000 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 46.9 por 100 mil habitantes, además se estima, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, que existen 5.5 millones de personas que la padecen, de las cuales 1.3 millones desconocen estar enfermas.

Por lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se plantean como prioridad, intensificar las acciones de prevención y detección para la diabetes, con el propósito de retardar la aparición de la enfermedad y diagnosticar oportunamente los casos, para ingresarlos a tratamiento y así disminuir los riesgos de las posibles complicaciones o muerte temprana.

Para cumplir con este objetivo se fortaleció la promoción de estilos de vida saludables; la detección temprana de las personas con diabetes; la capacitación al personal de salud y de la población mediante su participación en Grupos de Ayuda Mutua, para coadyuvar al control metabólico de la enfermedad, además de la realización de Campañas de Comunicación Social y Educativa de forma permanentes.

En el período de este informe destacó:

- La elaboración edición y difusión del Programa de Acción que fue presentado a la comunidad médica en la Academia Nacional de Medicina.
- Con el propósito de dar seguimiento al desarrollo de los programas y mantener actualizado al personal se realizaron dos reuniones con los responsables estatales del Programa de Salud del Adulto y del Anciano.
- Se desarrollaron 15 talleres estatales sobre el Manejo de Insulinas y Mediciones Clínicas y Antropométricas, contando con la participación de 1 700 trabajadores de la salud.
- Continuó la Campaña de Prevención y Control de la Diabetes.
- Como parte del Proyecto Fronterizo de Diabetes, México-EE. UU. se desarrollaron tres cursos de capacitación para promotores en diabetes.
- Las detecciones realizadas ascendieron a 5.8 millones con un incremento de 61 por ciento respecto a las realizadas durante el período anterior.
- La operación de 5 103 grupos de ayuda mutua para las y los enfermos con padecimientos crónicos, representó un incremento del 13 por ciento respecto al período anterior.
- La participación de más de 107 mil personas en los grupos de ayuda mutua, 14 por ciento más.
- Con las intervenciones del programa se eleva cada año las coberturas de las acciones de detección entre la población expuesta; se ha logrado el control metabólico de 33.6 por ciento de los pacientes en tratamiento y que actualmente el 40.0 por ciento de las unidades médicas cuentan con un grupo de autoayuda.
- La prevalencia de diabetes se estima del 10.9 por ciento, y la tasa de mortalidad por esta causa en 2000 fue de 46.9 por 100 mil habitantes.

Programa de Acción: Diabetes Mellitus
Evaluación Comparativa Según Unidad de Medida, SSA 2001-2002

Unidad de medida	2001			Enero-mayo 2002			Enero-diciembre 2002		
	Meta	Alcanzado	%	Meta	Alcanzado	%	Meta	Estimado*	%
Detecciones	5 900 000	5 771 261	97.8	5 900 000	2 433 267	41.2	5 900 000	5 839 841	99.0
Casos en tratamiento	500 000	288 928	57.8	600 000	276 937	46.2	600 000	327 080	54.5
Casos controlados**	101 414	97 060	95.7	114 098	91 514	80.2	134 757	114 478	85.0
Grupos de Ayuda mutua***	4 738	5 371	113.4	6 456	5 371	83.2	6 456	5 375	83.3
Pacientes integrados****	72 232	67 817	93.9	88 620	67 817	76.5	104 665	103 330	96.7

* Proyecciones con base en SISPA enero-mayo del 2001.

** La meta representa el 35.1 y el 41.2 por ciento (metas del 2001 y 2002 respectivamente) de los casos reales en tratamiento.

*** 28.4 y 38.7 por ciento (metas del 2001 y 2002 respectivamente) del total de unidades del 1º nivel de atención (16,683).

**** 25 y 32 por ciento (metas del 2001 y 2002 respectivamente) del total de pacientes en tratamiento.

En el año 2001 se efectuaron 5.7 millones acciones de detección. En el período enero-mayo se realizaron 2.4 millones, por lo que se espera que a término de este año, se alcancen 5.8 millones, es decir, superando las del año pasado y cumpliendo el 99 por ciento de la meta planteada para este año. Con lo anterior se incrementará en un 13 por ciento el número de personas con diabetes en tratamiento para su control, disminuyendo las posibilidades de presentar complicaciones y muertes a edades tempranas.

En el año 2001 se alcanzó el 95 por ciento de la meta planteada respecto al control de la enfermedad. De enero a mayo del 2002, se ha alcanzado el 80 por ciento, esperando terminar el año con el cumplimiento del 85 por ciento de la meta programada. Lo anterior se debe al planteamiento de metas más ambiciosas para este año.

Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial

Entre las principales causas de muerte en nuestro país se encuentran las enfermedades del corazón con una tasa de 69 por 100 mil habitantes y del total de ellas, la enfermedad isquémica, representa más del 60 por ciento. Por otro lado, las enfermedades cerebro vasculares se ubican en el sexto lugar con tasa de 25.5 por 100 mil habitantes.

El perfil epidemiológico de México muestra un aumento sostenido en la prevalencia de algunas enfermedades entre la población mayor de 20 años como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y la obesidad, que exponen a la población que las padece a enfermedades cardiovasculares, principalmente.

Para proteger la salud de la población y 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, la SSA puso en marcha el Programa de Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares y la Hipertensión Arterial.

Entre sus actividades incluyen: la promoción de estilos de vida saludables; la detección temprana de las enfermedades; 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.

Durante el período enero a agosto de este año destacan las siguientes actividades:

- La publicación en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA-2000, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias.
- Elaboración, edición y difusión a las 32 entidades federativas del Programa de Acción, el cual fue presentado a la comunidad médica en la Academia Nacional de Medicina.
- Se desarrollaron materiales promocionales para la prevención y control de la hipertensión arterial y la distribución de más de un millón y medio de material impreso.
- Realización de 8.5 millones de detecciones, lo que permitió elevar a 451 mil las personas en tratamiento.
- El programa se ha visto apoyado con el establecimiento de 5 103 grupos de ayuda mutua mixtos en los que participan cerca de 90 mil pacientes con HTA y sus familiares.
- Mediante el “Plan para reducir la mortalidad por enfermedad cerebro vascular”, se atendieron a 310 587 personas mayores de 60 años con hipertensión arterial, con el control adecuado de las cifras de presión arterial en el 56 por ciento de los enfermos.
- Se desarrolló un plan de capacitación sobre calibración de equipos (baumanómetros), mediciones clínicas biológicas y antropométricas para personal de salud con la realización de cuatro Talleres estatales con la participación de 400 trabajadores de la salud.
- El 40 por ciento de las unidades médicas cuentan con un grupo de autoayuda.

- Se elaboró la Cartilla Nacional del Hombre y la Mujer (edad adulta) y la y el Adulto Mayor, en la que se consideran intervenciones de promoción, detección y control del paciente con enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial.
- Realización de dos reuniones con los responsables estatales del Programa de Salud del Adulto y del Anciano.
- Publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 respecto a Enfermedad Cardiovascular e Hipertensión Arterial, con las recomendaciones pertinentes en materia de salud pública.

Resultados Obtenidos

- Se logró el control de las cifras de presión arterial en el 44.2 por ciento del total de los pacientes en tratamiento y el 72.4 por ciento de las personas mayores de 60 años con hipertensión.
- La prevalencia de hipertensión arterial es de 30.05 por ciento.
- La tasas de mortalidad en el 2000 por enfermedades del corazón fue de 69.3 por 100 mil habitantes y de 25.5 por 100 mil habitantes, por enfermedades cerebro vasculares.

Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Evaluación Comparativa según Unidad de Medida

Unidad de medida	2001			Enero-mayo 2002			Enero-diciembre 2002		
	Meta	Alcanzado	%	Meta	Alcanzado	%	Meta	Estimado*	%
Detecciones	5 900 000	7 804 972	132.3	5 900 000	3 661 713	62.1	5 900 000	8 788 111	149.0
Casos en tratamiento	540 000	320 709	59.4	600 000	308 361	51.4	600 000	327 080	54.5
Casos controlados**	143 678	140 699	97.9	147 705	140 551	95.2	156 671	149 148	95.2
Grupos de Ayuda mutua***	4 738	5 371	113.4	6 456	5 371	83.2	7 607	5 375	70.7
Pacientes integrados****	72 159	50 132	69.5	92 508	50 132	54.2	98,124	10 330	105.3

* Proyecciones con base en SISPA enero-mayo del 2001.

** La meta representa el 44.8 y 47.9% (metas del 2001 y 2002 respectivamente) de los casos reales en tratamiento.

*** 28.4 y 38.7% (metas del 2001 y 2002 respectivamente) del total de unidades del F nivel (16 683).

**** 22.5 y 30.0% (metas del 2001 y 2002) del total de pacientes en tratamiento.

En el año 2001 se efectuaron 7.8 millones acciones de detección. En el período enero-mayo del 2002 se realizaron 3.7 millones, por lo que se espera que al término de este año, se alcancen 8.8 millones, es decir, superando en un millón las realizadas el año pasado y superando un 49 por ciento la meta propuesta para este año. Con lo anterior se incrementa el número de personas con hipertensión arterial en tratamiento para el control de su presión arterial disminuyendo las posibilidades de presentar complicaciones, discapacidad y muertes a edades tempranas.

En el año 2001 se alcanzó el 98 por ciento de la meta planteada respecto al control de la enfermedad de enero a mayo del 2002, se ha alcanzado el 95.2 por ciento, esperando terminar el año con el cumplimiento del 95.2 por ciento de la meta programada. Asimismo, se mantienen 5 371 grupos de ayuda mutua con la participación de cerca de 50 mil personas con hipertensión arterial, esperando que para el término del año se superen los 100 mil.

Prevención y Control de Cáncer de Próstata

Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en nuestro país, con tasa de 55.2 por 100 mil habitantes en el año 2000.

En la última década se registraron 56 976 defunciones por cáncer de próstata, con un aumento en los años extremos 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 el 2000, se ubicó en el segundo lugar como causa de muerte en la población masculina en edad posproductiva con tasa de 70.1 por 100 mil habitantes. Es prioritario adoptar estrategias que faciliten la detección oportuna del cáncer de próstata a partir de los 40 años de edad.

La prevalencia histológica de la hiperplasia prostática benigna (HPB), aumenta de aproximadamente uno de cada cinco hombres en el grupo de 41 a 50 años, hasta cuatro de cada cinco a los 80 años.

El programa para la Prevención y Control de Cáncer de Próstata tiene como propósito prevenir o retardar la aparición de la Hiperplasia Prostática Benigna y el Cáncer de Próstata.

Entre las acciones realizadas destacan:

- La elaboración y difusión del Programa de Acción de Cáncer de Próstata, y su presentación en Oaxaca durante la Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Urólogos A.C.
- La impresión de 1.4 millones de Encuestas de Factores de Riesgo de Enfermedad Prostática, las cuales fueron distribuidas entre las instituciones del Sector Salud para su aplicación.
- En el período enero-mayo del 2002 se realizaron 10 802 acciones de detección lo que representó el 10.8 por ciento de lo programado.
- Se espera realizar alrededor de 300 000 encuestas durante la Semana Nacional de la y el Adulto Mayor.

3.3.9. Urgencias Epidemiológicas y Desastres

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 incorpora en su estrategia para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres el Programa de Acción sobre Urgencias Epidemiológicas y Desastres.

Este programa considera la atención de los desastres originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre, así como las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones. Además en él se establecen los lineamientos generales de los planes de intervención ante la presencia de desastres y/o urgencias epidemiológicas, en los que se encuentre en riesgo la salud de la población.

Los objetivos son la protección de la salud de la población de los riesgos y daños originados por una urgencia epidemiológica o un desastre por medio de la activación social y la atención coordinada, oportuna e integral; así como establecer las medidas preventivas que reduzcan los riesgos a la salud de la población, y atender adecuada y oportunamente a la población en riesgo que haya sido afectada por un desastre, restaurando y preservando su salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos el programa establece tres componentes sustantivos: Previsión integral, Intervención oportuna y Control de riesgos; y cinco componentes estratégicos: Desarrollo humano, Activación social, Coordinación y organización, Sistema de información y evaluación, y Estructura e insumos.

El programa no tiene metas establecidas, ya que no es posible predecir la ocurrencia de eventos, sin embargo tiene como compromiso evitar y en su caso controlar la presencia de casos y brotes epidémicos en zonas donde haya ocurrido algún desastre, contar con planes de intervención para ser aplicados ante la amenaza o presencia de una urgencia epidemiológica o desastre, garantizar atención médica gratuita, oportuna y de calidad con personal capacitado y los insumos necesarios ante un evento epidemiológico, difusión oportuna de medidas para el autocuidado de la salud de acuerdo con el evento en estudio, disminuir riesgos epidemiológicos mediante la participación oportuna de grupos como las brigadas, apoyar las acciones específicas que realiza el Comité de Atención Psicológica en caso de desastre, y construir una plataforma para generar un cambio de actitud y comportamiento, encaminado a una nueva cultura de prevención y protección de la salud.

Entre las actividades realizadas durante el período septiembre de 2001 a agosto 2002 se encuentran:

- La realización de trabajos conjuntos con Protección Civil, ISSSTE e IMSS para la creación de un programa activo que incorpore la ejecución de simulacros para la atención de eventos y de este modo, crear una plataforma de respuesta en los diferentes tiempos de un evento con la participación tanto de la población como de las autoridades.
- Se impulsó la coordinación intra y extra sectorial a nivel estatal y la conformación de 28 Comités Operativos de Vigilancia Sanitaria.
- Las actividades de vigilancia epidemiológica y mitigación fueron reforzados en los ámbitos técnico y humanístico, para proteger la salud de la población de las consecuencias de los desastres y las urgencias epidemiológicas que se presentaron en 16 estados: Campeche, Colima, Coahuila Chiapas, Chihuahua, Baja California Sur, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tamaulipas y Tlaxcala.
- Se celebró el Encuentro Nacional de Prevención Protección de la Salud 2002.
- Durante el período de este informe, se realizaron 50 973 visitas domiciliarias, beneficiando a 254 869 personas con búsqueda intencionada de casos y detección de factores de riesgo, esto representó un incremento del 28 por ciento en la población atendida en relación al período anterior.
- Destacó la cooperación internacional, en febrero de 2002, con el personal de los Ministerios de Salud de los países centroamericanos. Se proporcionó asesoría a El Salvador para la adopción y adaptación del programa Epi-desastres, el cual fue personalizado para Honduras en el mes de mayo de este año.
- Participación en la coordinación de la Comisión de Salud para la visita de Juan Pablo II.
- Se emitieron cuatro alertas epidemiológicas, 60 por ciento menos que en el período anterior.

Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2001-2002

Causas	2001	2002
Intoxicaciones e infecciones alimentarias	107	101
Padecimientos infecciosos	51	128
Desastres ocasionados por fenómenos naturales	24	40
Desastres provocados por el hombre	14	29
Intoxicaciones por químicos	8	23
Lesiones por abeja	6	0
Otros	9	28
Total	219	349

- Participación y coordinación en la atención a la población desalojada y albergada en los refugios temporales, durante el incremento en la actividad del volcán de Fuego de Colima. Así como en la planeación y coordinación de las actividades correspondientes en caso de mayor actividad volcánica.
- En los operativos implementados no se han presentado brotes por enfermedades transmisibles y se mantuvieron bajo control aquellas que dieron origen a la urgencia.

3.3.10. Accidentes

Con el propósito de reducir el impacto que provocan las lesiones en la población, se fortalecieron las acciones de promoción de una cultura de la prevención, del sistema de vigilancia epidemiológica y de los servicios para la atención de lesiones accidentales e intencionales.

El Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), coordinó diversas estrategias para cumplir las metas establecidas para el año 2001-2006:

- Reducir 17 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general.
- Reducir 25 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- Reducir 13 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en el hogar.

Las estrategias son:

Para la vigilancia epidemiológica de los accidentes se realizó una reunión de los 28 Secretarios de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRAS), Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, con el propósito de elaborar las propuestas para tener una mejor información que permita identificar los factores de riesgo, la elaboración de un compendio estadístico de mortalidad 2000 y calcular la carga de enfermedad debida a lesiones accidentales e intencionales.

En la Primera Reunión Nacional se contó con la participación de 29 consejeros y representantes estatales; y en el Segundo Encuentro Nacional de Prevención y Protección de la Salud participaron 29 consejeros, representantes y encargados del Programa de Accidentes.

Respecto a la adecuación del marco jurídico en materia de accidentes, se concluyó el Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

En materia de formación y capacitación de recursos humanos, se realizó la Reunión Nacional de expertos para crear los estándares del técnico en urgencias médicas en competencias profesionales

acorde con las necesidades de atención prehospitalaria, así como una reunión de expertos para el diseño del Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana de Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas.

Para la atención médica integral prehospitalaria e intrahospitalaria se presentó el Modelo de atención de urgencias médicas para lograr cofinanciamiento en cuatro entidades federativas. Se realizó una gira de trabajo por los estados de Guanajuato, Jalisco, Chihuahua, Tabasco y Tamaulipas para conocer las instalaciones y funcionamiento de los sistemas de radiocomunicación, así como el centro regulador a nivel local, regional, municipal y estatal para la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Para alcanzar las metas establecidas, se impulsaron las acciones para la adopción de una cultura para la prevención de accidentes, entre la población en general y entre el personal de salud. El CONAPRA impulsó, apoyó y elaboró material educativo impreso en colaboración con la Dirección General de Promoción a la Salud y la Secretaría de Educación Pública.

Las acciones más destacables fueron:

- Campañas de Prevención de Accidentes.
- Para la Campaña Decembrina del 2001, se transmitieron por televisión los mensajes de la Trilogía de accidentes “Alguien te espera”.
- Para la Campaña de Semana Santa y Campaña de Verano 2002, se transmitieron 32 spots de la Trilogía “Prevención de Accidentes”, y se colocó publicidad en parabúses y espectaculares en todas las entidades federativas.

Avances

Concepto	% Avance
Informe anual de actividades del consejo 2002	100
Elaboración de estadística accidentes en carreteras federales 2000; estadística CAPUFE, IMSS, ISSSTE y DGEI 2000	75
Elaboración de Indicadores de evaluación	50
Elaboración del Programa de Acción Accidentes	100
Elaboración de Documentos para presentación en diferentes foros	
Defensas Metálicas	100
Los accidentes un problema de salud pública en México	100
Los accidentes en México: un problema epidemiológico 2001	75
Usos del certificado de defunción	100

3.3.11 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica integra información sobre una gran variedad de enfermedades transmisibles, no transmisibles y adicciones. La información que genera este sistema es de gran utilidad para el control de brotes y epidemias. El Sistema cuenta con el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) es un órgano normativo y de coordinación en el nivel nacional, que facilita y orienta el quehacer epidemiológico del país, ya que unifica y homologa los criterios, procedimientos y contenido de la vigilancia epidemiológica y los Centros Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) coordinan los esfuerzos de todas las instituciones de salud en cada estado.

Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles

A continuación se describen las acciones más sobresalientes en cada uno de los subsistemas de información para enfermedades transmisibles.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El objetivo es coadyuvar al control, eliminación y erradicación de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV), de acuerdo con los compromisos nacionales e internacionales y consolidar las acciones operativas de los sistemas en los diferentes niveles e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Durante el período de este informe, se difundió la información de las EPV mediante la publicación de informes diarios, semanales y mensuales con la información de casos probables, descartados, confirmados y compatibles de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Se han mantenido en niveles adecuados los indicadores de evaluación y seguimiento nacionales e internacionales de las EPV.
- Seguimiento nominal de casos probables de enfermedades prevenibles por vacunación, hasta su clasificación final.
- Visitas de asesoría y supervisión a las entidades federativas así como el apoyo en brotes y situaciones especiales.
- Elaboración del manual simplificado de procedimientos de vigilancia epidemiológica de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Se garantizó la detección, notificación y seguimiento oportuno de los casos probables de sarampión, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos y tétanos neonatal para su seguimiento y clasificación final de los casos.
- Capacitación en servicio mediante la realización de cinco cursos-taller regionales y estatales.
- Visitas de supervisión a 22 entidades federativas.
- Se realizaron 10 reuniones con el Grupo Nacional de Expertos de Tétanos Neonatal para la revisión clínico epidemiológica y clasificación final de casos de Tétanos Neonatal.
- Se efectuaron reuniones con el Grupo de Sistemas Especiales del CONAVE para la revisión de información, indicadores de evaluación y seguimiento, así como validación del manual simplificado de EPV.
- Análisis de la información permanente a través de los indicadores epidemiológicos definidos para cada enfermedad.
- Envío de la información de las EPV y sus indicadores de evaluación a nivel internacional.

Enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años

Su objetivo es fortalecer los mecanismos de obtención de información de casos, defunciones y riesgos en apoyo al seguimiento de indicadores de las acciones de prevención y control y la atención oportuna de brotes y situaciones de importancia epidemiológica.

- Se realizaron 16 supervisiones a las entidades federativas prioritarias, capacitando un promedio de cinco personas por cada supervisión.
- Se han notificado con mejor oportunidad las defunciones por EDAS e IRAS de niños menores de cinco años.
- Existe mejoría en la calidad de la información obtenida de las defunciones durante el 2002 con respecto a la calidad informada en el 2001.
- Durante el período de enero a diciembre 2002 se continúa recibiendo información de los estados sobre casos sospechosos de cólera a través de la Red Negativa de Cólera, manteniendo la vigilancia activa para identificar estados prioritarios y con mayor rezago en la notificación y realizar acciones de supervisión.
- En el presente año, hasta la semana epidemiológica No. 29 no se han reportado casos confirmados de cólera. Se ha fortalecido la coordinación interinstitucional y con los estados. En este lapso se ha proporcionado asesoría a las entidades federativas que lo han requerido.
- En lo que resta del año, se llevará a cabo el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica mediante la capacitación y supervisión a los estados que no cumplan con el dos por ciento de toma de muestra con hisopo rectal del total de casos de enfermedades diarreicas agudas.
- Se promoverá la búsqueda de casos de cólera en el 100 por ciento de entidades federativas con antecedentes de casos y circulación de *Vibrio cholerae O1* en los últimos tres años con el objeto de fortalecer los mecanismos de obtención de información de casos, defunciones y riesgos en apoyo al seguimiento de las acciones de prevención y control y la atención oportuna de brotes y situaciones de importancia epidemiológica.
- Se fortaleció el sistema de vigilancia de enfermedades diarreicas por rotavirus con la realización de ocho cursos de capacitación a epidemiólogos hospitalarios y personal médico.

Micobacteriosis

Fortalecer la capacidad operativa de la vigilancia epidemiológica de tuberculosis y lepra para apoyar la toma de decisiones en las acciones de prevención y control en el país y zonas de alta endemicidad.

- Se capacitó al personal del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias sobre la operación y manejo del Sistema de información Epi-Tb.
- Durante el mes de marzo del 2002 se llevó a cabo el 1^{er} Encuentro Nacional de Equipos Líderes en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, al cual asistieron representantes de las 32 entidades federativas donde se contempló el sistema de vigilancia epidemiológica de tuberculosis y el sistema de información Epi-tb.

Influenza

Tiene como propósito garantizar la detección oportuna de casos nuevos de influenza y conocer el patrón de circulación viral para el establecimiento de medidas de prevención y protección de la salud.

- Dentro de los logros alcanzados, se obtuvo información oportuna de la caracterización clínica y epidemiológica de la influenza en tiempo, lugar y persona; además de que se conocen los tipos y subtipos de virus de la influenza circulantes en el país.

- Se realizó la ratificación o rectificación de las defunciones ocurridas por influenza en forma oportuna.
- Visitas de supervisión y asesoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica de influenza en los estados de Chihuahua, Sonora, México y Yucatán.
- En el período de enero a julio del 2002 se dio continuidad a la notificación semanal de casos de influenza al Sistema Internacional de Vigilancia “FLUNET”, de la Organización Mundial de la Salud.

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

Sus objetivos disminuir el subregistro y la extemporaneidad de la información de casos de VIH/SIDA e ITS y mejorar el conocimiento de los comportamientos asociados a estos padecimientos en apoyo a la prevención y control.

- Dentro de las prioridades del sistema de vigilancia epidemiológica para VIH/SIDA e ITS es el de disminuir el subregistro y extemporaneidad de la información de casos, para así mejorar el conocimiento de comportamientos asociados a estos padecimientos generando información oportuna y de calidad que apoye el establecimiento de medidas de intervención. De igual forma surge la necesidad de incrementar la notificación en el 100 por ciento de las entidades federativas e instituciones de salud que concentran la atención de casos, también se debe garantizar el estudio y seguimiento epidemiológico del 100 por ciento de los casos notificados de ITS.
- Dentro de las acciones realizadas para cubrir las prioridades del sistema se puede mencionar que se han llevado a cabo supervisiones conjuntas con otras instituciones de salud a las diversas entidades federativas en donde se ha detectado subregistro de casos de SIDA de manera importante, además de considerar el componente de mortalidad por la misma causa, cubriendo hasta el momento el 50 por ciento de entidades programadas, logrando así en un 60 por ciento la actualización del registro nacional de casos. Al mismo tiempo se ha dado fortalecimiento a la vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en los estados visitados.
- Cabe señalar que se encuentra en proceso de prueba, la modernización del registro nacional de casos de VIH/SIDA e ITS por medio de un nuevo sistema de cómputo con el cual se podrá mejorar la cobertura institucional.

En la actualidad el sistema de Vigilancia Epidemiológica tiene una cobertura de 82 por ciento, sin embargo es importante mencionar que se deben fortalecer las acciones existentes para así poder alcanzar un 100 por ciento.

Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

Su objetivo es garantizar la obtención, recopilación y análisis de la información epidemiológica de las ETV y zoonosis que orienten al establecimiento oportuno de acciones de prevención y control y la focalización de medidas institucionales para el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica.

- Capacitación en ocho entidades federativas con 115 personas capacitadas del área de vigilancia epidemiológica.
- Incremento del 100 por ciento de la capacitación durante el 2002 (capacitación a cuatro entidades) del 100 por ciento en comparación con el 2001.

- Incremento de visitas de asesoría y supervisión durante el 2002 del 75 por ciento (58 visitas) en comparación con el 2001 (33 visitas).
- Detección del 70 por ciento de casos de dengue no notificados.
- Incremento del seguimiento de los casos de dengue hemorrágico del 100 por ciento durante el 2002 en comparación con el 2001 Indicador de 43 en el 2001 a 86 por ciento en el 2002.
- Mejoría en la notificación oportuna de personas agredidas por fauna silvestre que ha permitido no contar con ningún caso de rabia en humanos en comparación con los cinco registrados durante el 2001, ocasionados por fauna silvestre.

Red Hospitalaria de vigilancia epidemiológica

Tiene como propósito mejorar la calidad y oportunidad de la información para la vigilancia epidemiológica de morbilidad y mortalidad en unidades de segundo y tercer nivel de atención y sistematizar su aplicación para el control de situaciones de riesgo y las infecciones nosocomiales.

- Se ha dado capacitación continua e intensiva a epidemiólogos estatales, hospitalarios y enfermeras sanitarias, personal de laboratorio y de informática a través de: ocho cursos de capacitación al personal referido en procedimientos de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales, diarreas por rotavirus, infecciones por neumococo en menores de cinco años y defectos del tubo neural; cinco cursos-taller interinstitucionales, estatales y regionales, sobre aspectos de vigilancia epidemiológica intrahospitalaria.
- 56 visitas de supervisión operativa para el registro de infecciones nosocomiales y otros componentes de vigilancia hospitalarias con énfasis en infecciones nosocomiales, rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, DTN.
- Asimismo, se mantiene la vigilancia de la sensibilidad y resistencia antimicrobiana (perfiles microbiológicos), con supervisión en 11 unidades centinela participantes. Este sistema cuenta con el apoyo local de los Laboratorios Estatales de Salud Pública en las entidades federativas para su mejor instrumentación.
- Se inició y terminó el componente de la Plataforma Única de Cómputo de la RHOVE por Internet, con lo que se mejorará el registro y análisis de casos de los diferentes sistemas.

Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones SEED

Su objetivo es garantizar la oportunidad y calidad de la información de mortalidad en apoyo a la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones, el seguimiento de programas y la investigación.

- En el 2002 se estima una cobertura nacional del SEED de alrededor de 97 por ciento respecto a lo esperado.
- Se concluyó la revisión del 100 por ciento de defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica y notificación inmediata en ambos períodos.
- En el período se diseñó el sistema de automatización de la selección de la causa básica de defunción, lo que permite una mejora en calidad y oportunidad de la certificación. Durante el 2002 se difundió en todos los programas prioritarios la base de información para apoyar la toma de decisiones y el seguimiento epidemiológico de la mortalidad en forma oportuna.

Sistema de vigilancia epidemiológica simplificada

Su finalidad es mejorar el conocimiento epidemiológico de daños y riesgo a la salud en las comunidades de difícil acceso.

- Se realizaron actividades de capacitación del sistema de vigilancia epidemiológica simplificada en el estado de Hidalgo y actividades de supervisión en el estado de Tabasco.
- Se fortaleció el sistema de registro de casos en el 100 por ciento de los estados donde opera el sistema con una notificación esperada de 235 mil casos nuevos de enfermedades de notificación obligatoria en el 2002, respecto a los 230 mil registrados en el 2001.
- Para la innovación tecnológica en la notificación de casos y situaciones de riesgo en localidades de difícil acceso y con población de lengua indígena, se diseñó el sistema automatizado vía Internet y el dispositivo para el diagnóstico sindromático y seguimiento de pacientes en la comunidad. El sistema se instrumentó en Puebla y Morelos en comunidades con población indígena y un total de 75 localidades.

Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Causa Externa

Se realizó el análisis de los casos reportados por el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, y la mortalidad a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones a partir de: lesiones accidentales, intencionales y ambientales.

En el caso de las lesiones accidentales (de tránsito) se definieron los instrumentos de la encuesta para evaluar el subregistro; identificando las unidades a encuestar, y realizando la prueba piloto de la encuesta. Por su parte, para las lesiones intencionales (violencia familiar), se realizó un análisis múltiple de causas en infanticidio y la identificación de necesidades adicionales de información. Por último para las lesiones ambientales (por temperaturas extremas) se elaboró un manual de procedimientos y se continuó con el registro de casos.

Proyecto Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas

Las metas del período incluyen la elaboración y distribución del compendio informativo correspondiente al 2000 en un 30 por ciento; la difusión del compendio 1999 a autoridades, instituciones, universidades; la recopilación de la información del 2001 en un 100 por ciento; así como elaborar un compendio de cáncer en niños.

Los avances muestran la edición y distribución del compendio informativo de 1999 y la recopilación de la información del 2000 en un 90 por ciento. Además de la recopilación de la información del 2001 en un 50 por ciento; y la conclusión del compendio de cáncer en niños.

Proyecto Sistema de Registro Nacional de Intervenciones Coronarias Percutáneas (RNICP)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Padecimientos Cardiovasculares se implementó a partir de la firma del convenio de concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y la Sociedad Mexicana de Cardiología. Como parte inicial del Sistema se propuso la operación del RNICP.

Durante el período del informe se logró la captura, procesamiento y análisis de la información en el 34.5 por ciento de los hospitales visitados, y la elaboración de un primer boletín informativo con los datos procesados (general y por unidad hospitalaria). El formato de captura de información unificado fue aprobado y el manual de procedimientos se encuentra en revisión y complementación.

Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales

En coordinación con personal del Programa de Salud Bucal se contempló la necesidad de contar con un sistema de vigilancia epidemiológica que brinde información sobre patologías bucales. Se analizaron las características de la información a vigilar de utilidad para el Programa de Salud Bucal. La meta comprometida se refiere al diseño un modelo de sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales.

Entre los principales avances destacaron el trabajo con personal del Programa de Salud Bucal analizando sus metas y considerando la información para la vigilancia epidemiológica así como la presentación de un proyecto al grupo interinstitucional.

Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes tipo 2

Las metas para este período son la definición del modelo e instrumentos del sistema de vigilancia en el primer nivel de atención, la capacitación y operación en las entidades, la presentación del proyecto al grupo interinstitucional y análisis del modelo y sus instrumentos.

Durante el período que se informa se logró ajustar la propuesta del modelo e instrumentos del sistema de vigilancia de diabetes tipo 2 en unidades hospitalarias. Se aprobó el modelo y los instrumentos del sistema de vigilancia para unidades hospitalarias, además se desarrolló una propuesta de vigilancia epidemiológica para el primer nivel de atención.

Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asma y EPOC

Con el propósito de contar con información epidemiológica de mayor precisión sobre el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se diseñó un modelo informático a nivel hospitalario, para lo cual se analizaron las características de la información y la necesaria para su atención, además se definieron dos instrumentos para la recopilación de información y se formó un subgrupo de trabajo con personal especializado en el tema.

Proyecto Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama

Durante el período del informe se realizaron ajustes al modelo e instrumentos del sistema de vigilancia y se aprobó el modelo y los instrumentos por el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, asimismo se preparó el *software* con un 25 por ciento de avance y se inició la capacitación en las entidades federativas.

Programa Capacitación y Desarrollo Humano

Para el fortalecimiento técnico del quehacer epidemiológico, durante el mes de septiembre del 2001, inició el diplomado a distancia con uso de Internet con la participación cinco alumnos en prueba piloto.

Se realizaron seis cursos de actualización con la participación de 57 alumnos, un diplomado a distancia con uso de Internet con cinco alumnos, dos diplomados en la modalidad extramuros en Tabasco e Hidalgo y un curso en Querétaro.

Del 1° enero al 31 de agosto del 2002, se realizaron cinco cursos de actualización con la participación de 66 alumnos, un diplomado a distancia con uso de Internet con seis alumnos e inició un diplomado en la modalidad extramuros en el estado de Hidalgo.

En julio se llevó a cabo el diplomado del Curso Internacional en Epidemiología Aplicada con una participación de 96 alumnos. Están en formación 24 especialistas en Epidemiología que cursan tres grados de la especialidad y participan en los operativos de atención a la población afectada por brotes epidémicos.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

El conocimiento de los patrones de consumo y de las características sociodemográficas de las personas adictas a sustancias psicoactivas, así como de las zonas geográficas y el entorno en donde se desarrolla éste complejo fenómeno social, se fortaleció con la incorporación a la Dirección de Investigación y Evaluación la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), ampliando la cobertura del mismo, de 25 ciudades correspondientes a 18 estados en el año 2001 a 54 ciudades integrantes de las 32 entidades federativas para agosto de 2002.

Se impartieron 10 cursos de capacitación gerencial a los responsables estatales, y a 11 ciudades SISVEA se llevó a cabo una supervisión en cada una de ellas. Además, se participó en la reunión del Grupo de Trabajo Epidemiológico de las Adicciones de la Frontera, en San Diego, California, presentando los trabajos “Visión general de la frontera norte” y “Evaluación de los 10 años del SISVEA”.

Presentación del trabajo: “Papel de los Observatorios Nacionales en la formulación de políticas nacionales sobre drogas”, en Cartagena de Indias, Colombia; y la elaboración del capítulo Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, del documento Observatorio Epidemiológico en Drogas, el cual sirve como base para cumplir el compromiso adoptado durante la Asamblea General de las Naciones Unidas del 10 de junio de 1998, en adhesión a la Declaración de Reducción de la Demanda.

3.3.12. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos

Para el desarrollo de sus actividades el Instituto cuenta con una estructura orgánica que tiene 2 direcciones de área, 1 subdirección y 7 jefaturas de departamento.

Una de las principales encomiendas del Instituto es la realización de procedimientos de laboratorio para diagnóstico clínico, así como realizar la referencia y el control de calidad de aquellas muestras provenientes de toda la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP), para generar información y conocimientos oportunos y confiables que apoyen los programas prioritarios del Sector Salud.

Entre las principales actividades realizadas destacaron:

- La implementación del laboratorio de Urgencias y Desastres.
- Para mejorar la calidad en el diagnóstico de tuberculosis se implementó el programa de control de calidad en laminillas en dos estados de la República Mexicana.
- Se supervisó la realización del primer y segundo monitoreo del año de emisiones a la atmósfera realizado a los aparatos de combustión del InDRE.

- 24 supervisiones a laboratorios del InDRE sobre generación de residuos peligrosos biológico-infecciosos, 37 asesorías sobre la NOM-018-STPS-2000, NOM-054-ECOL-1993 y se continúa informando sobre la modificación a la NOM-114-STPS-1993 ahora NOM-018-STPS-2000. Asimismo, 18 supervisiones a los equipos e instrumentos de medición a laboratorios del InDRE, y se verificaron 192 termómetros, de los cuales 185 fueron aprobados y siete rechazados.
- Con el propósito de mejorar el desempeño del personal se llevaron a cabo dos talleres de planeación estratégica con la presencia de 25 personas entre jefes de departamento y de laboratorio, así como la realización de cuatro cursos de desarrollo humano para personal con la participación de más de 300 personas.
- En congruencia con el reglamento de protección contra los no fumadores se creó el Comité Anti-tabaco.

Entre las acciones para el diagnóstico y referencia, más relevantes se encuentran:

- La implementación de técnicas microbiológicas y de biología molecular para la identificación del ántrax.
- La entrega de Proteína C. Reactiva (PCR) de tuberculosis se redujo de 15 a 3 días hábiles y el de carga viral para VIH de 30 a 10 días.
- Para trasplante de médula ósea se estudiaron 116 muestras para selección de donador y 46 para trasplante renal.
- Elaboración y actualización de la base de datos del banco de células progenitoras de cordón umbilical y se logró la incorporación de 47 personas al Registro de Donadores no Relacionados de Médula Ósea (DONORMO).
- Revalidación de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta estableciendo la sensibilidad y especificidad de la técnica para Leishmaniosis cutánea y visceral.
- Se estandarizó la técnica de ELISA para la detección de adenovirus y astrovirus a partir de heces y para el diagnóstico de Toxoplasmosis en la determinación de anticuerpos IgG. Se inicia la estandarización de la técnica para IgM.
- Conclusión de la primera parte de los estudios sobre asma en pacientes pediátricos con asma atópica y pruebas cutáneas positivas a *D. Pteronyssinus*.

En materia de investigación

- Se desarrollaron técnicas de PCR para *Leptospira*, Viruela y otras enfermedades emergentes.
- Se continúa con la estandarización de las pruebas de genotipificación para hepatitis C, de PCR, genotipificación y carga viral para hepatitis B.
- Producción de *Taq polimerasa*, generando un ahorro de 75 mil pesos al Instituto al no comprarla comercialmente.
- Estandarización de histoplasmina y coccidioidina para serología y pruebas cutáneas.

Se está llevando a cabo la “Evaluación de la diversidad del patrón proteico, glicoproteico y lipoproteico de aislados mexicanos de *T. cruzi* y su aplicación en el diseño de reactivos de diagnóstico serológico”.

Actualmente está en proceso el proyecto de BIDS (*Border Infectious Diseases Surveillance*) con el CDC, el InDRE y la DGE.

Capacitaciones, cursos y congresos

- El InDRE mantiene un programa académico en colaboración con la UNAM como Centro Académico de Educación Continua, dentro de éstos se han establecido cursos con reconocimiento de la UNAM, además de las capacitaciones en servicio que se imparten al personal técnico de otras instituciones que lo soliciten.

Durante el período de este informe se realizaron 13 cursos contando con 119 alumnos. Además se contó con 25 estancias en laboratorios del InDRE con la participación de 42 alumnos de la RNLSP.

Por otro lado, el personal participó en 24 cursos nacionales, 12 congresos nacionales con 31 trabajos. Se publicaron cinco trabajos: uno nacional y cuatro internacionales.

Apoyo a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública

Reactivos y cepas:

- Se apoyó con el envío de materiales para toma de muestras y de paquetes de reactivos para diagnóstico de sarampión, rubéola, rotavirus, dengue, influenza, VIH/SIDA, brucelosis, leptospirosis, infección respiratoria aguda y sus complicaciones sistémicas, tuberculosis, Chagas, antisueros para tipificación de enterobacterias y de *Vibrio cholerae*.
- Envío de medios de cultivo a los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) para la RHOVE y de cepas para el control de calidad de la RNLSP.
- Se inició el programa con LESP de Puebla sobre la identificación de cepas de hongos levaduriformes y control de calidad.
- En los LESP de Nayarit, Tamaulipas, Veracruz y Puebla se proporcionó asesoría para la identificación adecuada de *Vibrio cholerae*.
- En materia de capacitación, se proporcionó atención a personal de los 30 LESP en diferentes técnicas, actividades de capacitación que beneficiaron a 128 trabajadores en materia de manejo y uso de reactivos químicos, higiene y seguridad y manejo de equipo e instrumentos de laboratorio y a 360 profesionales.
- Supervisión a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (GROG), en el Estado de México, Hidalgo, Mérida, Sonora y Chihuahua. Además se visitó a nueve unidades hospitalarias que integran la Red centinela de Vigilancia Epidemiológica de Sensibilidad y Resistencia Antimicrobiana de las Infecciones Nosocomiales, en Chiapas, Guerrero, Tabasco, Sinaloa, B. C., Puebla, Jalisco, Guanajuato y Nuevo León.
- Se realizó supervisión a la RNLSP, principalmente en dengue y cólera.

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

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CNSIA), es responsable de la coordinación del Consejo Nacional de Vacunación y tiene bajo su responsabilidad los siguientes programas:

- Salud de la Infancia.
- Salud de la Adolescencia.
- Vete Sano, Regresa Sano.

Y participación en el componente del Recién Nacido Sano y Niños y Niñas bien Desarrollados del programa:

- Arranque Parejo en la Vida.

Dentro de sus atribuciones más importantes se encuentra la definición de las políticas de vacunación para toda la población blanco y elaboración de las normas correspondientes.

Para su operación, está integrado por 4 direcciones de área: de Coordinación, Programación y Supervisión; Desarrollo Humano y Participación Comunitaria; Comunicación y Movilización Social; y Políticas de Salud Información y Evaluación. Así como por 7 subdirecciones, 14 jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

Actividades Relevantes

Normas Oficiales Mexicanas

Posterior a la 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, se incorporaron los comentarios recibidos y se continúa con el proceso correspondiente a la publicación definitiva.

Reuniones

Con el fin de dar seguimiento a los aspectos más relevantes de los programas responsabilidad del Centro, así como de evaluar los avances de las Semanas Nacionales de Salud, se celebraron tres reuniones con los responsables estatales de los programas de acción, la primera del 12 al 14 de septiembre del 2001 en la Cd. de Oaxaca, la segunda en la Cd. de Puebla en el mes de febrero y la última en el mes de abril en la ciudad de Veracruz.

Como parte de las responsabilidades de secretariado técnico del CONAVA, se llevaron a cabo dos reuniones del CONAVA, tres reuniones del Comité Técnico y 17 reuniones del Grupo de Trabajo del CONAVA.

En el marco del Encuentro de Prevención y Protección a la Salud, se trabajó con los responsables estatales de los programas de acción en la elaboración del Programa Operativo Anual 2003.

Se contó con la presencia del Centro en el Simposio “ Presente y futuro de las vacunas en la práctica médica”, organizado por la Academia Nacional de Medicina, A. C. en San Luis Potosí en octubre del 2001. Así como la representación en los siguientes eventos internacionales: Taller para estrategias educativas a distancia en la OPS en Guatemala, asistencia a la reunión de la OMS en Italia para la presentación del cartel de Salud del Adolescente y la Mercadotecnia, participación en la reunión de coordinadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en Lima, Perú, asesoría sobre el seguimiento de eventos adversos temporalmente asociados a vacunación con vacuna doble viral en San José de Costa Rica, asistencia a la reunión anual de Gerentes PAI en San José de Costa Rica y reunión de intercambio técnico con el CDC de Atlanta sobre el programa de Adolescentes.

Eventos

En el período que se informa se llevaron a cabo tres Semanas Nacionales de Salud, celebrándose un evento de inicio de actividades presididas por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos en las siguientes sedes: Ciudad Juárez Chihuahua, y Ciudad de México.

Operativos especiales en los Estados

Dentro del operativo denominado “Frontera Sur” cuyas acciones se dirigen a la eliminación del Sarampión, control de la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, se realizaron 10 visitas de apoyo a los estados de Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

Desarrollo humano

Con el fin de cumplir con el compromiso de inversión en capital humano del personal bajo la responsabilidad del Centro, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Dos cursos sobre el Modelo de Investigación Operativa en Servicios de Salud.
- Dos cursos de Eventos Adversos Temporalmente Asociados a la Vacunación.
- Un curso de actualización de la versión 1.6 del Sistema Estadístico Nacional de Salud, SENAS.
- Dos cursos de Usos de Nuevos Biológicos a personal de enfermería impartidos en el CECADE.
- Un curso de Actualización en Nutrición dirigido al personal de nutrición, impartido en el CECADE.
- A través de la estrategia de los Centros Estatales de Capacitación, se capacitaron a 1 938 prestadores de servicios y 5 847 mujeres y responsables de menores de 5 años de edad en sus instalaciones tanto regionales como estatales.

Campañas de comunicación y movilización comunitaria

En este período se efectuaron dos campañas nacionales de promoción, una referente a temporada invernal, que se llevó a cabo conjuntamente con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el titular de la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, y la campaña de Temporada de Calor orientada a la prevención de la deshidratación en los menores de 5 años que incluyeron conferencias de prensa, promocionales de radio y televisión así como presentación en CEMESATEL.

Como parte del apoyo en la promoción de Semanas Nacionales de Salud, en cada campaña se platearon estrategias de comunicación educativa en las que se consideran boletines y ruedas de prensa, entrevistas en los principales medios de comunicación, 3 capsularios para ser difundidos por las 22 estaciones del Sistema de radio indigenista, la producción de 3 spots de televisión y 3 spots para radio y la producción de materiales gráficos, tales como 6 modelos de carteles con un tiraje 54 000 ejemplares, un modelo de juego didáctico, 3 modelos de pinta de bardas, mantas y volantes. Para cada jornada se concertaron apoyos adicionales y estrategias alternativas de difusión con los sectores más representativos. Estas experiencias se encuentran plasmadas en las memorias gráficas con las principales acciones efectuadas en las entidades federativas que incluyen el nivel central. En la estrategia de participación comunitaria denominada Club Salud del Niñ@ se cuenta con 101 068 socios a nivel nacional y se han incorporado 5 430 escuelas del nivel preescolar y primaria de 167 jurisdicciones sanitarias.

Evaluación

Se efectuaron evaluaciones trimestrales de coberturas del programa permanente de vacunación universal y de las Semanas Nacionales de Salud, así como de la información relevante de las entidades federativas. Así como la presentación del modelo de Evaluación del CNSIA a los responsables estatales en la reunión para elaboración del POA 2003 y se realizaron 106 visitas de supervisión a las entidades federativas durante las Semanas Nacionales de Salud.

Investigación operativa

Se tienen seis 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. "Encuesta de opinión con relación a la utilización de los servicios de salud de los adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en la delegación Iztapalapa, D. F." y "Perfil de los adolescentes que hacen uso de los servicios de salud en la delegación Iztapalapa D. F."

3.4.1. Arranque Parejo en la Vida

Tiene como objetivo concatenar acciones de comprobado impacto en la atención de salud de las mujeres al inicio de su embarazo y hasta los primeros dos años de vida de los niños y niñas que coadyuven a mejorar su calidad de vida y potencial de desarrollo.

Acciones realizadas

Sobre el tema y la acción innovadora de "Estimulación Temprana", se capacitó en cuatro reuniones nacionales, al personal responsable del Programa de Atención a la Salud de la Infancia de las 32 entidades federativas, así como a los Coordinadores de los cuatro Centros Regionales de Capacitación y a los 28 Coordinadores de los Centros Estatales de Capacitación.

Se elaboraron documentos técnicos de apoyo para la capacitación: el Manual de Atención "Niños y Niñas bien desarrollados", los lineamientos técnicos de "Estimulación Temprana" y en coordinación con la Dirección General de Epidemiología, los lineamientos técnicos para la "Prevención, Detección, Manejo y Seguimiento de los Defectos al Nacimiento y otras Patologías del Período Perinatal". Además se realizó la producción de un video y un CD sobre Estimulación Temprana. Así como la elaboración y entrega de la propuesta del Álbum Mis Primeros Dos Años de Vida.

Se acudió a reuniones de trabajo con la Dirección General de Salud Reproductiva, para la definición de la estrategia de capacitación del programa y se concentró información para la conformación de la línea basal incluida en el sistema e-Valúa.

3.4.2. Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia

Salud de la Infancia

El programa tiene como 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 de 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 que no cuentan con servicios de salud a través del Programa de Ampliación de Cobertura y visitas bimestrales de brigadas móviles de vacunación. Dichas acciones se efectúan en forma permanente e 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 son albergues, guarderías, jardín de niños y mediante brigadas como visitas periódicas, a las localidades sin servicios permanentes de salud.

En las acciones intensivas se 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.

En las acciones intensivas de mayor envergadura se encuentran las Semanas Nacionales de Salud, cuyo eje central son las actividades de vacunación, además se realizan bloqueos vacunales ante la presencia de casos probables y brotes de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Desde septiembre de 2001 hasta agosto del presente año se realizaron tres Semanas Nacionales de Salud (SNS), celebradas en octubre del 2001, así como en febrero y mayo del 2002, la actividad principal fue la aplicación de la vacuna Sabin de manera indiscriminada a los niños menores de cinco años de edad; el total de dosis aplicadas en el período referido fue de más de 11.9 millones.

Con respecto al resto de los biológicos durante las Semanas Nacionales de Salud referidas, se iniciaron o completaron esquemas. De vacuna DPT y Pentavalente se aplicaron más de 1.75 millones

de dosis, más 223 mil de BCG y más de 3.47 millones de toxoide tetánico-diftérico (Td). Este último se aplicó a escolares del sexto grado de primaria y a mujeres de edad fértil así como a embarazadas que habitan en municipios que son considerados de riesgo para tétanos neonatal. En total se aplicaron 24.5 millones de dosis de vacunas.

Durante la segunda Semana Nacional de Salud se realizaron actividades adicionales para disminuir los daños a la salud que son atendidos por los otros componentes del programa. Se otorgaron más 5.64 millones de sobres "Vida Suero Oral" y se instruyó sobre su uso adecuado a más de 5.6 millones de madres o responsables de menores de cinco años de edad. En áreas consideradas de riesgo se ministraron 17.4 millones de dosis de antiparasitarios a niños de 2 a 14 años de edad y más de 6.3 millones de megadosis de vitamina "A" a niños de seis meses a cuatro años de edad.

Las coberturas sectoriales de vacunación en niños y niñas de uno año de edad, para el mes de agosto de 2002 se estiman con esquema básico completo serán de 93.8 por ciento y por tipo de biológico para Sabin 97.6, DPT 97.4 por ciento, con BCG 99.8 por ciento y Triple Viral 95.3 por ciento. En el grupo de 1 a 4 años, la cobertura con esquema básico completo se estima que será de 98.3 por ciento, con la vacuna Sabin 99.2 y DPT de 99.2 por ciento con BCG de 99.8 por ciento y con Triple Viral 98.3 por ciento.

El impacto de las acciones de vacunación efectuadas se observa claramente al revisar las cifras de casos notificados de las enfermedades prevenibles por vacunación. Revisando la morbilidad de la 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 número 25 del 2002 se han reportado 132 casos de tos ferina y tres de tétanos neonatal y en este año no se han reportado casos de sarampión.

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 renglón destacan el reforzamiento de la vigilancia en la cloración de agua, la promoción de lactancia materna, capacitación de las madres con énfasis en la identificación de signos de alarma y en la terapia de hidratación oral, administración de megadosis de vitamina "A" en población en riesgo, tratamiento oportuno y de buena calidad de los pacientes con enfermedades 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 4.7 millones de madres de menores de cinco años y además de los sobre Vida Suero Oral que se entregaron en las SNS, distribuyó aproximadamente 17.3 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 que se informa se esperan 1 883 defunciones por enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, 15 por ciento menos que en el período anterior. De igual forma, las defunciones en el mismo grupo poblacional, por infecciones respiratorias agudas continúan con tendencia descendente, en el período referido se esperan 3 192 defunciones, es decir, una reducción del 19 por ciento.

Nutrición

Dentro de las principales acciones, se destacan las reuniones de capacitación a los responsables estatales durante las reuniones nacionales, así como apoyo en la capacitación a personal operativo de los servicios del D. F. Una reunión de trabajo en la ciudad de Tlaxcala, para elaborar diagnóstico organizacional del personal responsable del programa a nivel estatal, y un ejercicio de planeación estratégica para apoyar la elaboración del programa anual. En la misma reunión se hizo la revisión de la norma NOM-031 Para la atención a la salud del niño, y una revisión del sistema de información.

Se elaboró la tabla de índice de Masa Corporal que se integró a la nueva Cartilla Nacional de Vacunación, tema que se incluyó en las reuniones de capacitación. Se elaboró el Manual de Orientación Alimentaria para el Auxiliar de Salud en coordinación con la Dirección de Promoción de la Salud y el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.

En el área de coordinación las principales intervenciones han sido en las reuniones de la Red de Seguridad Alimentaria, la firma del convenio de colaboración con Liconsa para la formalización de acciones conjuntas de vigilancia nutricia, reuniones interinstitucionales con el IMSS, IMSS-Solidaridad e ISSSTE para la unificación de criterios de la vigilancia nutricional de la población infantil y adolescente.

Además de las acciones incluidas en la segunda Semana Nacional de Salud, es importante resaltar que 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 para el mes de agosto se estima sea del 4.6 por ciento.

Salud del Adolescente

Su objetivo, elevar la calidad de vida de la población adolescente, mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Objetivos específicos

- Desarrollar acciones esenciales de atención a la salud para los adolescentes, en salud reproductiva y promoción de estilos de vida saludables.
- Promover acciones de salud enfocadas a la familia.
- Promover acciones de salud enfocadas a la comunidad y la escuela.
- Mejorar la cobertura de los servicios de salud.
- Incrementar la coordinación interinstitucional.
- Capacitar a los prestadores de servicios con un enfoque claro de desarrollo humano.

Acciones realizadas

La presentación a nivel nacional del programa se llevó a cabo el 22 de octubre en el estado de Aguascalientes, así como a las diferentes direcciones generales con las que se comparten responsabilidades como Salud Reproductiva y CONASIDA. Dentro de las principales acciones desarrolladas se destacan, el diagnóstico de necesidades de salud de los adolescentes, y las reuniones de trabajo interinstitucional con las que se definieron las prioridades de atención de los adolescentes, en las que participaron 35 instituciones. La participación por primera vez en la Expo Juvenil Factor 5 2001 organizada por el Instituto Mexicano de la Juventud.

Se impartieron tres cursos de “Introducción a la Atención Integral para la Salud del Adolescente”, a los representantes estatales del país de las direcciones generales de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, CONADIC, CENSIDA y CNSIA, actividades que se realizaron con la coordinación de la UNAM, PGR, CONADE, SSA-SINALOA y ONG’s (AMSA y AFLUENTES).

Como resultado del taller de Planeación Estratégica realizada en el mes de marzo con la participación de 17 instituciones gubernamentales y ONG’s se elaboraron cinco líneas de investigación: 1) Diseño de un Modelo Holístico de Atención para las adolescentes, 2) Mejora de la Calidad de Atención de las instituciones y Organismos que brindan atención a Adolescentes, 3) Diseño del Sistema Único de Información sobre Adolescentes y Conformación de Agenda conjunta de prioridades de investigación, 4) Construcción del Marco Legal para la Atención de las y los adolescentes (Norma Oficial Mexicana) y, 5) Fortalecimiento de la Participación Social en la Atención de las y los Adolescentes.

3.4.3. Vete Sano, Regresa Sano

Tiene como 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

Los principales avances en el período que se informa, tiene que ver con el posicionamiento del programa por parte de las 14 entidades objetivo: Baja California, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas, en las cuales ya se cuenta con un responsable estatal para coordinar el programa, y con un diagnóstico situacional de salud de la población migrante, lo que ha permitido focalizar las actividades en los municipios de alta movilidad. En el ámbito de la coordinación sectorial e intersectorial, se ha logrado conformar 2 Consejos Estatales para la Atención del Migrante, se han llevado a cabo 2 reuniones nacionales de actualización con los responsables estatales y se realizó una emisión especial de billetes de lotería alusivos a este programa. Se participó en la ceremonia conmemorativa del Día del Migrante celebrada el 18 de diciembre en la ciudad de Tijuana, Baja California.

De las primeras acciones relevantes del programa se destaca la coordinación para la Semana Binacional de Salud para el Migrante en Fresno California, EE. UU. para promoción de vacunación de niños en clínicas y condados; también acciones de promoción a la salud, de capacitación y de vigilancia epidemiológica.

En las entidades federativas se efectuaron acciones específicas tendientes a fortalecer las redes de apoyo que mantienen a los migrantes en contacto permanente con los servicios de salud de sus lugares de origen, como se muestra en las actividades de vacunación que se han llevado a cabo en las tres Semanas Nacionales de Salud que se informan durante las cuales se ministraron las siguientes dosis: 2.7 millones de dosis de Sabin, 377 mil de Pentavalente, más de 46 mil de BCG, 657 mil de Triple Viral, más de 847 mil de SR y más de 840 mil dosis de Td. También se dieron 3.1 millones de antiparasitarios, más 1.6 millones de megadosis de Vitamina "A", se informó a más 1.1 millones de madres en prevención de enfermedades diarreicas y 544 mil en enfermedades respiratorias, así como tétanos neonatal a 359 mil madres. Se distribuyeron más 1.6 millones de sobres "VSO".

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 el objetivo de que las acciones efectuadas alcancen simultáneamente una mayor efectividad.

Lograr la integración de la formación técnica y humanística del personal de salud que trabaja en los diferentes niveles de la estructura del sector para mejorar la calidad de los servicios y promover la satisfacción armónica de sus necesidades.

Dar información, orientación y capacitación a la población migrante para que adopte conductas saludables en lo individual y colectivo, así como en la protección de su medio ambiente.

Posicionar los aspectos básicos de los programas de salud entre los diferentes grupos objetivo.

Actualizar el sistema de evaluación y sus herramientas informáticas de apoyo, para convertirlo en intra e interinstitucional y que aporte información sectorial útil la toma de decisiones y mejorar con ello el desempeño del programa.

Fortalecer la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación de los programas, y proveer información científica para toma de decisiones, modulación y articulación de las acciones de salud en este programa.

3.5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

El CENSIDA continúa con: las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las infecciones de transmisión sexual; además de definir, promover, supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención, atención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, del síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y de las infecciones de transmisión sexual; entre otras funciones.

Para cumplir adecuadamente con sus funciones, el CENSIDA está integrado por tres direcciones de área -Información y Educación, Técnica, e Investigación-, cuatro subdirecciones -Programas con Instituciones Civiles, Técnica y Normativa, Coordinación Estatal, e Investigación e Información Estratégica-, y doce jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

Durante el período septiembre 2001-agosto 2002, se reforzaron las acciones con el objeto de mejorar en la prevención, difusión y control de la problemática que presentan tanto la epidemia del VIH/SIDA, como la infección de transmisión sexual, privilegiando los grupos de riesgo y fortaleciendo la coordinación con las entidades federativas, dentro del marco de descentralización destacando:

Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, 2001-2006

En congruencia con el objetivo a mediano plazo de detener la epidemia del SIDA para el año 2015 -como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas-, el programa está integrado por cinco componentes, cada uno de los cuales tiene estrategias y metas específicas para el año 2006:

Componentes	Resultados	Impacto
Prevención Sexual	Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas y específicas para las poblaciones de riesgo con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS, mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), indígenas, poblaciones móviles, trabajadoras y trabajadores sexuales (TSC), usuarios de drogas inyectables (UDI) y personas privadas de la libertad.	Reducir 15% la prevalencia del VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes. EN EL 2015 DETENER LA EPIDEMIA DEL SIDA.
	Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.	
Prevención Perinatal	Incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA e ITS perinatal, de acuerdo a la Norma, en el 100% de las instituciones del sector Salud.	Reducir en un 75% los casos de transmisión perinatal del VIH. Eliminar la sífilis en mujeres embarazadas.
Prevención sanguínea	Garantizar que el 100% de los órganos, tejidos y células y hematopoyéticas para trasplantes, se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados.	
	Lograr que el 100% de las unidades del sector Salud cuenten con información, capacitación, equipos e insumos necesarios para la prevención del VIH, hepatitis B y C por exposición ocupacional.	Eliminar los casos de infección por el VIH, hepatitis B y C, secundarios a transfusiones sanguíneas y trasplantes.
	Garantizar que el 100% de las instituciones gubernamentales que trabajan con usuarios de drogas inyectables, incorporen la "reducción de riesgo" como eje central en la prevención de la transmisión del VIH.	
Atención integral de las personas con el VIH/SIDA	Contar con servicios de calidad para la consejería, detección y tratamiento de las ITS en todas las entidades federativas.	
	Asegurar que el 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA e ITS tengan acceso a servicios de atención integral de la salud con calidad. Ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral a toda la población que lo requiera.	Reducir 25% la mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad.
Mitigación del daño	Lograr que al 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA se les ofrezcan servicios de apoyo.	Disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamiento de riesgo, género, sexualidades, uso de drogas, el VIH/SIDA e ITS.

Derivado de las acciones llevadas a cabo por el Sistema Nacional de Salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

Resultado de las Metas de VIH/SIDA en el Programa Nacional de Salud

Metas	Cifra basal 2000	2001		2002		Comentarios	
		Meta	Observado	Meta	Estimado		
Reducir 15 por ciento la prevalencia de ITS y VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.	% de reducción	-	2.5%	17.4%	5.0%	26.8%	Existe un descenso importante de los casos notificados de gonorrea en los años 2000 y 2001, lo que propicio una reducción de la prevalencia en estos años.
	Tasa por 100,000 habitantes	14.8	-	12.2	-	11.1	
Reducir 25 por ciento la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad.	% de reducción	-	4%	0.1%	8%	0.1%	Se estima reducir la mortalidad en los siguientes años, como resultado del impacto de los antirretrovirales.
	Tasa por 100,000 habitantes (1)	9.8	9.39	9.71	9.01	9.70	
Garantizar que 100 por ciento de las personas con VIH/SIDA y otras ITS tengan acceso a servicios de atención integrales y al tratamiento antirretroviral.		80%	85%	85%	88%	93%	Con el esfuerzo de la Secretaría de Salud y los SEAS de otorgar 2 900 nuevos tratamientos antirretrovirales, se estima alcanzar a finales del año una cobertura 93 por ciento.
Garantizar que 100 por ciento de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas para trasplantes se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados.		100%	100%	100%	100%	100%	Debido al programa sangre segura, desde 1999 no se han presentado casos de SIDA por transfusión sanguínea y hemoderivados, según año de diagnóstico.
Reducir 100 por ciento las violaciones a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH-SIDA en todas las entidades del sector público y privado.					NO APLICA		

(1) Las cifras observadas en el año 2001 son preliminares.

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que, para que los programas de VIH/SIDA tengan posibilidades de éxito es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones. Es por ello, que este programa fue elaborado de manera conjunta por todos estos actores sociales.

Para impulsar las propuestas de trabajo y dar seguimiento a los acuerdos, el CONASIDA creó cuatro comités de trabajo, integrados de manera multisectorial y con una presencia importante de representantes de la sociedad civil:

- Comité de Monitoreo y Evaluación.
- Comité de Atención Integral.
- Comité de Prevención.
- Comité de Normatividad y Derechos Humanos.

El 3 de abril de 2002 se realizó la segunda reunión del Consejo, en donde los secretarios de Salud y de Educación Pública, reafirmaron su compromiso de fortalecer la coordinación intersectorial para cumplir las metas del Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006.

Entre los principales acuerdos de esta reunión destacan los siguientes:

- Establecer un mecanismo para abatir el subregistro nacional y el retraso en la notificación de los casos de esta enfermedad.
- Generar y difundir campañas integrales de comunicación y educación para prevenir la epidemia en grupos con mayor riesgo y vulnerabilidad.
- Elaborar mecanismos de sanción que promuevan el cumplimiento de la normatividad para hacer frente al VIH/SIDA dentro del marco de los derechos humanos.
- Promoción, suministro y distribución de condones a la población en general.
- Evaluación de las guías nacionales para la atención del VIH/SIDA, con base en las propuestas de la OPS.
- Integración de una estrategia nacional para la prevención del VIH vía perinatal.
- Promoción de la Norma Oficial para VIH/SIDA e ITS, y la elaboración de mecanismos que promuevan su cumplimiento.

Prevención sexual

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90 por ciento de los casos acumulados. En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, y toda vez que el SIDA continúa siendo hasta la fecha una enfermedad incurable, el uso correcto y constante de condón es la forma más efectiva de prevención en personas sexualmente activas. Se trata de un medio de prevención muy económico que, si se utiliza de manera adecuada, proporciona una seguridad del 90 al 95 por ciento.

La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con poco más de 50 por ciento del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual. Para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre las y los jóvenes.

Bajo este contexto, el CENSIDA realizó durante el período de referencia las siguientes acciones de prevención sexual:

- Campañas educativas en medios masivos de comunicación:
 - Del 18 de octubre del 2001 al 18 de abril del 2002 se transmitió la 5ª fase de la “Campaña Institucional de Prevención del VIH/SIDA” por medios masivos de comunicación, cuyo objetivo central fue enfatizar la percepción del riesgo con relación al VIH/SIDA, así como la información sobre la epidemia y cómo prevenirla, buscando favorecer una disposición hacia los cambios de conductas sexuales de riesgo. La campaña estuvo dirigida a mujeres y hombres adolescentes, y como público secundario, a sus padres y madres como sus referentes inmediatos.
 - Durante estos seis meses se emitieron 106 506 impactos en 97 canales de televisión a nivel nacional, y 13 millones de impactos en 1 228 estaciones radiofónicas, lo cual significó un incremento superior al 205 por ciento en relación a los impactos conseguidos en la campaña del año anterior.

- Productos comunicativos impresos:
 - Se realizó una producción total de 535 300 ejemplares de diferentes materiales educativos y productos comunicativos impresos, de los cuales 25 300 fueron publicaciones técnicas, normativas y especiales, y 510 mil de apoyo a la promoción y difusión de la salud, cuyos contenidos fueron revisados y actualizados, con una disminución del 44 por ciento en relación al período anterior.
 - Se distribuyeron en todo el país un total de 511 205 ejemplares de diferentes materiales educativos y productos comunicativos impresos, tanto de publicaciones técnicas, normativas y especiales como de apoyo a la promoción y difusión de la salud, tales como carteles y folletos. A pesar de las limitaciones presupuestarias, se logró un ligero incremento del uno por ciento más con relación con el año anterior.
- Servicios de información a la población:
 - Para incrementar la difusión de la información de VIH/SIDA entre la población del país, se actualizaron de manera permanente los contenidos de la página *web* del CENSIDA, que se consolidó como la más visitada dentro de la Secretaría de Salud al registrar un promedio de 16 mil visitas por mes, 7 por ciento mayor al registrado el período anterior.
 - Por su parte, la línea de apoyo telefónico de orientación e información sobre VIH/SIDA e ITS (TELSIDA) atendió un 54 889 llamadas vía telefónica e Internet, lo que representó un 22 por ciento de incremento en relación al período anterior.
 - Este modelo de comunicación ha sido adoptado por 12 entidades del país, además de que nuestro Centro ofreció asistencia técnica a Guatemala y la República del Salvador para la instalación de líneas similares.
- Capacitación:
 - Con el objeto de fortalecer la capacidad técnica, promover el cumplimiento de la normatividad vigente y garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad, CENSIDA impartió 16 Cursos/Talleres de Capacitación en ITS/VIH/SIDA para la Formación de Promotores de la Prevención, con una asistencia de 485 personas con perfil multidisciplinario, lo que representó un incremento del 38 por ciento.
 - Además, se realizaron 55 participaciones en cursos, pláticas, ponencias y conferencias solicitadas por diferentes instituciones a las que asistieron un total 4 210 personas entre población general, estudiantes y profesionales de salud y educación, lo que equivale a un incremento del 25 por ciento en la población atendida respecto al año anterior.
 - Para capacitar al personal de salud, a partir del año 2000 el CENSIDA desarrolló, en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), un Curso a distancia sobre SIDA y otras ITS. Se trata del primer curso de este tipo que se desarrolla a nivel nacional, en donde se encuentran inscritos actualmente 13 262 médicos generales, enfermeras, médicos especialistas, químicos, nutriólogos, psicólogos, trabajadoras sociales y odontólogos de 28 entidades del país.

- Distribución de condones:
 - Para incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad, CENSIDA distribuyó durante el año un promedio de 320 mil condones mensuales a organizaciones civiles, centros educativos y distintos niveles de la administración pública, lo cual representa un incremento del 50 por ciento comparado con el año anterior.
 - Por primera vez el CENSIDA adquirió 30 mil condones femeninos, los cuales fueron distribuidos con fines de investigación y promoción por conducto de organizaciones de la sociedad civil. Con estas acciones iniciales, se espera que en los años siguientes este tipo de condón adquiriera un mejor posicionamiento.
 - La Secretaría de Salud, a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), impulsó un proyecto de compra consolidada de condones masculinos y femeninos con algunas secretarías de salud estatales a través de una licitación internacional. Con esta estrategia se disminuirá el precio de compra, con el beneficio inmediato de adquirir una mayor cantidad de condones para un mayor número de usuarios.

Prevención Perinatal

Para prevenir la transmisión perinatal del VIH/SIDA e ITS, se requiere detectar oportunamente a toda mujer embarazada infectada. Es por ello, que durante el período de septiembre de 2001 a agosto de 2002:

- Se realizaron en todo el país un total de 281 331 pruebas para detección de sífilis en embarazadas, lo cual representó un incremento del 21 por ciento respecto al mismo período del año anterior. A pesar de este esfuerzo, el número de detecciones está por debajo de los estándares recomendables, por lo cual se decidió incluir este indicador como uno de los “Indicadores de Excelencia” con que serán evaluados en lo sucesivo los programas estatales de VIH/SIDA.
- A través del programa “Arranque Parejo en la Vida” se realizó la detección oportuna de sífilis y VIH en las embarazadas que acuden a la atención prenatal.
- El Comité de Atención Integral del CONASIDA, inició la revisión y actualización de la guía de atención sectorial, para el tratamiento antirretroviral. También se desarrolló la Guía Práctica de Atención Perinatal de Mujeres con Infección por VIH/SIDA para el personal de salud del primero y segundo niveles de atención.
- Se continuó con la política nacional de tratamiento gratuito para prevenir este tipo de transmisión.
- Asimismo, se ofreció de manera gratuita, a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicas (INDRE), todas las pruebas de diagnóstico perinatal necesarias a cualquier menor de madre infectada por el VIH.

Prevención Sanguínea

- Desde 1986, existen en México disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988, de forma tal que desde 1999 no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo.
- La prevalencia del VIH en donadores voluntarios se ha mantenido en 0.04 por ciento en los últimos años.

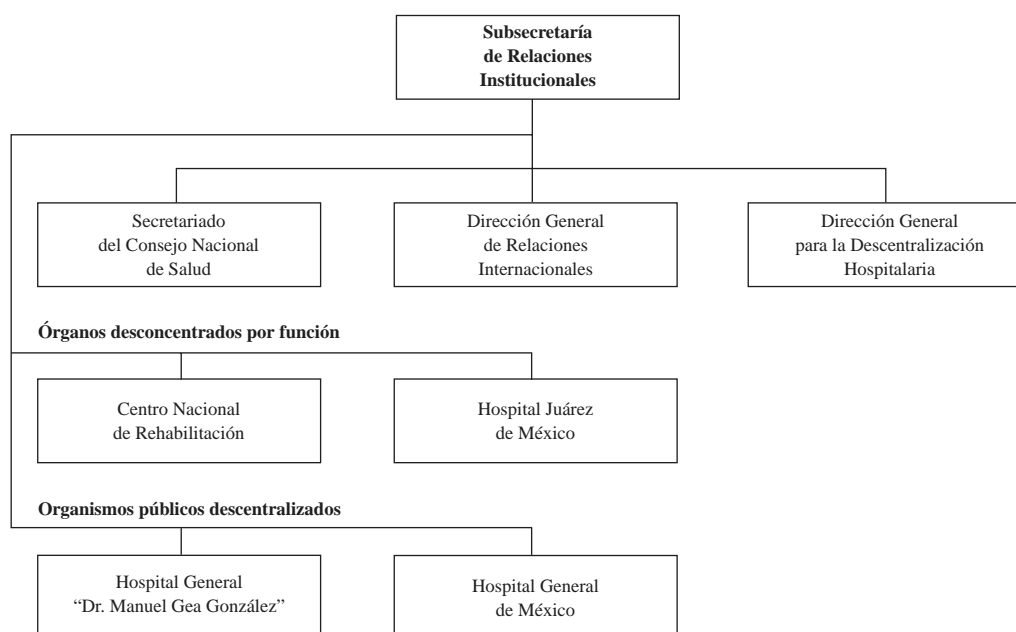
Atención Integral de las personas con VIH/SIDA e ITS

- México ingresó en el año 2001 a la “Iniciativa internacional para acelerar el acceso a la atención y apoyo para personas que viven con VIH/SIDA”, auspiciada por ONUSIDA. Esto ha permitido intercambiar información sobre precios de medicamentos antirretrovirales con los distintos países de la región e iniciar negociaciones internacionales con la industria farmacéutica para la reducción de precios.
- Con la finalidad de lograr una mayor cobertura con de primera línea, se establecieron esquemas de medicamentos de primera elección para aquellos que inician el tratamiento antirretroviral.

Capítulo 4

Subsecretaría de Relaciones Institucionales

4. SUBSECRETARÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES



Durante el presente año se realizaron únicamente ajustes a la estructura al Consejo Nacional de Salud orientados a tener una respuesta adecuada y eficiente a las demandas de las 32 entidades federativas y del esquema federal.

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, a éstas se agregan para su operación 2 direcciones generales adjuntas, 10 direcciones de área, 21 subdirecciones de área y 23 jefaturas de departamento; además están bajo su tramo de control, dos órganos desconcentrados por función; el Centro Nacional de Rehabilitación y el Hospital Juárez de México. También coordina en su operación dos organismos públicos descentralizados; el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y el Hospital General de México, estas 4 últimas 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 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 Organismos de Gobierno de instituciones del Sector Salud, IMSS, ISSSTE, SSDF y la Comisión Nacional de 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.

- Se ha apoyado la realización de dos comparecencias con el Poder Legislativo, la primera, ante las Comisiones Unidas de Salud, de Seguridad Social y de Desarrollo Social; la segunda ante la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Senadores; además de la Participación en V, VI, VII Congreso Nacional de Comisiones Legislativas de Salud y Bienestar Social.

Foro Ciudadano

El 23 de julio se realizó el Primer Foro Ciudadano de la Salud, cuyo propósito fue la rendición de cuentas a través del Informe Salud: México 2001, ante aproximadamente 2 300 asistentes dentro de los que se encontraban representantes y trabajadores del Sistema Nacional de Salud, de los tres órdenes de gobierno, del Poder Legislativo, de la Sociedad Civil y sus Organizaciones, de Agrupaciones de Profesionales de la Salud, de Organismos Empresariales y de usuarios de los servicios de salud; destacando la presencia de los titulares de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, de Instituciones del Gabinete de Desarrollo Social, Representantes Sindicales y el Titular de SECODAM.

Al encuentro asistieron representantes de más de 230 organizaciones y representaciones relacionadas con la salud, a manera de ejemplo: Organizaciones no Gubernamentales vinculadas a la prevención y combate del SIDA, Promoción y Atención de la Salud Reproductiva, lucha contra las adicciones, entre otras; organismos empresariales, CANACINTRA, CONCAMIN, Industria Farmacéutica; Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, Hospitales Privados; Colegios y Asociaciones de Profesionales de la Salud; las Academias de Medicina y Cirugía; Senadores, Diputados Federales y Locales y Presidentes Municipales; trabajadores de la salud de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, representantes ciudadanos y habitantes de municipios integrados a la Red Mexicana de Municipios por la Salud y Comunidades Saludables.

Al término del acto central se llevaron a cabo, simultáneamente cinco foros temáticos bajo los siguientes títulos: Equidad; Calidad; Protección Financiera; Fortalecimiento del Sistema; y, Enseñanza, Investigación y Desarrollo Tecnológico. En los Foros Temáticos se presentaron temas relacionados con los títulos particulares, referidos al avance de las acciones contenidas en el Programa Nacional de Salud y del quehacer diario de las Instituciones de Salud, con una asistencia alrededor de 1 200 personas, ampliamente interesadas y participativas, distribuidas en los auditorios de los cinco foros temáticos.

Para la expresión ciudadana y de las diferentes organizaciones sociales se da seguimiento a través de internet, donde existe información sobre el Foro Ciudadano y se recaban opiniones y, existe un número telefónico sin costo (01 800 614 57 99) para recibir sugerencias y comentarios.

Enlace con el H. Congreso de la Unión

La Subsecretaría tiene bajo su responsabilidad atender, coordinar y apoyar al Poder Legislativo en el quehacer institucional, tarea que en el período generó: 15 reuniones de trabajo entre el C. Secretario, funcionarios de alto nivel de la Secretaría y Legisladores de las Comisiones de Salud; de Seguridad Social; de Presupuesto y Cuenta Pública y de Ciencia y Tecnología (Cámara de Diputados) y de Salud y Seguridad Social (Cámara de Senadores). En éstas se analizaron asuntos de común interés como son

las actividades de la Secretaría, los objetivos y los obstáculos a los que se enfrenta en la implementación de sus programas. Además de la participación en el Foro Nacional, Compromisos por México en el marco del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, realizado en la Cámara de Diputados.

A 25 Iniciativas de Ley en materia de salud, se ha dado atención y seguimiento, actualmente se encuentran en estudio para su dictamen en las Comisiones de Salud de ambas Cámaras del Congreso.

Fueron atendidas 547 peticiones de legisladores de ambas Cámaras del H. Congreso de la Unión y de Legislaturas Estatales, referidas a información estatal y federal, así como a situaciones observadas en la operación de los servicios de salud.

4.1. Secretariado del Consejo Nacional de Salud

Es la máxima instancia de coordinación de las autoridades federales y estatales de salud. El Consejo Nacional de Salud es el espacio para el análisis y discusión de los proyectos y programas que mejoren la salud de los mexicanos. La dinámica de este cuerpo colegiado implica un profundo respeto a las propuestas estatales y en un ejercicio de gestión federalizada se construyen en consenso las políticas nacionales de salud.

La operación del Consejo Nacional de Salud, fomenta la cooperación horizontal y el aprendizaje compartido entre los responsables de salud en las entidades federativas en un claro ambiente democrático. En el período que se informa se han realizado cinco reuniones ordinarias de este órgano colegiado.

Reuniones	Lugar	Fecha
III	Tijuana, B.C.	6-7 sept. 2001
IV	Campeche, Camp.	29-30 nov. 2001
V	Guadalajara, Jal.	28 feb-1° marzo 2002
VI	León, Gto.	6-7 junio 2002
VII	Saltillo, Coah.	28-30 agosto 2002

En estas reuniones se presentaron diversos trabajos referidos entre otros a los siguientes temas:

- Mecanismo de asignación de recursos FASSA.
- Cuentas nacionales y estatales de Salud.
- Descentralización del Programa de Ampliación de Cobertura.
- Seguro Popular.
- Sistema de Facturación Cruzada.
- Sistema Nacional e-México/e-Salud.
- Propuesta de Organización y Funcionamiento de los OPD's.
- Compras coordinadas de insumos estratégicos.
- Impulso al Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables.
- Indicadores de Resultado.

- Foro Ciudadano de la Salud.
- Plan Maestro de Infraestructura en Salud Mental.
- Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS).

En su nueva dinámica de organización y funcionamiento se han creado en el Consejo Nacional de Salud, tres comisiones permanentes: Jurídica y Administrativa, de Salud Pública, y Protección contra Riesgos Sanitarios.

Grupos de Trabajo

Atención al Envejecimiento	Municipalización de Servicios de Salud
Descentralización del PAC	Facturación Cruzada
Plan Puebla-Panamá	Reestructuración Organizativa
Presupuesto e Indicadores	Marco Normativo y Operativo del Consejo Nacional de Salud

Los acuerdos que son objeto de seguimiento suman 107, de los cuales se han cumplido 50, se encuentran en proceso 55 y dos tienen carácter de permanente. En las reuniones llevadas a cabo durante el período del 1º de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002; entre los acuerdos asumidos destacan:

- Definición de una fórmula para la distribución equitativa del presupuesto.
- Compras coordinadas para el abasto de biológicos y medicamentos.
- Aprobación de 58 indicadores de resultado.
- Propuesta en salud al Plan Puebla-Panamá.
- Programa de Acción de Atención al Envejecimiento.
- Diseño de un sistema de compensación cruzada entre entidades federativas por prestación de servicios de salud.
- Fortalecimiento del papel rector de las secretarías estatales de Salud.

Con respecto a los Organismos Públicos Descentralizados, se presentó y acordó en el Consejo Nacional de Salud el documento que permite estandarizar las reuniones de sus órganos de gobierno y se ha apoyado la participación de los representantes de la SSA ante los órganos de gobierno en las 32 entidades federativas.

En febrero de 2002 el Secretariado del Consejo Nacional de Salud desarrolló el Programa de Identificación Institucional para los titulares de los servicios de salud en: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Nayarit, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán. El 13 de mayo de 2002 coordinó la realización del Encuentro Técnico Municipalización de los Servicios de Salud en el que participaron juristas, legisladores, representantes de organizaciones municipales y expertos de la Secretaría de Gobernación y OPS.

El Secretariado ha participado en la integración del marco normativo y operativo del Consejo Nacional de Salud, documento que se ha difundido a sus integrantes. También, apoyó la coordinación del Foro Ciudadano de la Salud México 2001 efectuado el pasado 23 de julio en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, acto fundamental en el proceso de información para la rendición de cuentas.

Otras actividades

En la III Reunión del Consejo Nacional de Salud, celebrada el 6 y 7 de septiembre de 2001 en Tijuana, B. C., se acuerda la creación del grupo relacionado con la “Municipalización de los Servicios de Salud”, constituido por los Consejeros de Colima, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco y Veracruz; este grupo es coordinado por el Subsecretario de Relaciones Institucionales. En la agenda de trabajo presentada por el grupo el 29 y 30 de noviembre de 2001 en la Ciudad de Campeche, Camp. durante la IV Reunión del Consejo, se consideró realizar las siguientes actividades:

- Un diagnóstico situacional sobre experiencias de municipalización en salud en entidades federativas.
- Foros de municipalización y salud.

El pasado 13 de mayo en la Ciudad de México se llevó a cabo el Encuentro Técnico Municipalización de los Servicios de Salud, que congregó a juristas, legisladores, representantes de organizaciones municipales del país, expertos de organismos internacionales en salud (OPS), funcionarios de la Secretaría de Gobernación, así como a los Consejeros integrantes del grupo de trabajo de municipalización, del Consejo Nacional de Salud. Durante el encuentro se abordaron temas de carácter jurídico, político, económico, y organizativo, relacionados con el federalismo, el municipio y la salud.

Se encuentra en fase de procesamiento los resultados del cuestionario diseñado ex profeso para recabar información sobre expectativas de municipalización en salud en 26 entidades federativas.

Por otra parte, se prevé la realización de un Foro Internacional sobre municipalización y salud para el último trimestre del presente año.

Con propósito de fortalecer la función del Consejo Nacional de Salud se creó un grupo responsable de proponer el Marco Normativo y Operativo de este cuerpo colegiado, el cual efectúa su primera reunión en la segunda quincena de mayo de 2002.

El grupo está integrado por los Consejeros de Baja California, Guanajuato, Guerrero, México, Michoacán, Nuevo León, Querétaro y Tabasco y es coordinado por el Subsecretario de Relaciones Institucionales. Se ha preparado un documento que incluye los antecedentes y el marco jurídico que sustenta al Consejo Nacional de Salud, el cual se ha difundido a los integrantes del mismo.

A través del Secretariado, se logra la vinculación entre las entidades federativas y las áreas centrales de la SSA, con el propósito de hacer más expedita la atención de los asuntos que requieren de respuesta oportuna, lo que permite conocer la problemática que se presenta en todas y cada una de las entidades y su posible repercusión en otras entidades.

4.2 Dirección General de Relaciones Internacionales

La Dirección General de Relaciones Internacionales continuó representando a la Secretaría ante gobiernos e instituciones internacionales; así como coordinando las actividades de salud internacional con la Secretaría de Relaciones Exteriores; además de 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 y como asesorar a los servidores públicos en comisiones oficiales al exterior ante gobiernos e instituciones internacionales.

Para cumplir con estas funciones cuenta con 2 direcciones de área: de asuntos internacionales regionales americanos y multilaterales; 4 subdirecciones, 10 jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y secretario particular.

La Dirección General de Relaciones Internacionales es el principal vehículo de gestión, comunicación e interacción entre la Secretaría de Salud y los múltiples agentes concurrentes en la salud global, cuyas principales actividades se detallan a continuación:

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Participación en la 109ª Reunión del Consejo Ejecutivo, a través de la Misión Permanente de México, (Suiza, enero).

Participación en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, (Suiza, mayo). Los puntos de mayor importancia fueron:

- El reconocimiento internacional de que la salud es un fin en sí mismo, pero también un instrumento para el desarrollo.
- Discusión de las principales causas mundiales de morbilidad, así como la urgente necesidad de reducirla.
- Información técnica sobre el uso deliberado de agentes biológicos y químicos para causar daño, con el propósito de ofrecer directrices sobre planificación de actividades de preparación y respuesta de salud pública en caso de uso deliberado de agentes químicos y biológicos.

El Órgano de Negociación Intergubernamental del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) realizó su tercera y cuarta reuniones. (Suiza, noviembre 2001 y marzo 2002). Los puntos más relevante fueron: la prohibición de la publicidad, empaquetado y etiquetado, vínculos del control antitabáquico con el libre comercio, publicidad transfronteriza, indemnización y responsabilidad, y entrada en vigor del convenio.

Reunión de Trabajo sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud Subnacionales, celebrada en colaboración con funcionarios de la OM (Oaxaca, marzo).

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

- Participación de México en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo y reunión de Trabajo sobre Financiamiento para la Salud (Monterrey, marzo).
- Participación en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia, en el cual se adoptó el documento titulado “*A world fit for children*” (Nueva York, mayo).
- Sesión de alto nivel del Consejo Económico y Social (ECOSOC), (Nueva York, julio).

Grupo Piloto sobre Bienes Públicos Globales

- Participación en dos reuniones para formar un grupo piloto sobre Bienes Públicos Globales. (Suecia, junio y Nueva York, julio).

Reducción de la Demanda de Drogas

- Participación en el 45° Período Ordinario de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes (marzo).
- Participación en el XXXI Período Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (abril).

Coordinación y Vinculación en las Actividades llevadas a cabo por Unidades Administrativas en la observación de las siguientes Convenciones

- Inspección por parte de la Organización para la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción (OPAQ) a la empresa mexicana TEKCHEM S.A. de C.V. (Guanajuato, abril).

Proceso Preparatorio para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible

- Se instaló el Comité Nacional Preparatorio para la Cumbre mencionada, y la participación de la SSA en la Segunda Reunión de este Comité.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

- Participación en la conferencia “*Measuring Up*” *Improving Health Systems Performance In Oecd Countries*, y en la reunión “*Improving Health Security Globally-Public Health Readiness and Response*” (Ottawa, noviembre).
- Participación en el Foro OCDE 2002 (París, mayo).

Misión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Una misión del BID visitó nuestro país en septiembre, la cual concentró sus reuniones en las áreas temáticas de protección financiera, de reordenamiento y desarrollo de hospitales de 3er Nivel y de vigilancia epidemiológica y VIH/SIDA, y en marzo, sobre la Red Mesoamericana.

Asuntos Bilaterales

En un contexto de una globalización creciente, México ha emprendido una integración activa hacia los foros bilaterales y multilaterales que ha redundado en un mayor reconocimiento internacional en el campo de la promoción y protección de la salud. Se ha fortalecido la cooperación científica y técnica con otros países, destacan:

- Firma del Plan de Acción del Grupo Binacional sobre Salud del Migrante 2001-2003 con los Estados Unidos de América.
- Firma de la Declaración a favor de la Iniciativa de Salud México-California para mejorar la calidad de vida de los trabajadores migrantes y sus familias.
- Suscripción de la Declaración Conjunta entre la Secretaría de Salud y el Departamento de Salud de Canadá.

- Firma del Proyecto Específico de Colaboración derivado del Acuerdo de Cooperación entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Cuba.
- Firma de la Carta de Intención entre el Ministerio de Salud de la República de Chile y la Secretaría de Salud.
- Firma del Acuerdo de Cooperación en materia de Salud entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Firma de una Carta de Intención entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud de la República Popular de China.
- Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Universidad de California.

En materia de Cooperación Internacional, en el período se participó en diversas reuniones que permitieron estrechar las relaciones y la colaboración con los países del Continente Americano.

En Managua, participamos en la XVII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD). En Canadá en la Conferencia de Ministros de Salud y Medio Ambiente de las Américas (Ottawa); así como en el marco del Proyecto Conjunto México Canadá OPS para la atención de víctimas de minas antipersonal en Centroamérica, se realizó la Tercera Reunión del Comité Ejecutivo y la Tercera Misión Tripartita de Planificación, en la que participó el Centro Nacional de Rehabilitación (México D. F., y El Salvador, Honduras y Nicaragua, septiembre 2001).

Por otra parte se participó en la III Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica (La Habana, octubre 2001); así como en la XI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis, organizada por la SSA y el Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA), en la cual estuvieron representados Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Venezuela y México.

Destaca la Organización de la Reunión de Ministros de Salud de los Países Mesoamericanos, en el marco del Plan Puebla-Panamá, (Ciudad de México, abril 2002).

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

- Participación en la 36ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación (Washington, D. C., marzo 2002).
- Participación en la 130ª Sesión del Comité Ejecutivo (Washington, D. C., junio 2002).
- Participación en el 43er Consejo Directivo (Washington, D. C., septiembre 2001).

Actualmente se desarrollan 13 proyectos de cooperación entre esta Secretaría y la OPS, en distintas áreas, tales como salud ambiental, promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, desarrollo de recursos humanos, sistemas de información, entre otros.

Centroamérica y el Caribe

Cooperación Bilateral

- En ejecución 17 proyectos de cooperación técnica y científica que esta Secretaría desarrolla con 12 con países centroamericanos y cinco países del Caribe.

- Se proporcionó asesoría a El Salvador, en la elaboración del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas (octubre de 2001).
- A partir del 17 de junio del presente año, un grupo de expertos se encuentra apoyando las acciones para hacer frente a la situación de emergencia por brote de dengue en El Salvador.
- El Gobierno de México donó al de Nicaragua de 2 002 cápsulas de sulfato de morfina de 10 mg y 1 400 ampollitas de sulfato de morfina de 10 mg/10 ml (mayo 2002).

Cooperación Regional

En el marco del Proyecto Regional Vigilancia Epidemiológica en Atención a Desastres provocados por Fenómenos Naturales, se realizó en el El Salvador y se impartió el curso “Respuesta Sanitaria ante un Desastre” (septiembre 2001); así como el Curso “Adaptación del *software* Epidesastres”, a especialistas de los Ministerios de Salud de Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Panamá (San Salvador, abril 2002).

En el marco del proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, se llevaron las siguientes actividades:

- Dos reuniones de trabajo, una sobre Dengue, en Mérida, Yucatán en noviembre de 2001 y otra sobre paludismo en Huatulco, Oaxaca, en diciembre, en ellas participaron 36 especialistas centroamericanos (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Panamá).
- Se llevó a cabo la Reunión México-Guatemala sobre paludismo, dengue y oncocercosis en Tapachula, Chiapas (abril 2002); y en Chetumal, Quintana Roo la Reunión México-Belice sobre paludismo, dengue y leishmaniasis (abril 2002).

En el marco del Proyecto Regional Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS con Especial Atención a Población Migrante, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) impartió, en febrero y junio de 2002, el Curso Intensivo sobre VIH/SIDA: Vigilancia, Prevención y Atención, dirigido a especialistas de varios países del Caribe.

- El INSP impartió, en junio de 2002, el Curso Intensivo sobre VIH/SIDA: Vigilancia, Prevención y Atención, dirigido a especialistas Centroamericanos.

Repatriación de Conacionales

El Gobierno de México, a través de la Dirección General de Protección y Asuntos Consulares de la Secretaría de Relaciones Exteriores, en coordinación con esta Secretaría lleva a cabo acciones para la repatriación de conacionales con problemas de salud en el extranjero. Durante el período se atendieron 81 repatriaciones de conacionales.

Becas

En el marco del Programa de Becas Complementarias en el período, se han apoyado a 25 becarios. Con el Programa de Becas Chevening-SSA, para el período de referencia, sólo se otorgaron dos becas.

4.3 Dirección General para la Descentralización Hospitalaria

A la Dirección General para la Descentralización Hospitalaria le corresponde, 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 continúa el proceso de descentralización de los servicios de salud.

La dirección general tiene a su cargo el desarrollo de dos proyectos: Descentralización de las Unidades Hospitalarias y Autogestión Hospitalaria, en donde sobresale el Modelo de Hospital Universal. La estructura orgánica de esta dirección general está integrada por 2 direcciones de área; 4 subdirecciones; 1 jefatura de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

En materia de descentralización de unidades hospitalarias, se encuentran en proceso de análisis y desarrollo las siguientes:

- A la Secretaría de Salud del Distrito Federal: Hospital de la Mujer y el Hospital Juárez del Centro; los Centros Comunitarios de Salud Mental (Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Cuauhtémoc); así como lo relacionado a la Regulación Sanitaria.
- Hospital Nacional Homeopático.
- Hospital Juárez de México y Centro Nacional de Rehabilitación, como organismos públicos descentralizados.
- Fortalecimiento de la operación descentralizada del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Por otra parte se tiene en proceso la certificación con ISO-9001/2000 de la Dirección General para la Descentralización Hospitalaria.

Los avances más sobresalientes fueron:

Las tres comisiones de trabajo establecidas continuaron efectuando reuniones periódicamente avanzando conforme a lo programado; actualmente el proceso se encuentra en espera de la resolución que permita alcanzar dicho objetivo. Se ha logrado un avance del 70 por ciento en este proceso.

Asimismo, se realizaron reuniones periódicas con las autoridades de las unidades hospitalarias no incluidas en este proceso, con el objeto de continuar impulsando su descentralización para transformarlos en unidades autónomas.

El proyecto de descentralización del Hospital Nacional Homeopático se elaboró y se ha contactado con algunos organismos que pueden ser receptores para operar esta unidad hospitalaria. Se han realizado reuniones de trabajo con funcionarios del Instituto Politécnico Nacional y de la Junta de Asistencia Privada, para encontrar una alternativa viable, jurídica y que administrativamente permita consolidar el proceso.

En este período se realizó el proyecto de escenario alternativo para descentralizar el Hospital Juárez del Centro como una Jefatura de División de Cirugía de Corta Estancia dependiente del Hospital Juárez de México, para lo que se realizaron diversas reuniones con las autoridades de ambos hospitales y de la Secretaría de Salud. Adicionalmente se elaboró un nuevo escenario alternativo en el que se propone al Hospital Juárez del Centro como un servicio de consulta externa especializada integrado a la estructura del Hospital Juárez de México, con el fin de encontrar la mejor opción que permita mejorar la eficiencia operativa de la Unidad.

Para otras opciones de descentralización del Hospital de la Mujer se han programado reuniones con las autoridades del Instituto Nacional de Perinatología para proponerlo como una unidad de apoyo dependiente de dicho Instituto.

Por otra parte, se continúa participando en las reuniones efectuadas para concluir el proceso de descentralización del Hospital Juárez de México y en lo referente al Centro Nacional de Rehabilitación, se encuentra en proceso el reordenamiento tanto de su desarrollo organizacional como de su forma de gestión, mismas que están por concluir. Así también se continúa participando en las reuniones realizadas para la remodelación y desarrollo organizacional del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Programa Hospital Universal

En cumplimiento a las atribuciones conferidas a esta Dirección General, en este período se logró la integración del marco teórico conceptual que fundamenta la publicación en mayo 2002 del Programa de Acción: Hospital Universal; que tiene como propósito fundamental proponer un modelo innovador para la gestión hospitalaria, basada en el autofinanciamiento y la autonomía de gestión; mediante:

- La innovación del esquema de prestación de servicios hospitalarios, incorporando instrumentos jurídicos, financieros, organizacionales, técnicos y administrativos que fundamenten y propicien la autonomía en la gestión hospitalaria.
- La aplicación de herramientas gerenciales que fortalezcan la eficiencia operativa de los hospitales, para afrontar en óptimas condiciones de funcionamiento los retos de: equidad, calidad, eficiencia, protección financiera y fortalecimiento del sistema de salud.
- El fortalecimiento y unificación de los esfuerzos sectoriales y de la sociedad civil hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud.

Dicho programa fue difundido a través de la distribución nacional de 1 100 ejemplares impresos, la publicación en Internet y a través de visitas a 17 entidades federativas para la difusión, análisis y asesoría para su instrumentación.

Cabe destacar que se ha avanzado sustancialmente en el diseño de tres componentes fundamentales para la instrumentación del programa:

Capacitación Gerencial: en coordinación con las direcciones generales de Calidad y Educación en Salud y la de Equidad y Desarrollo en Salud, se ha elaborado la propuesta de acción de dicho programa, que iniciará a partir del 2003.

Sistema de Información de la Administración Hospitalaria: basado en el Sistema de Información Gerencial WinSIG diseñado y proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud, con la que se ha trabajado en coordinación para la capacitación y asesoría en la instrumentación estatal del sistema, se han realizado las siguientes acciones:

- Cuatro cursos de capacitación sobre el sistema, con un total de 248 asistentes directivos y operativos del sistema.
- A la fecha se han involucrado 53 hospitales.

Sistema de Análisis de Costos: se deriva del Sistema de Información Gerencial, cuya metodología se esta difundiendo entre la unidades que ya cuentan con el Sistema de Información Gerencial.

Catálogo de Indicadores de Gestión: se está elaborando un catálogo de indicadores, ampliando este concepto a la gestión hospitalaria y no sólo contemplar aspectos de producción y evaluación medico asistencial de los hospitales.

Sistema de Evaluación Gerencial: adjunto a la elaboración del catálogo de indicadores de gestión se desarrolla un sistema de evaluación sobre la gestión hospitalaria.

Metas: Comprometidas-Alcanzadas

Concepto	Agosto 2002		Diciembre 2002
	Programada	Avance	
Descentralización al Gobierno del Distrito Federal de:			
- Hospital de la Mujer	70	70	100
- Hospital Juárez del Centro	70	70	100
- Centros Comunitarios de Salud Mental	70	70	100
- Atribuciones de Regulación Sanitaria	70	30	100
Descentralización del Hospital Nacional Homeopático	70	50	90
Descentralización de los Hospitales:			
- Juárez de México	80	70	100
- Centro Nacional de Rehabilitación	60	50	80
Participación en el diseño y definición del proyecto médico-arquitectónico para la remodelación y desarrollo organizacional del Hospital Gral. "Dr. Manuel Gea González"	80	70	100
Certificación ISO-9001:2000 de la Dirección General para la Descentralización Hospitalaria.	40	30	100

Otras actividades

Como un objetivo más, se programó la certificación de calidad de esta Dirección General, para lo que se capacitó a un recurso (subdirector de área) como auditor líder en ISO-9001/2000 con la finalidad de desarrollar el proyecto en esta unidad administrativa; asimismo se realizó una presentación sobre ISO-9001/2000 al personal de estructura de esta Dirección General, con el objeto de sensibilizarlo sobre la importancia de la calidad total y mejora continua.

4.3.1 Prestación de los Servicios Hospitalarios

La Dirección General de Descentralización Hospitalaria continuó coordinando las acciones de los Hospitales: Juárez del Centro, de la Mujer y Nacional Homeopático, debido a que aún no se concluye el proceso de descentralización. Estas unidades hospitalarias continuaron atendiendo a la población que carece de seguridad social y que vive en el Distrito Federal. Las acciones de cada una de estas, se comentan a continuación:

Hospital Juárez del Centro

Es una de las unidades hospitalarias con mayor arraigo en la población ya que cuenta con más de 153 años de haber sido fundada teniendo como característica el haber sido la cuna de la cirugía en México y en la actualidad continúa atendiendo a la población sin seguridad social.

Metas: Compromiso 2002 vs. Avance al 31 de agosto 2002

Concepto	2001	Avance al 31 Agosto 2002		Diciembre 2002
		Programada	Alcanzada	
Cirugía de estancia breve	2,139	1,615	1,445	2,423
Urgencias	14,260	9,580	9,390	14,370
Consulta externa	56,930	37,629	46,383	57,444
Atención de partos	774	466	428	800
Atención de cesáreas	350	200	219	300
Laboratorio	99,411	66,274	108,166	99,411
Radiología	8,650	5,766	8,802	8,650
Ultrasonografía	1,559	1,039	1,247	1,659
Capacitación: cursos a médicos, enfermeras y otros	89	46	52	90

Acciones y resultados

En cirugía de estancia breve: se continúan otorgando servicios quirúrgicos seguros y eficientes, en diferentes especialidades como son cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía laparoscópica, y ginecológica. Los períodos de hospitalización en la mayoría de los casos son menores a 24 horas, sin mortalidad y mínima morbilidad, con disminución de costos de operación, y reintegración temprana del paciente a sus actividades. Para tal fin contamos con cinco quirófanos equipados en su totalidad.

En servicios de urgencias: se otorgó servicio de urgencias en forma ininterrumpida, contando con la asignación de dos médicos más para el apoyo en el turno vespertino.

Se creó una sala de choque para la atención del paciente en condiciones graves. En el área de urgencias pediátricas se realizaron ajustes para eficientar y agilizar la recepción de estos pacientes. Se adquirió un electrocardiógrafo con tecnología de punta, se implementó un programa de diálisis peritoneal, debido a la gran demanda de pacientes con insuficiencia renal.

En consulta externa de especialidad: se cuenta con cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, medicina interna, gastroenterología, dermatología, dental, pediatría, gineco-obstetricia, colposcopia, endoscopia, ortopedia, cirugía plástica y reconstructiva, cardiología y hematología.

El servicio de ginecoobstetricia: se remodeló el área asignada para la revisión de pacientes de urgencias obstétricas. Como complemento a la atención del binomio se cuenta con médicos pediatras y anestesiólogos durante las 24 horas de todos los días del año, y para mejor manejo de los recién nacidos se adquirió una cuna radiante. Al área de tococirugía se le realizaron trabajos de remodelación con cambio de piso en las salas de quirófano, así como las reparaciones necesarias del equipo médico y biomédico destinados al tratamiento de las pacientes, asimismo se integró un aparato de ultrasonido obstétrico, que junto con el tococardiógrafo con el que se cuenta, brindará una vigilancia más estrecha y eficaz a la paciente embarazada y en trabajo de parto. Se continúan realizando actividades enfocadas a disminuir el número de cesáreas según el indicador nacional.

El servicio de laboratorio: cuenta con equipos automatizados en biometrías, química sanguínea y bacteriología. Se está en vías de automatizar urianálisis y coagulación, por lo que se ha incrementado en forma importante la atención a pacientes de la unidad, como de otros hospitales y clínicas de primer nivel.

En el servicio de imagenología: existe el equipo para realizar los estudios radiológicos que solicita el personal médico para coadyuvar al diagnóstico de los pacientes, funcionando las 24 horas de todos los días por lo que se ha incrementado la productividad, además de brindar apoyo a otras unidades médicas hospitalarias. Debido a la eficiencia y calidad del equipo de ultrasonido se ha incrementado la demanda de estudios de alta resolución.

Enseñanza y capacitación: se continúa colaborando con la UNAM, IPN, UAM, SSA y Hospital Juárez de México, con actividades académicas para los alumnos de las carreras de medicina y enfermería, prestando su servicio social en optometría, laboratorio químico y en enfermería. Se contó con médicos internos de pregrado de la UAM y del IPN. Se colaboró con las especialidades de gineco-obstetricia y otorrinolaringología con la rotación de residentes provenientes del Hospital Juárez de México. Además, se ha continuado con el programa de sesiones semanales para la correlación clínico terapéuticas dirigidas al personal del hospital. Se realizó el primer Curso-Taller de Reanimación cardiopulmonar básico y se llevó a efecto el programa de estímulos al desempeño, productividad y superación del personal médico, odontológico y de enfermería 2001.

Otras actividades

- **Programa de vacunación universal:** se continúa con la aplicación de vacunas en forma oportuna y adecuada teniendo suficiente abasto de las mismas.
- **Banco de sangre:** cuenta con equipo de alta tecnología para examinar a los donantes, ofreciendo sangre segura a quien requiere transfusión de hemocomponentes.
- **Programa de atención al adulto mayor:** con la clínica de diabetes mellitus e hipertensión arterial, se realizaron sesiones educativas, así como para la detección en la población susceptible e ingreso al programa de control de enfermedades.

Hospital de la Mujer

Esta unidad hospitalaria proporciona servicios de salud especializada en las áreas de ginecología y obstetricia, principalmente a la población que no se encuentra afiliada a alguna institución de seguridad social.

Para cumplir con sus funciones, el hospital cuenta con una dirección, una coordinación administrativa, y 3 jefaturas de departamento: recursos materiales, recursos financieros y recursos humanos.

Las principales actividades del período de este informe se presentan a continuación:

Avance de Metas

Concepto	2001	Agosto del 2002		Diciembre 2002*
		Programada	Realizada*	
Consulta externa especializada	55,577	36,162	35,789	55,296
Consulta de urgencias	71,601	46,771	46,784	67,861
Partos	7,518	4,836	4,541	6,812
Abortos	1,790	1,133	1,064	1,596
Cesáreas	4,747	2,881	2,910	4,366
Egresos hospitalarios	22,620	13,960	13,801	20,548
Cirugías	9,562	6,567	6,736	10,104
Estudios de laboratorio	20,117	141,216	140,513	210,770
Estudios de rayos "X"	8,547	6,193	6,352	9,528
Estudios de anatomía patológica	6,560	4,516	4,493	6,740
Ultrasonidos	17,513	12,267	12,026	18,040

* Cifras estimadas.

Se elaboró el proyecto para la remodelación de los servicios de rayos "X" y lavandería. Además se proyectaron mejoras en la impermeabilización de las azoteas y mejoramiento en los gases medicinales.

La Asociación de Lucha contra el Cáncer donó un mastógrafo de mayor capacidad y precisión de alta tecnología, para aumentar la cobertura en la atención oportuna de cáncer de mama, también, donó un transductor vaginal para facilitar el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino en estudios iniciales, y un detector "geiger" para identificar fuga de radiaciones en el servicio de braquiterapia, que se otorga a los pacientes con cáncer cérvico-uterino avanzado.

Durante el período, se capacitó a 383 médicos, enfermeras y paramédicos, así como a 16 personas del área administrativa. Se capacitó a los médicos generales de los centros de salud de la jurisdicción sanitaria de azcapotzalco, mediante rotación por dos semanas, con el propósito de capacitarlos principalmente en la importancia que tiene el control prenatal como responsabilidad del primer nivel de atención, así como en el diagnóstico oportuno de las complicaciones mas frecuentes en la mujer embarazada.

Hospital Nacional Homeopático

El Hospital Nacional Homeopático con una tradición de 109 años proporciona, a través de la consulta médico-homeopática y de atención especializada a nivel hospitalario, servicios a la población de la zona centro del país y a pacientes que acuden del interior de la república buscando la alternativa de la terapéutica homeopática por su efectividad y bajo costo.

Para atender sus actividades, el hospital cuenta con una estructura orgánica compuesta por una dirección, una coordinación administrativa, un departamento de recursos materiales y uno de recursos financieros. A la fecha no se reportan cambios con respecto a la estructura orgánica autorizada, sin embargo se ha propuesto sea ampliada con el objeto de proporcionar una mejor calidad en la atención.

Para cumplir y fortalecer la meta en materia de salud, se han proporcionado los siguientes servicios:

Segundo Informe de Labores

Concepto	Metas alcanzadas		Estimado
	Enero-agosto 2001	Enero-agosto 2002	Enero-diciembre 2002
Consulta externa	45,267	47,640	71,460
Atención de urgencias	15,333	14,869	22,304
Egresos hospitalarios	4,146	3,710	5,565
Cirugías realizadas	1,958	2,003	3,005
Partos atendidos	2,336	1,187	1,781
Cesáreas	927	810	1,215
Análisis de laboratorio	48,703	60,615	90,923
Estudios de rayos "X"	5,175	6,107	9,161
Estudios anatomopatológicos	1,518	1,632	2,448
Vacunas aplicadas	7,522	5,247	7,871

En el programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en el año 2001 se atendieron 1 412 pacientes y en el 2002 se espera atender 1 793, ya que hasta la fecha se han atendido 1 189.

Para elevar la calidad de la atención a la población adolescente, el programa de atención integral nos ha permitido brindar hasta la fecha un total de 82 consultas, en las que se dan orientación para terminar el proceso de socialización de éstos, y adecuarlos a los valores de la sociedad en la que vive. Asimismo se vigila su salud, entendiendo ésta como el estado de bienestar físico, psíquico y social; y a la adolescente embarazada se le proporcionan los cuidados necesarios durante su embarazo, así como el apoyo psicológico y el fomento de una paternidad responsable.

En enfermedades crónico degenerativas como son la diabetes e hipertensión arterial, se han creado: un club de diabéticos que hasta la fecha cuenta con 20 asistentes promedio y un club de hipertensos con 10 asistentes promedio, en donde se le brinda asesoría nutricional, odontológica, psicológica-recreativa, incluyendo clases de *tai-chi*, así como orientación y asesoría a la familia para una mejor integración.

El Hospital continua realizando la prueba de tamiz metabólico a todo recién nacido para detectar problemas congénitos de hipotiroidismo, en el 2001 se realizaron 3 361 pruebas, para este año se espera realizar un total de 2 847, ya que de enero a la fecha se han realizado 1 898.

Preocupado por proporcionar una atención de alta calidad a través de la enseñanza, capacitación y docencia a médicos, paramédicos, técnicos y administrativos se han otorgado cursos.

Tipo de persona	Metas alcanzadas		Estimado
	Enero-agosto 2001	Enero-agosto 2002	Enero-diciembre 2002
Médicos	34	41	59
Enfermeras	18	27	27
Paramédicos	9	10	18
Administrativos	7	8	11
A todo el personal	12	14	15
Total	80	96	129

4.4. Centro Nacional de Rehabilitación

El Centro Nacional de Rehabilitación como institución del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos impulsar la prevención y rehabilitación de discapacidades, alcanzar la excelencia y dentro de sus funciones alcanzar el desarrollo de la investigación, enseñanza y atención médica en materia de discapacidad y rehabilitación; forman capital humano comprometido del más alto nivel científico para la rehabilitación, con un sentido humanista y ético.

Para atender sus actividades y ejecución de sus programas el Centro Nacional de Rehabilitación cuenta con una estructura orgánica autorizada y vigente que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura comprende, 1 dirección general; 4 direcciones generales adjuntas; 3 direcciones de área; 19 subdirecciones y 27 jefaturas de departamento.

Entre las principales actividades realizadas en el período destacan las siguientes:

Durante el último trimestre de 2001, dos hechos marcan precedente para el Centro Nacional de Rehabilitación, el primero de ellos con la presentación del “Programa de Acción de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades PreveR-Dis”, el segundo la designación y primera reunión del Consejo Interno del Centro.

Atención médica

Por lo que se refiere a la atención médica, ésta se proporciona en sus tres grandes áreas es decir Ortopedia, Medicina de Rehabilitación y Comunicación Humana, para este informe se otorgó un total de 186 962 consultas, correspondiendo a consultas de primera vez 44 256 consultas que representan el 24 por ciento y el restante 76 por ciento a consultas subsecuentes con un total de 142 706 respectivamente.

Otro precedente es la puesta en funcionamiento de los quirófanos con lo cual se inician las cirugías durante el mes de septiembre. Para efectos de este informe se han realizado 3 137 cirugías de 3 001 programadas o sea se tiene un 4 por ciento más de lo programado; asimismo la Subdirección de Programas Extramuros ha contribuido con 10 campañas de Cirugía Extramuros de Ortopedia en los estados de Durango, Guerrero, Chiapas, Campeche, Jalisco y Veracruz, con un total de 361 cirugías, es de mencionar la importancia que tienen éstas últimas, ya que atiende a gran parte de la población que no puede acudir a las unidades de salud por la falta de recursos económicos, para su traslado y estancia.

Por lo que se refiere a hospitalización esta en un principio estuvo en el área de Medicina de Rehabilitación con 40 camas censables, posterior al inicio de cirugías y durante el mes de febrero de 2002 se fueron entregando en forma parcial algunos de los pisos de hospitalización de Ortopedia por lo que poco a poco se fueron incrementando las cirugías, redundando en mayor número de egresos hospitalarios, se programaron 2 423 egresos y se obtuvieron 2 836 con el 117 por ciento, teniendo una variación positiva de más 17 por ciento.

Por lo que respecta a exámenes de laboratorio clínico y estudios de gabinete, en este período, el laboratorio de análisis clínicos reporta haber realizado 10 880 estudios contra 4 904 programados, con una variación positiva de más 122 por ciento con respecto a lo programado. De igual manera los estudios efectuados de imagenología en todas sus modalidades suman un total de 31 919 efectuados, contra 26 308 programados o sea con el 121 por ciento más respectivamente, contribuyendo de la siguiente manera con el 119 por ciento estudios radiológicos; con el 1 por ciento tomografía; 0.5 por ciento resonancia magnética y con el 0.5 por ciento medicina nuclear. Cabe señalar que estos últimos servicios se implementaron durante el último mes de este primer semestre de 2002.

Enseñanza e Investigación

Destacan las siguientes actividades por parte de la Dirección de Investigación y Enseñanza, en sesión ordinaria celebrada el 18 de julio del presente, la Comisión Externa de Investigación en Salud y el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud determinó el ingreso de 46 investigadores y 2 promociones: de los cuales 36 ingresan como investigador asociado A; 6 como investigador asociado B y 4 ingresan como investigador asociado C de igual forma se promueven a 2 investigadores, uno como investigador asociado A y otro como investigador asociado B que en total suman 48 investigadores del Centro Nacional de Rehabilitación que ingresaron recientemente al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud.

Se han realizado un total de 21 cursos, destacando entre estos el VI Congreso de Cirugía de Mano, noviembre 8 al 10 de 2001; la 1ª Reunión anual del C.N.R. los días 15 y 16 de noviembre; el 1er Curso-Taller de Artroscopia en Veterinaria 18 y 19 de marzo de 2002; por lo trascendente del evento se celebró en las instalaciones del C.N.R., el 1er Congreso Mexicano e-Salud los días 16 y 17 de abril, cabe señalar que gran parte de las instituciones que conforman el Sector Salud participaron activamente con ponencias, haciendo mención al sistema desarrollado CNR “Sistema Automatizado de Información Hospitalaria (SAIH)”, el cual ha generado gran interés, aceptación y expectativas, inclusive algunas dependencias como el ISSEMYM y algunas secretarías de salud estatales están solicitando el sistema ya que contribuiría a mejorar sus procesos de información. Los estados interesados en el SAIH son: Puebla, Guerrero, Jalisco y Veracruz. Finalmente el XXX Curso A-O Principios de la Fijación de las fracturas del 8 al 14 de agosto.

Actividades relevantes

Dentro de las actividades relevantes del CNR, por su calidad innovadora es el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis). Programa que por sí sólo enmarca la prevención secundaria y terciaria en materia de Discapacidades dentro del Sistema Nacional de Salud. Este fue presentado en el mes de junio en el Consejo Nacional de Salud.

En el mes de abril se realizó la 1ª Reunión de Trabajo de la Comisión Nacional, de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades con los siguientes acuerdos: a) Integrar los 5 comités que señala el PreveR-Dis: Comité de Prevención de Discapacidad, Comité de Equidad y Desarrollo en Salud, Comité de Rehabilitación Integral, Comité de Protección Financiera para Personas con Discapacidad y Comité de Calidad de la Rehabilitación; b) Promover que las Instituciones de la Comisión (CONAPREHD), presenten sus propuestas de programación de acciones de Prevención y Rehabilitación a partir del PreveR-Dis; c) Integrar el Comité Nacional de Discapaci-net, con un representante de cada institución con actividades de proveedor de contenidos de información en la Construcción del portal electrónico del PreveR-Dis; d) Los representantes de las Comisiones de CONAPREHD, involucradas en el Fideicomiso Fideprótesis, promovieron en las áreas de prestaciones sociales, aceptación de la propuesta para el Convenio Ampliado; e) realizar una Reunión de Información y Capacitación a Directores de Hospitales Generales de la Secretaría de Salud, del IMSS y del ISSSTE; f) Impulsar la líneas de Investigación, negociando fondos con CONACYT para ir resolviendo los problemas médicos y los problemas sociales por el otro; g) Iniciar los desarrollos del Consejo de Salubridad General, para un sistema básico de Certificación sobre accesibilidad de hospitales, así como de atención a las personas con discapacidad (Hospital Amigo); h) Consolidar e instrumentar las acciones para lograr el Certificado médico único sectorial de personas con discapacidad.

Se llevó a cabo la 1ª Reunión de Información y Capacitación a Directores de Hospitales Generales de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, celebrada en la ciudad de Aguascalientes, convocada por el Consejo Nacional Consultivo para la Integración social de las Personas con discapacidad (CODIS), teniendo una asistencia de 66 directores de hospitales generales; 21 de la SSA 28 del IMSS, 15 del ISSSTE y 2 de SEDENA. El contenido informativo del programa se integró en seis bloques siendo estos de: prevención, rehabilitación, normatividad, legislación, organización e integración sectorial; distribuidas en 28 ponencias, las cuales estuvieron a cargo el CNR, área central de la SSA, el IMSS, el DIF, el ISSSTE y la SEP.

Se participó en la 1ª Reunión para Grupos Iniciadores de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), celebrada en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en conjunto con la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la SSA para posteriormente asistir a la “1ª Conferencia Mundial de Grupos Iniciadores de la Clasificación Internacional”, conferencia celebrada en Kloster-Seeon, Bavaria, Alemania, con la cual el CNR está dentro de las unidades hospitalarias que realizan pruebas piloto del listado de indicadores.

Es de hacer mención que dentro de las actividades internacionales que desarrolla el CNR, durante este período y dentro del marco del proyecto conjunto tripartita México-Canadá-OPS, para la atención de víctimas de minas en Centroamérica, ha contribuido en la capacitación de personal médico, paramédico y técnico de 15 participantes de los países de Honduras, El Salvador y Nicaragua.

Otra de las actividades que ha desarrollado el CNR, es la coordinación de las acciones del Fideicomiso Fideprótesis, para la ayuda a pensionados y jubilados del IMSS e ISSSTE, realizando una propuesta de ampliación al fideicomiso, la cual se encuentra en análisis para su viabilidad.

4.5. Hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México tiene como función principal la de proporcionar atención médica en forma oportuna a aquella población que carece de seguridad social, a través de los diversos servicios con que opera para atender sus actividades. Para ello cuenta con una estructura que incluye: una dirección general, 3 direcciones de área, 4 subdirecciones y 12 jefaturas de departamento.

Esta Institución Hospitalaria continuó otorgando atención médica de calidad principalmente a la población del norte del Distrito Federal y zona conurbada. Durante el período del informe se proporcionaron 66 904 consultas de primera vez y 120 297 subsecuentes; el número de consultas externas ascendió a 187 201 mientras que las consultas de urgencia fueron de 54 745. El número de egresos hospitalarios fue de 19 368 y el porcentaje de ocupación hospitalaria de 81.65 por ciento.

Se realizaron 10 883 cirugías, incrementándose las de alta complejidad y se están tomando mensualmente los tiempos quirúrgicos de las cirugías, información que ha sido de utilidad para optimizar el uso de los quirófanos y de esta manera incrementar la productividad.

También se incrementó el número de trasplantes renales, tratando de proporcionar orientación y concientización para la donación altruista de órganos, tanto para el personal médico, paramédico como a la población que asiste al hospital.

Segundo Informe de Labores

Servicios de Atención Médica

Concepto	Alcanzado		Variación %
	Sep 2001 - 31 Ago 2002	2001	
Consulta 1 ^{ra} vez	66,904	49,621	25.83
Consulta subsecuente	120,297	84,241	29.97
Total de consulta externa	187,201	133,862	28.49
Consulta de urgencias	54,745	44,279	19.12
Total de consultas	241,946	178,141	26.37
Egresos hospitalarios	19,368	15,152	2.77
Ocupación hospitalaria	81.65	76.92	5.79
Cirugías	10,883	7,994	26.55

El banco de sangre del Hospital, ha sido autosuficiente para los requerimientos de sangre y de sus derivados que se utilizan y con frecuencia proporcionamos estos insumos a otros centros hospitalarios, cumpliendo con la normatividad que dicta la Secretaría de Salud.

Por otro lado, se continuó participado en el Programa de Cirugía Extramuros, a través del personal médico y paramédico calificado, así como recursos materiales que se requieren para realizar las cirugías.

Se ha puesto un especial énfasis a la medicina preventiva, exhibiendo en los monitores instalados en las salas de espera de la consulta externa documentales que orientan a los pacientes y a sus familiares en diversas medidas preventivas que deben observarse en las enfermedades más comunes y se les informa de la importancia que tiene la aplicación de vacunas.

Se tiene especial cuidado en la calidad de la atención, participando en forma significativa los diversos Comités como el de Supervisión del Expediente Clínico, Morbi-Mortalidad, Ética y el de Infecciones, entre otros.

En el área asistencial, se le ha dado prioridad a la atención médica que recibe la población sin seguridad social, estableciendo en la consulta externa la consulta escalonada, acortando de esta manera los tiempos de espera de los pacientes.

En materia de investigación se registraron 255 protocolos, 77 protocolos más que el año pasado, a su vez se terminaron 89 protocolos, con una diferencia del período anterior de 41 protocolos. En la actualidad se encuentran 110 protocolos en proceso.

Se obtuvieron 19 artículos, un libro y tres capítulos de libro publicados en este período.

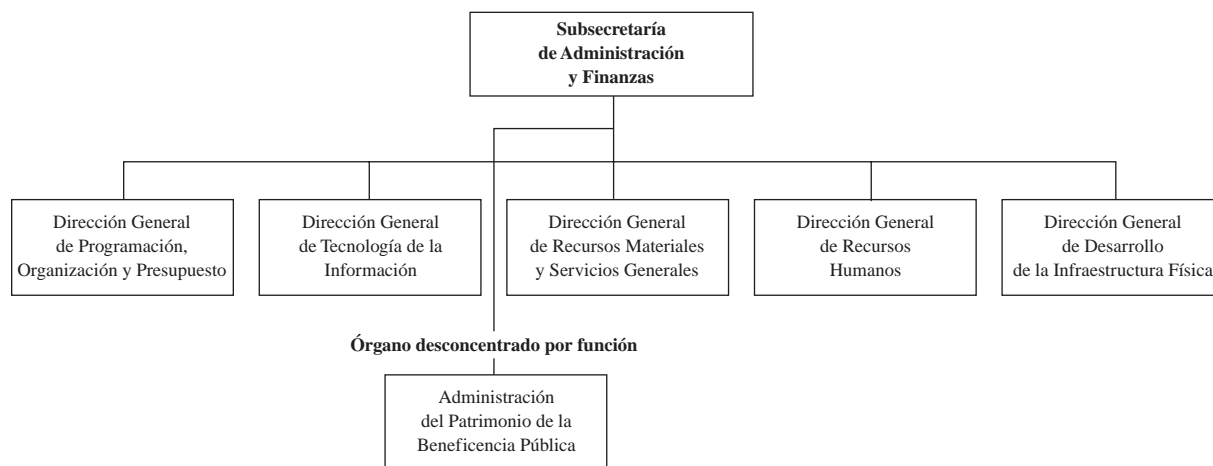
Dic 2000 - ago 2001 a sep 2001 - ago 2002

	1 dic 2000 al 31 ago 2001	1 sep 2001 al 31 ago 2002	Diferencia
No. Protocolos totales	178	255	77
Protocolos terminados	48	89	41
Protocolos en proceso	-	110	-
Protocolos cancelados	-	56	-
Artículos	1	19	18
Libros	-	1	-
Capítulos a libros	-	3	-
Congresos	-	60	-

Capítulo 5

Subsecretaría de Administración y Finanzas

5. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



En congruencia con el Reglamento Interior de la SSA, esta Subsecretaría continuó con las funciones de: 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.

La subsecretaría de Administración y Finanzas cuenta con 5 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. A éstas se integran tres direcciones generales adjuntas; 30 direcciones de área; 78 subdirecciones de área y 135 jefaturas de departamento.

La subsecretaría continuó fortaleciendo su función de apoyo a todas las unidades que integran el Ramo 12.- Salud, con el fin de optimizar los recursos. Dentro del marco de racionalidad establecido por el Ejecutivo, se llevaron a cabo diversas acciones que permitieron una redistribución equitativa del gasto y una mejora en el desarrollo de los programas encomendados a la SSA. Destacan:

Proyecto CASSA

Se concluyó el Proyecto Ejecutivo Integral que beneficia a 8 000 servidores públicos, que en la actualidad ocupan 27 inmuebles arrendados con una erogación superior a los 100 millones de pesos anuales. Está formado por:

- Proyecto ejecutivo del edificio principal.
- Proyecto del centro de convenciones.
- Proyecto del área de servicios, restaurantes y concesiones.

- Proyecto del centro de cómputo y guardería, así como áreas exteriores, ya concluido.
- Proyecto de jardinería y arquitectura del paisaje, en proceso.

Para su ejecución, se gestionó el "Acuerdo de Destino" con la arrendadora BANOBRAS a favor de la Secretaría de Salud en donde el Gobierno Federal conserva la propiedad del terreno para el Proyecto CASSA. En este sentido, la SHCP evalúa la solicitud de autorización del arrendamiento financiero con todos los antecedentes necesarios para su aprobación.

Recursos Humanos

En apoyo a las entidades federativas se les dotó del proceso de mantenimiento de nómina, como una de las acciones que sin duda fortalece el proceso de descentralización. Hoy los estados manejan con autonomía sus procesos administrativos y poseen un mayor margen de maniobra en su gestión.

Por otra parte, se canalizaron los modelos de Servicio Civil de Carrera, con el objeto de incorporar los elementos y criterios que se deben considerar en la propuesta a la SHCP.

El fomento para mejorar las condiciones laborales propició que durante el año 2001 se recodificaran más de 14 mil trabajadores, se renivelaran a 46 200, se aprobaron nuevas condiciones generales de trabajo y se incorporó con la participación de la autoridad y representación sindical un seguro de riesgo profesional para el área médica.

Otra acción representativa en materia de recursos humanos, fue el trabajo para corregir los rezagos en las percepciones al incorporar a investigadores y jefes de servicio de hospitales al tabulador de la rama médica.

Presupuesto

En este rubro, se generaron propuestas entre los niveles de gobierno federal y estatal en materia programática presupuestal, que permitieron evaluar de manera homogénea los resultados. Asimismo, se propusieron lineamientos y criterios para formular el presupuesto que a través del Ramo 33 "Aportaciones Federales para entidades federativas y municipios" se transfiere a las secretarías de finanzas en las entidades federativas.

De igual forma, se aprobó el instrumento de registro de información común en el país a efecto de facilitar el intercambio de la misma, así como un sistema de registro del ejercicio FASSA para dar seguimiento a los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y contar con elementos para avanzar en la distribución equitativa de los recursos.

Abasto e Insumos Médicos

En un esfuerzo para mejorar el suministro de medicamentos, se elaboró el Programa de Abasto de Insumos Médicos cuyo objetivo consiste en realizar el abasto a las unidades de primer nivel de atención de todo el país, aprovechando la infraestructura existente en el mercado de distribución de insumos para la salud a través de diversas compañías que operan en el país. Para cumplir con dicho objetivo se ha estipulado que las compañías que participen en el proceso de licitación, se comprometan a entregar los insumos en forma directa a las unidades prestadoras de servicios.

Infraestructura Física

Dentro del compromiso de optimización de recursos, en diciembre de 2001 entraron en operación y fortalecieron su funcionamiento 546 unidades y en febrero del presente año 111 unidades más, con una inversión anual de 744.2 millones de pesos para una población de 26.2 millones de habitantes.

Tecnología de la Información

- En congruencia con lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, así como del Programa e-México, la Subsecretaría de Administración y Finanzas a través de la Dirección General de Tecnología de la Información desarrolló un conjunto de sistemas integrales bajo el Programa e-Salud, que dan impulso al fortalecimiento del sistema informático y así seguir avanzando en el campo de la salud.

En ese mismo sentido se transformó el programa de capacitación en informática para ampliar la cobertura vía educación a distancia y diversificar la oferta con cursos de alta especialización.

Beneficencia Pública

Para brindar un mayor apoyo a las personas sin seguridad social, se llevaron a cabo visitas a las entidades federativas, con el objeto de orientar y asesorar en la creación de Unidades de Beneficencia Pública; constituyéndose a la fecha 22 administraciones estatales. Además, se instrumentó una nueva política del gasto con cuotas de recuperación y de desarrollo de programas asistenciales, eliminándose trámites y procedimientos centralizadores, fortaleciéndose así los recursos financieros de los servicios de salud a población abierta.

Otras acciones relevantes

Uno de los elementos más innovadores del Programa Nacional de Salud 2001-2006, es que incluye la rendición de cuentas a través de un esquema integral de evaluación. Dentro de este contexto, la Subsecretaría de Administración y Finanzas participó en el Primer Foro Ciudadano de la Salud, con el tema: "Innovación Administrativa en la Secretaría de Salud", en el cual se destacaron los principales logros realizados en el período que se reporta.

A principios de este año, se iniciaron los trabajos de coordinación y comunicación con los 32 Organismos Públicos Descentralizados de las entidades federativas, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Generales y los Órganos Desconcentrados por función de la SSA, con el propósito de realizar un diagnóstico de necesidades de equipamiento para obras en proceso, nuevas tecnologías, así como la reposición de equipo médico, que por deterioro u obsolescencia, requería ser sustituido en el corto plazo.

Con base en la información proporcionada por diversas unidades, se procedió a estimar la inversión a canalizar, considerando costos de referencia, con lo cual se ha integrado el Programa Nacional de Equipamiento Médico, que tiene como objetivo primordial, coadyuvar a recuperar la capacidad de operación de la infraestructura existente, así como mejorar la calidad de los servicios médicos que se otorgan.

5.1. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

Corresponde a esta Dirección General regular, coordinar e integrar el anteproyecto de presupuesto y el programa operativo anual de la Secretaría y opinar en el correspondiente a 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 transferencias, 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 servicios personales; 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 qué se requiere para formular la cuenta pública de la Secretaría y validar las 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.

Para su función, la Dirección General cuenta con 4 direcciones de área; 13 subdirecciones; 33 jefaturas de departamento, un coordinador administrativo y un secretario particular.

En cumplimiento de sus funciones, durante el período se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Se asistió a 59 reuniones de Comités de Control y Auditoría (Vocal) y 37 juntas de Órganos de Gobierno (Invitado) de las entidades paraestatales coordinadas sectorialmente, 30 de órganos desconcentrados y 15 de control interno, con la finalidad de coadyuvar al fortalecimiento del control interno, orientado al mejoramiento de la organización, operación, cumplimiento de metas, resultados financieros y presupuestales, con especial énfasis en la evaluación de las áreas sensibles a la comisión de actos corruptos y en seguimiento de las acciones correctivas. Finalmente se asistió a las 32 reuniones de Comités de Control de Administración de las entidades federativas.

Se ha dado seguimiento a los registros del Sistema Integral de Información, de las cifras presentadas por los órganos desconcentrados, organismos descentralizados y áreas centrales, a fin de que éstas presenten consistencia con la información que se reporta al Comité Técnico de Información de la Comisión Intersecretarial de Gasto Financiamiento, para lo cual se generaron comunicados con el propósito de promover el grado de cumplimiento.

Respecto al acuerdo que establece las disposiciones de Ahorro en la Administración Pública Federal para el ejercicio 2002, se realizaron reuniones con las unidades centrales, órganos desconcentrados y entidades paraestatales, a fin de concertar y determinar los compromisos de ahorro que alude el citado acuerdo, determinado un monto de 590.7 millones de pesos de reducción, elaborando para tal efecto 10 afectaciones presupuestales.

Asimismo, en el mes de mayo la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, instruyó un recorte al gasto programable para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, correspondiendo a esta Secretaría una reducción de recursos por un monto de 363.9 millones de pesos, elaborando para tal efecto 3 afectaciones presupuestales de unidades centrales, órganos desconcentrados.

En el transcurso del período se elaboraron 329 afectaciones presupuestales internas, a fin de remitir 17 afectaciones consolidadas y 505 afectaciones presupuestales externas en el Sistema Integral de Presupuesto y Control Presupuestal.

En el período correspondiente al 2001, se gestionó ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la emisión de los oficios de autorización de inversión de bienes muebles e inmuebles y obra pública en un 100 por ciento. Por lo que respecta al 2002, se tiene la liberación al 100 por ciento en órganos desconcentrados y entidades paraestatales, mientras que en unidades centrales presenta un grado de avance del 85 por ciento.

Para el ejercicio presupuestal de 2001 se asignaron a esta Secretaría cuatro programas especiales con reglas de operación: Salud para Todos; Comunidades Saludables; Ampliación de Cobertura (PAC) y Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). En el ejercicio 2002 se adicionaron los programas de Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, así como los de Atención a Personas con Discapacidad y Atención a Población en Desamparo a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En el mes de mayo de 2002, se otorgaron recursos por 25 040.0 miles de pesos para el Plan Puebla-Panamá de conformidad al Anexo 2 del Presupuesto de Egresos de la Federación, con el objeto de ofrecer oportunidades a la población de la región sur-sureste para el desarrollo económico y social de los grupos marginados, dando prioridad al desarrollo de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional acordes a las costumbres, características epidemiológicas y de cobertura de la región.

En mayo del 2002, se otorgaron recursos por 5 500.0 miles de pesos, para llevar a cabo las estrategias del Programa Emergente Radiológico Externo (PERE), en el estado de Veracruz, con el propósito de que los servicios estatales de salud pública del estado estén en posibilidad de llevar a cabo acciones para prevenir y brindar protección a la población veracruzana que está expuesta a posibles emergencias radiológicas en la Central Núcleo eléctrica de Laguna Verde.

En el mes de junio del 2001 llegó a su fin el ciclo de la carta de crédito externo para el financiamiento del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el cual está conformado por 19 de las 32 entidades federativas. Para el ejercicio presupuestal 2002, se obtuvo un crédito externo del banco mundial que será utilizado en el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), el cual se encargará de fomentar la equidad en los servicios de salud para la población que vive en zonas de alta marginación, incrementando la calidad de la atención a la salud en los municipios con los menores índices de bienestar.

En lo que se refiere al rubro de Servicios Personales, se dio cumplimiento a la indicación del Ejecutivo Federal para cubrir con urgencia a partir del 1° de octubre de 2001 correspondiente al incremento salarial para el personal de la rama Médica, Paramédica y Grupos Afines, así como al personal de la Rama Administrativa con vigencia del 1° de enero de 2002, en áreas centrales, órganos desconcentrados, entidades federativas e Institutos Nacionales de Salud.

En lo que respecta al presupuesto del ramo 33 “Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA)” a partir del último bimestre de 2001 (noviembre-diciembre) se otorgaron recursos para apoyar la operación de las unidades médicas puestas en marcha en ese año, así como la conclusión y operación de algunas otras, garantizando además su operación para el ejercicio 2002 al autorizarse 805.7 millones de pesos dentro del presupuesto original destinados para este fin. Con estas aportaciones fue posible mantener la operación de 550 centros de salud, 39 hospitales integrales, 15 hospitales generales, 6 hospitales de especialidades, 5 laboratorios estatales de Salud Pública y 9 unidades o establecimientos de apoyo.

En 2002, además de autorizarse un incremento al presupuesto de las Entidades Federativas por 1 000 millones de pesos (que incluyen los 805.7 millones de pesos para la operación de unidades puestas en

marcha y 194.3 millones de pesos como apoyo complementario), se otorgaron recursos adicionales con carácter de apoyo extraordinario por 350 millones de pesos con el objeto de fortalecer sus actividades para mejorar la calidad de los servicios prestados a la población.

Al 30 de junio de 2002 se llevó a cabo la conciliación del presupuesto modificado con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la finalidad de integrar la Cuenta Pública del primer semestre del 2002.

De conformidad con lo dispuesto con el artículo 8, segundo párrafo de la Ley de Fiscalización Superior de la Federación y a la instrucción del titular de la unidad de Contabilidad Gubernamental e informes sobre la Gestión Pública de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el mes de julio se consolidaron y presentaron a través de la Dirección de Contabilidad los formatos Flujos de Efectivo de Ingresos y Egresos y sus conciliaciones con la información presentada y validada por esta Dirección General de las Entidades Coordinadas por esta Secretaría.

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable a la presentación de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del 2001, el pasado mes de abril se consolidaron y presentaron a través de la Dirección de Contabilidad los formatos Flujos de Efectivo de Ingresos y Egresos y sus conciliaciones con la información presentada y validada de las entidades coordinadas por esta Secretaría. Relacionado con esto, se tramitó ante la SHCP la regularización sobre la captación y aplicación de los recursos externos (de terceros) obtenidos por las entidades en el período del 1° de enero al 31 de diciembre de 2001, habiéndose obtenido la autorización correspondiente, lo que permitió incorporar a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001 la información debidamente regularizada.

Se gestionó ante la SHCP la recuperación de 202 456.9 miles de pesos por concepto de Derechos, Productos y Aprovechamientos (recursos excedentes) de las unidades centrales y órganos desconcentrados, correspondiendo 55 888.4 al período de septiembre a diciembre de 2001 y 146 568.5 miles de pesos al período de enero a julio de 2002.

En mayo del 2002, en el marco del proceso de programación-presupuestación y de conformidad con los lineamientos emitidos al efecto, se coordinó con las unidades centrales, órganos desconcentrados y entidades paraestatales la integración de los formatos costeo 1 “Ejercicio de costeo preliminar identificado por procesos y proyectos” y costeo 2 “Ejercicio del costeo preliminar identificando los recursos presupuestarios asociados a procesos y proyectos en ejecución durante 2002” en correspondencia a la estructura programática, los cuales se consolidaron y enviaron a la Globalizadora.

De acuerdo con el proceso de reestructuración integral de la Secretaría de Salud se modificó la Estructura Básica y No Básica, proceso iniciado en el año de 2001, en el cual se incluían a todas las unidades administrativas de la Secretaría (69), a la fecha se analizaron 50 estructuras de la Estructura No Básica quedando dictaminadas un total de 30 estructuras y se enviaron a la SHCP 28 para su registro correspondiente. Asimismo, se elaboró y comenzó la difusión del Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, se realizó el análisis de congruencia del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Debido a la necesidad de equipamiento médico que existe en el Sector Salud se comenzó a explorar nuevos mecanismos para el financiamiento de dicho proyecto. Se iniciaron los trabajos del Plan de Arrendamiento Financiero para Equipamiento Médico en coordinación con la Dirección General para el Desarrollo de la Infraestructura Física.

Una de las directrices definidas por la Dirección General es la mejora continua en la DGPOP, por lo que se diseñó e inició el Plan de Trabajo enfocado a la Certificación ISO 9000, para lo cual se instaló

formalmente el Comité de Calidad de la DGPOP, a fin de comenzar a sentar las bases para el proceso de certificación. Se tuvo en proceso la elaboración del Código de Conducta de la DGPOP.

Durante el período que se informa se realizaron las siguientes actividades:

Se elaboró el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio 2002, elaborando los documentos denominados Estrategia Programática y Estrategia Programática Sectorial, así como la validación del Análisis Programático y la inclusión de las metas e indicadores de desempeño estratégico, dichos documentos se alinearon a las prioridades, objetivos rectores y estrategias nacionales que contempla el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006 respectivamente.

Por otra parte, con la finalidad de orientar el proceso de Programación-Presupuestación hacia el desarrollo de una mejor capacidad de gestión, en la parte programática se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Propuesta de Estructura Programática de la Secretaría de Salud, correspondiente al ejercicio 2003.
- Reunión de trabajo con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la concertación de estructuras programáticas y envío de propuesta de Estructura Programática a la globalizadora con las recomendaciones solicitadas.
- Se realizó una nueva propuesta de Estructura Programática, ordenando los proyectos y procesos de acuerdo al Programa Nacional de Salud 2001-2006, para los trabajos coordinados por la Presidencia de la República para el ejercicio 2003.
- A través del Gabinete de Desarrollo Social y Humano se está impulsando un nuevo esquema denominado “Contigo” a fin de encontrar nuevas fórmulas para desarrollar el proceso de Programación-Presupuestación del Gobierno Federal, y en donde la Dirección de Programación y Organización avanzó tanto en la relación de las vertientes “Contigo”, como en las metas presidenciales.
- Conjuntamente con la Coordinación General de Planeación Estratégica, se está trabajando en el replanteamiento de las subfusiones, procesos y proyectos con la propuesta de creación de fondos para la “Reforma Financiera del Sector Salud”.

Finalmente, al período que se informa y en relación al Programa Operativo Anual, la Oficina de la Presidencia de la República solicitó un ejercicio de costeo de metas 2002 como primera fase del proceso de elaboración del presupuesto 2003, en el que se relacionaron todos y cada uno de los proyectos y procesos concertados en el 2002 que opera la Secretaría con las metas para identificar su costo real.

En el marco de la Reforma del Sistema Presupuestario (RSP), se desarrolló una estrategia para promover la Descentralización Programática que consistió en realizar un planteamiento integral y consensado de las acciones que se llevarán a cabo durante la presente Administración en materia de modernización presupuestaria.

- Para fortalecer la planeación sectorial se promovió la vinculación del Programa Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 2001-2006 con las acciones de salud de los estados. Desde junio de este año, se inició una estrategia de concertación con las entidades federativas para la definición de una estructura programática compatible entre los gobiernos federal y estatal, donde el primero atiende su función rectora y los segundos su función de ejecución. Para el 2002 existe una estructura programática compatible de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 de las entidades federativas con la programación del Gobierno Federal.

La estrategia de concertación de la estructura programática para el FASSA 2002 se consolidó para el ejercicio fiscal 2003, mediante la definición de tres dimensiones programáticas interconectadas:

- Estructura Programática Concertada, que corresponde a las categorías programáticas de la SHCP, se conforma de 9 actividades institucionales con 17 procesos/proyectos, y 11 indicadores preliminares para el Programa Nacional de Salud (programa sectorial) y 1 para el programa especial Seguro Popular de Salud.
- Estructura Programática Homologada, que corresponde a los programas de salud del PRONASA 2001-2006, se conforma de 63 actividades institucionales relativas a programas, proyectos y acciones de salud.
- Estructura Programática de la Entidad, que corresponde a las 32 estructuras de las entidades federativas.

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 de la Secretaría; 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 de la Secretaría; desarrollar proyectos de evaluación, reingeniería y sistematización de procesos en las áreas de la Secretaría, entre otras.

Para su operación, la Dirección General cuenta con 1 director general adjunto, 1 dirección de área; 3 subdirecciones y 9 jefaturas de departamento.

De las actividades realizadas en el período, debemos destacar:

e-Salud

Para el desarrollo de este programa, la Dirección General de Tecnología de la Información se coordina con la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud.

- Se realizó el Primer Congreso e-Salud con la participación de treinta conferencistas y más de 1 200 asistentes. Se está procesando el material presentado y video grabado del evento para ser incorporado a los contenidos del portal e-Salud, a través de la Biblioteca Digital.
- En desarrollo la herramienta para instrumentar el Expediente Clínico Electrónico y el sistema de administración clínica hospitalaria, cuyo prototipo se pondrá en operación mediante un proyecto piloto en el Hospital General de México, en el último trimestre de 2002. Dicho

desarrollo se realiza en coordinación con las instancias nacionales que tienen experiencia en la materia, tales como el ISSSTE y el CNR.

- Se hizo un diagnóstico de los modelos de telemedicina existentes en el , entre los cuales se cuentan Puebla, Nuevo León, Querétaro, Zacatecas y Veracruz.
- También se definió el modelo tecnológico de interconsulta entre unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel, que se pondrá en operación en una muestra piloto que cubra unidades de al menos dos entidades federativas del país en 2002.
- La licitación de equipamiento informático se realizó para incorporar a por lo menos 40 unidades hospitalarias al programa e-Salud.

Red Global de Comunicaciones de Voz y Datos

- El desarrollo de la Fase VI de la Red Global de Comunicaciones de Voz y Datos de la Secretaría de Salud (REDSSA), se concluyó con las siguientes actividades: para el sitio central de la red se instalaron sistemas de aire acondicionado y una planta de energía eléctrica; y se fortaleció el equipamiento informático de 5 unidades administrativas, Dirección General de Protección Financiera, Dirección General de Descentralización Hospitalaria, Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, y Tecnología de la Información, además de la sistematización del edificio de la coordinación general de Planeación Estratégica.
- Por cambio físico de la Dirección General de Tecnología de la Información se llevó a cabo el traslado de todos los equipos de comunicaciones del nodo central de la red, reinstalación y puesta en marcha.
- La Red de Comunicaciones de Datos y Voz de la Secretaría fortaleció su operación. Cuenta con 2 931 servicios de datos y 2 014 servicios de voz. A través de los servicios de datos se atienden 4 611 buzones de correo interno adicionales a las 1 800 cuentas de correo electrónico Internet, además de los servicios de *www* y FTP disponibles en todos los nodos de la red.
- Se concluyó la instalación y puesta en marcha de la Sala de Videoconferencias, con 21 computadoras con acceso a Internet, un pizarrón electrónico, un video proyector, una cámara de videoconferencia, una pantalla de televisión con de señal de TV por satélite, una cámara de documentos, la cual brindará el servicio de videoconferencia con otras secretarías de Estado o instituciones, además de fortalecer el programa de educación y capacitación.
- Para el fortalecimiento de comunicaciones en la Secretaría de Salud, se realizaron las gestiones administrativas para:
 - Adquirir de 2 equipos de comunicaciones para enlazar el edificio sede y el edificio de la DGTI, la cual permitirá la comunicación de datos, voz y video entre edificios.
 - Instalar la infraestructura de red local de alta velocidad con 300 servicios en el edificio Sede para soportar las aplicaciones de datos, voz y video.
 - Adquirir y poner en marcha un equipo telefónico con la tecnología de voz sobre IP, dos equipos de audioconferencia y dos equipos de videoconferencia.
- En proceso de análisis, planeación y desarrollo el fortalecimiento de la Red de Comunicaciones Datos, Voz y Video de la Secretaría de Salud, para soportar las aplicaciones e-salud, Tele educación, entre otras.

Sitio de Internet de la Secretaría de Salud

Para que los usuarios internos y externos cuenten con un instrumento de información versátil, se llevó a cabo un estudio de la organización, estructura de la información y diseño gráfico del portal de Internet de la Secretaría y se diagnosticaron elementos susceptibles de ser mejorados. Esta Dirección se dio a la tarea de elaborar un nuevo diseño gráfico, con una estructura distinta y una organización acorde a las necesidades de los usuarios. El portal está evolucionando para brindar al público visitante una visión acorde a sus requerimientos, reconociendo en todo momento la variedad de perfiles y la diversidad de información solicitada. La nueva estructura del portal de la Secretaría ha acercado los servicios fundamentales y de atención directamente a los usuarios, logrando con esto una navegación más simple y menos laboriosa.

Lo anterior generó que se publicarán las estadísticas de acceso para todas las unidades administrativas de la Secretaría que cuentan con páginas propias, con el fin de que al interior de cada una de éstas se realice una mejor toma de decisiones sobre la alineación de percepciones que se quiere proporcionar, esto permite acercar los modelos individuales de sitios Internet a un esquema orientado al usuario. Actualmente se tiene un promedio de 203 201 visitas a la página al día, mientras que en el año pasado sólo se contaba con 138 375, lo que significa un incremento de 46.84 por ciento. Por ello, se pretende incorporar un sistema completo de administración de contenidos para facilitar el control y dinamismo de la información que se publica dentro del portal de la Secretaría.

Sistemas de Información. Mantenimiento y Desarrollo

En enero de 2002, se hizo entrega de la mayoría de los sistemas actualizados a los responsables de coordinar la operación de los mismos. La forma de operación de la Secretaría de Salud permite identificar y programar de manera certera la actualización y mantenimiento de las aplicaciones de cómputo actualmente en funcionamiento, es por esto que se ha brindado el soporte en tiempo y forma a las aplicaciones de uso extensivo, no sólo al interior de la Secretaría sino también fuera de ésta. Año con año se hacen revisiones a los programas, formatos y reportes.

Adicionalmente, en julio se realizó un diagnóstico a detalle de cada una de las aplicaciones que soporta esta Dirección, incluyendo:

- Sistema operativo, ambiente de trabajo, herramienta de desarrollo, base de datos, funcionalidad, antigüedad y sobre todo proyección en el mediano plazo.
- Este diagnóstico mostró la necesidad de actualizar las versiones de las herramienta de desarrollo y ambiente de trabajo, ya que la mayoría de las aplicaciones funcionan adecuadamente en la actualidad.

En este sentido, se tiene contemplado cambiar el ambiente de trabajo y las herramientas de desarrollo para que operen las nuevas versiones de las aplicaciones en enero de 2003, previamente validadas por los responsables operativos de las aplicaciones de cómputo.

Sistemas de Información en Internet

Adicionalmente a todos los sistemas de apoyo basados en esquemas de escritorio, en donde las aplicaciones y base de datos residen localmente, se han desarrollado sistemas de información basados en Internet, los cuales permiten tener una mayor disponibilidad de información y sobre todo una interfaz homogénea entre diversas plataformas, a la vez que la información se puede tener en tiempo real desde cualquier lugar conectado a Internet.

Una de las estrategias que esta Dirección General ha seguido es instrumentar todos los servicios y sistemas directamente en los servidores, esto permite acceder los sistemas más modernos y de mayor impacto en estaciones de trabajo de bajo rendimiento con la misma funcionalidad, dando a la Secretaría un sentido de renovación que no está ligado necesariamente con el tamaño de la computadora de escritorio, sino con la capacidad de conectividad y de rendimiento del servidor.

Los desarrollos de nuevos sistemas y actualización de los ya existentes se proyectan para su utilización vía Internet, haciendo que los costos, tiempos de instalación y actualización se reduzcan.

Equipamiento Informático

Una de las funciones más importantes de esta dirección es coordinar el crecimiento ordenado de la tecnología en la Secretaría, por lo que se ha dado a la tarea de realizar semestre a semestre un inventario del equipamiento informático dentro de la Secretaría. Derivado de este diagnóstico y de acuerdo a solicitudes realizadas por unidades administrativas se ha identificado una fuerte carencia de equipamiento informático. En este sentido, se ha dispuesto de la mayor parte del presupuesto asignado a esta Dirección para la actualización del equipamiento informático, dotando de 1 304 computadoras PC Multimedia Básicas, 499 Multimedia medianas, 5 servidores Pentium Xeon y 10 PC Servidores. Lo anterior con la finalidad de contrarrestar las carencias actuales. También se incluye dentro del paquete de equipamiento informático impresoras personales y de red, además de unidades de potencia ininterrumpida.

Servicios de Internet

En tan sólo 40 días se ha logrado incrementar en 1 800 el número de usuarios de correo electrónico, esto debido a la incorporación de un servicio de creación de cuentas al personal de la Secretaría de Salud, además de ser un canal de comunicación idóneo también fomenta la institucionalidad y sobre todo el sentido de identidad.

Educación a distancia y capacitación en informática

Se transformó el programa de capacitación con el fin de ampliar la cobertura, diversificar la oferta y cubrir las necesidades de capacitación básica y especializada del Sector Salud. Se pasó de una oferta de uno a nueve cursos de informática en temáticas tales como computación para oficina, programación y administración de servicios informáticos y desarrollo de acervos digitales. Se atiende hoy en día de manera diferenciada con base en sus requerimientos para el desempeño profesional, a usuarios del área médica, de las áreas informáticas y del área administrativa.

Asimismo se reestructuró el programa docente y el uso de la infraestructura de capacitación con el fin de aumentar la cobertura, lo cual permitió pasar de 12 personas capacitadas al bimestre a 120 personas en un mes. Se introdujeron esquemas de rigor académico para el ingreso y la acreditación de cursos.

Actualmente se están desarrollando nuevas modalidades educativas no presenciales para ofrecer capacitación en línea, autoaprendizaje y variantes a semi-distancia, apoyados en Internet. Asimismo, se está apoyando con asesoría, capacitación y herramientas informáticas a las unidades de la Secretaría que tengan proyectos de educación a distancia, difusión de información para la salud y bibliotecas digitales, entre las cuales se encuentran CONADIC, Dirección General de Epidemiología, Programa Mujer y Salud, Instituto Nacional de Perinatología, Centro Nacional de Rehabilitación, Centro de

Documentación Institucional. Además, se están desarrollando herramientas informáticas para bibliotecas digitales, publicación en línea, educación a distancia y comunidades virtuales de aprendizaje que se pondrán a disposición del Sector Salud.

Dictaminación de Bienes y/o Servicios Informáticos

Con base a lo establecido en la Normatividad Técnica en Tecnología de la Información vigente, se realizaron 35 dictámenes de proyectos de informática del Programa Normal y 35 dictámenes de proyectos de informática para el Programa Anual de Adquisiciones 2002 con base a lo establecido en la Normatividad Técnica en Tecnología de la Información vigente.

Normatividad Técnica en Informática

Esta Dirección General, reconociendo su papel de líder en el plano tecnológico, sometió a consideración del Comité de Informática de la Secretaría de Salud la Normatividad Técnica en Tecnología de la Información, en donde se plasma esencialmente las principales líneas de acción a seguir respecto al crecimiento en infraestructura, sistemas operativos y aplicaciones, así como los procedimientos básicos para la dictaminación de bienes y servicios informáticos. La normatividad fue revisada, adecuada y aprobada por todos los miembros del Comité de Informática y entró en vigor en mayo de 2002. Además, se están desarrollando los manuales de proceso y de calidad para la obtención de la certificación ISO a tres procesos específicos de la DGTI.

Para la incorporación de las tecnologías en los servicios a nivel institucional, se están definiendo los estándares tecnológicos para el manejo de educación a distancia, bibliotecas electrónicas y servicios en web para la incorporación de las tecnologías en los servicios a nivel institucional.

Otras actividades

Debido a carencias presupuestales y contrariamente a lo proyectado para el actual ejercicio, el proyecto de telesalud no ha logrado la instalación de los 32 Centros Regionales de Telesalud (CRT) en los hospitales generales de la Secretaría de Salud, los 256 Centros Comunitarios de Telesalud (CCT) en los centros de salud con mayor demanda de servicios, y el Nodo Central de Telesalud (NCT) previsto para el acceso a los servicios de alta especialidad que proporcionan los Institutos Nacionales de Salud.

5.3. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales

La Dirección General es la responsable de proveer los insumos, bienes y servicios necesarios a las diferentes unidades administrativas y de atención a la salud para proporcionar la oportuna y adecuada prestación de los servicios de salud. Se encuentra integrada por 5 direcciones de área -Centro de Documentación Institucional, Adquisiciones, Suministros, Coordinación y Contratos, y de Servicios Generales-, 11 subdirecciones; 20 jefaturas de departamento, un coordinador administrativo y un secretario particular.

Documentación institucional

En este período, la Dirección General a través del Centro de Documentación Institucional, concluyó y editó la guía para la organización y control del expediente de archivo, la cual tiene como propósito establecer los lineamientos básicos para la descripción y clasificación de archivos en la dependencia. Con la instrumentación de la guía se pretende que los servicios de archivo sean eficientes, esto con el fin de estar en posibilidades de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información en lo que a la organización y clasificación de archivos institucionales compete. También como parte del mejoramiento de los servicios de archivos en la dependencia se impartieron 4 cursos en los que participaron 105 asistentes. El número de cursos fue dos veces mayor al del año anterior, asimismo se han otorgado 46 asesorías.

Para la recuperación, procesamiento, preservación y divulgación del Acervo Memoria Técnica y del Archivo Histórico, se tiene el procesamiento cotidiano de información en bases de datos bibliográficas y en texto completo que ha permitido atender a 4 082 usuarios (en sala y en forma remota), de los cuales el 75 por ciento ha otorgado una calificación de excelente al servicio. Las estadísticas del sitio *web* de la Secretaría de Salud indican que, a través de los recursos y documentos de la sección del Centro de Documentación Institucional, en promedio mensual se consultaron 78 170 documentos o registros, se imprimieron 91 394 páginas de los documentos localizados en la sección; asimismo, se tuvo un promedio mensual de 14 952 accesos a la página y 6 974 usuarios la visitaron por primera vez. Lo anterior explica el movimiento del usuario de un ambiente físico a un ambiente virtual, lo cual obliga a que el Centro continúe sus tareas orientadas a establecer acervos digitales.

Durante el período que se reporta se divulgaron a través de diferentes medios electrónicos 1 007 registros, 664 bibliográficos y 343 en texto completo, cifras que equivalen 30 por ciento más de lo reportado el año anterior.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud, de acuerdo con la colaboración que se tiene para el desarrollo de productos de información en formato electrónico, brindó el apoyo para capacitar a personal del Centro en tecnologías orientadas a establecer la Biblioteca Virtual de la Secretaría de Salud, también a través del Comité de Internet se ha convocado a las unidades administrativas a entregar al Centro documentos y publicaciones en formato electrónico para su procesamiento y divulgación. Por otra parte bajo la supervisión de la Dirección General de Asuntos Jurídicos se continúa con la instalación de la base jurídica y disposiciones en texto completo en la página de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la divulgación del Archivo Histórico en el mes de agosto se llevó a cabo el XII Curso de Organización de Archivos Históricos y en coordinación con las secretarías de Educación Pública y Relaciones Exteriores se organizó la exposición y mesa redonda “Los Documentos Públicos como Fuentes para la Historia”.

Por lo que corresponde a participación en foros, personal del centro presentó trabajos y ponencias en la Reunión del Sistema Nacional de Archivos, las II Jornadas de la Red de Instituciones de Educación Superior, el Primer Congreso de e-Salud y la Primera Reunión Regional de Archivistas del estado de Hidalgo. Asimismo, en su calidad de representante de la Secretaría de Salud, la titular del Centro ocupa, a partir de 2002 y por dos años, la Secretaría Técnica del Comité Técnico Consultivo de Unidades de Correspondencia y Archivo presidido por la titular del Archivo General de la Nación. A través del Comité se vienen impulsando cursos de capacitación en materia de archivos y administración de documentos para personal operativo y directivo de las dependencias del Poder Ejecutivo Federal.

Adquisiciones

En materia de adquisiciones, en el período enero-julio 2002 se llevaron a cabo 32 procedimientos licitatorios (18 licitaciones y 14 invitaciones a cuando menos tres personas), por un monto de 129.4 millones de pesos los cuales representan el 98.98 por ciento del monto total adjudicado.

Asimismo se realizaron 5 procedimientos de adjudicación directa (3 derivados después de 2 procedimientos de invitación a cuando menos tres personas y 2 por monto mínimo) por un importe de 1.3 millones de pesos que representa el 1.1 por ciento del monto total adjudicado.

Por lo que hace a las adquisiciones dictaminadas favorablemente por el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios durante el período enero-julio, se dictaminaron 20 casos por un monto de 207.2 millones de pesos, cabe aclarar que el monto más significativo correspondió a medicamentos antirretrovirales para el CENSIDA por un importe de 166.9 millones de pesos con base en la fracción I (titularidad de patentes u otros derechos exclusivos) del artículo 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

La disminución de adjudicaciones directas y el aumento de licitaciones públicas ha permitido a la Secretaría generar economías en los presupuestos asignados, mismas que pueden ser utilizadas para la adquisición de otros insumos.

Suministros

En materia de suministros en el período que se menciona, se definió el Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción, con lo que se fortalecen los procesos de control, guarda y despacho de los bienes que se manejen. Es importante destacar la mejoría en la evaluación de los bienes que se reciben y el control de los bienes por caducidades.

Con el propósito de garantizar que los insumos médicos que adquiere la Secretaría cumplan con la normatividad vigente implícita, se otorgan Constancias de Calidad que manifiestan la aprobación en término de calidad para aquellos productos que cumplen con las especificaciones de calidad vigente.

A través del Programa del Muestreo Periódico Permanente se analizan los medicamentos, material de curación y reactivos que adquiere la Secretaría una vez que éstos han ingresado al almacén, con la finalidad de garantizar que estos insumos mantengan los estándares con los que fueron aprobados en el trámite para la obtención de la constancia de calidad, es importante mencionar que este programa tiene el propósito de incorporarse a nivel nacional.

Concepto	Cantidad
Catálogos de Constancias de Calidad e Informes de Rechazos (CAC CIR)	6 Catálogos
Constancias de Calidad de Medicamentos, Material de Curación, Material de Laboratorio y Reactivos	289 Constancias (comprenden 341 claves aprobadas)
Cancelación de aprobación por vencimiento de vigencia de la Constancia de Calidad	873 Claves
Cancelación de aprobación de la Constancia de Calidad por reincidencia de rechazo analítico	3 Claves
Programa de Muestreo Periódico Permanente de Medicamentos, Material de Curación y Reactivos	194 Claves analizadas 182 Claves aprobadas 12 Claves rechazadas 8 Claves canjeadas
Quejas atendidas	21
Quejas resueltas	15
Apoyo a entidades federativas, institutos y unidades administrativas	421 (Comprende respuestas vía correspondencia, telefónica, Internet y red-SSA)

Como parte de la función, se apoya a diversos programas en la recepción y distribución de insumos médicos, administrativos, impresos y activo fijo:

Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Cirugía Extramuros, Prevención y Control del Cólera, Oportunidades, Arranque Parejo en la Vida, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, así como el *Set* Emergente y los insumos médicos y administrativos de escaso y nulo movimiento.

En relación a los suministros, atendió la administración y registro de los bienes muebles de activo fijo. De acuerdo con el programa para actualizar los inventarios de activo fijo de esta Secretaría; entre el mes de septiembre de 2001 y agosto de 2002, se concluyó con el acopio y sistematización de datos, a efecto de contar con un inventario de bienes muebles, congruente y confiable de sus unidades administrativas centrales y órganos desconcentrados. Cabe hacer mención que al finalizar el ejercicio de 2002, en base a las conciliaciones de costos de adquisición y acreditación de propiedad, se obtendrán las cifras definitivas. En este programa están considerados los bienes muebles de la Gerencia General de Biológicos y Reactivos, que en años anteriores fue modificada su situación jurídica y patrimonial, convirtiéndose de un órgano desconcentrado. A una empresa de participación estatal, denominada Laboratorio de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V. (BIRMEX).

La Secretaría de Salud, continúa con la formalización de los contratos de donación de los bienes de activo fijo, derivado del proceso de Descentralización Integral de los Servicios de Salud a las Entidades Federativas, al finalizar en el mes de abril del año en curso, con los reportes de baja en inventarios, por la cantidad de 1 592 millones de pesos por 1 462 648 bienes.

Contratación

El proceso de transferencia de bienes inmuebles, se dividió en tres fases, de las cuales la primera de ellas ha sido concluida, por la totalidad de las organismos estatales consistente en el envío por parte de las entidades federativas de las cédulas de inventario requisitadas conteniendo las altas, bajas y actualizaciones que procedieran. Con base en dicha información, la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales y la Unidad de Contraloría Interna en la Secretaría, procedieron a la respectiva revisión, con el objeto de verificar que se hubiesen atendido los criterios de validación emitidos por el entonces, C. Oficial Mayor del Ramo, y en caso de detectarse inconsistencias, se hacían las observaciones que correspondían y se devolvían a las entidades para su atención.

Actualmente, y derivado de la incorporación así como de la baja y detección de diferencias en los datos de los inmuebles proporcionados por las diversas entidades federativas; 14 entidades se encuentran en la segunda fase de validación, presentando a la fecha la siguiente situación: se encuentran en revisión de la entidad federativa la información de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Campeche, Puebla, Quintana Roo y Yucatán; en revisión de la documentación, por parte de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, los estados de; Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas; mientras que la información de San Luis Potosí y Distrito Federal, se encuentran en validación por parte de la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal.

Por lo que respecta a la tercera fase, consistente en la remisión por parte de la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal, a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, de los listados y reportes respectivos, para que esta última recabe las firmas de conformidad de las entidades federativas y de las autoridades de esta Secretaría, se encuentra el estado de Nuevo León.

Es conveniente señalar que los estados de Aguascalientes, Coahuila, Morelos, Tabasco, Durango, Sinaloa, Jalisco, Hidalgo, Sonora y Chiapas, han terminado la validación de sus inventarios y su información se encuentra en la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal en proceso de elaboración del contrato respectivo, Por su parte, los estados de Guanajuato, México, Querétaro, Tamaulipas, Colima, Tlaxcala y Michoacán, ya firmaron su contrato de transferencia, con lo que se ha concluido en su totalidad el proceso de descentralización de sus bienes inmuebles, transfiriéndose un total de 3 404 bienes inmuebles.

5.4. Dirección General de Recursos Humanos

La Dirección General ha continuado con el desarrollo de sus funciones fundamentales relacionadas con el análisis y sometimiento de las estructuras ocupacionales de personal, así como la administración de los recursos humanos, entre otras.

Para su operación se cuenta con 5 direcciones de área, 13 subdirecciones, 23 jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

Actualmente el planteamiento de regularización de estructura se encuentra en proceso de autorización.

En el contexto de las atribuciones que definen el marco regulatorio de actuación de la Dirección General se tiene incorporado en el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría, Artículo 30, Fracciones III y IV dos atribuciones adicionales:

- *Fracción III.* Analizar y someter a dictamen administrativo del subsecretario de Administración y Finanzas, las modificaciones a la estructura ocupacional y plantillas de personal operativo de la Secretaría.

Lo anterior responde al cambio promovido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la facultación de los oficiales mayores (en la SSA la Subsecretaría de Administración y Finanzas), en la dictaminación de las modificaciones a estructuras ocupacionales y plantillas.

- *Fracción IV.* Instrumentar, operar y dar mantenimiento al Sistema Integral de Administración de Recursos Humanos de la Secretaría.

Con lo que se da respuesta a la responsabilidad de las dependencias del gobierno de contar con un Sistema Integral de Administración de Recursos Humanos, el cual concentre los procesos administrativos, presupuestales y de nómina en forma automatizada.

En el período de este informe y en cumplimiento a las medidas de austeridad promovidas por el Gobierno Federal, se comprometió la cancelación de 6 plazas, para ser utilizadas en el fortalecimiento de otras unidades administrativas de la Secretaría. La modificación organizacional promovió la redistribución de funciones, cambios de denominación y reubicaciones internas, se reforzó la operación del área responsable de la coordinación y seguimiento de los programas para atender el modelo estratégico de innovación y calidad.

Los retos en materia de recursos humanos comprometidos para el ejercicio 2002 fueron:

- Proponer a la SHCP una nueva curva salarial que permita disminuir la diferencia salarial entre los puestos de la rama administrativa y rama médica.
- Mejorar los ingresos de los investigadores, buscando homologarlos a los investigadores de otras dependencias.
- Regularizar las plantillas ante la SHCP con el fin de eliminar discrepancias entre el personal que labora y el registrado.
- Reubicar en áreas afines al personal que ostenta plazas de la rama médica que desempeña funciones administrativas.
- Culminar el Programa Nacional de Recodificación.
- Difusión y aplicación de las modificaciones realizadas a la normatividad laboral, para una interpretación y aplicación adecuada.
- Implementar un programa intensivo de vivienda para los trabajadores de la Secretaría, en combinación con la FSTSE, sindicato y FOVISSSTE, el cual se impulsará conjuntamente en beneficio de los trabajadores en todo el país, siendo lo anterior en consideración a las aportaciones que se tienen negociadas.
- Implementar un sistema de cómputo integral (SIARH), para la Dirección General de Recursos Humanos resultado de una reingeniería de procesos que permita eficientar los mismos, disminuir los tiempos de respuesta y mejorar los servicios, en beneficio de los trabajadores de la Secretaría de Salud.
- Creación de un Sistema de Profesionalización y Desarrollo para la Secretaría de Salud.
- Elaborar un Programa Integral de Capacitación en el ámbito nacional reforzando la identidad institucional.
- Incrementar los acuerdos de colaboración con instituciones públicas y privadas que brindan servicios, apoyo social y beneficios económicos.
- Lograr un mayor número de trabajadores beneficiados a través de eventos turísticos, recreativos, deportivos y culturales.

Acciones y Resultados

Incentivos salariales

A la rama administrativa se incrementó con vigencia del 1° de enero, un 6 por ciento a los niveles superiores y del 10 al 12 por ciento a los niveles inferiores, desaparecen los niveles tradicionales del 1 al 27 ZB, y se crean nuevos niveles del 1 al 15. Ésto benefició a 45 115 trabajadores.

Mediante un estudio salarial comparativo con el IMSS y el ISSSTE se logró que la SHCP autorizara un tabulador para pago de becas con un incremento hasta del 30 por ciento por lo que para alcanzar la igualdad en la remuneración neta a los médicos residentes, se estableció un acuerdo con la SHCP, el IMSS y la SSA, para que todos los médicos residentes recibieran el mismo ingreso neto sin importar la denominación que conformen la percepción total.

Se propuso a la SHCP una curva salarial que permita corregir las diferencias salariales que existen entre el personal subordinado que gana más que el personal de mando de confianza de la rama médica, así como considerar a los jefes de departamento en unidades hospitalarias como jefes de servicio. A la fecha se está en espera de la resolución correspondiente.

Fomento a la Investigación

Como un incentivo a la investigación en el Sector Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó un incremento a las remuneraciones de los investigadores vía el pago de: ayuda de despensa, material didáctico y prima de antigüedad. Asimismo, se presentó a la SHCP propuesta de tabulador para el personal de investigación, con niveles salariales comprendidos dentro de la curva salarial del tabulador de la rama médica, considerando que las actividades y el perfil académico del personal de investigación requiere ser acreditado con niveles de licenciatura, maestría y doctorado, siendo congruente con los ingresos que tengan asignados.

Normatividad Laboral

En el mes de septiembre de 2001, se entablaron mesas de trabajo con el Sindicato, con el fin de llevar a cabo la revisión de las Condiciones Generales de Trabajo para el trienio 2002-2005, mismas que entraron en vigor a partir del 1º de abril de 2002. Se revisaron y actualizaron los reglamentos de Capacitación; Escalafón; Seguridad e Higiene; Becas; Evaluación de Personal por Puntualidad y Permanencia, Evaluación y Estímulo al Personal por Productividad. Asimismo se actualizaron y difundieron los indicadores laborales conforme al Catálogo Institucional de Puestos.

Las Condiciones Generales de Trabajo, se dieron a conocer en una reunión celebrada en el estado de Chiapas, en la que participaron los Organismos Públicos Descentralizados de las 31 Entidades Federativas, de igual forma se proporcionó a las unidades centrales y desconcentradas de la Secretaría de Salud.

Capacitación

Dentro de las estrategias para el fortalecimiento de los programas de capacitación, durante el primer semestre de este año, se realizó un análisis de los procesos considerados en el sistema de capacitación técnico administrativa a cargo de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, por conducto de la Dirección General de Recursos Humanos, con base a las deficiencias detectadas, en el mes de mayo de 2002, se llevó a cabo el evento de capacitación denominado “Taller para la Elaboración del Programa Específico de Capacitación”; se contó con la participación de los coordinadores administrativos de cada una de las unidades centrales y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud.

Se homogeneizó la orientación de los Programas de Capacitación a fin de que se estructuren y enfoquen a elevar el nivel académico de los trabajadores, eficientar la calidad de los servicios, implementar

estrategias de competitividad laboral, fortalecer el desarrollo humano, coadyuvar en la certificación de procesos y unidades administrativas, e iniciar con la profesionalización de los servidores públicos. Durante el 2001, se capacitaron a 2 644 trabajadores en materia administrativa y de calidad, el avance en el período enero-julio corresponde a 701 trabajadores capacitados en 25 eventos.

Fomento a la vivienda

Se ingresaron las solicitudes de los trabajadores de confianza interesados en participar en el Programa Extraordinario de Créditos del FOVISSSTE.

Evaluación de personal

Durante el 2001, se llevaron a cabo 889 evaluaciones a candidatos para ingreso a la Secretaría, de los cuales 686 resultaron satisfactorios, 120 no cubrieron el perfil del puesto, 74 fueron rechazados y 9 no se presentaron, de los candidatos satisfactorios se dieron de alta a 271 lo que representa un 39.5 por ciento. En el 2002, de conformidad con las medidas de austeridad y racionalidad del gasto público, el número de solicitudes de evaluación de las plazas del personal administrativo presentadas al 24 de julio, fueron 344 de la rama médica, paramédica y afines 357, haciendo un total de 701 solicitudes. De las 461 solicitudes que obtuvieron resultado positivo; a la fecha se han contratado 74 candidatos, un 16 por ciento.

Recursos humanos en formación (BECAS)

Para el período 2002-2003, la Dirección General de Enseñanza en Salud programó 5 439 residentes en el ámbito nacional, de los cuales 3 746 han sido dados de alta 68.87 por ciento. Por lo que respecta a internos de pregrado, durante este período se contemplan dos fechas de programación enero-diciembre 2002 y junio-diciembre 2002 las becas dadas de alta en las fechas señaladas ascienden a 153 y 14 respectivamente. Cabe señalar que sólo se ingresan becas de internos que están adscritos a unidades hospitalarias de nivel central.

El total de pasantes de la rama médica, paramédica y afín es de 827, este personal se asignó en tres períodos siendo éstos los de agosto 2001-junio 2002 (373), febrero 2002-enero 2003 (352) y febrero-julio 2002 (102).

Fondo de ahorro capitalizable 2000 y 2001-2002

En el 2002, se pagó el Fondo Nacional de Ahorro Capitalizable (FONAC) a 149 694 empleados de la Secretaría de Salud y empleados de los organismos públicos descentralizados en las entidades federativas del país, se tuvo una cobertura del 100 por ciento, liquidando el 13° ciclo sin reclamo alguno.

Clave Única de Registro de Población CURP

En respuesta al compromiso de dar carácter definitivo y obligatorio a la adopción y uso de la Clave Única de Registro de Población por parte de las dependencias y entidades de la administración pública, durante el 2002 se tenían 82 239 personas pendientes, a la fecha se redujeron al mes de julio 30 056, tramitando a más de la mitad en tan sólo 6 meses.

Redistribución de Recursos Humanos

La Secretaría de Salud, con objeto de satisfacer nuevas necesidades en materia de salud contempladas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 redefinió la estructura orgánica de la dependencia, sin que ello implicara ampliación presupuestal por parte del gobierno federal, ya que las plazas de estructura de nueva creación, renivelaciones y reubicaciones se llevaron a cabo de manera compensada. Todo lo anterior para brindar un mejor servicio.

En el mes de noviembre de 2001, se otorgaron por reconocimiento de antigüedad 11 227 premios 1 064 en el Distrito Federal y 10 163 en los estados, consistentes en un reconocimiento económico, medalla conmemorativa según el grado y años de servicio y un diploma; 730 recompensas económicas 111 en el Distrito Federal y 619 en los estados; así como 8 963 estímulos, consistentes en 10 días de vacaciones extraordinarias, de las cuales se otorgaron 962 en el D. F. y 8 001 a los estados.

Programa de Renivelación y Homologación Salarial

Se benefició a 46 233 trabajadores, a través del Programa de Renivelación Administrativa con un incremento individual en promedio del 10 por ciento retroactivo al mes de agosto de 2001. Cumpliendo con los acuerdos de descentralización se realizó la actualización de las políticas salariales del personal homologado de los 25 Organismos Públicos Descentralizados en las entidades federativas que tienen este tipo de personal.

Programa de Retiro Voluntario

Durante el 2001, se incorporaron al Programa de Retiro Voluntario 491 trabajadores de la rama administrativa adscritos en las unidades centrales y órganos desconcentrados de la Secretaría; a los cuales se les generó y entregó la documentación y finiquito. Para el programa del 2002 se tiene contemplada una participación de 393 servidores públicos. Al 24 de julio se ha efectuado el pago a 79 servidores públicos inscritos en el programa de retiro voluntario.

Programa Nacional de Recodificación

En noviembre de 2001 se llevó a cabo la aplicación del Programa Nacional de Recodificación, que benefició a 14 044 trabajadores, tanto de la rama médica como administrativa.

Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción

Se atendieron las acciones programadas para el 2001 en materia de recursos humanos, con respecto al programa 2002, quedó integrado con las siguientes líneas de mejora:

- Implementación del servicio civil de carrera.
- Capacitación del personal en desarrollo administrativo, normatividad laboral y en ética y conducta.
- Actualización del catálogo de perfiles de puestos.
- Diseño e implementación de página web para consulta de datos generales, personales y laborales, incidencias y movimientos en los empleados activos en la quincena de proceso.

- Aplicación de la estrategia de usuario simulado.
- Fomentar la participación del personal en la utilización de buzones de quejas y sugerencias.
- Participación en la integración y difusión del Código de Conducta.
- Validación del proceso de registro y aplicación de incidencias en nómina.
- Elaboración del Código de Conducta.
- Desarrollo, implementación del Reconocimiento a la Integridad, en materia de Transparencia y Combate a la Corrupción.
- Análisis de salarios de las áreas críticas con contacto al público, como trabajo social, verificación sanitaria, adquisiciones y almacenes, entre otros.

Los aspectos sobresalientes que están considerados en el programa son:

- El Programa de Usuario Simulado, permite detectar las deficiencias desde el punto de vista del paciente en el servicio e instalaciones, y corregirlas en conjunto con los Hospitales Generales e Institutos Nacionales de Salud, contribuyendo en la mejora de la prestación del servicio.
- Transparentar la información en materia de recursos humanos a través de la instrumentación de la página *web* de la Dirección General de Recursos Humanos.
- Fomentar valores que favorezcan a una mejor actuación a través del Código de Conducta.
- Contribuir a la cultura del uso de buzones de quejas y sugerencias.

5.5. Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

La Dirección General continuó con sus funciones de planeación, programación, evaluación y control de los programas y proyectos de infraestructura física, construcción y equipamiento; así como, la conservación y mantenimiento de los inmuebles y equipo de las unidades de salud.

Desarrolló su función con el apoyo de una dirección general adjunta, 9 direcciones, 22 subdirecciones, 38 jefaturas de departamento, un coordinador administrativo y un secretario particular.

Conclusión del Centro Nacional de Rehabilitación

Con la inversión aplicada durante el 2002 en el mes de agosto, se logró concluir integralmente la obra del Centro Nacional de Rehabilitación, con lo cual éste alcanzará una transformación funcional de institución prestadora de servicios de consulta externa y rehabilitación a verdadero Centro de atención ortopédica rehabilitatoria y de problemas relacionados con el lenguaje trastornos auditivos, que permitirá ofrecer servicios de alta especialidad con la incorporación de procesos y tecnologías de vanguardia a nivel mundial. Queda pendiente la terminación del estacionamiento.

Como resultado de la aplicación eficiente de los recursos autorizados a finales del 2001, que representaron sólo el 4.4 por ciento de la inversión total canalizada a esta magna obra, se logró incrementar la operatividad del servicio de un 30 al 75 por ciento, a través de la puesta en operación de áreas de quirófano, hospitalización, urgencias, imagenología, investigación y consulta externa, así como la culminación de sistemas de ingeniería e instalaciones vitales para la operación continua y confiable del CNR.

Proyecto para el Centro Administrativo de la Secretaría de Salud (CASSA)

Con la finalidad de dar solución a la problemática que representa la dispersión de las diversas unidades administrativas de la SSA, las cuales ocupan actualmente 27 inmuebles en la ciudad de México, se concluyó el Proyecto Ejecutivo Integral CASSA, que permitirá integrar de manera funcional y eficiente a cerca de ocho mil servidores públicos y el ahorro de más de 100 millones de pesos anuales por arrendamientos. Dicho programa arquitectónico consideró un análisis exhaustivo de las necesidades de espacio de las unidades administrativas, tomando en cuenta la normatividad vigente, las funciones estratégicas de la Secretaría de Salud y las actividades específicas de sus áreas, así como un diseño innovador que involucra la planeación de un edificio inteligente, modular y con estructura flexible (posibilidades de adaptación y crecimiento), tecnología bioclimática, sistematización y automatización de equipos e instalaciones, entre otros beneficios.

Programa Nacional de Ahorro de Fluidos y Energéticos

El objetivo principal de este programa es obtener el ahorro del 40 por ciento en el consumo de energía eléctrica por alumbrado en los inmuebles administrativos y las unidades médicas dependientes de la SSA, sin detrimento en la calidad de iluminación, incorporando nuevas tecnologías y procedimientos para el uso y consumo del fluido eléctrico, combustible y gases medicinales.

Para alcanzar dicho ahorro, se llevan a cabo acciones correctivas, entre las que destacan el aprovechamiento de la luz natural en áreas con ventanas y la modernización de instalaciones eléctricas en diversas unidades administrativas propiedad de la Secretaría.

Planes Estatales de Infraestructura en Salud

Se integraron 32 informes ejecutivos del Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud, que constituye el órgano rector para la planeación, programación y presupuestación de las acciones de infraestructura física a nivel nacional. Asimismo, se llevó a cabo la Séptima Reunión Nacional de Capacitación para la actualización de dichos planes, correspondientes al período 2001-2002. Asimismo, se inició la implementación del Plan Maestro en Órganos Desconcentrados por Función e Institutos Nacionales de Salud y la integración del Programa de Inversión Prioritaria de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

Programa de Actualización, Capacitación y Formación de Recursos Humanos Responsables de Infraestructura Física

Con el propósito de promover la actualización, capacitación y formación técnica-operativa del personal especializado en obras públicas, así como de la operación, conservación y mantenimiento de los equipos médicos y electromecánicos de las unidades médicas dependientes de la SSA, se elaboró el Programa de Actualización, Capacitación y Formación de Recursos Humanos Responsables de la Infraestructura Física. El objetivo de dicho programa es la realización de cuatro cursos-taller de capacitación técnica y normativa, con un total de 10 eventos y la asistencia de 410 participantes de Unidades Médicas de la SSA, de las 32 entidades federativas, particularmente los jefes estatales de infraestructura física.

Asesorías Técnicas y Celebración de Convenios

Se brindó asistencia técnica en equipamiento y obras, así como en conservación y mantenimiento, a los Servicios Estatales de Salud de los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Michoacán, Querétaro, Sonora, Tlaxcala, Tabasco, Yucatán y Zacatecas. Durante el período de referencia, se brindó apoyo para la celebración de los Convenios de Colaboración entre la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (PBP) y los estados de Chiapas, Colima, Michoacán y Zacatecas, así como su seguimiento y control.

Actividades relevantes

En septiembre se llevó a cabo la Primera Reunión para el Establecimiento del Programa Nacional de Ahorro de Fluidos y Energéticos, con la participación de los coordinadores administrativos de las diferentes unidades que conforman la SSA.

En el período agosto-octubre se realizó la integración del Programa de Inversión Prioritaria en Infraestructura Física de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

A petición del Consejo Nacional de Salud, se elaboraron los Dictámenes Técnicos de Propuestas de Obra de varios estados de la República, destacando los siguientes: Hospital General La Perla y Hospital General de Jilotepec, en el Estado de México; Hospital General de Ixtapan de la Sal, en Morelos; Hospital General en Dolores Hidalgo, en Guanajuato, y Hospital General de Tlapa, en Guerrero. Asimismo, se integró el informe de las 546 unidades médicas -entre obras nuevas y unidades para el fortalecimiento-, que fueron inauguradas el 11 de diciembre por el Presidente de la República.

A finales del 2001 se concluyó el Diagnóstico Maestro del Hospital Juárez del Centro, en su primera etapa, y el Diagnóstico Maestro del Hospital de la Mujer, de un total de 28 unidades contempladas en el programa de implementación del Plan Maestro en Órganos Desconcentrados por Función e Institutos Nacionales de Salud. También se llevó a cabo la adquisición de un tubo para el equipo de Rayos "X" del Hospital Nacional Homeopático, dependiente de la Secretaría de Salud.

En enero del 2002 se concluyó el desarrollo de la primera versión del Sistema de Obras en Proceso (SISOP), que fue presentado a los Servicios Estatales de Salud en la Séptima Reunión Nacional de Capacitación para la Actualización del Plan Estatal Maestro, correspondiente al período 2001-2002.

Con la finalidad de hacer compatibles las bases del PEMISPA y del RENIS, en febrero se iniciaron reuniones de trabajo con la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. En una primera etapa, se concluyó con éxito el primer ejercicio efectuado con información del sector del estado de Querétaro. Asimismo se integraron las necesidades de instrumental y mobiliario médico para el Programa Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA); equipo médico y de laboratorio, para el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea; y equipo e instrumental médico, para el Hospital General de Apizaco, Tlaxcala, y el Centro Nacional de Rehabilitación, a través de la elaboración de listados y cédulas técnicas, y se llevó a cabo el Curso-Taller de Conservación y Mantenimiento de Esterilizadores e Incubadoras, en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, Michoacán.

Destaca la puesta en marcha del diagnóstico integral de las condiciones actuales de la infraestructura existente, que contempla aspectos relevantes como: la capacidad instalada, el estado físico y funcional de los inmuebles, las instalaciones, los sistemas y equipos, lo cual permitirá la identificación de estrategias a fin de abatir la problemática que afecta la calidad y continuidad del servicio de la infraestructura.

Respecto a las unidades médicas, se coordinaron acciones para la realización de trabajos de remodelación, reparación, adaptación, reestructuración, ampliación, transformación y rehabilitación de hospitales especializados del Distrito Federal.

5.6. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública es un órgano desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud, que tiene como finalidad el ofrecer condiciones de equidad en el otorgamiento de servicios de salud de la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social, a través de ayudas funcionales directas, y del apoyo a organizaciones de la Sociedad Civil que desarrollan proyectos de atención con dicha población.

Para desarrollar sus funciones, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública cuenta con una dirección general, tres direcciones de área, cinco subdirecciones y 10 jefaturas de departamento.

Durante el período, no se tuvo ningún cambio en la estructura orgánica, sin embargo, se diseñó y se encuentra en aprobación una nueva estructura, más acorde a la calidad de los servicios que debemos ofrecer a nuestros beneficiarios, y a un proyecto de modernización que permita trabajar con mayor eficacia, transparencia, desregulación y calidad.

El 55% de los recursos de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública se destinan al gasto sustantivo, que se relaciona con el otorgamiento de apoyos económicos y en especie a diversas instituciones de la sociedad civil sin fines de lucro, así como a personas físicas que no están sujetas a algún régimen de seguridad social, llamadas Acciones de Beneficencia.

Las acciones de beneficencia, se encaminaron al fortalecimiento y ampliación de los programas de ayudas a instituciones asistenciales sin fines de lucro y a personas físicas de escasos recursos en el Distrito Federal y en las 31 entidades federativas del país, para lo que fue necesario redefinir los criterios que servirían de base para el otorgamiento de apoyos, tratando de sujetarse estrictamente a principios de equidad, que permitiesen cumplir con el fin de proteger y atender a población en desamparo.

Los criterios establecidos fueron: entidades con alto índice de pobreza, con mayor población marginada, carente de servicios de seguridad social, trato preferencial a instituciones y a personas físicas localizadas en regiones rurales con población indígena, prioridad a población ubicada en entidades con situaciones de emergencia, así como apoyos a organizaciones de tipo civil y privado que cuentan con programas relacionados con la salud, siempre acordes a las prioridades y líneas de acción señaladas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La aplicación de estos criterios permitió a la Beneficencia Pública ampliar su cobertura. Actualmente se tiene presencia en la totalidad de los estados con mayor rezago social. A las instituciones localizadas en esos estados, se les otorgaron ayudas económicas extraordinarias por única vez, destinadas a mejorar la calidad de los servicios que proporcionan a la población en desamparo o desprotegida de los beneficios de la seguridad social.

Durante los meses de septiembre a diciembre del 2001, el Patrimonio de la Beneficencia Pública se dedicó a cubrir los rezagos en solicitudes de apoyo tanto de organizaciones como de ayudas funcionales para personas físicas, y en lo que va del presente ejercicio, se han otorgado nuevos apoyos de forma puntual. De este modo, en los meses de septiembre a diciembre del 2001, se otorgaron 27 apoyos periódicos a organizaciones de la sociedad civil, y 199 en lo que va del presente ejercicio, sumando en el período que se reporta 226 organizaciones que recibieron el apoyo con este programa.

Referente a los apoyos a Organizaciones de la Sociedad Civil para cubrir proyectos de alto impacto en salud, llamados apoyos de única vez, de septiembre a diciembre del 2001, se otorgaron 60, para sumarse a los 50 apoyos otorgados de enero a agosto del 2002, por un monto de 23 millones de pesos. Cabe mencionar que en ambos programas, han sido cumplidas ya las metas establecidas para el presente ejercicio y en el caso de ayudas de única vez, el resultado ha duplicado ya la meta planteada para todo el ejercicio.

Por lo que se refiere al apoyo con ayudas funcionales en especie a personas físicas de escasos recursos y carentes de seguridad social, se cubrió en el período que se reporta, el principal rezago en solicitudes no atendidas, provenientes de administraciones anteriores, habiendo otorgado solamente en los meses de septiembre-diciembre 2001, 2 667 apoyos a personas, por un monto cercano a los 15 millones de pesos. En el período enero-agosto del 2002 se han otorgado 347 apoyos adicionales a personas físicas por un monto de 5.6 millones de pesos. Las ayudas proporcionadas han servido para que las personas tengan una mejor rehabilitación y condiciones más equitativas de salud, con el otorgamiento de aparatos ortopédicos, auxiliares auditivos, sillas de ruedas, prótesis quirúrgicas, lentes, andaderas, muletas, concentradores de oxígeno, etc.; de la misma forma se han otorgado artículos que ayudan para que las personas puedan continuar su vida, como son: marcapasos, válvulas cardíacas, oxigenadores, y material para cirugías cardiovasculares.

Adicionalmente, en las acciones de promoción y vinculación, se llevó a cabo un Subprograma de fortalecimiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil, sin fines de lucro dedicadas a la salud, con el fin ofrecerles una herramienta de profesionalización a través de la capacitación en diferentes cursos, talleres y seminarios en temas de dirección, administración y procuración de fondos. Este Subprograma dio inicio el 8 de abril de 2002; a la fecha se han capacitado 322 organizaciones con la participación de 415 personas de 20 estados de la República.

Subprograma de apoyo a proyectos específicos de vinculación sector público-sociedad civil-sector privado. En coadyuvancia al Programa Nacional de Salud, se desarrollaron proyectos específicos de vinculación entre organizaciones de la sociedad civil e instancias públicas, en el cual se definan las primeras como normativas y las segundas como proveedoras del servicio a los beneficiarios. Dentro de éste se llevaron a cabo los siguientes proyectos:

- Proyecto de Prevención de VIH/SIDA a través de campañas de divulgación y capacitación: se emitió convocatoria conjunta con CENSIDA, el grupo temático de ONU/SIDA-México y FUNSALUD, invitando a organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en prevención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, para que presentaran propuestas de trabajo sobre estrategias educativas específicas de prevención dirigidas a hombres que tienen sexo con otros hombres. Se presentaron 12 propuestas de cinco estados de la República, incluyendo el Distrito Federal. De ellas se apoyaron ocho propuestas con 125 mil pesos como límite para su ejecución.
- Programa de Apoyo para Trasplante de Médula Ósea: durante el período en cuestión se ha apoyado a un menor, el cual por su padecimiento era candidato a trasplante de médula ósea, con medicamentos que fueron solicitados a diferentes laboratorios. Se recibieron medicamentos donados por un monto de 51 940 pesos.
- Proyecto de Apoyo a Organizaciones que cuentan con Banco de medicamentos para la atención de personas físicas con tratamientos de alto costo: a fin de apoyar a las personas que requieren los medicamentos, se ha solicitado a los laboratorios farmacéuticos que los producen la

donación de los mismos. En este período hemos recibido la donación de 56 medicamentos de diversos laboratorios, que han apoyado a 52 personas con un monto de 230 mil. Así también se establecieron tratos con dos organizaciones sin fines de lucro para que, con apoyo económico del Patrimonio de la Beneficencia, adquieran los medicamentos de alto costo, que no han sido donados. Durante el período en referencia se han apoyado a ocho personas con tratamientos de alto costo.

Destacan por su importancia, otras actividades que a continuación mencionaremos:

En el período del informe, se celebraron 4 Convenios de Colaboración con los estados de Tabasco, Oaxaca, Puebla y Veracruz, para el ejercicio de recursos por parte de sus Unidades de la Beneficencia Pública, por medio de los cuales se brinda una atención más expedita y oportuna a personas desamparadas carentes de seguridad social. Se celebró convenio de colaboración con el Instituto Nacional Indigenista, para apoyar programas de atención de la salud a favor de la población indígena.

Fideicomisos

- Se formalizó la constitución de un Fideicomiso de administración con CONADIC, otorgando como aportación inicial la cantidad de 1 millón de pesos destinado a organizaciones de la sociedad civil que apoyan las funciones de dicha entidad.
- Se continúa con el apoyo a tres 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.

En cuanto a la custodia y la administración del Patrimonio, debemos de señalar las siguientes acciones:

- Se estableció el Programa de Mantenimiento 2002, que prevee otorgar mantenimiento preventivo a 10 inmuebles, y mantenimiento correctivo a otros 25, dicho programa ha sido revisado por el área competente en la materia en la Secretaría de Salud.
- Se iniciaron las acciones tendientes a la regularización de arrendatarios que se encontraban en mora, con la intención de conocer las razones del atraso, y la manera de resolver extrajudicialmente el asunto. En este caso se contemplaron dentro de este programa piloto un bloque de 13 inmuebles, los que sumaban un total de 31 contratos de arrendamiento, a la fecha se han podido regularizar 8 inmuebles, lo que equivale a 16 contratos de arrendamiento, debidamente firmados y al corriente en el pago de sus rentas.
- Asimismo, se inició un programa de regularización de los inmuebles otorgados a organizaciones de la sociedad civil, en lo relativo al pago de las contribuciones fiscales, ya que se detectó que en algunos casos, existían fuertes adeudos, por lo que se les solicitó mediante oficio el pago de las cantidades señaladas tanto por la Tesorería del Distrito Federal como de la Comisión de Aguas del Distrito Federal, concediéndoles un plazo de 30 días. En caso de haber hecho caso omiso, como lo fue en algunas organizaciones, se procedió a iniciar y presentar las demandas correspondientes. En el caso que nos ocupa, de un universo de 22 inmuebles otorgados en comodato, 5 se encuentran al corriente en sus pagos, 12 realizaron los pagos dentro del plazo concedido, y se iniciaron las acciones legales conducentes contra cinco organizaciones.

- Se iniciaron acciones encaminadas a la regularización de aquellos inmuebles propiedad del Patrimonio de la Beneficencia Pública, que contaban con algún impedimento jurídico o administrativo para poder enajenarse. De estas acciones se han podido hasta la fecha regularizar ocho inmuebles, de un total de 14, los seis restantes, aún se encuentran en trámite.
- Se agilizó la cobranza de rentas, en virtud de haberse instalado un sistema conectado directamente a una institución bancaria, para el pago directo de las mismas. Los inquilinos están satisfechos con este nuevo sistema, y por lo tanto el ingreso percibido mensualmente por este órgano desconcentrado ha aumentado un 15 por ciento, con relación a lo ingresado en el mes de mayo, cuando aún continuaban pagando en la caja general de la Institución, en un horario muy restringido y con la dificultad de la distancia que para muchos implicaba el acudir a las oficinas de este órgano desconcentrado, lo que generaba atraso en el pago de rentas.

Acciones jurídicas para incrementar, recuperar y regularizar la situación del Patrimonio

Juicios

- Por lo que se refiere a juicios sucesorios, se obtuvieron 48 declaratorias firmes de herederos a favor de la Beneficencia Pública. Al 30 de agosto del 2002 se atendieron 5 664 juicios correspondiendo, 4 869 a juicios sucesorios en primera sección.

Recursos

- Se han interpuesto 49 apelaciones, 38 amparos indirectos, y 25 amparos en revisión para tratar de obtener declaratoria de herederos a favor de la Beneficencia Pública. Por otra parte se han interpuesto 36 recursos y se han obtenido 16 sentencias firmes a favor en los juicios conexos y diversos derivados de los juicios sucesorios que cuentan ya con declaratoria firme de herederos a favor de la Beneficencia Pública.

Arrendamiento de inmuebles

- Se han obtenido tres sentencias de arrendamiento a favor de la Institución. Durante el período que se informa, se obtuvieron ingresos por 2.0 millones de pesos por arrendamiento de inmuebles, se celebraron 183 contratos de arrendamiento, de los cuales 171 correspondieron a renovaciones y 12 fueron nuevos. A la fecha se cuenta con 121 inmuebles, mismos que generaron 413 contratos de arrendamiento, de los cuales 278 están regulares y 135 se encuentran en litigio.

Recuperación de inmuebles

- Se recuperaron dos inmuebles propiedad de la institución, derivado de dos Juicios Reivindicatorios, 2 inmuebles provenientes de Juicios Sucesorios derivado de un Juicio Reivindicatorio y una acción extrajudicial nueve inmuebles por acciones realizadas en juicio de controversia de arrendamiento. Para recuperar inmuebles propiedad del Patrimonio, se tuvieron en el período, cuatro controversias de propiedad, una más que en el mismo período del ejercicio anterior y nueve controversias de arrendamiento, seis más que el mismo período del ejercicio anterior.

Juicios de inmuebles

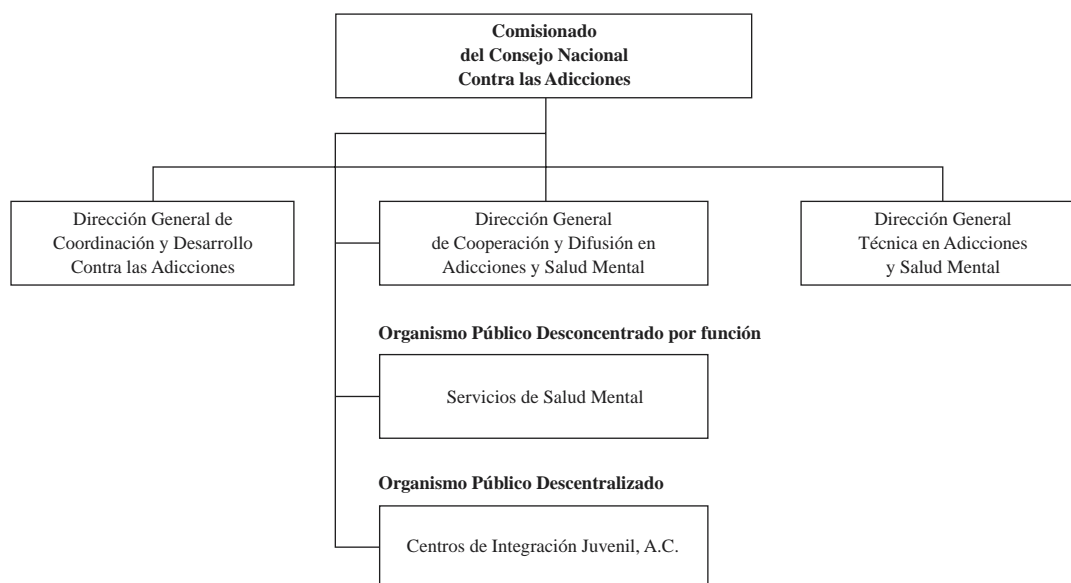
- Se negó amparo a dos contrapartes de la Beneficencia Pública en el juicio reivindicatorio para dejar firme la sentencia que ordena la desocupación y entrega de un inmuebles propiedad de esta Institución.
- **Declaratoria de herederos:** se tuvieron, en el período de enero a agosto del 2002, 47 declaratorias a favor del Patrimonio de la Beneficencia Pública, contra 24 del período anterior, representando un incremento del 95.8 por ciento en este año.
- **Recuperación de rentas:** se recuperaron durante el período, 486.6 millones de pesos en rentas, equivalentes a 536 meses de los inmuebles propiedad del Patrimonio, significando un incremento éste de 30 por ciento con respecto al período del ejercicio anterior, en el que se tuvieron 343.2 millones de pesos (lo equivalente a 501 meses de rentas).
- **Modificaciones al catálogo inmobiliario:** se efectuaron 10 modificaciones al catálogo, se celebraron contratos de arrendamiento de seis inmuebles, que se encontraban en situación irregular. Asimismo, se recuperaron dos inmuebles, ambos se encuentran en trámites de venta.
- **Clasificación administrativa de inmuebles:** el acervo inmobiliario se conforma de 216 inmuebles de los cuales 23 están ocupados por oficinas de la Secretaría de Salud siete 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, tres se encuentran en reserva territorial, 121 propiedades están en arrendamiento y 14 propiedades son irregulares.
- **Contratos en comodato:** se están renovando los contratos de comodato, para dar cumplimiento a lo estipulado por el Consejo Interno, para reportar como subsidios los apoyos que otorga el PBP a aquellas organizaciones de la sociedad civil, estableciendo en el contrato el monto hipotético de la renta que se debería de estar pagando por el uso y goce del inmueble ocupado por cada organización de la sociedad civil.

Internamente, se ha llevado a cabo el Programa Institucional de Capacitación para el ejercicio 2002, mediante el cual se logró superar las metas alcanzadas durante los primeros tres trimestres de 2001, al impartir 34 cursos, en el que se capacitaron 148 personas, mientras que en el mismo período del ejercicio anterior, se impartieron 13 cursos, con los que se capacitaron 86 personas.

Capítulo 6

Consejo Nacional contra las Adicciones

6. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES



El CONADIC, continuó fortaleciendo su función institucional de: formular y proponer la política nacional 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 relaciones de salud mental. Asimismo, dictar las medidas para su adecuada ejecución en coordinación con dependencias del Sector Público, gobiernos de las entidades federativas y municipios en concertación con organizaciones privadas y sociales.

Para su operación y desarrollo de funciones, coordina las acciones a través de 3 direcciones generales; de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones; de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental; y Técnica en Adicciones y Salud Mental. Asimismo, se apoya en Servicios de Salud Mental como órgano desconcentrado por función y en los Centros de Integración Juvenil como organismo público descentralizado.

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.

La Dirección General esta integrada por 1 dirección de área, 3 subdirecciones, 2 jefaturas de departamento y un secretario particular.

Dentro de las principales actividades realizadas durante el período 1º de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002 destacan:

Los programas contra las adicciones y el de salud mental, fueron terminados, revisados y validados; se publicaron y fueron presentados en la Reunión Binacional México Estados Unidos para la Reducción de la Demanda de Drogas en el mes de noviembre del año pasado.

Fueron definidos los proyectos y acciones a desarrollar durante la administración y específicamente para el ejercicio 2002 y se plantearon como principales metas sexenales las siguientes:

- Reducir el consumo de tabaco de 9.2 por ciento a 7.9 por ciento en el grupo poblacional entre 10 y 19 años.
- Crear más de cien clínicas para dejar de fumar en el territorio nacional.
- Asegurar el cumplimiento de la NOM 028 en el 100 por ciento de los establecimientos.
- Reglamentar la protección a los no fumadores en todas las entidades federativas.
- Aumentar la percepción de riesgo sobre el consumo excesivo de alcohol del 10 por ciento al 20 por ciento entre la población joven del país.

Los proyectos de la Dirección General se establecieron de acuerdo a las principales estrategias planteadas en los programas, estos son: normatividad y reglamentación, prevención, tratamiento y rehabilitación, investigación.

Normatividad y Reglamentación

En este rubro las acciones de la Dirección General se han enfocado principalmente al diagnóstico y actualización de la normatividad en materia de alcohol, tabaco y otras drogas, así como al cumplimiento de leyes y reglamentos vigentes.

En cuanto al Reglamento sobre Consumo de Tabaco se ha participado en forma constante con la Dirección General de Salud Ambiental a fin de asegurar su cumplimiento en edificios públicos. Para ello se ha establecido contacto con diferentes dependencias difundiendo y apoyando técnicamente a las autoridades encargadas de aplicar dicho ordenamiento.

Sobresale la reunión realizada en el mes de marzo de este año, con oficiales mayores de las distintas secretarías de Estado, donde tanto el Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones como el Comisionado Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios recalcaron la importancia del cumplimiento del reglamento y ofrecieron los apoyos necesarios para lo mismo. Destacó la participación del Oficial Mayor de la Secretaría de la Defensa Nacional, quien comentó que en dicha Secretaría el avance en el cumplimiento del citado reglamento era del cien por ciento.

Con el mismo propósito se han visitado los inmuebles de las secretarías de Economía, Energía, Instituto Nacional de Pediatría, Banrural e Instituto Politécnico Nacional. Nos hemos reunido con representantes de Banco de México, Secretaría de Hacienda (SAT), Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Referencia Epidemiológica, Turismo, Aeropuertos y Servicios Auxiliares entre otras. Asimismo se trabaja en forma coordinada con la Organización Panamericana de la Salud a fin de que expertos mexicanos elaboren los estándares y criterios necesarios para reconocer a un establecimiento como libre de humo de tabaco. A la fecha contamos ya con avances importantes.

En materia de normatividad y legislación; se han realizado documentos, entre ellos el denominado Marco Legal de las Sustancias Inhalables y Solventes en la Legislación Mexicana y otro llamado Antecedentes Legislativos Nacionales e Internacionales sobre la Reglamentación de Venta a Menores de Edad de Sustancias Industriales, con lo cual se ha elaborado una propuesta sobre “Reglamento para Controlar el Expendio, Uso y Manejo de Sustancias Inhalables y solventes con Efecto Psicotrópico en los Estados del País”. En éste se establece la prohibición de la venta de estos productos a menores y la necesidad de brindar atención terapéutica a todos aquellos consumidores en este grupo de edad. El citado documento servirá, una vez terminada su revisión, como prototipo para ser considerado por las autoridades correspondientes de los estados para establecer la legislación al respecto.

Se ha realizado una propuesta de reglamento tipo para la protección a los no fumadores a fin de mejorar la legislación existente en las diferentes entidades federativas. Es importante hacer mención que en 31 de ellas se cuenta ya con algún ordenamiento al respecto. Asimismo, se realizó una propuesta referente al control de la venta y consumo de bebidas alcohólicas; para que sean valoradas por los estados y, de considerarlo pertinente, agregarlos a los ordenamientos locales que regulan esta materia.

Otro proyecto de esta Dirección General Técnica para este ejercicio es el reforzamiento de los talleres realizados en el año anterior para asegurar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999, y enfrentar los retos planteados en el Programa Nacional de Salud sobre la equidad, calidad y protección financiera.

Para ello, se han calendarizado para el 2002, cuatro reuniones regionales a fin de trabajar tanto con los secretarios técnicos de los Consejos como con los responsables de Control y Fomento Sanitario de los diversos estados incorporando a estos trabajos, no sólo a la Dirección General de Salud Ambiental sino también a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, sumándonos así a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

A fin de apoyar estas reuniones regionales se elaboró el “Documento de Apoyo” y la “Guía Práctica para la Aplicación de la NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, el Tratamiento y el Control de las Adicciones”, la cual con un lenguaje comprensible lleva de la mano a los responsables de los citados establecimientos en el cumplimiento de la normatividad. Así también se elaboró una Cédula de Supervisión Ponderada con estándares mínimos de calidad la cual puede ser aplicada por los consejos estatales facilitando su labor y así reconocer a todos aquellos establecimientos que trabajan con calidad y respeto a la dignidad de sus usuarios. Para finales de este año tenemos el compromiso de reconocer a 135 establecimientos con estas características.

Se realizó en el mes de julio la primera Reunión Regional con la participación de los estados de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Sonora.

Prevención

De acuerdo a las atribuciones de esta Dirección General, en materia de prevención se apoya técnicamente las entidades federativas, por ello emitimos documentos de apoyo para la realización de acciones que se desarrollan en los estados y municipios; por lo que se realizó el documento Guía para elaborar Programas Estatales contra las Adicciones y otro denominado Guía para elaborar Programas Municipales contra las Adicciones, los cuales contemplan acciones mucho más amplias a la prevención, con la participación activa de todos los sectores en estos niveles de gobierno.

Con el propósito de definir una metodología de evaluación y conocer el impacto de los programas preventivos en el área de adicciones, se organizó y se participa activamente en una Mesa de Trabajo Interinstitucional para la Evaluación de Modelos Preventivos. Dicha mesa es presidida por el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia DIF. De enero del presente año a la fecha se han llevado a cabo cinco reuniones, donde se han presentado los modelos: DIF-Chimalli, Centros de Integración Juvenil, Chimalli, Organización Internacional del Trabajo, Aprendiendo a Vivir y Construye tu Vida sin Adicciones del propio CONADIC. Los avances son importantes y nos encontramos en la etapa de presentación de instrumentos de evaluación de cada uno de ellos a fin de construir de manera conjunta un Protocolo de Evaluación de Programas Preventivos el cual tendrá que estar listo antes de que termine este ejercicio.

Una de los programas nacionales de mayor importancia es el de Arranque Parejo en la Vida, con éste se participa con varias estrategias; una de ellas de relevancia primordial constituye la elaboración, difusión y capacitación del personal de primer nivel de atención sobre un Modelo de Atención para Mujeres Fumadoras Embarazadas, con lo cual se disminuirá sin lugar a dudas, trastornos de déficit de atención, retardos mentales y muerte de cuna entre otras graves consecuencias. Se cuenta ya con el documento en etapa de revisión final para posteriormente ser enviado a todos los estados del país.

Tratamiento y Rehabilitación

Debido al peso en salud que tiene el tabaquismo en nuestro país, se consideró como prioritario el apoyar a los estados para la mejor atención del problema, por ello durante el mes de marzo se revisó y se realizaron algunas correcciones al documento: “Modelo para la Prestación de Servicios en Materia de Tabaquismo en México”. Este documento revisado fue entregado a las principales instituciones que brindan atención al tabaquismo en nuestro país, a fin de identificar y reconocer los modelos y modalidades de intervención de mayor rentabilidad por nivel de atención en el país.

Se llevó al cabo la primera reunión el 11 de abril y se convocó a los participantes a conformar un grupo de trabajo técnico normativo para el logro de la meta anterior. A partir de ese momento se han realizado seis reuniones más, donde han presentado sus modelos de atención al tabaquismo el INER, Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional, Hospital General de México, Facultad de Medicina de la UNAM, Instituto Nacional de Cancerología, ISSSTE, Instituto Politécnico Nacional, el Instituto Nacional de Neurología y el Hospital ABC.

Con lo anterior se han podido elaborar criterios de comparación (*benchmarking*) y se inicia un análisis del funcionamiento de las clínicas de tabaquismo existentes.

En otro orden de ideas, se ha considerado fundamental elaborar una Guía Técnica para el Empleo de Medicamentos Agonistas de Sustitución de Opiáceos, así como los lineamientos fundamentales para la operación de establecimientos relacionados, para ello en el mes de marzo se convocaron a las dos instituciones que llevan a cabo tratamientos de este tipo en el Distrito Federal: Centros de Integración Juvenil, A.C. y Clínica Integral para el Tratamiento de las Adicciones, a fin de recolectar la información disponible en la materia. A la fecha se cuenta ya con el documento en etapa de revisión final y será distribuido antes de que termine el año.

Dentro de las acciones relevantes en materia de tratamiento, sobresale la capacitación a médicos generales realizada en la ciudad de Tepic, Nayarit, acerca del programa de autocontrol para bebedores problema, ya que de acuerdo a lo programado la actuación en el primer nivel de atención evitará el

desarrollo de complicaciones. Vale la pena resaltar la inclusión del tema alcoholismo y tabaquismo en los exámenes para la certificación de los médicos generales.

Investigación

El proyecto principal al cual se han enfocado las acciones de investigación el del Observatorio de Drogas el cual pretende reunir los resultados de las investigaciones realizadas por diferentes instituciones con el fin de que la información disponible en materia de adicciones en el país sea accesible para las personas encargadas de las políticas de salud, los prestadores de servicios, la comunidad académica y otros individuos interesados en el tema.

Se sustenta en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones que, de acuerdo con la norma, es coordinado por la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud, que compila, analiza y reporta los indicadores de mortalidad, morbilidad y consumo a través de la operación del Sistema en cuestión (SISVEA).

A finales del ejercicio anterior se publica el primer número con la participación de las instituciones siguientes: Consejo Nacional contra las Adicciones; Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades; Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Centros de Integración Juvenil, A. C. e Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A. C.

Para este año la propuesta es que el observatorio sea más completo agregándosele información sobre alcohol y tabaco y contempla diferencias e innovaciones de relevancia, entre ellas:

- Se trabajará en la integración de la información proveniente de las diferentes fuentes de modo que ésta sea accesible tanto a público general como a tomadores de decisiones.
- Se incluirá la Respuesta Social Organizada de los diferentes sectores de la sociedad en materia de adicciones.
- Se desarrollará una interfase para poner al alcance de los interesados, la información en la red virtual.
- Se elaborará un documento metodológico que uniforme los criterios, métodos e indicadores para la recolección de información.

En el mes de abril se llevó a cabo una reunión a la cual se convocó a las demás instituciones que cuentan con información valiosa para ser incorporada en el reporte 2002: Secretaría de Relaciones Exteriores, IMSS, ISSSTE, PEMEX, Instituto Nacional de Salud Pública.

El reporte 2002 y el documento metodológico del Observatorio de Drogas se presentará durante la Reunión de la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas CICAD/OEA, en noviembre de este año.

Se realizaron 14 talleres en el mismo número de estados con el fin de fortalecer el conocimiento y fomentar el cabal cumplimiento de la NOM-028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Con ello se logró completar las visitas a todas las entidades federativas del país, logrando una participación de 1 892 asistentes de 874 instituciones de los tres sectores de la sociedad.

6.2. Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones

A esta Dirección General le corresponde establecer las medidas pertinentes que propicien la adecuada operación del Consejo Nacional contra las Adicciones, verificar el seguimiento y cumplimiento de los acuerdos establecidos en sus reuniones, además de facilitar la comunicación entre el Comisionado Nacional contra las Adicciones y los Consejeros. Establece 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 del Consejo con las entidades federativas y los municipios, a través de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones, así como la instrumentación de los programas contra las Adicciones y de Salud Mental en los tres órdenes de gobierno. Desarrolla y dirige proyectos especiales para grupos vulnerables, apoya el fortalecimiento de la infraestructura para la atención de los problemas de adicciones y coadyuva en el desarrollo de actividades de prevención, tratamiento y control de los problemas de adicciones y de salud mental.

Para su operación cuenta con: 1 secretaría técnica del Consejo; 4 subdirecciones; 2 jefaturas de departamento y un secretario particular.

Dentro de las principales actividades realizadas durante el período 1º de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002, destacan las siguientes:

Se realizaron tres Reuniones de Consejo. El Presidente de la República encabezó los trabajos de la XXIX Reunión Ordinaria, el 31 de mayo de 2002, en el marco del Día Mundial sin Tabaco, en donde se dieron a conocer importantes acciones que realiza nuestro país en la lucha contra el tabaquismo.

El 26 de junio tuvieron lugar en la Residencia Oficial de Los Pinos, dos importantes actividades, que convocaron a especialistas, voluntarios dirigentes de agrupaciones sociales, personalidades del medio artístico, cultural y político. En primer término, el Evento sobre Prevención y Redes Sociales en contra de las Adicciones, donde se dio a conocer la edición de 1.5 millones de libros: "Cómo Proteger a tus Hijos contra las Drogas". Más tarde, tuvo lugar el acto conmemorativo del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, con la asistencia de representantes de organismos internacionales. Ambas ceremonias fueron efectuadas en el marco del Consejo.

Durante el período se trabajó para reactivar al 100 por ciento de los Consejos Estatales contra las Adicciones. A diciembre de 2000 se contaba con 242 Comités Municipales contra las Adicciones, en diciembre de 2001 sumaron 328 y a mayo de 2002 operan un total de 846, lo cual implica un crecimiento del 250 por ciento, con una cobertura de poco más de una tercera parte del total de municipios del país.

Con el propósito de reforzar un federalismo corresponsable en la lucha contra las adicciones, en el período que se informa se realizaron 24 giras de trabajo en igual número de entidades federativas. Por su parte, el Ejecutivo Federal encabezó los trabajos de una Reunión Ordinaria del Consejo Estatal contra las Adicciones de Baja California. En Chiapas, se instalaron 116 Comités Municipales contra las Adicciones; en la instalación del Instituto contra las Adicciones de Pachuca, Hgo. y en Querétaro, se puso en marcha el Programa de Prevención del Abuso en el Consumo de Bebidas Alcohólicas y Alcoholismo en Población Indígena, en colaboración con la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

En el ámbito de la coordinación intersectorial destacan las siguientes actividades:

La puesta en marcha del Programa de Prevención y Atención de las Adicciones en Microrregiones de Muy Alta Marginación, en forma conjunta con la Secretaría de Desarrollo Social, con la que se

impulsan acciones en las comunidades de mayor marginación del país, ubicadas en 539 municipios de los cuales 156 cuentan ya con su respectivo Comité Municipal contra las Adicciones instalado.

Por tercer año consecutivo se llevaron a cabo las “Marchas contra las Adicciones”, con la participación de 166 mil conscriptos del Servicio Militar Nacional, en coordinación con las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, así como con los Consejos Estatales contra las Adicciones, previa capacitación de oficiales de dichas dependencias.

Se realizó en todo el país la VII Semana Nacional de Información “Compartiendo Esfuerzos” con Alcohólicos Anónimos, que incluyó la instalación de módulos de información, el reparto de literatura y celebración de juntas de información pública en instituciones de salud y dependencias públicas diversas, en donde se informó, “cara a cara”, a más de 330 mil personas, con la participación del IMSS, ISSSTE, SCT, DIF, PEMEX, Gobierno del D. F., STC (Metro), INI, IMJ y CIJ. En el marco de dicha semana se firmó el Convenio de Concertación entre el Instituto Nacional Indigenista y la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Con la Secretaría de Seguridad Pública se impartió el Primer Curso Taller sobre Detección y Manejo de Problemas de Adicciones en Pacientes Internos en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, tomando parte profesionales de centros de reclusión de Morelos, Nuevo León y Puebla. También con la SSP se colabora en la aplicación de programas preventivos para menores infractores, así como de contenidos sobre adicciones en la currícula para la Formación de la Carrera Policial.

Se impulsó el trabajo conjunto con redes ciudadanas que desarrollan acciones en materia de prevención y tratamiento de las adicciones, juventud y salud mental, con instituciones de asistencia privada, asociaciones civiles, clubes de servicio, grupos de ayuda mutua e instituciones privadas, para reforzar su participación en los campos preventivo, y de apoyo a la rehabilitación y la reinserción social.

Se constituyó el Fideicomiso de Apoyo a Proyectos contra las Adicciones y se integró la primera cartera de proyectos susceptibles de ser financiados por dicho instrumento.

Con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado se lleva a cabo el Programa para la Participación de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo en materia de Adicciones, cuyo objetivo es la detección de adicciones entre trabajadores y población derechohabiente, otorgar apoyo médico y psicológico para modificar hábitos y estilos de vida, así como generar un ambiente laboral libre del consumo de sustancias adictivas, con un potencial de 1.5 millones de trabajadores y sus familias. Por su parte, y con el propósito de extender estas acciones al sector privado, se conformó un grupo interinstitucional encabezado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Confederación de Trabajadores de México.

Con la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos se continuó la aplicación del Programa “Modelo de Prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias”, auspiciado por la OIT, OMS, PNUFID, INP y CONADIC, mismo que se presentó ante empresarios de las ramas hotelera y gastronómica, para beneficiar en un mediano plazo a 150 mil trabajadores.

Se ha mantenido una estrecha coordinación con el Poder Judicial de la Federación en el Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y los Centros de Integración Juvenil, para atender a los indiciados que tienen problemas de farmacodependencia. Durante el período que se informa se derivaron para su tratamiento a 86 de ellos.

Para fortalecer la formación de recursos humanos que permitan mejorar la calidad de los servicios de atención a los problemas de adicciones, se realizaron tres cursos-taller sobre metodología para la

prevención, detección oportuna y tratamiento de las drogodependencias, dirigidos a personal operativo y responsables de programas, en los que participaron más de 350 profesionales de: medicina, psicología, pedagogía, enfermería, derecho, trabajo social y sociología, que desarrollan sus actividades en el ámbito de la salud, universitario, fuerzas armadas, gubernamental y comunitario.

En el campo laboral, se llevaron a cabo en coordinación con los Centros de Integración Juvenil, cursos de sensibilización y orientación para prevenir el consumo de sustancias adictivas dirigidos a los trabajadores de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación y de la Procuraduría General de la República, en los que participaron cerca de 400 servidores públicos, además de otras múltiples acciones de capacitación a favor de centros educativos, dependencias gubernamentales y organizaciones civiles.

Número de Municipios con Programas y/o Comités Municipales contra las Adicciones

Año	Número	Cobertura %
2000	242	9.8
2001	328	13.4
2002	846	34.6

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 foros internacionales especializados en adicciones y salud mental. Así como conducir las actividades de comunicación para responder las necesidades de difusión e información de la población. Asimismo, participa en la evaluación de los programas y las acciones implementadas para enfrentar estas problemáticas.

Cuenta con 1 dirección de área; 3 subdirecciones; 2 jefaturas de departamento y un secretario particular.

En el período de este informe desarrolló diversas actividades a nivel nacional e internacional, y elaboró publicaciones entre las que destacan:

1° de septiembre al 31 de diciembre 2001

Con la representación de la SSA, se participó en la reunión del Grupo sobre Asuntos Legales y Cooperación Antinarcoóticos; y en la reunión del Grupo Nuclear de Adicciones, en el marco de la XVIII Comisión Binacional México-Estados Unidos (Washington, D. C., 4-6 de septiembre de 2001). Así como, en la reunión del Grupo Nuclear sobre Adicciones del Grupo de Trabajo de Salud de la Comisión Binacional México-Estados Unidos (México, D. F., 16 de noviembre de 2001).

En este sentido, se trabajó en la definición de la postura de México con relación al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Para ello se participó en el I Seminario Regional Latinoamericano y del Caribe sobre el CMCT en Río de Janeiro, Brasil, así como en la 3^{ra} Reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI) sobre el CMCT Ginebra, Suiza.

Asimismo, se publicó el “Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México”, en donde se presentaron los resultados de investigaciones realizadas por diversas instituciones en materia de adicciones.

Durante el año 2002 se ha tenido una participación en diversos foros, donde se manifestó la postura de México en materia de adicciones, entre las que destacan:

- La reunión de trabajo entre funcionarios del CONADIC y de la Asociación Hispana de Atención a la Salud de California a fin de identificar posibilidades de cooperación; asimismo, en la reunión del Subgrupo de Tabaco del Grupo Nuclear de Adicciones del Grupo de Trabajo de Salud de la Comisión Binacional México-Estados Unidos en México, D. F.
- El II Seminario Regional Latinoamericano y del Caribe sobre el CMCT en Lima, Perú.
- La IV Reunión de Alto Nivel del Mecanismo de Cooperación y Coordinación sobre Drogas entre la Unión Europea, América Latina y El Caribe en Madrid, España.
- El 45° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes en Viena, Austria.
- La 4ª Reunión del ONI sobre el CMCT en Ginebra, Suiza.
- El XXXI período de sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) en Washington, D. C.,
- La II Reunión Bilateral México-Perú de Cooperación contra el Narcotráfico y la Farmacodependencia en Lima, Perú.

Destaca la suscripción de la Declaración Conjunta entre la Secretaría de Salud de México y el Departamento de Salud de Canadá en la cual se reafirma el compromiso de cooperación en salud pública en temas que incluyen consumo de tabaco, abuso de drogas y otras sustancias, y salud mental en Ginebra, Suiza; asimismo, la conformación el comité organizador de la Conferencia Internacional de Neurociencias y Adicciones: Nuevos Desarrollos, Nuevas Esperanzas que durante los meses de mayo y junio de 2002 efectuó un total de 9 reuniones con motivo de la preparación de dicho evento.

Por otra parte, organizaron en México, D. F., la “Cuarta Conferencia Binacional México-Estados Unidos sobre Reducción de la Demanda de Drogas”, con la participación de 450 representantes de instituciones y organismos de los sectores público, social y privado de ambos países y la “Conferencia Internacional de Neurociencias y Adicciones: Nuevos retos, Nuevas Esperanzas” con la participación de 42 expertos nacionales e internacionales provenientes de países como Suiza, Italia, Rusia, Reino Unido, Estados Unidos, España, Australia, Francia, Brasil y Canadá.

Metas Comprometidas

Respecto a la estructura programática contemplada para el 2002, y tomando en cuenta la calendarización de metas elaborada para los mismos fines, es importante comentar que las tres gestiones comprometidas como exitosas para este año ya se han logrado; es decir, que durante el primer semestre fue posible cumplir con los indicadores de desempeño del 2002 presentados ante las instancias administrativas centrales:

- Donativo de la Embajada de los Estados Unidos en México para el desarrollo de diversos proyectos, entre ellos, la construcción del Sistema Virtual del CONADIC.
- Apoyo del Instituto Mexicano de Cooperación Internacional (IMEXCI-SRE) para llevar a cabo el proyecto del Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones entre 2003 y 2004.

- Apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional para el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), para la realización de la Conferencia Internacional de Neurociencias y Adicciones: Nuevos Desarrollos, Nuevas Esperanzas: 40 por ciento de financiamiento sobre el costo total del evento.

Acciones y resultados del período 1° septiembre 2001 a 31 agosto 2002

Se respondieron las secciones correspondientes a la reducción de la demanda de drogas en México para los siguientes informes de carácter internacional:

- Cuestionario para la presentación de informes sobre los planes de acción y las medidas adoptadas por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones.
- Examen de la legislación y las prácticas nacionales sobre el uso médico de sustancias fiscalizadas (PNUFID/SAJ-2001).
- Cuestionario de Indicadores del Mecanismo de Evaluación Multilateral de la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos.

A nivel internacional se promovió la participación del CONADIC, se promovió la inclusión del proyecto “Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones” como parte del Programa Mesoamericano 2003-2004 del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla V. Se participó con el PNUFID en la implementación de la Maestría Latinoamericana en Estudios de Adicciones y en la creación de un Módulo de Atención para Farmacodependientes en Chiapas. Asimismo, se coordinaron 4 reuniones del más alto nivel entre funcionarios de SSA y el titular de la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas (ONDCP) de Estados Unidos en donde se analizaron las acciones de cooperación de ambos gobiernos para prevenir y tratar las adicciones.

La SSA y la Secretaría de Economía realizaron 8 reuniones para acordar posiciones en torno al CMCT. Asimismo, 20 reuniones con los expertos del Grupo de Trabajo de Salud con la finalidad de definir la posición del Sector Salud en torno al CMCT y se instaló el Comité de Organización del III Seminario Regional de América Latina y el Caribe sobre el CMCT a realizarse en septiembre próximo en la ciudad de México.

En el marco del Consejo Nacional de Salud, se elaboró una propuesta de indicadores de resultado para su inclusión en la lista de indicadores de evaluación del desempeño avalada. Se elaboraron, de septiembre a la fecha, los informes mensuales del indicador sobre disminución del consumo de tabaco en el grupo poblacional de 10 a 19 años, como uno de los proyectos estratégicos específicos para seguimiento en gabinete del Secretario de Salud; asimismo, se elaboraron, de enero a la fecha, los informes trimestrales del indicador sobre efectividad en el tratamiento de las clínicas de tabaquismo para efectos del informe de metas de gobierno 2002.

Para integrar la cartera de proyectos del CONADIC se llevó a cabo:

- Evaluación de acciones de sensibilización sobre riesgos asociados al consumo de drogas.
- Evaluación del consumo de tabaco y la aplicación de la reglamentación de edificios libres de humo: el caso del IMSS de Morelos.
- Evaluación de la calidad de la atención de las unidades de prevención, tratamiento y rehabilitación en adicciones en México.

Con el traslado del sistema analógico al sistema digital de las líneas telefónicas del Centro de Orientación Telefónica (COT), se amplió la capacidad de respuesta y se redujeron los tiempos de espera, para beneficio de la población usuaria y a la demanda del servicio. En el período que corresponde al presente informe, el COT recibió un total de 397 536 llamadas. Se atendieron 71 513 llamadas por solicitud de información y 19 176 por consumo de sustancias. Con relación a las llamadas en las que reportó el consumo de alguna sustancia, 86.96 por ciento, correspondieron a hombres y 13.03 por ciento a mujeres, en su mayoría entre los 16 y 30 años de edad. La sustancia reportada como de mayor consumo fue la cocaína, seguida de la marihuana, el alcohol y el tabaco. Asimismo, se elaboraron y presentaron a Fundación Azteca los informes mensuales de productividad del COT.

En colaboración con otras áreas del CONADIC fue posible constituir el Fideicomiso de la institución, mismo que permitirá obtener recursos adicionales para reforzar las acciones y para el desarrollo de nuevos proyectos. En este sentido, ya se trabaja en el diseño de una estrategia de trabajo que permita la obtención de fondos y la transparencia en el manejo de los recursos.

6.4. Servicios de Salud Mental

Servicios de Salud Mental como órgano desconcentrado adscrito al Consejo Nacional Contra las Adicciones, contribuyó al desarrollo de las dos funciones sustantivas encomendadas: la de participar y promover los programas de salud mental y la de coordinar la prestación de servicios especializados en esta materia a la población, a través de las siete unidades aplicativas dependientes de la unidad en el Distrito Federal. Entre los logros alcanzados durante el período se tuvieron las siguientes acciones destacables:

Se constituyó el Comité Asesor para la Reforma a la Atención Psiquiátrica, en el que participan instituciones públicas, privadas y sociales, académicas y de investigación, así como sociedades y asociaciones profesionales del campo de la salud. En el mes de octubre del 2001, en el marco del Día Mundial de la Salud Mental, se presentó el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006, el cual establece el marco de orientación general y específico para fomentar la salud mental de la población y prevenir y atender los padecimientos en esta materia de forma eficaz e integral. Contiene además el conjunto de lineamientos para lograr una mejora sustantiva de las instituciones y servicios especializados en donde se otorgue a las personas una atención de elevada calidad técnica y un trato respetuoso y digno de sus derechos humanos, destacándose los trabajos de supervisión para la vigilancia del cumplimiento de la Norma Mexicana 025 para la prestación de los servicios de salud en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

En complemento al programa de acción se concluyó, en el mes de diciembre la integración de ocho programas específicos para la prevención y control de los padecimientos mentales y neurológicos que con mayor frecuencia y severidad afectan el desarrollo de las personas en las diferentes etapas del ciclo vital, como son Depresión; Esquizofrenia; Enfermedad de Alzheimer; Trastorno por Déficit de la Atención; Enfermedad de Parkinson; Trastornos del Desarrollo Infantil y de la Adolescencia, Epilepsia y el de Atención Psicológica en Casos de Desastre.

Con el propósito de ampliar la capacidad de respuesta institucional a los retos planteados por el incremento de los padecimientos mentales y neurológicos entre la población se otorga la mayor importancia a las actividades de capacitación y adiestramiento del personal general de salud para que se incorpore a las actividades de salud mental, con este propósito se han diseñado e impartido cursos sobre detección y manejo de los problemas más comunes que afectan la salud mental, los cuales se han

impartido en el Distrito Federal y en algunas entidades federativas. En su mayoría han sido dirigidos al personal de salud y algunos a maestros de educación primaria para posibilitar su participación en la prevención de padecimientos en etapas tempranas, se han realizado 17 cursos con participación de 700 personas, se diseñó y elaboraron 10 diferentes trípticos y tres audiovisuales dirigidos a la población general sobre temas de salud mental los cuales se distribuyen en las unidades de salud.

Para dar impulso a las actividades de salud mental a lo largo del territorio nacional y establecer una comunicación y vinculación estrecha y eficaz en el desarrollo de las actividades se convocó a los responsables de salud mental de los Sistemas Estatales de Salud a una reunión de integración y coordinación de acciones a la que asisten representantes de 31 entidades quienes participan activamente en el desarrollo del evento estableciéndose la congruencia del plan de acción y de las líneas de trabajo propuestas por el nivel Federal, en el ámbito de la prevención, la atención, la capacitación y la promoción de la investigación científica.

Para hacer frente al problema de insuficiencia, inadecuación y deterioro inmobiliario de los servicios públicos especializados en salud mental se desarrollan una serie de actividades que habrán de culminar con la integración del Plan Maestro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud Mental el cual se encuentra en etapa de diseño y contempla su ejecución en el segundo semestre de 2002; con esta actividad se tendrá el marco normativo para dar solución a los problemas relativos a los servicios especializados en esta materia.

La vigilancia y supervisión de establecimientos prestadores de servicios a población con padecimientos mentales con el fin de promover la observancia de la normatividad establecida es otra de las actividades que se han realizado de manera continua, en el período se supervisan 22 establecimientos hospitalarios, obteniéndose como resultado un cumplimiento satisfactorio en el 70% de las unidades supervisadas. En las siete unidades que no cubren satisfactoriamente con las disposiciones establecidas se hicieron las recomendaciones pertinentes para mejorar el desempeño, el problema más común de estas unidades es la situación inmobiliaria la cual resulta inadecuada para la prestación de servicios con la debida calidad de la atención que se debe ofrecer a la población usuaria.

Con el propósito de avanzar en la cobertura de la población que dispone de acceso a los servicios especializados en salud mental se brindó apoyo para la creación de una moderna unidad hospitalaria de servicios integrales de 30 camas en el estado de Campeche, la cual reinició sus actividades en los diferentes servicios de que dispone; Nayarit con 3 módulos de salud mental familiar y en Jalisco una unidad especializada de atención hospitalaria intensiva CAISAME de estancia breve. Dentro de la línea de acción para actualizar y mejorar los servicios que atienden a las personas con padecimientos mentales se aportaron recursos al estado de Puebla para la creación de instalaciones y remodelación de la unidad de servicios de que dispone. Por su parte los Servicios Estatales de Salud se han sumado a las acciones de proceder a la mejora y ampliación de los servicios de salud mental, así se han llevado acciones de remodelación y actualización de establecimientos especializados en Baja California Sur, Nuevo León y Veracruz. Los estados de Aguascalientes, Coahuila, Jalisco, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa y Sonora han puesto en funcionamiento nuevos servicios para la atención de la salud mental de sus poblaciones respectivas.

Uno de los problemas en salud mental que recibe particular relevancia es el relativo al control del suicidio, sobre esta base se diseñó la estrategia de prevención específica a la cual se da difusión y se procedió a implantarla en las zonas de mayor impacto del país. El comportamiento en los últimos años de la mortalidad por suicidio venía creciendo y alcanzó el punto máximo en el 2000, la meta de la estrategia es frenar la tendencia y en su caso revertirla.

Mortalidad por suicidio

Categoría / período	1989	1999	2000	2001
Tasa por 100 000 habitantes	2.23	3.33	3.47	3.43

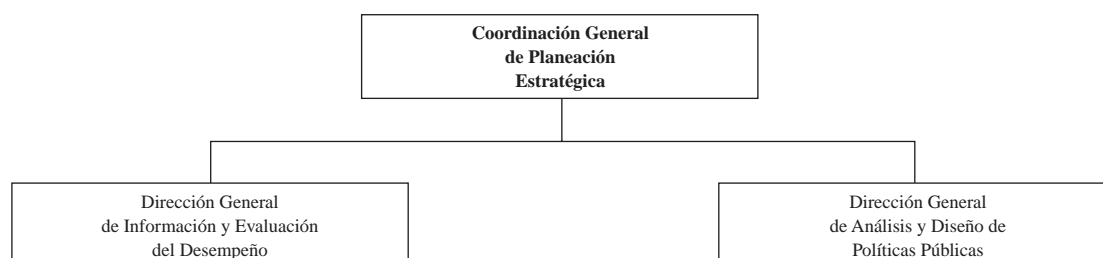
Fuente: Mortalidad, SSA.

Las actividades de coordinación de servicios que atienden a la población por padecimientos mentales se realiza en siete unidades, tres hospitales y cuatro de atención ambulatoria, que dependen de los Servicios de Salud Mental, todas ubicadas en el Distrito Federal, los servicios otorgados en el período fueron: consultas totales: 204 861, el 59.8 por ciento correspondió a población de menores de edad y las otorgadas a mujeres fueron el 56.6 por ciento del total; siendo las de primera vez 30 555. Las actividades terapéuticas y sesiones de salud mental y psicosociales fueron 428 293. Se realizaron un total de 145 549 estudios de diagnóstico, laboratorio, electroencefalogramas, radiológicos y de tomografía axial computarizada, a 25 457 personas. En los servicios de hospitalización de las tres unidades se tuvieron un total 207 991 días paciente, los ingresos fueron 4 020 y los egresos hospitalarios 4 002, siendo el total de días estancia de estos últimos de 145 677 lo que promedia 36.4 días por egreso. La atención de urgencias se otorgó a 16 119 personas. Dentro de los proyectos sectoriales destaca la pertinencia de continuar la importancia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a la cual se han sumado los establecimientos de salud mental, aplicando mediciones de manera rutinaria de satisfacción a los usuarios, alcanzando resultados positivos, asimismo se prepara el proceso para la Certificación de Calidad de las unidades hospitalarias.

Capítulo 7

Coordinación General de Planeación Estratégica

7. COORDINACIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA



La coordinación, creada al inicio de la actual administración, continuó con la actualización 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, con acciones que permiten mejorar la calidad y ser más equitativo en la prestación de los servicios de salud, para que la población en general conozca, tenga certidumbre y confianza en los resultados que se informan.

Para ello, desarrollo diversas actividades para cumplir con sus funciones: 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.

La Coordinación se apoya en la operación a través de 2 direcciones generales -de Información y Evaluación del Desempeño, y de Análisis y Diseño de Políticas Públicas-; 1 coordinador administrativo con 2 subdirecciones y 1 secretario particular.

Durante el período de este informe, 1º de septiembre del 2001 al 31 de agosto del 2001, destacan los siguientes proyectos:

Proyecto: Aplicación de una fórmula explícita ajustada por desempeño para asignar recursos entre entidades federativas

Ante la necesidad de reformular el mecanismo de asignación de recursos federales para las entidades federativas, la Coordinación General de Planeación Estratégica encabezó la tarea de elaborar una propuesta para adecuar la Ley de Coordinación Fiscal con el objeto de enriquecer el mecanismo de asignación presupuestal ya existente y vincularlo de manera más explícita con el logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS). Lo anterior, mediante la coordinación del Grupo de Trabajo sobre Distribución Equitativa del Presupuesto e Indicadores de Desempeño y Resultado (GDEP) en el que participan ocho entidades federativas: Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, D. F., Durango, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas, así como otras áreas de la Secretaría de Salud en el nivel federal.

Derivado de los trabajos de este grupo se definió un mecanismo de asignación de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 cuyo principal objetivo es converger hacia una distribución más equitativa de los recursos, manteniendo así el objetivo con respecto a la fórmula actualmente existente en la Ley. Sin embargo, la propuesta reconoce la necesidad adicional de promover una mayor participación de las entidades (esfuerzo estatal) y tomar en cuenta el desempeño en cada una de ellas.

Mediante una mayor participación del gasto estatal, se busca incrementar la cantidad de recursos disponibles para la salud. Se busca también que en el ámbito de la descentralización, tanto la Federación como las entidades prioricen la inversión en salud, y al mismo tiempo, haya un compromiso más homogéneo por parte de todas las entidades en el financiamiento de los servicios. En resumen, se busca promover que tanto la Federación y las entidades inviertan de manera conjunta en salud.

En septiembre de 2001 se obtuvo la aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud de este nuevo mecanismo, dejando así como tarea pendiente el trabajo jurídico para realizar las modificaciones pertinentes a la Ley de Coordinación Fiscal. Se consideró necesario elaborar una propuesta de indicadores intermediarios o de resultado, así como implantar una metodología para la evaluación del desempeño que garantice el seguimiento del ejercicio del gasto en términos de los objetivos del Sistema Nacional de Salud. Derivado del trabajo del GDEP, en febrero de 2002 se presentó ante el pleno del Consejo Nacional de Salud una lista de indicadores que permiten realizar comparaciones entre entidades y dar seguimiento al impacto de los servicios de salud en términos de las condiciones de salud de la población, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, aspectos relativos a la calidad técnica e interpersonal y el grado de aceptabilidad de la atención brindada, la eficiencia y sustentabilidad financiera del sistema de salud y el carácter anticipatorio o preventivo de las acciones en salud. El consenso sobre este conjunto de indicadores es un paso importante para realizar la evaluación constante del sistema de salud en sus diferentes niveles de operación y constituye un primer avance hacia la medición del desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Proyecto: Protección financiera y Seguro Popular

De septiembre a diciembre de 2001 se trabajó en el marco conceptual del Seguro Popular de Salud, así como en las estrategias de implantación del mismo. Específicamente, la Coordinación General de Planeación Estratégica trabajó en conjunto con la Dirección General de Protección Financiera y el grupo de trabajo del Seguro Popular, así como con las entidades federativas que participarían como entidades piloto en la definición de las poblaciones objetivo, el paquete de beneficios que sería ofrecido como parte del seguro, los mecanismos para afiliar a la población y la asignación de recursos federales para apoyar el arranque del programa.

Paralelamente, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha promovido la inserción del Seguro Popular como la principal estrategia para promover la incorporación de la población no asegurada a este esquema de aseguramiento en salud bajo una perspectiva de largo plazo que garantice la sustentabilidad financiera de este nuevo esquema de aseguramiento y que sea consistente con una estrategia de reorganización del Sistema Nacional de Salud por funciones. Para ello, se realizó un análisis de las fuentes de recursos actualmente existentes para la atención médica de la población no asegurada y se propuso un esquema bajo el cual el Seguro Popular constituye un marco para conjuntar los diversos recursos que se canalizan a esta población a través de diferentes programas.

Mediante esta propuesta se logrará lo siguiente: evitar duplicidades en el flujo de los recursos derivadas de la fragmentación en la manera de operar a través de programas verticales; medir la cantidad total de recursos con que se deberá contar para atender a la población afiliada al Seguro Popular en el corto y mediano plazo, y estructurar los ingresos del Seguro con base en un esquema de aportaciones en el que la Federación, las entidades federativas y las familias contribuyen de manera corresponsable y solidaria.

Proyecto: Instrumentos de colaboración sectorial

Dados los beneficios de contar con información por producto hospitalario en el Sistema Nacional de Salud, esta Coordinación impulsó una propuesta para establecer una estrategia de colaboración sectorial que permita desarrollar sistemas de información sobre la actividad hospitalaria de las diferentes instituciones sobre bases que garanticen su comparabilidad.

La necesidad de contar con una estrategia de colaboración entre las instituciones del sector se explica por la actual descoordinación que se observa en dos dimensiones: institucional y de proceso. En su dimensión institucional, se observa que los proyectos emprendidos por las diferentes instituciones se han realizado de manera aislada. Si bien, estos proyectos satisfacen las necesidades de cada institución, el aislamiento con respecto al desarrollo del resto del sector impide generar información comparable entre las instituciones, aprovechar experiencias y compartir procesos de aprendizaje.

En términos de proceso, hay un alto grado de heterogeneidad en las condiciones para implantar y explotar los sistemas de información por producto. Generar información por producto hospitalario y promover su óptimo aprovechamiento implica una serie de actividades que incluyen desde el llenado de formatos para registrar la actividad, la definición del evento que se registra, la sensibilización del personal médico para escribir legiblemente y llenar los formatos, el proceso de captura y codificación de los datos, el análisis de la información, hasta su difusión para informar la gestión clínica y la asignación de recursos para cada hospital y entre hospitales.

Se observa que las instituciones se caracterizan por contar con diferentes grados de desarrollo en cada una de estas actividades. Por ejemplo, en algunas instituciones se cuenta con mayor homogeneidad en el registro de la información lo que ha sido resultado de una mayor “institucionalización” de la normatividad en materia de informática médica así como del desarrollo de sistemas de cómputo estandarizados. En otros casos, la heterogeneidad se refleja en la problemática que enfrentan quienes realizan la tarea de codificación. Mientras que en algunas instituciones se ha identificado la necesidad de brindar mayor capacitación o elevar el nivel de preparación que se exige en el perfil de los codificadores, en otros casos se ha identificado la necesidad de dotarles de mayor material de apoyo.

Otra de las ventajas de emprender acciones de manera sectorial es aprovechar las economías/sinergias asociadas al desarrollo de actividades tales como: capacitación, desarrollo de centros de excelencia en materia de codificación, elaboración de materiales didácticos y de apoyo a las tareas de registro y codificación, entre otras. Existen oportunidades de colaboración en todas las fases del proceso para generar información por producto así como en el diseño de sus aplicaciones para la toma de decisiones. La estrategia sectorial tiene como objetivo indicar cuáles son estas áreas de colaboración y establecer un espacio que permita aprovechar las ventajas de cada una de las instituciones a favor de las desventajas.

Derivado de lo anterior, y por encargo de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General, en octubre de 2001 la Coordinación General de Planeación Estratégica inició la coordinación de las tareas del Grupo de Trabajo de Colaboración Sectorial en Materia de Gestión por Producto. Ello con el

objetivo de promover una mayor colaboración sectorial que permita optimizar la capacidad instalada y formalizar el flujo de poblaciones entre entidades federativas e instituciones públicas de salud. En este grupo participan tanto las áreas médica y financiera, así como de información y estadística de la Secretaría de Salud, del IMSS y del ISSSTE.

Como punto de partida el Grupo de Trabajo en Materia de Gestión por Producto propuso como objetivos:

- Garantizar las bases para generar información por producto hospitalario comparable entre instituciones, y
- Aprovechar sinergias que resultan de realizar acciones o tomar decisiones de manera conjunta.

Asimismo, se propuso:

- Considerar la implementación de sistemas de información por producto hospitalario como un proceso compuesto por diferentes fases.
- Compartir información y experiencias entre instituciones.
- Generar un diagnóstico de la situación en cada institución para cada una de las fases relevantes para generar información por producto hospitalario y, a partir de lo anterior, elaborar un programa de trabajo con acciones concretas para actuar conjuntamente.

Con fundamento en lo anterior, esta Coordinación elaboró un diagnóstico inicial de las tres instituciones y analizó la factibilidad de obtener información sobre el producto hospitalario, específicamente sobre egresos hospitalarios, que fuese comparable entre ellas. Los principales hallazgos de este diagnóstico fueron los siguientes:

- Se confirma la heterogeneidad observada entre instituciones en distintas fases del proceso de generación de información.
- A pesar de las diferencias en el registro de algunas variables, se cuenta con suficientes elementos para promover el desarrollo de un conjunto mínimo básico de datos hospitalarios en el sector.
- Será importante que cualquier propuesta para promover una mayor compatibilidad de la información tome en cuenta las diferencias en la manera de operar entre instituciones y hospitales, y que respete sus diferentes necesidades.
- La diversidad de personas involucradas en el proceso es un aspecto clave a considerar en cualquier esfuerzo de capacitación que busque sensibilizar sobre la importancia del buen registro y codificación de la información, así como difundir los beneficios de su uso.
- Los documentos normativos tales como manuales y normas oficiales mexicanas son instrumentos fundamentales para garantizar un registro más homogéneo.
- La consistencia y grado de homogeneidad que se observa en el registro de variables importantes, así como las iniciativas para modificar los sistemas de registro e informáticos, es en gran medida resultado del trabajo realizado durante más de 15 años por el Grupo de Información Interinstitucional (GIIS).

En virtud de que la coordinación general de los INSALUD también está trabajando para homogeneizar el registro y reporte de la información de acuerdo a los lineamientos establecidos por el GIIS y la NOM, se consideró vital incorporar su enlace con los trabajos interinstitucionales.

Asimismo, se propuso construir sobre experiencias previas y grupos consolidados de trabajo tales como el Grupo de Información Interinstitucional (GIIS) y el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades (CEMECE), e incorporar:

- Enlaces con representantes del Hospital General de México y los INSALUD.
- A las demás instituciones públicas de salud participantes en el GIIS.
- Al sector privado.

Bajo el mismo enfoque de este esfuerzo de colaboración sectorial, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha promovido la realización de estas mismas tareas en el Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Compensación en el cual participan 9 entidades (Coahuila, D. F., Hidalgo, Estado de México, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Yucatán y Zacatecas). De esta manera, se combinan las dimensiones sectorial/institucional y estatal de la colaboración en la prestación de servicios.

Los resultados a la fecha son los siguientes:

- Se incorporó al Proyecto de Norma Oficial Mexicana en materia de información en salud la definición de un conjunto básico de datos hospitalarios que permite identificar las características esenciales del egreso para agruparlo con base en su complejidad clínica.
- En el marco del GIIS y del CEMECE se han consensado criterios para el registro y codificación de información relacionada con el egreso hospitalario.
- Se compiló información sobre los costos por producto hospitalario disponibles en las instituciones y entidades federativas. Con base en esta información se propondrá consensar una lista de productos hospitalarios que funcione como mínimo común denominador para efectos de convenios de colaboración a futuro y se establecerán las estrategias correspondientes para garantizar la comparabilidad en los costos reportados, así como para promover el intercambio de experiencias en materia de costeo entre instituciones y entidades.
- Se compiló información que documenta la existencia de convenios o acuerdos sobre la prestación de servicios en algunas entidades. Con base en esta información se propondrá un marco general de referencia para la futura elaboración de este tipo de convenios entre instituciones y entre entidades federativas.

Proyecto: Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud

Con el objetivo de estudiar en profundidad la relación entre las políticas de salud y las políticas económicas, así como también realizar trabajos de investigación que permitan ahondar sobre la situación del y de la salud de los mexicanos, la Coordinación General de Planeación Estratégica impulsó la constitución de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS). Esta Coordinación funge como el Secretariado Ejecutivo de la CMMS desarrollando tareas de coordinación de las actividades de la CMMS, producción de documentos informativos para uso interno, compilación de información necesaria para el desarrollo de los trabajos de investigación y fomento de la interrelación entre los miembros de la CMMS. La creación de la CMMS se encuentra alineada con el esfuerzo internacional iniciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2000, año en que fundó la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS). Una vez finalizados los trabajos de dicha Comisión, en sus recomendaciones a los miembros de la OMS figuró la de establecer comisiones a nivel nacional a fin de llevar a cabo estudios similares a los que ésta produjo.

El trabajo de la CMMS se enfocará a estudiar en profundidad la relación entre la salud y el desarrollo económico en México. Este objetivo se alcanzará con la búsqueda de alternativas que coadyuven a lograr consistencia entre las políticas económicas y las de salud, la identificación de sinergias entre éste

y otros sectores, y la generación de mecanismos que permitan mejorar la coordinación dentro del y entre sus instituciones. Asimismo, y dentro del marco dado por la relación entre elevar el nivel de salud de la población y el desarrollo económico, la CMMS dedicará su labor a identificar intervenciones de salud prioritarias y los mecanismos financieros para solventarlas, a establecer un conjunto de intervenciones costo efectivas para la población en general financiadas con recursos públicos, y a definir objetivos cuantitativos para reducir los rezagos en salud con base en modelos epidemiológicos. Esta labor de la CMMS contribuirá a colocar a la salud como un tema prioritario en la agenda de gobierno y a su vez, proporcionará herramientas útiles que puedan fungir como recomendaciones para tomadores de decisiones tanto dentro del sector público como del privado.

En relación al funcionamiento del a CMMS, se ha establecido que su mandato sea de dos años. Finalizado este período se presentará un informe con las conclusiones de su trabajo de investigación, las que incluirán a su vez, un cuerpo de recomendaciones. La CMMS está integrada por comisionados quienes trabajarán en grupos por temas de interés. Cada uno de estos grupos producirá un trabajo final cuyos principales resultados estarán plasmados en el informe general que será de público conocimiento.

Proyecto: Sitio Web de la Secretaría de Salud

Se integró un Comité de Internet con la participación de las áreas prioritarias de la SSA. Se desarrollaron e insertaron en el sitio *Web* de la Secretaría nuevas secciones con información relevante en salud, entre las cuales destacan las siguientes: planeación, estadísticas en salud, seguro popular de salud, gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud, información de medicamentos, transparencia de la información y página del secretario. Asimismo, con el objeto de aprovechar los servicios de Internet para proporcionar servicios de salud en línea con contenido social, se desarrollaron y pusieron en marcha diversas aplicaciones interactivas, entre las cuales por su importancia se pueden mencionar el banco de precios de medicamentos, una base de datos sobre eventos en salud, información y servicios sobre adicciones, consulta de información sobre servicios e infraestructura de unidades médicas, consulta ciudadana, transplante de órganos y el documento Salud: México 2001 con información para la rendición de cuentas.

Con el fin de mejorar la imagen del sitio y simplificar el acceso a la información y a los servicios, se rediseñaron la mayoría de las páginas del sitio y se modificó su estructura, además de fortalecer el sistema de seguridad y definir los lineamientos básicos de operación. Como resultado de lo anterior, el sitio de la Secretaría de Salud ha cumplido con sus funciones de difundir las metas, programas y políticas de la SSA, apoyar la instrumentación de acciones de la Secretaría, facilitar la difusión de información en salud, difundir las actividades por parte de las áreas, instrumentar servicios interactivos de salud en línea y facilitar la comunicación entre los trabajadores de la salud, y la población en general. Tales resultados se resumen en mejores contenidos, homogeneidad en imagen y estructura, así como un incremento del 28 por ciento en el promedio mensual de accesos.

Otras actividades

Como parte del análisis del financiamiento del Sector Salud y sus perspectivas a mediano plazo, la Coordinación General de Planeación Estratégica realizó un análisis de la situación financiera del Sector Salud. Como resultado, se documentó la existencia de desequilibrios financieros que reflejan la persistencia de inequidades en el financiamiento para la salud entre la población derechohabiente y no derechohabiente, entre entidades federativas y según fuentes del gasto en salud. Como resultado, se hizo patente la

necesidad de hacer una propuesta de reforma estructural del financiamiento para la salud que promueva un mayor flujo de recursos públicos para la salud, que reduzca la incidencia del gasto de bolsillo y que promueva una mayor equidad entre instituciones y entre entidades. Así, durante el primer semestre del año esta Coordinación trabajó en el diseño de una nueva estructura financiera para el Sector Salud, en la que se retomaron e incorporan los objetivos de trabajos previos tales como fórmula de asignación de recursos FASSA y Seguro Popular en términos de equidad, promoción del gasto estatal, medición del desempeño y protección financiera, de acuerdo a los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Coordinación ha impulsado este proyecto mediante una constante interacción y retroalimentación con las principales instituciones de seguridad social, con SEDESOL, la SHCP, la oficina de la Presidencia, así como con las entidades federativas.

La Coordinación definió las estrategias básicas para la implantación de esta reforma financiera y ha articulado la participación de las áreas relevantes de la Secretaría de Salud, así como de otros sectores de la Administración Pública Federal. Particularmente, ha consensuado esta propuesta con SEDESOL, con el IMSS, el ISSSTE, con legisladores y con funcionarios de las secretarías de Finanzas de las entidades federativas. Ello con el fin de impulsar la propuesta en el ámbito federal y estatal bajo un enfoque de consistencia en la política de salud. Asimismo, ha realizado las estimaciones correspondientes a la reestructuración de los recursos destinados a la atención médica de la población no asegurada, así como aquellos destinados al conjunto de la población a través de actividades de salud pública, investigación y rectoría del sistema de salud. Como resultado de lo anterior, la Coordinación ha propuesto la reorganización de los recursos asignados a esta Secretaría a través del Ramo 12 bajo cuentas correspondientes a cada una de las actividades señaladas, identificando aquellos recursos susceptibles de ser sumados a la estrategia de protección financiera propuesta bajo el esquema de aseguramiento del Seguro Popular de Salud y mediante los cuales se organizará la prestación de servicios personales de salud bajo las diferentes modalidades de operación de dicho esquema.

Conforme al objetivo del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en materia de rendición de cuentas, la Coordinación coordinó la organización del Foro Temático de Protección Financiera llevado a cabo en el marco del Foro Ciudadano de la Salud en el que se presentó el Informe Salud: México 2001 el pasado 23 de julio. Para la organización de dicho foro, la Coordinación elaboró de manera conjunta con la Dirección General de Protección Financiera la propuesta de ponentes y temas. Estas áreas fueron responsables de los aspectos logísticos y de organización del evento, al cual asistieron más de 270 personas, representando diversos ámbitos del Sector Salud y otras esferas de gobierno, de la academia y de la sociedad civil. El intercambio de experiencias y la presentación de información relacionada con las estrategias de protección financiera planteadas para la actual Administración por esta Secretaría fueron favorablemente recibidas por parte de los asistentes. De la opinión recabada a partir de un buzón expresamente destinado para ello durante la realización del foro, se concluye que este tipo de eventos es fundamental para desarrollar un debate más informado con los diferentes representantes de la sociedad civil, así como de diferentes instancias gubernamentales en sus diferentes niveles, y por lo tanto retroalimentar el diseño e implantación de políticas públicas en el Sector Salud.

En el ámbito de la definición de la política social en su conjunto, la Coordinación General de Planeación Estratégica participó activamente como interlocutor de esta Secretaría en los grupos técnicos que apoyan las labores del Gabinete de Desarrollo Social. Mediante esta participación, la Coordinación ha promovido las políticas planteadas por esta Secretaría a partir del Programa Nacional de Salud 2001-2006, garantizado así su inclusión en la agenda social. Asimismo, la Coordinación participa activamente en la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General promoviendo estrategias

que permitan una mayor interacción entre las instituciones públicas de salud y fomentando que las políticas sectoriales sean consistentes con los objetivos del Sistema Nacional de Salud. Específicamente, la labor de esta Coordinación se ha enfocado a impulsar esquemas innovadores de colaboración que garanticen el aprovechamiento.

Asimismo, derivado de las conclusiones del análisis de la situación financiera del Sector Salud, en el que se denota la necesidad de aumentar considerablemente el gasto de inversión, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha explorado distintos esquemas de financiamiento para la inversión que pudiera generar parte de los recursos físicos necesarios para enfrentar los rezagos existentes y el reto derivado de la transición epidemiológica. En este sentido, como resultado de distintas reuniones de trabajo con la Oficina de Políticas Públicas de Presidencia de la República, la Unidad de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y la Subsecretaría de Administración y Finanzas, se ha concluido la conveniencia de llevar a cabo algunos proyectos mediante un esquema innovador de inversión: Proyectos para la Prestación de Servicios (PPS). Para ello, se ha diseñado un vehículo financiero que potencializa las ventajas de este nuevo esquema de financiamiento a través de la colaboración sectorial y un mejor manejo de riesgos asociados a gastos catastróficos en la atención de padecimientos de alta especialidad.

Como parte de la participación de México como país miembro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la coordinación general de Planeación Estratégica representa a la Secretaría de Salud como cabeza de sector en diversos proyectos realizados por este organismo en el área de la salud. Específicamente, y en el marco de la Proyecto de Salud OCDE, mediante el trabajo de esta Coordinación, se han identificado áreas de oportunidad para que México participe activamente en este proyecto, mediante el cual se recopilará información relevante para informar la definición de políticas de salud en los siguientes temas: equidad, eficiencia en el uso de recursos y desempeño del sistema de salud.

Además de proporcionar información útil para entender y mejorar el funcionamiento del en México, mediante este estudio contribuiremos al debate internacional en estos temas, y será posible que otros países se beneficien de conocer la experiencia del caso mexicano, podremos obtener información relevante sobre las experiencias en otros países con lo que se podrá informar mejor el diseño de políticas de salud.

La CGPE ha coordinado y facilitado los trabajos del Grupo de Tabaco en el que participan la CONADIC y el INSP. El objetivo de este grupo es documentar la definición de políticas en materia de consumo de tabaco, principalmente aquellas que permitan medir la magnitud del problema del tabaquismo en México, los costos asociados al consumo del tabaco y las perspectivas para promover políticas fiscales saludables en la materia.

7.1 Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

De acuerdo con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud corresponde a la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED) coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Salud conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes, así como emitir las normas para la elaboración y actualización de la información estadística en salud y vigilar su cumplimiento. Asimismo, a la DGIED le corresponde evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud en cuanto al nivel y distribución entre la población de la condiciones de salud y trato adecuado, y en cuanto a la equidad en el financiamiento, así como, en su caso, analizar y proponer alternativas.

La Dirección General cuenta con 1 dirección general adjunta, 4 direcciones de área, 9 subdirecciones, 10 jefaturas de departamento y 1 secretario particular.

Para organizar sus actividades la DGIED estableció cuatro proyectos en la apertura programática de 2002, que son:

- Revisar, actualizar y modernizar el Sistema Nacional de Información en Salud.
- Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.
- Evaluación del Sistema Nacional de Salud.
- Medición de la Carga de la Enfermedad en México.

Tal como lo establece el Programa Nacional de Salud, 2001-2006 en su estrategia Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, se elaboró, publicó y difundió el Programa de Acción del Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006.

Se actualizó del Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud para garantizar el suministro de información que permita consolidar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Esta actividad se llevó a cabo mediante un proceso de la consulta entre instituciones del sector público, del sector privado y de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y mediante un taller de revisión con los integrantes del Grupo Interinstitucional de Información.

Asimismo, se elaboró el anteproyecto de Manifestación de Impacto Regulatorio que acompaña a la Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud y que se presentó ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

El Grupo Interinstitucional de Información en Salud, que coordina la Dirección General, realizó en este período seis sesiones ordinarias y dos extraordinarias. Asimismo elaboró y aprobó el programa de trabajo para el año 2002. En su seno se crearon dos de los tres componentes del Grupo de Trabajo en Materia de Gestión por Producto Hospitalario según lo estableció la Junta Ejecutiva del Consejo Nacional de Salubridad General: 1) Subgrupo de Registro de la Actividad Hospitalaria y Sistema de Información Médica, y 2) Subgrupo de Codificación de Diagnósticos y Procedimientos, los cuales han iniciado su programa de trabajo.

Del 1º de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002 el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades llevó a cabo seis reuniones con el grupo asesor interinstitucional para resolver problemas de codificación y evaluar algunos aspectos sobre calidad de las estadísticas nacionales e impartió 12 cursos sobre codificación de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina, para un total de 434 alumnos, de los cuales cinco fueron paramédicos y codificadores de Colombia por invitación del Ministerio de Salud. A partir de mayo de 2002, el Centro se ha integrado al proyecto de certificación de la competencia laboral de los codificadores con objeto de contribuir de manera más efectiva a elevar la calidad de las estadísticas sobre mortalidad, morbilidad y procedimientos médicos. Para ello se estableció, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la coordinación con el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER), organismo dependiente de la SEP y de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que tiene a su cargo estos proyectos. Se encuentra en desarrollo la norma técnica de competencia laboral para el codificador en salud, por lo que el CEMECE inició la actualización del registro nacional de codificadores.

El Centro ha continuado aportando su experiencia en el *Forum* Internacional para la CIE, coordinado por la OPS/OMS, a fin de difundir y promover el uso adecuado de la CIE y asesorar a los usuarios. Con

esa organización se concluyó el desarrollo del Intercod, que consiste en un método de enseñanza del uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por computadora, que ha sido traducido a otros tres idiomas y lanzado en julio de 2002. Ha contribuido asimismo con 22 aportaciones con propuestas de solución sobre problemas específicos vía internet.

Por primera vez el CEMECE asistió a la Reunión Internacional de Centros colaboradores de la OMS en la clasificación internacional de enfermedades, no como observador, sino como participante activo y presentó ante el pleno el resultado de los efectos de la implantación de la CIE-10 en los accidentes de tráfico de vehículo de motor. El CEMECE fue invitado a participar en los subgrupos de trabajo sobre capacitación de codificadores y mortalidad. Se han elaborado los términos de referencia para que el CEMECE sea incorporado como Centro Regional de la OMS para la CIE.

En este mismo tenor, se elaboró el documento Guía de Autoaprendizaje para el Llenado Correcto del Certificado de Defunción, que ha sido distribuido vía internet y a las instituciones del sector y entidades del país para darlo a conocer a los médicos con el fin de promover el mejoramiento del registro de las defunciones y contribuir también a elevar la calidad de las estadísticas sobre daños a la salud.

Como resultado de la resolución 54.21 de la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2001 y siendo México país miembro de la OMS, se formó el grupo promotor de la Red Mexicana de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Este grupo, constituido por representantes de las instituciones del sector público y de los Institutos Nacionales de Salud, se reúne regularmente para organizar la formación de la Red Mexicana, la capacitación en la CIF, la factibilidad de aplicación de la CIF en México y el posible lanzamiento de la CIF en México para 2003. El grupo promotor se ha unido a la Red Latinoamericana de la CIF y está organizando una reunión internacional para febrero de 2003.

En breve se publicará un documento que mostrará los mejores desempeños con relación a las estadísticas de mortalidad. Para el análisis se construyeron indicadores por entidad federativa que dan cuenta de la cobertura, temporalidad, oportunidad y confiabilidad de la información.

Con apoyo financiero de la OPS y la participación de representantes del Instituto Nacional de Salud Pública, del *Population Council*, de la Dirección General de Salud Reproductiva y de la Dirección General de Epidemiología, la DGIED formó un grupo de trabajo para el estudio de la mortalidad materna en México. Esta iniciativa busca mejorar la calidad del registro a través del análisis de los certificados de defunción y la realización de autopsias verbales. Este estudio está diseñado para que participen todas las entidades federativas del país. En mayo de 2002 inició sus funciones el grupo de trabajo de mortalidad, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la calidad de esta estadística. En el colaboran ocho entidades federativas. Entre los temas que se han revisado destacan las causas que interfieren en la oportunidad, los procedimientos aplicados para su elaboración y la problemática de los recursos humanos destinados en cada fase de la generación de información.

Se construyó un modelo para proyectar la población por entidad federativa y municipio utilizando los totales de las proyecciones del CONAPO. Además, se llevó a cabo un ejercicio de estimación de la población derechohabiente y no derechohabiente por entidad federativa de residencia a partir del XII Censo de Población y Vivienda, 2000. Posteriormente se elaboró una estimación por grupos quinquenales de edad y sexo a nivel municipal. Ambas herramientas permiten contar con estimaciones de población total y por condición de derechohabiencia hasta nivel municipal, aspecto de vital importancia en los procesos de planeación e instrumentación de políticas. Tanto los resultados como los procedimientos empleados fueron publicados en una síntesis ejecutiva titulada "Poblaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud de México: definición y construcción".

Se reanudó el programa de supervisión a los servicios estatales de salud. Hasta ahora se han realizado visitas de asesoría a Baja California, Chiapas, Durango, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz para revisar los registros de morbilidad, mortalidad, recursos, servicios otorgados y estadística de medicina privada. Además se han revisado los adelantos tecnológicos que en cada uno de los SESA's se incorporan a la generación de información, a efecto de orientar los esfuerzos aislados y establecer los canales de comunicación para compartir las experiencias exitosas. Durante las visitas, además, se ha puesto a consideración los elementos desarrollados al interior de la Dirección como son: los indicadores de cobertura, temporalidad, oportunidad y confiabilidad de la estadística de mortalidad; las estimaciones de población según condición de derechohabiencia, con lo cual se aportan elementos para la integración de las estadísticas.

En cuanto a la encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización correspondiente al año 2001, se terminó la fase del levantamiento a nivel nacional, iniciando el procesamiento de la estadística respectiva, misma que se difunde en el Boletín Estadístico Sectorial.

Se integró la información para el Boletín Estadístico 20, correspondiente al año 2000 y se procedió a la compilación de datos para el Boletín Estadístico No. 21. Además del inicio de la actualización del Manual de Fuentes y Métodos, el Directorio Nacional de Unidades Médicas y el tríptico de Indicadores Básicos 2001.

Por lo que se refiere al Sistema de Información en Salud (SISPA) pueden destacarse las siguientes actividades:

Durante el mes de septiembre de 2001 se llevó a cabo la reunión nacional del Sistema de Información en Salud con la participación de 100 personas del área de estadística, de evaluación y de planeación de las 32 entidades federativas, en la cual se sometió a consulta las propuestas de actualización del SISPA a las necesidades de información surgidas a raíz del replanteamiento de prioridades y actividades en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

A partir del mes de enero del 2002 se implementó la versión actualizada del SISPA, que incorpora los cambios necesarios para los programas operativos, entre los que destaca el Sistema Automatizado para la estadística de lesiones, la integración de variables sobre la derechohabiencia al Seguro Popular y el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas.

Se recibieron las bases de datos y las cédulas del Registro Nacional de Infraestructura en Salud de las unidades aplicativas en los estados para actualizar la información de recursos materiales, físicos y humanos con que cuenta la SSA al 31 de diciembre del 2001. Se realizó el cierre del año estadístico 2001, con cifras definitivas acerca de las actividades realizadas en la atención de la salud de la población. Además hasta el momento se tiene disponible la información de enero-junio del 2002 con cifras preliminares.

El programa editorial se innovó con la incorporación de Síntesis Ejecutivas, documentos que dan a conocer de manera breve los avances o desarrollos de temas de interés para los mandos superiores de la propia Secretaría y de otras instituciones del sector, durante el período que se informa se editaron las siguientes: a) Poblaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud de México: Definición y Construcción, b) Nacimientos por cesárea en México y c) Gasto público en salud, 1999-2000.

En la Revista de Salud Pública de México se entregaron cinco temas para la sección de estadísticas: a) Estadísticas de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud, 2000; b) Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud, 2000; c) egresos hospitalarios del sector público

del Sistema Nacional de Salud, 2001; d) Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000; e) Indicadores para la evaluación de los Sistemas de Salud.

En la parte de difusión se distribuyeron: el Anuario Estadístico 1999 y 2000; Mortalidad 1999; Estadísticas Vitales 1999; Boletín Estadístico No. 19, tres volúmenes; el Programa de Acción de Información en Salud 2001-2006; el Programa en Materia de Evaluación del Desempeño; las 3 Síntesis Ejecutivas. En cuanto a los Certificados de Defunción se repartieron en este período un millón certificados de defunción y 40 mil de muerte fetal, así como la Guía de Autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud; y un tiraje especial de la Clasificación de Procedimientos en Medicina (CIE9-MC).

En este apartado también se diseñó la página electrónica de Estadísticas en Salud, que contiene además de la información sectorial, algunas publicaciones de esta Dirección General en formato *pdf*, y las bases de datos de mortalidad. Asimismo se han atendido solicitudes de información por correo electrónico.

Se está culminando un estudio del subregistro de defunciones a partir de ENADID92 y ENADID97, mismo que será presentado a manera de Síntesis Ejecutiva.

En cuanto a la integración de publicación de carácter general, se completaron el Anuario Estadístico de Mortalidad 2000, las Estadísticas Vitales 2000 y las Cifras Municipales 2000, mismas que se han distribuido en medios electrónicos.

Proyecto: Medición de la Carga de la Enfermedad

Se trata de un proyecto de nueva creación en la Secretaría de Salud que basa sus actividades en el desarrollo del análisis de las estadísticas generadas en la DGIED. Las principales actividades desarrolladas van dirigidas a la Medición de la Carga de la Enfermedad en México, a la medición de varios indicadores de la evaluación del desempeño del sistema de salud y al apoyo del Seguro Popular en la formulación del paquete de intervenciones.

Con respecto a la Medición de la Carga de la Enfermedad se realizó un taller de 40 horas en el Instituto Nacional de Salud Pública con 34 participantes de diferentes instituciones y entidades federativas. Además, se construyeron las bases de datos necesarios para el análisis de los Años de Vida Saludable (AVISA) para las 32 entidades federativas. En relación con la medición de indicadores de resultado del desempeño del sistema de salud se generaron estimaciones de Esperanza de Vida Saludable para 32 entidades federativas por sexo para el año 2000. Se reprodujo la metodología empleada por la OMS para la medición de la desigualdad en salud y se construyó un índice de desigualdad en salud inter-individual basado en las diferencias en el tiempo esperado de sobrevivencia en menores de 2 años a nivel estatal en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID 1997) y el Censo Nacional de Población 2000. Este análisis fue realizado en dos períodos de tiempo e incluye un análisis de la descomposición de los determinantes que originan la desigualdad en salud a nivel estatal en ambas encuestas a través del tiempo.

En paralelo con la OMS se está desarrollando la medición de la cobertura efectiva de las 18 intervenciones más importantes en salud (5 preventivas y 13 curativas) para medir la cobertura efectiva del sistema de salud a nivel nacional.

Bajo este mismo proyecto se apoyó al Seguro Popular en Salud mediante el desarrollo del Paquete de Beneficios Médicos del Seguro Popular y el costeo de las intervenciones seleccionadas. El producto

obtenido de este ejercicio son dos documentos que contienen el desarrollo de las guías clínico-terapéuticas de las intervenciones en salud y el costeo de cada una de las intervenciones que configuran el paquete de beneficios. Este listado aparece publicado en las reglas de operación del Seguro Popular en Salud y representa los servicios de salud a los que tienen derecho los asegurados. Este estudio se complementará con el análisis de la efectividad de cada una de las intervenciones, lo que permitirá realizar una evaluación económica de las intervenciones seleccionadas mediante la razón costo-efectividad.

El programa de trabajo estableció dos componentes de evaluación: la evaluación de los programas y servicios, y la evaluación del desempeño del sistema de salud.

El primer componente tomó como base la revisión y actualización la lista de Indicadores de Resultado definido por el Consejo Nacional de Salud (CNS) en 1998. Al respecto, el CNS nombró a varios de sus miembros para formar un grupo de trabajo que coordinara la definición de la nueva lista de indicadores. Este grupo trabajó en coordinación con la DGIED y representantes de las áreas centrales de la SSA, y generó una nueva lista de 58 indicadores que fue aprobada por el CNS en junio de 2002. Los indicadores de esta lista que lo permitan serán desagregados por sexo.

Un primer producto relacionado con estos indicadores es el informe Salud: México 2001. Información para la Rendición de Cuentas, que se presentó en el Foro Ciudadano de la Salud en julio de 2002.

Para el segundo de los componentes se definieron cinco indicadores que miden el desempeño del sistema respecto del nivel de logro y eficiencia en los objetivos intrínsecos o finales del sistema de salud, a saber: mejorar las condiciones de salud de la población (nivel y distribución), responder a las expectativas no médicas de las personas (nivel y distribución) y asegurar la justicia en el financiamiento. En el primer semestre de 2002 se generaron cifras nacionales del año 2001 para los siguientes indicadores: esperanza de vida saludable, índice de trato adecuado y porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2000). El trabajo alrededor de estos dos últimos indicadores dio lugar a dos Síntesis Ejecutivas que están en proceso de distribución. En el segundo semestre de 2002 se realizará una Encuesta Nacional de Evaluación que permitirá generar información para generar los valores de estos indicadores para los 32 sistemas estatales de salud.

La DGAED también participó en la Reunión Nacional de Responsables de Información. Durante dicha reunión se presentó el marco conceptual y las metodologías que habrán de utilizarse en las tareas de evaluación. Asimismo, esta dirección organizó, en los meses de abril y mayo de 2002, cuatro reuniones regionales de evaluación para discutir de nueva cuenta el marco conceptual y las estrategias de evaluación de la presente administración con los encargados estatales de estas tareas.

En la Reunión Internacional de Evaluación del Desempeño a Nivel Sub-nacional, organizada por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la SSA, que se llevó a cabo en Oaxaca en el mes de abril de 2002, se presentaron los avances del trabajo de evaluación desarrollado por la DGAED, en particular lo referente a trato digno y protección financiera.

En este rubro se asistió a un curso de capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud en Barbados, organizado por la Red Interamericana en Políticas de Salud "José Luis Bobadilla", con el objetivo de afianzar todos los elementos conceptuales necesarios para implementar las cuentas en salud a nivel nacional y estatal. Durante el curso se logró establecer contactos con OPS y OMS. En el primer trimestre de 2001 se produjeron los primeros informes sobre gasto público en salud para los años 1999, 2000 y 2001. Las cifras de los dos primeros años dieron lugar a una Síntesis Ejecutiva disponible en la página de la SSA en Internet.

Se llevaron a cabo presentaciones sobre la importancia de las Cuentas Estatales de Salud en tres estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco y Morelos. Como resultado se logró acordar la participación de estas entidades en un proyecto piloto sobre cuentas nacionales y estatales de salud. Posteriormente, se consideró a Oaxaca dentro de este grupo. Se obtuvieron recursos a través de la Red José Luis Bobadilla para que los representantes de los estados asistieran a un curso de Cuentas Nacionales de Salud en Panamá. Esta medida permitió hacer más ágil y eficiente el ejercicio de Cuentas Estatales de Salud. Se han realizado tres reuniones de trabajo con los estados piloto: dos en el D. F. y una en Oaxaca. Se lograron importantes acuerdos en torno a la metodología que se utilizará. Los estados mostraron avances importantes en los resultados, tanto en la creación de comités estatales de información financiera como en el llenado de las matrices de gasto. Inclusive, han incorporado dentro de su presupuesto el proceso de creación de un Sistema Estatal de Cuentas de Salud.

Con el propósito de compartir la experiencia de los estados piloto a las demás entidades federativas, se realizará un curso de Cuentas Nacionales de Salud en el marco del Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública con la participación de 28 alumnos.

Al 31 de agosto, se cumplió con la publicación, como parte del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, de las cifras nacionales de gasto en salud para los años 1999-2001, y del Índice de Protección Financiera. Con ello se da cumplimiento también a los compromisos establecidos con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económica, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. La información puede consultarse dentro del Informe Salud: México 2001 y en la página de internet de la Secretaría. En el marco de la Declaración Conjunta entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud de Canadá se acuerda establecer mecanismos de cooperación relacionados con la evaluación del desempeño y los Sistemas de Cuentas Nacionales de Salud. Asimismo, se ha obtenido el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud para la capacitación de personal de manera que la experiencia mexicana pueda transmitirse al resto de la región.

Se espera contar con los manuales de procedimientos de Protección Financiera y de Cuentas Nacionales de Salud a mediados del mes de septiembre, así como presentar un informe del resultado del ejercicio de Cuentas Estatales de Salud en el mes de noviembre.

Otras actividades

Subcomisión Técnica de la Comisión Intersecretarial de la Clave Única de Registro de Población

Con el objeto de dar cumplimiento al Acuerdo de Gabinete GP 131101-XX del 13 de noviembre del 2001, que dispone que las dependencias y entidades de la administración pública federal deberán dar carácter definitivo y obligatorio a la adopción y uso de la Clave Única de Registro de Población, la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, en representación de la SSA, cumpliendo con los compromisos del primer semestre de 2002, entregó el Programa de Trabajo correspondiente, informando que el 88 por ciento del personal bajo la coordinación de la SSA cuenta con la CURP, dándose continuidad al proceso de dar de alta al personal de nuevo ingreso e identificando al personal que carece de este. A la fecha se tiene incorporada la Clave Única de Registro de Población en 7 formatos oficiales de la dependencia.

Tablero de Control

La SSA como parte del Gabinete de Desarrollo Humano y Social, a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, participa en el Comité Técnico que integra y elabora los indicadores de salud para el Tablero de Control. El Tablero de Control constituye un instrumento que da seguimiento a los principales asuntos de desarrollo humano y social, entre ellos la salud. Se reportan mensualmente 16 indicadores.

7.2. Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en su artículo 33 señala que a la Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud (DGADPS), corresponde entre otras atribuciones y responsabilidades: 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, asimismo, 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 la DGPOP, desarrollar nuevos modelos de organización.

La Dirección General se apoyó en 1 dirección general adjunta; 4 direcciones de área; 5 subdirecciones y 1 secretario particular. Para el período que nos ocupa la DGADPS señaló tres procesos/proyectos, como prioritarios:

- Diseñar la fórmula para la asignación equitativa de recursos con las entidades federativas.
- Planeación estratégica y vinculación con la programación.
- Diseñar políticas y coadyuvar en la implementación de diversos proyectos: Seguro Popular de Salud, Municipalización de Servicios de Salud, Gestión por Contrato, Convenios de Colaboración y Alianzas de Salud.

El desarrollo de las acciones para cumplir con esos compromisos, rindieron los siguientes resultados:

Proyecto: Sistema de Planeación Estratégica (SPE)

En coordinación con la Oficina de Planeación y Desarrollo Regional de la Presidencia de la República, en la Dirección General de Epidemiología, se desarrolló la prueba piloto, en el ámbito de la APF, del Sistema de Planeación Estratégica (SPE) obteniéndose excelentes resultados, que derivaron en la retroalimentación del Sistema para una mejor aplicación en las dependencias y entidades de la APF.

Asimismo, se elaboró el reporte Integral a la Presidencia de la República de los procesos y proyectos a desarrollar durante el período 2002-2006, que fue considerado como base para definir la Nueva Estructura Programática de la SSA. Cabe hacer mención que los objetivos estratégicos de la SSA, en razón de este reporte, quedaron vinculados con el presupuesto de la Secretaría, guardando una correcta alineación con las estrategias del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Proyecto: Seguro Popular de Salud

Se participó dentro del grupo responsable de la estrategia de la afiliación al Seguro Popular, aportando la conceptualización y esquema de la afiliación, así como los contenidos de la tarjeta de identificación de los asegurados y derechohabientes, para los efectos de la prueba piloto.

Proyecto: Municipalización de los Servicios de Salud

La Dirección General, forma parte del grupo de trabajo *ad-hoc* que se creó en el seno del Consejo Nacional de Salud, y en particular desarrolló y aplicó una encuesta-cuestionario en las entidades federativas, con el fin de conocer el clima que prevalece en el país respecto a la municipalización de los servicios de salud.

En coordinación con el Secretariado Permanente del Consejo Nacional de Salud, se realizó el encuentro técnico “Municipalización de los Servicios de Salud”, en el que participaron ponentes de la OPS, asociaciones de municipios, catedráticos universitarios, congresistas de ambas cámaras, entidades federativas y funcionarios de la SSA. Los resultados obtenidos han permitido desarrollar el proyecto de la municipalización con pasos más firmes, bajo un esquema conceptual que establece criterios para concretar este proyecto, de manera asimétrica, bajo principios de subsidiaridad y corresponsabilidad.

Proyecto : Gestión por Contrato

Se realizó la conceptualización del proyecto, donde se sentaron sus bases y características. Se realizó el encuentro técnico “Papel de la gestión por contrato en la reforma del Sector Salud”, con la participación de la OPS, consultores internacionales, funcionarios públicos de la SHCP y de la SSA.

En este sentido se firmó el primer convenio de desempeño en la SSA con el INER, logrando de esta manera un compromiso de ese Instituto para conseguir y mantener la excelencia, obteniendo a su vez prerrogativas que le eximen de turbulencias presupuestales, siempre y cuando cumpla con los compromisos establecidos en el convenio.

Proyecto: Acuerdos de Coordinación

Se diseñaron los acuerdos tipo, que fueron revisados por la Dirección General de Asuntos Jurídicos, asimismo en particular se elaboró el Acuerdo de Coordinación para el Federalismo Cooperativo, habiéndose enviado a cinco entidades federativas para sus comentarios y retroalimentación. Esto ha brindado la oportunidad de establecer negociaciones para fijar las nuevas “reglas del juego” del nuevo federalismo, lejos de tuteladas y paternalismos, invocando la democracia reinante en el país y respetando cabalmente el Pacto Federal.

Proyecto: Convenios de Colaboración. Alianzas de Salud

Se ha impulsado el proceso de colaboración del Sector Salud, a través de diversos mecanismos e instrumentos:

- Desarrollo del Memorando de Entendimiento entre la SSA, IMSS e ISSSTE.
- Impulso a la realización de convenios de colaboración para la prestación de servicios de salud entre dichas instituciones.
- Recopilación y análisis de convenios de colaboración existentes en el país.
- Diseño de esquemas de compensación entre instituciones.

Otras actividades

También se realizaron otras acciones que han contribuido al cumplimiento de los objetivos de la DGADPS y por ende de los de la coordinación general de Planeación Estratégica, titular y responsable del impulso de la estrategia a nivel sectorial. Dentro de estas otras acciones se destacan:

Programas de Acción derivados del Programa Nacional de Salud

Revisión de contenidos de los 44 programas de acción, retroalimentando a las áreas autoras de los mismos, bajo la visión de un esquema homogéneo de presentación y un análisis de congruencia en sus contenidos. Como resultado se logró la publicación de 39 programas de acción y diez programas específicos de Salud Mental.

PLANESALUD

Se ha detectado la necesidad de homogeneizar los avances en los procesos de planeación estratégica en el ámbito de los servicios estatales de salud. Esto se ha realizado a través de la divulgación de experiencias en la materia entre las propias entidades federativas; la integración de un grupo de trabajo de directores de planeación de los servicios estatales de salud y la celebración del encuentro técnico “PLANESALUD”.

Federalismo

La DGADPS ha participado en las mesas de federalismo convocadas por la SEGOB con las entidades federativas. Así también se participó en el proyecto de autodiagnóstico de los municipios en materia de salud con el CEDEMUN.

Se ha satisfecho la necesidad de información del, CEDEMUN, respecto al proceso de descentralización de la SSA, que ha servido como ejemplo y en algunos casos como modelo para el proceso de otras entidades de la AP.

Apoyo al ISSSTE en reformas al sistema de salud

La DGADPS se encuentra actualmente brindando asesoría y ayuda al área financiera del ISSSTE para el diseño e implantación de los contratos de gestión con sus unidades hospitalarias regionales.

Frontera Norte

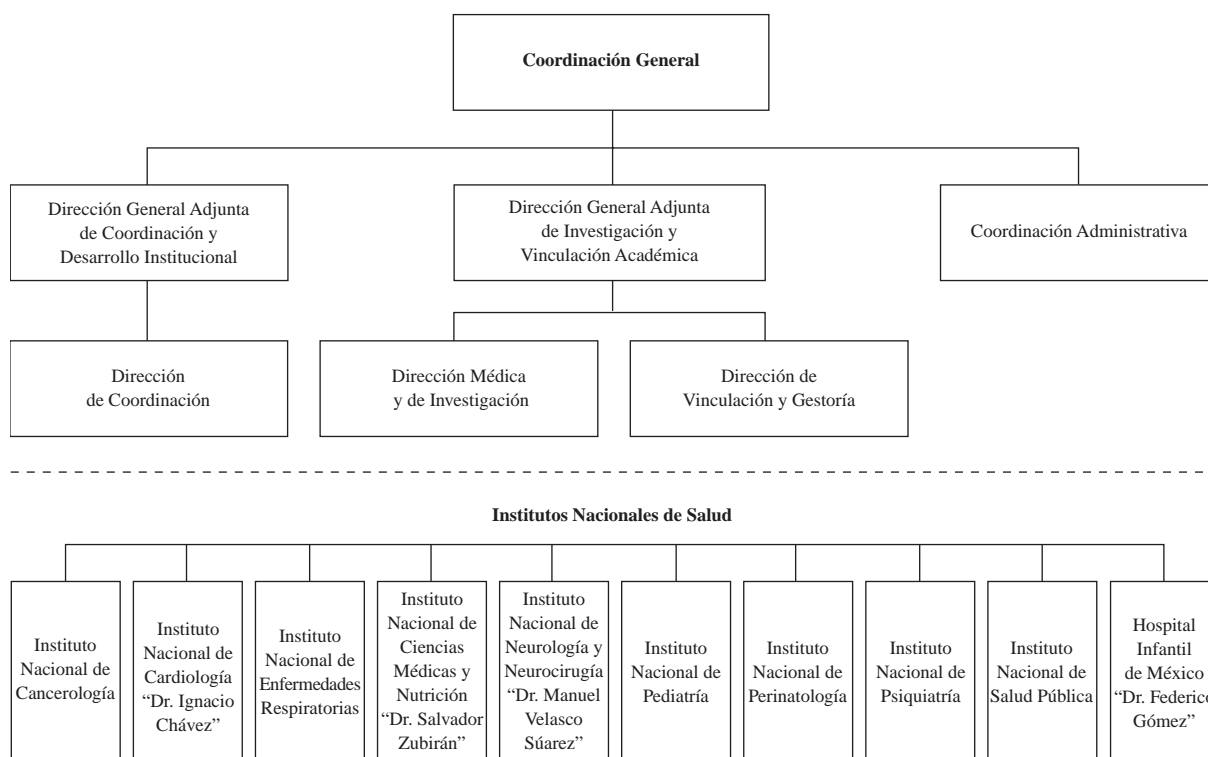
Se colaboró con la Presidencia de la República y los servicios estatales de salud de los estados que colindan con los Estados Unidos de Norteamérica en la elaboración del Programa Sectorial de la Frontera Norte: Frontera Saludable.

Capítulo 8

Organismos Públicos Descentralizados

8. ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS

8.1. Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud



Durante el período de este informe se 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. Con motivo de las atribuciones conferidas a la Coordinación General de los Institutos Nacionales, fue aprobada la modificación a la estructura orgánica de esta unidad administrativa con vigencia del 1° de noviembre del mismo año, reforzándose de esta manera las funciones de coordinación, supervisión y evaluación de las actividades asistenciales, de investigación, enseñanza académica que permiten la actualización constante de las técnicas y habilidades para el diagnóstico temprano y el tratamiento médico quirúrgico oportuno y la rehabilitación temprana de la población que es atendida en el subsector de los Institutos Nacionales de Salud, y que carece de los beneficios y servicios asistenciales de la seguridad social. De la misma forma, se continuó con el desarrollo de programas y líneas de carácter normativo y operativo orientados al mejoramiento del servicio que dichos organismos prestan a la población y a la optimización de carácter administrativo de los recursos humanos y materiales asignados para estos fines.

El subsector está integrado por 10 Institutos Nacionales de Salud: de Cancerología, de Cardiología, de Enfermedades Respiratorias, de Ciencias Médicas y Nutrición, de Neurología y Neurocirugía, de Pediatría, de Perinatología, de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública y el Hospital Infantil de México.

La Coordinación General durante el período septiembre del 2001 a agosto del 2002 contribuyó al mejoramiento de la operación de los Institutos Nacionales de Salud, apoyando en la resolución de la problemática de los mismos, así como en la evaluación y seguimiento de los compromisos de cada uno de ellos, en beneficio de una mejor atención a la población asegurada.

Promoción y estímulos al personal

Con la finalidad de promover que los estudiantes de medicina se incorporen desde etapas tempranas a proyectos de investigación, se realiza el Programa de Servicio Social en Investigación en Salud, en febrero de 2001 fueron admitidos al Programa 65 pasantes procedentes de 16 escuelas y facultades de medicina del país, mismos que concluyeron el servicio social en investigación en enero de 2002. En tanto que en febrero del mismo año ingresaron al Programa 94 pasantes provenientes de 17 escuelas y facultades de medicina, los cuales concluirán el servicio social en enero de 2003. Por otra parte, en agosto de 2002 ingresaron otros 54 pasantes alumnos de 26 escuelas y facultades de medicina que terminarán el servicio social en julio de 2003. Al momento de presentar este informe se cuenta con un total de 148 pasantes que realizan el servicio social en investigación, quienes son alumnos de 43 escuelas y facultades de medicina.

La Comisión Externa de Investigación en Salud de los Institutos Nacionales de Salud evaluó 384 solicitudes de ingreso y promoción al Sistema Institucional de Investigadores de la SSA. La Comisión dictaminó el ingreso de 261 nuevos investigadores (68.0 por ciento), la promoción de 55 (14.3 por ciento) a diferentes categorías y niveles, y la no promoción de 21 (5.5 por ciento) debido a que les faltó puntuación para lograrla. Además, 47 aspirantes (12.2 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 1 599 investigadores dictaminados por la Comisión Externa de Investigación en Salud de los Institutos Nacionales de Salud, de los cuales 1 100 (68.8 por ciento) están adscritos a los Institutos Nacionales de Salud; los otros 499 (31.2 por ciento) se encuentran en 13 unidades operativas localizadas en el Distrito Federal (295 investigadores) y en 37 unidades ubicadas en 16 estados (204 investigadores): Baja California, Campeche, Durango, Guanajuato, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.

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 en el programa citado 198 investigadores; de ese total, 169 (85.4 por ciento) pertenecieron a los Institutos Nacionales de Salud y 29 (14.6 por ciento) a otras instancias de la propia SSA. Durante 2002 resultaron merecedores de estímulo económico en el programa citado 229 investigadores; de ese total, 193 (84.3 por ciento) pertenecen a los Institutos Nacionales de Salud y 36 (15.7 por ciento) a otras instancias de la propia SSA.

Con la finalidad de que los investigadores adscritos a diferentes unidades de la SSA contaran con un foro institucional apropiado para dar a conocer y discutir con sus pares el resultado de los trabajos más destacados realizados durante el año, del 18 al 20 de octubre de 2001 se llevó a cabo en San Juan del Río, Qro., el Encuentro Nacional de Investigadores en Salud de la SSA, mismo para el que se

sometieron a concurso 172 trabajos originales e inéditos, de los cuales el Comité Científico de la Comisión Externa de Investigación en Salud de los Institutos Nacionales de Salud seleccionó los 62 mejores, provenientes de 17 unidades de la SSA, incluidos los diez Institutos Nacionales de Salud, para que fueran presentados durante el Encuentro. Los trabajos correspondieron 19 a las áreas de investigación clínica 30 a investigación experimental 13 a investigación en salud pública y ciencias sociales.

- Se logró la incorporación de prestaciones al salario a los Investigadores en Salud de la SSA, mismas que representan en promedio un 9.5% más al salario.

Actividades relevantes

En el período destacan las actividades siguientes:

Destaca la presentación del Programa de Acción: Investigación en Salud ante la comunidad científica nacional, que permite regular y fortalecer la actividad científica en materia de salud.

Con los INSalud se trabajó en la estructuración consensuada de indicadores de desempeño, documento que permitirá la utilización de los mismos al interior de los Institutos Nacionales de Salud para la toma de decisiones operativas, así como para el seguimiento del desempeño por parte de las Juntas de Gobierno y la propia CGINS.

Programación y desarrollo de diez sesiones de las Juntas de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud, respecto a las cuales se asesoró a las entidades en la elaboración e integración de las carpetas, envío de los acuerdos autorizados y revisión de la versión final de cada una de las actas de las sesiones. Así como, asistencia a 20 sesiones de los Comités de Control y Auditoría de los diez Institutos Nacionales de Salud y revisión de cada una de las respectivas actas de las sesiones.

Coordinación de reuniones de trabajo entre los diez Institutos Nacionales de Salud y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud para el cierre oportuno de la Cuenta Pública del ejercicio fiscal 2001.

Integración del Programa de Acción: Investigación en Salud (PAIS), con la participación del personal de la CGINS y de la comunidad científica nacional.

Organización de la visita de la delegación de funcionarios e investigadores de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, con la firma de un memorando de entendimiento para fortalecer las acciones de investigación en salud entre ambos países.

Participación del Coordinador General en el Consejo Nacional de Salud donde se presentaron los lineamientos para la estrategia de Medicina Especializada y donde se entregan los formatos de una encuesta de hospitales a los Servicios Estatales de Salud, misma que está en proceso de análisis.

Apoyo para la conformación del Patronato del Instituto Nacional de Pediatría con lo que se facilitará la obtención de recursos y donativos que permitan subsanar rezagos importantes en la institución.

Firma del convenio de colaboración con el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM a fin de apoyar el desarrollo del marco jurídico, ético y normativo para el Instituto Nacional de Medicina Genómica. Así como el Convenio con la Academia Mexicana de Ciencias, A.C., para apoyar con becas a jóvenes de educación media superior para que conozcan y colaboren en la investigación que se desarrolla en los Institutos Nacionales de Salud a través del programa “Verano de la Investigación”.

Con la Universidad de California, la SSA y el CONACyT, se estableció el fondo Binacional de Investigación en Salud para fortalecer las acciones de investigación en salud de los migrantes y poder derivar políticas de atención a la salud de los migrantes y las familias en ambos países.

Se participó en el Foro Temático sobre Investigación, Enseñanza y Desarrollo Tecnológico en el marco del Foro Ciudadano de la Salud: México 2001, en el que la SSA presentó a la ciudadanía la rendición de cuentas y avances del Programa Nacional de Salud (PRONASA), a un año de su presentación. En el mismo se destacan los logros del subsector investigación en conjunto con las instituciones que conforman el Sector Salud.

Análisis y difusión a los Institutos Nacionales de Salud de las modificaciones legales y reglamentarias que impactan su operación, entre las que destacan: Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2002; Presupuesto de Egresos de la Federación para el año fiscal 2002; Disposiciones de Ahorro en la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2002; Ley Federal de Responsabilidad Administrativa de los Servidores Públicos; Ley de Ciencia y Tecnología; Ley Orgánica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, entre otras.

Asesoría al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para la formulación del Convenio de Desempeño 2002 con las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Contraloría y Desarrollo Administrativo y de Salud. Así como asesoría jurídica a los Institutos Nacionales de Pediatría y Cancerología sobre aspectos laborales y administrativos.

Elaboración del proyecto de texto para la Consulta con la que se renovó la Dirección General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; elaboración de la carpeta para la sesión extraordinaria y del acta de la primera sesión extraordinaria del Órgano de Gobierno.

Integración del Presupuesto Sectorial en Salud de Ciencia y Tecnología 2003; se elaboraron lineamientos, se diseñaron formatos, se asesoró a las entidades y unidades administrativas involucradas.

Organización de sesiones de trabajo para fortalecer la vinculación y coordinación de actividades entre los Institutos Nacionales de Salud y las Direcciones Generales de Recursos Humanos, de Programación, Organización y Presupuesto; con la Dirección General de Programación y Presupuesto de Salud, Educación y Laboral de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y con el Comisariato Público de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Análisis y opiniones

- Iniciativa de Ley sobre Bioseguridad y cinco iniciativas afines presentadas por diversos partidos políticos y comisiones de la H. Cámara de Diputados.
- Proyecto de Reformas a la Ley General de Salud en materia del Genoma Humano.

Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina.

8.2. Institutos Nacionales de Salud

8.2.1. Instituto Nacional de Cancerología

Esta Institución continuó desarrollando investigación de excelencia, formación y capacitación de recurso humanos y proporcionando atención médica. Para contribuir a la descentralización de los servicios de salud, continuó fortaleciendo el funcionamiento de los centros oncológicos en el país.

El Instituto cuenta con una estructura orgánica integrada por una dirección general; 4 direcciones de área; 16 subdirecciones y 47 jefaturas de departamento.

Investigación

Durante el período de este informe se desarrollaron 150 protocolos relacionados con temas relevantes sobre tratamiento, evolución, diagnóstico y procesos de carcinogénesis de las neoplasias malignas; aproximadamente el 80 por ciento del total de protocolos se realizan en investigación clínica y epidemiológica, y los demás pertenecen a investigación biomédica básica.

Se cuenta con 70 investigadores evaluados por el Sistema Institucional de Investigadores, de los cuales 30 son titulares y 40 son asociados; respecto al período anterior hay diferencias, debido a que ingresaron cuatro investigadores y tres fueron promovidos. Asimismo, se cuenta con 24 investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores, lo que representó el 34 por ciento de los investigadores inscritos en este Sistema.

En total se publicaron 48 artículos, 38 de ellos en revistas de circulación internacional, y 26 en revistas de los Grupos III, IV y V, destacando siete artículos en los grupos IV y V. Un total de siete alumnos se encuentran realizando estudios de doctorado, cuatro de maestría en diferentes programas y siete han finalizado y obtenido el grado en el período a evaluar.

Se consolidó el convenio interinstitucional con el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, para el establecimiento de dos unidades periféricas de investigación dependientes del Departamento de Medicina y Toxicología, IBB-UNAM; y se han mantenido los convenios con centros internacionales como el *Carle Cancer Center* y el *National Cancer Institute*, de los Estados Unidos y con la Universidad de Nottingham, de Inglaterra.

Concepto	Metas	Logros
Artículos	40	48
Internacionales	21	38
Nacionales	19	10
Tesis	3	14
Posgrado	2	9
Licenciatura	1	5
Protocolos de investigación		
Proceso	205	160
Trabajos en reuniones científicas	62	85
Congresos Internacionales	37	47
Congresos Nacionales	25	38

Los principales proyectos de investigación que se desarrollan actualmente son los relacionados con el Ensayo clínico internacional en cáncer localmente avanzado de mama (CLAM) comparando 6 ciclos de Doxorubicina y Ciclofosfamida Neoadyuvante más GM-CSF, administrando 3 ciclos de Neoadyuvancia incluyendo GM-CSFO G-CSF; Frecuencia y características de infección por VPH, su relación con la HLA clase i y ii en mujeres con cáncer cervical y sus descendientes; Distribución de proteínas de choque térmico en la mucosa gástrica de individuos infectados por Helicobacter Pylori y su relación con halotipo del complejo mayor de histo-compatibilidad; entre otros.

Atención Médica

Las consultas otorgadas fueron 106 271, uno por ciento menos con relación al período previo, del total 3 136 correspondieron a consultas de primera vez; 97 163 a consultas subsecuentes y 5 972 a preconsulta. Las consultas de urgencias otorgadas ascendieron a 3 190 con una reducción del 3 por ciento en comparación con el período anterior y 14 por ciento más respecto a lo programado para este mismo lapso.

Se registraron 5 103 egresos hospitalarios, 4 y 2 por ciento menos que el mismo período anterior y con la meta programada. Por otra parte, se realizaron 2 430 cirugías, y se efectuaron 504 523 estudios de laboratorio.

A través de la Clínica de Displasias se realizaron actividades de prevención y detección oportuna de cáncer en general, que tiene como finalidad contribuir a la reducción e incidencia de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino. Durante el período, se atendieron a 19 794 pacientes. Además, el Instituto cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos, la cual labora en forma coordinada con la Clínica del Dolor.

Las actividades incluyeron la realización de 3 722 intervenciones quirúrgicas, 42 381 sesiones de radioterapia, 31 452 estudios de radiodiagnóstico y 749 602 estudios y de laboratorio. Con la tomografía axial computarizada, se realizaron 14 625 estudios.

Enseñanza

En el programa de especialización participaron 80 médicos residentes, 80 becarios 60 son nacionales y 20 extranjeros. De los cursos de especialidad realizados nueve cuentan con reconocimiento universitario (Oncología Médica, Hematología, Cirugía Oncológica, Radio-Oncología, Citopatología, Patología Oncológica, Algología, Radiología Oncológica y Endoscopia Gastrointestinal).

	Cierre (diciembre de 2001)	Estimado (31 de agosto de 2002)
Alumnos Total	4,825	4,224
En formación	238	258
Capacitados	4,587	3,966
Cursos Total	87	77
Especialización	11	11
Pregrado-Medicina	5	5
Pregrado-otras especialidades	7	7
Técnico y Postécnico	1	1
Educación Continua	22	20
Capacitación	39	31
Educación para la Salud	2	2

Durante el período de referencia, se impartieron 77 cursos, el número de recursos humanos formados y capacitados, ascendió a 4 224, cifra superior en un 20 por ciento respecto a la meta programada de 3 513. Se realizaron 24 sesiones clínicas generales y 120 anatomo-clínicas. En fomento para la salud se atendieron 1 200 pacientes a través de Grupo Reto y rehabilitación en foniatría. También el Instituto apoyó a 27 instituciones de salud y educativas del país, a través de cursos con duración de dos a tres meses en los que se recibieron alumnos de instituciones oficiales y privadas.

Otras actividades

El Programa Institucional de Desarrollo Informático, considera la instalación de una red de cómputo para enlazar las funciones esenciales del Instituto.

Derivado de la implementación del Programa Operativo para la Transparencia y el Combate a la Corrupción en el Instituto, a diciembre del 2001 se logró la disminución significativa en los reportes de vigilancia con respecto a material y equipo susceptible de ser sustraído por las puertas de acceso; se logró determinar las características precisas de los bienes a adquirir, a través del funcionamiento del Subcomité revisor de bases de licitación; se estableció un módulo de relaciones públicas, y se realizaron encuestas para medir la satisfacción de los usuarios, entre otros.

En el transcurso del período se llevó a cabo la sustitución y reemplazo de equipo médico, de laboratorio y de equipo de computación. Destaca la adquisición de un equipo de Tomografía Computada Helicoidal, un equipo de mastografía, 50 camas hospitalarias, 19 camillas de emergencia, un microscopio electrónico de transmisión con accesorios, aplicadores de braquiterapia, termocicladores, entre otros.

Se desarrolló e implementó el Sistema de Automatización del Proceso de Servicios Paramédicos, Consulta Externa y Hospitalización, el cual tiene como objetivo principal, la simplificación, optimización y actualización de estos servicios, incrementando así el nivel de atención al paciente, mejorando al mismo tiempo el servicio médico la simplificación administrativa.

En el contexto de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se capacitó al personal sobre aspectos relacionados con ética y conducta; asimismo, se encuentra en proceso la elaboración de un código de ética del Instituto; y se ha continuado con la acción de brindar una atención personalizada a los pacientes y familiares.

De septiembre a diciembre de 2001 se llevó a cabo la construcción de la Primera y Segunda Etapa del Edificio de Quimioterapia, que dotará al Instituto de un área específica para su aplicación, este proyecto integrará las consultas de quimioterapia, urgencias oncológicas, clínica de mama y clínica de displasias.

8.2.2. Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”

Las actividades realizadas por el Instituto Nacional de Cardiología (INC) están orientadas para cumplir con los objetivos que se plantearon tanto en el PND como en el PNS a fin de favorecer el desarrollo social y humano, cuidando mejorar el bienestar de la población, la equidad y calidad de los servicios ofrecidos. De acuerdo con la trayectoria histórica las actividades de este Instituto se orientan a la población no cubierta por la seguridad social, en particular a la de menores ingresos para la que los servicios médicos por Instituto representan una de las únicas opciones de tratamiento.

Actualmente la estructura orgánica continua integrada por 5 direcciones de área, 11 subdirecciones y 58 jefaturas de departamentos. No obstante se ha propuesto su modernización en cuanto a las funciones a fin de enfrentar las nuevas condiciones y adecuarse a las necesidades derivadas del dinámico avance de la atención de los padecimientos cardiovasculares.

Investigación

Las actividades de investigación tienen una enorme trascendencia y se realizan esfuerzos para fortalecerlas, en este sentido se mantuvieron durante el período las 75 plazas, de las que 14 son de ayudantes y 61 son de investigadores. Es importante destacar que durante el período que se informa hubo convocatoria del Sistema Institucional de Investigación, 110 investigadores fueron evaluados. Esto demuestra la calidad de los recursos humanos que participan en las investigaciones que realiza el Instituto y la alta calidad de la producción científica, ya que ambos criterios son la base de dicha evaluación.

Sistema Institucional de Investigadores

Categorías	2001	2002
Asociados A	17	16
Asociados B	17	19
Asociados C	18	21
Titular A	17	17
Titular B	12	14
Titular C	23	23
Suma	104	110

En ambos períodos del total de personal dedicado a investigación 51 de ellos pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores.

Sistema Nacional de Investigadores

Categorías	Número
Candidatos	8
Nivel I	29
Nivel II	11
Nivel III	3
Suma	51

Para 2002, se llevaron a cabo 104 proyectos, de ellos 42 tuvieron recursos externos, es importante mencionar que en este lapso disminuyeron los apoyos otorgados por CONACyT, lo que revirtió la tendencia mostrada. No obstante, diversas instituciones, agencias y fondos de la industria farmacéutica han seguido apoyando de manera decidida los protocolos del INC dada la trascendencia de las temáticas tratadas.

Situación	Tipo de investigaciones			
	Básica	Clínica	Sociomédica	Total
En proceso	42	48	2	92
Terminados	8	4	-	12
Subtotal	50	52	2	104
Suspendidos	-	-	-	-
Nivel III			3	17
Cancelados	1	6	-	7
Total	51	58	2	111

El Instituto participó en la elaboración y análisis de la Encuesta de Salud 2000, en particular en lo que respecta a padecimientos crónico degenerativos, además se llevan a cabo investigaciones sobre los factores de riesgo cardiovascular en población adolescente; percepción de riesgo cardiovascular en población de la Ciudad de México; desarrollo de *software* médico, tanto para mejorar la administración como para equipos de diagnóstico médico, así como para telecomunicación; caracterización de tejidos, células y compuestos que participan en los fenómenos hipertensivos, autoinmunes, inflamatorios y genéticos, entre otros. Finalmente, se evalúan nuevas terapéuticas, en lo que respecta a tratamientos, métodos diagnósticos, medicamentos, dispositivos y equipos.

La productividad científica se manifestó con la publicación de 109 artículos con una productividad cercana al 1.6 artículos por investigador índice superior a los estándares internacionales que establecen dicha cifra anualizada en 0.67.

Clasificación de Revistas

	2001	2002
Grupo I y II	59	81
Grupo III, IV y V	37	28
Total	96	109

Atención Médica

En el servicio de consulta externa se otorgaron un total de 90 406 consultas, un por ciento menos que las 90 879 realizadas en el mismo período del año anterior. La productividad de consultas se ha mantenido estable las preconsultas y consultas de primera vez se registraron incrementos de 1.4 y 6.3 por ciento, y un decremento de 1.0 por ciento en consultas subsecuentes.

Asimismo, se mantiene y mejora la organización del servicio para reducir los tiempos de espera al escalonar las citas, lo que representó ahorros importantes a los pacientes, además de dar atención especial a los pacientes foráneos.

Se continuó con la operación de las clínicas especializadas y se ha observado un incremento en la asistencia de los pacientes a sus citas, lo que podría representar un mayor apego de los tratamientos con lo que se lograría mejores resultados disminuyendo las complicaciones y los riesgos.

Las consultas en urgencias crecieron un 12.4 por ciento, al pasar de 14 143 a 15 891.

La situación actual del costo de los tratamientos de los padecimientos aunado a las dificultades de ampliar y fortalecer la infraestructura han repercutido en una disminución de 3.2 por ciento de los egresos, de 5 202 a 5 035. Las cirugías disminuyeron 5.2 por ciento y el total de cateterismos 1.8 por ciento.

	2001	2002	Variación (%)
Preconsultas	6 481	6 573	+ 1.4
Consultas de primera vez	3 827	4 067	+ 6.3
Consultas subsecuentes	80 589	79 766	- 1.0
Total consulta externa	90 897	90 406	- 0.5
Consultas de urgencias	14 143	15 810	+ 11.8
Total de consultas	105 040	106 297	+ 1.2
Egresos	5 202	5 035	- 3.2
Días de estancia	12.43	12.39	- 0.3
Cirugías	1 544	1 464	- 5.2
Cateterismos diagnósticos	2 040	1 915	- 6.1
Cateterismos terapéuticos	1 277	1 343	+5.2
Total de cateterismos	3 317	3 258	- 1.8

El porcentaje de ocupación hospitalaria alcanzó el 80 por ciento y hubo un decremento de 14.6 por ciento en la tasa bruta de mortalidad respecto al período anterior.

Los estudios de laboratorio llevados a cabo en el período ascendieron 856 697 determinaciones.

La producción de los gabinetes de radiología, ecocardiografía, medicina nuclear y electrocardiografía fue de 57 443 estudios para pacientes ambulatorios y hospitalizados.

El Banco de Sangre continua optimizando su funcionamiento y se ha incrementado el número de donadores atendidos, además de integrar sistemas informáticos a los controles de hemoderivados y el uso de paquetes pediátricos, lo que ha permitido disminuir las pérdidas y realizar un mayor número de procedimientos, atender a pacientes que requieren de grandes volúmenes de hemoderivados y apoyar a otras instituciones. Por otro lado se realizaron 40 trasplantes renales.

Enseñanza

Respecto a la formación de especialistas en cardiología y ramas afines, ingresaron 85 residentes, 55 a especialidades y 30 a subespecialidades, de los cuales 15 residentes eran extranjeros. Egresaron en febrero de este año, 66 especialistas y subespecialistas.

El Instituto apoya los cursos de maestría y doctorado de Instituciones de Educación Superior, con 42 alumnos (20 de maestría y 22 de doctorado), además de 51 pasantes en servicio social. Se apoyó la formación de 55 médicos de otras instituciones de salud que realizaron estancias cortas en los servicios.

La asistencia de médicos y enfermeras a los cursos de educación continua es de 1 500 personas. Se inició con 9 alumnos el curso del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas.

En cuanto a la formación de personal de enfermería, la matrícula fue de 38 alumnos en la Licenciatura, 17 en el Curso de Auxiliares Clínicos, 32 en el Curso Postécnico de Administración de los Servicios de Enfermería, cinco en el Curso de Perfusionista, así como el Curso Complementario de Licenciatura del Sistema de Universidad Abierta (SUA), que se realiza en la Escuela de Enfermería. En el período evaluado, Enfermería organizó 14 cursos monográficos, talleres y seminarios con asistencia de 1 180 participantes, de los cuales el 96.7 por ciento los acreditaron. Los indicadores de efectividad de los cursos fueron de 97.7 por ciento de alumnos egresados en relación con los inscritos en cuanto a formación y 98.2 por ciento entre los alumnos capacitados. Asimismo, a fin de mejorar la realización de las tareas administrativas se realizó el Diplomado de Habilidades Gerenciales en el que se capacitó a los mandos medios de la Dirección de Administración.

8.2.3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias es un organismo descentralizado del sector Salud que tiene como función principal la de realizar investigaciones clínicas y estudios, epidemiológicos, experimentales, de desarrollo básicas y tecnológicas, en las áreas sociomédicas y biomédicas en el campo de enfermedades respiratorias, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de éstas, así como formar recursos humanos en el campo de los padecimientos respiratorios, y proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicio de urgencias a la población.

Estructura Orgánica

Actualmente el Instituto cuenta con una estructura orgánica que incluye 1 dirección general; 1 secretario particular; 5 direcciones de área; 10 subdirecciones y 45 jefaturas de departamento.

Investigación

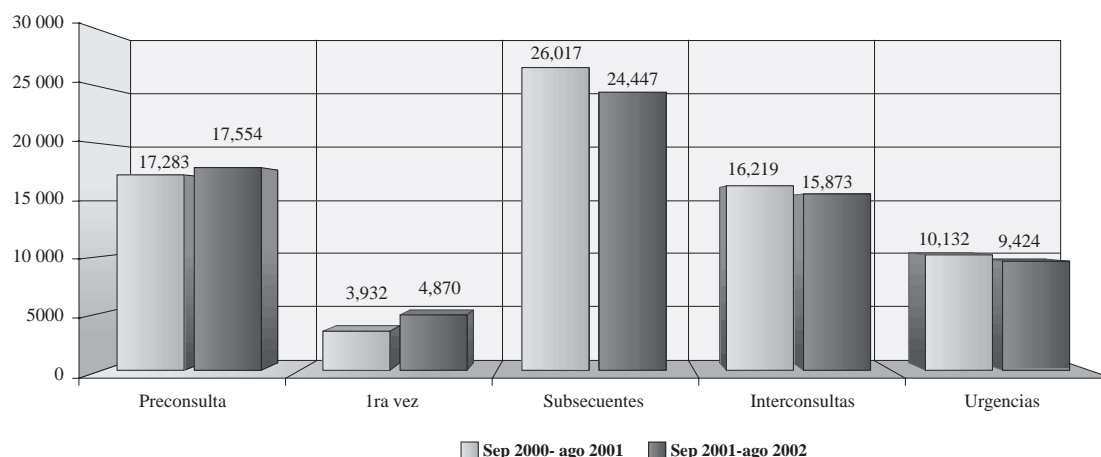
Se realizaron 78 protocolos que representó un avance del 98 por ciento respecto a los 80 programados. Estos proyectos se realizaron en conjunto con 120 proyectos que continuaban vigentes, lo que constituyó un total de 198 protocolos en el año. Por otra parte se publicaron 82 artículos en revistas científicas clasificadas, 1.2 por ciento por arriba a lo realizado en el período similar anterior. Entre las principales investigaciones destacó la de Zuo y col, *Proc Natl Acad Sci USA* 99:6292-6297, 2002, que analizó por primera vez la expresión múltiple y simultánea de más de 7 000 genes en pulmones con fibrosis idiopática. En otro importante estudio de Sansores y col, *Chest* 121:2016-2022, 2002 se analizó la percepción del contenido sexual de los anuncios de los cigarrillos y su impacto potencial en el inicio

del hábito de fumar en los adolescente. Además se realizaron 133 participaciones en eventos científicos, de los cuales 21 fueron presentados en los ocho congresos internacionales en que participó personal del Instituto. Dentro de los eventos de mayor relevancia destacaron el Congreso de la *American Thoracic Society*, el cual se llevó a cabo en Atlanta, Georgia, EUA y fueron presentados nueve trabajos libres de investigaciones desarrolladas en el INER y el LXI Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, realizado en Mazatlán, Sinaloa con 51 trabajos.

El Instituto cuenta con una plantilla de 59 investigadores evaluados por la Comisión Externa de Investigación de los INSALUD, 24 titulares y 35 asociados. Al período que se reporta, 28 miembros del Instituto, pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores 1 en el nivel III, 5 en el Nivel II, 17 en el nivel I y 5 candidatos.

Atención Médica

Dentro de las acciones realizadas en la atención médica se otorgaron en el período del 1° de septiembre de 2001 a agosto de 2002 un total de 72 138 consultas de especialidad 2.1 menos que las otorgadas en el período anterior. Del total de consultas 17 524 fueron preconsultas; 4 870 de primera vez; 24 447 subsecuentes; 15 873 interconsultas y 9 424 urgencias. Destaca el incremento en 239 por ciento de las consultas de primera vez respecto al período anterior; y la reducción del 6 y 7 por ciento en las consultas subsecuentes y de urgencias.



Para este período se registraron 3 019 egresos que representaron el 99.1 por ciento de lo realizado en el período similar anterior y 94.0 por ciento respecto a lo programado.

Se realizaron un total de 1 733 cirugías el 99.3 por ciento de lo realizado el año 90.7 por ciento respecto a lo programado. La ocupación hospitalaria fue de 73.2 por ciento, mayor en 3.2 por ciento más respecto a lo realizado en período similar anterior.

Enseñanza

La enseñanza es uno de los objetivos estratégicos prioritarios, como logros relevantes destacan la formación de 19 especialistas (4 de ellos en subespecialidades de punta) y 38 en posgrado. El programa de educación continua es el único programa estructurado en el área, cubriendo los niveles de especialidad, profesional, técnico y de difusión, mediante 64 cursos, dos diplomados y 264 eventos de difusión.

Los cursos a distancia alcanzaron a 4 281 médicos generales y la difusión masiva de los efectos del tabaquismo en la salud alcanzó a más de 5 millones de personas. En el Salvador y Cuba se realizaron, por solicitud expresa de los ministerios de salud 2 cursos. Cabe destacar la interrelación con otros sectores, como en el caso del programa de integración del niño asmático a la clase de educación física INER-SEP. Por otra parte, los medios electrónicos de enseñanza han permitido la optimización de los recursos, con 6 836 sesiones de entrada a Internet.

Hecho destacable

El INER se constituyó como el primer Instituto que llevó a cabo la firma del Convenio de Desempeño celebrado con las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y Contraloría y Desarrollo Administrativo, donde se compromete a mejorar y mantener sus procesos operativos-administrativos, a mejorar la calidad de la atención médica, de investigación y de enseñanza permitiéndole contar con autonomía de gestión en procesos presupuestales, tales como no verse afectado por los ajustes que establezca la administración pública, siempre y cuando cumpla con sus compromisos.

Otras actividades

Participación en las reuniones de trabajo sobre el convenio Marco de Lucha Contra el Tabaco y “Guía Técnica: Modelo de Organización de Servicio de Atención al Tabaquismo” a cargo del Consejo Nacional Contra las Adicciones.

El INER fue invitado a participar como responsable de la campaña 2002 del concurso *Quit & Win* en México. Este concurso consiste en invitar a la población en general a abandonar el hábito de fumar, el compromiso de la gente que se inscribe es dejar de fumar durante el mes de mayo, el cual le dio derecho a participar en el sorteo, donde el ganador obtuvo un premio en efectivo.

Participación en la Reunión Canadiense de Investigación para el Control de Tabaquismo realizada en Ottawa, Canadá, cuyo objetivo principal fue discutir estrategias de investigación que ayuden a reducir significativamente el tabaquismo y los daños a la salud a los que se asocia su consumo en los próximos 10 años.

Participación en el Primer Seminario de los Programas Antitabaco de los Institutos Nacionales de Salud.

8.2.4. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

Las funciones del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán son: desarrollar investigación original y de vanguardia que repercuta en el avance del conocimiento científico, formar recursos humanos del mas 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.

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 las realizadas en el auditorio del Instituto:

- Los días 25 y 26 de enero el Simposio sobre la Calidad de la Atención Médica: “La Clínica como principio y fin”, bajo la coordinación del Dr. Samuel Ponce de León.
- Del 7 al 9 de marzo el X curso internacional de hígado, páncreas y vías biliares, bajo la coordinación del Dr. Luis Federico Uscanga.
- Durante los días 5 y 6 de mayo el curso “Actualización en el manejo de quimioterapia antineoplásica, bajo la coordinación de la Lic. en Enf. Olimpia Ortuño.
- Del 19 al 21 de junio el “II curso de Avances intervenciones de enfermería en el paciente crítico”, bajo la coordinación de la Subdirección de Enfermería.
- Del 11 al 13 de julio el curso anual de “Cáncer del aparato digestivo”, bajo la coordinación del Dr. Enrique Wolpert.
- Del 15, al 17 de julio el XII curso de obesidad 2002 “Obesidad, avances y expectativas en el tratamiento y prevención para el siglo XXI, bajo la coordinación de la Clínica de Obesidad.

Investigación

El área de investigación tiene 77 investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores.

En el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud están evaluados 187 investigadores, de los cuales 130 están en la plantilla, no se incluyen 21 plazas de ayudante de investigador.

Clasificación de Investigadores

Investigadores en el SII	130
Investigadores en el SIN	77

Se desarrollaron 581 protocolos de investigación y se concluyeron 103, se publicaron 327 artículos científicos, de los cuales 68 corresponden al grupo I, 149 al grupo III, 18 al grupo IV y 13 al grupo V, asimismo 79 a revistas no indexadas. Además se publicaron 15 libros y 161 capítulos para libros.

1° de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002

Protocolos de investigación	581
Protocolos concluidos	103
Artículos científicos publicados grupo I	68
Artículos científicos publicados grupo III	149
Artículos científicos publicados grupo IV	18
Artículos científicos publicados grupo V	13
Artículos científicos publicados revistas indexadas	79
Total de artículos científicos publicados	327
Libros	15
Capítulos de libros	161

Los principales avances en investigación fueron:

- Se evaluó el impacto biológico y social de la harina de maíz enriquecida.
- Se estudió la regulación de la expresión del gen de interleuquina 2 en lupus eritematoso generalizado.
- Se evaluó la utilidad del interferon natural alfa a dosis bajas administrado por mucosa oral en pacientes con hepatitis crónica activa por virus C.
- Se realizó un estudio genético en familias con Síndrome de Pendred.
- Se estudió la regulación de IL-10 por linfocitos T y la apoptosis de linfocitos B de pacientes con lupus eritematoso generalizado.
- Se estudió la expresión placentaria y regulación de factores involucrados en el control del transporte del calcio, de la presión arterial y del crecimiento fetal durante la preeclampsia.
- Se estudió la regulación del cotransportador apical de Na⁺K⁺2Cl⁻.
- Se evaluó el efecto del cadmio sobre la esteroidogénesis testicular.
- Se estudió el efecto de la proteína de soya sobre la expresión de genes relacionados al metabolismo de lípidos y aminoácidos.
- Se determinaron los niveles circulantes de selenio y glutatión peroxidasa eritrocítica en población mexicana clínicamente sana y en pacientes con cáncer.
- Se estudio el transplante de hepatocitos en un modelo murino.
- Se evaluó la proteína codificada por el gen glipican 3 como marcador de hepatocarcinomas.
- Se estudió el efecto de la administración postovulatoria del anticonceptivo de emergencia de progestina sola en la expresión de marcadores específicos de receptividad uterina.
- Se evaluó la apnea de sueño como un factor de riesgo en el desarrollo de hipertensión pulmonar.
- Se analizó la transmisión de la tuberculosis paucibacilar y drogoresistente.
- Se estudió la asociación de los polimorfismos de los genes AR,IGF y RIV y cáncer de próstata en población mexicana.
- Se estudió la relación inmunológica entre el virus de la artritis encefalitis caprina (VAEC) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1).

Atención Médica

Durante el período de este informe se otorgaron 199 668 consultas, 8 por ciento más con relación al período anterior. Se otorgaron 25 331 las consultas de urgencias, 19.7 por ciento más con respecto al período anterior. Asimismo se alcanzaron 5 000 egresos hospitalarios, se realizaron 3 782 cirugías y 43 trasplantes, de los cuales 36 fueron renales, 3 hepáticos y 4 de médula ósea.

Por otra parte se realizaron 30 344 estudios de radiología, 5 126 tomografías, 7 398 ultrasonidos, 2, 10.9 y 18.7 por ciento menos respectivamente en relación al período anterior. También se realizaron 3 314 resonancias magnéticas, 9.7 por ciento más con relación al período anterior.

Por lo que respecta a los estudios de laboratorio, se realizaron más de 2.2 millones de estudios, 0.9 por ciento más que el período anterior.

Concepto	Septiembre 2000-agosto 2001	Septiembre 2001-agosto 2002
Total de consultas	184 821	199 668
Consultas de urgencias	21 163	25 331
Egresos	5 198	5 000
Porcentaje de ocupación	83 %	84 %
Estudios de radiología	30 975	30 344
Tomografías	5 755	5 126
Ultrasonidos	9 101	7 398
Resonancias	3 020	3 314
Estudios de laboratorio	2 192 304	2 212 693
Cirugías	4 159	3 782
Trasplantes	47	43

Enseñanza

Durante este período se brindaron 288 cursos, de los cuales 11 corresponden a cursos de pregrado, 28 a posgrado, 237 a educación continua y 12 a educación para la salud.

La efectividad de los alumnos capacitados durante este período fue del 95.7 por ciento ya que se capacitaron a 8 336 alumnos y para formación fue del 99.5 por ciento, formándose a 370 alumnos, de 3 709 alumnos inscritos y 372 su formación.

8.2.5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”

La misión del Instituto es 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.

La estructura autorizada para su operación esta integrada por 1 dirección general, 4 direcciones de área, 11 subdirecciones y 48 jefaturas de departamento. Cabe mencionar que se realizaron cambios de adscripción y de denominación al interior de la estructura a fin de adecuar las funciones a las necesidades

de crecimiento institucional, destacando la creación del departamento de grupos de apoyo, de la unidad de radioneurocirugía y el departamento de farmacia.

Investigación

En materia de investigación, se trabajaron 219 protocolos, se iniciaron 26, se terminaron 52 y están en proceso 141. Se dispuso de una plantilla de 45 investigadores reconocidos por la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud de los cuales 28 pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores. Los investigadores presentaron los resultados de sus investigaciones en 110 Congresos.

En mayo se llevó a cabo la XVII Reunión Anual de Investigación, donde se presentaron 52 trabajos efectuados en las diferentes áreas del Instituto y en forma paralela, se realizó el simposio “Un Enfoque a Través de la Epidemiología molecular”, al cual asistieron 69 participantes. En esta Reunión la Fundación Armstrong otorgó premios a los mejores trabajos de investigación clínica e investigación básica, entre los que se encuentran el del “Efecto Pro-Apoptótico del Celecoxib Inhibidor Selectivo de Cox-2 en Glioma c6 de Rata in Vitro y Posibles Mecanismos Moleculares involucrados” y la “Detección de DNA de Virus de Varicela Zoster en Células Mononucleares de Sangre Periférica de Pacientes con Esclerosis Múltiple”.

En el período se firmaron cinco Convenios de colaboración:

- UAM-1 para el desarrollo de proyectos conjuntos en neurociencias.
- UAM para el establecimiento de la unidad periférica UAM-INNN.
- Proyecto “Estudio Farmacogenómico en Población Mexicana Normal y en Pacientes con Enfermedades Neuropsiquiátricas”, Unidad Xochimilco UAM-X.
- Maestría en rehabilitación, Unidad Xochimilco UAM-X.
- Maestría en ciencias farmacéuticas, Unidad Xochimilco UAM-X, Universidad Autónoma Metropolitana.

En febrero, se llevó a cabo el Simposio internacional “Perspectivas de las neurociencias en el nuevo milenio”, el cual contó con la presencia de distinguidos profesores extranjeros: el doctor M. Gazi Yazargil uno de los neurocirujanos de mayor prestigio mundial de los Estados Unidos de Norteamérica y el doctor Raymond A. Faber experto en neuropsiquiatría.

Atención Médica

En materia de atención médica, durante el período de este informe se otorgaron 46 176 consultas externas especializadas incluyendo preconsultas, consultas subsecuentes, de primera vez y de urgencias. La productividad del servicio de consulta externa fue óptimo al obtenerse un rendimiento de 3.0 consultas por hora-médico contratada, ubicándose dentro de los estándares normados para consultas de alta especialidad. Las consultas de urgencias otorgadas en el período fueron 7 709 cifra similar a la reportada durante el mismo período anterior.

Se registraron incrementos en los indicadores estratégicos como el porcentaje de ocupación hospitalaria pasando de 76.5 por ciento a 82.2 por ciento, el porcentaje de consultas de urgencias representaba el 14.0 el año anterior, pasando al 16.7 por ciento. Se obtuvieron incrementos en la productividad del servicio de neuroimagen y de laboratorio clínico, en los que se atienden a pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Las cinco primeras causas de consulta de primera vez fueron: epilepsia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, tumor benigno de la hipófisis y parálisis de Bell. Las cinco principales causas motivo de hospitalización fueron: tumor maligno del encéfalo, tumor benigno de otras glándulas endócrinas y de las no especificadas, tumores benignos de las meninges, hemorragia subaracnoidea y epilepsia. Las causas de mortalidad más frecuentes fueron: hemorragia subaracnoidea, tumor maligno del encéfalo, hemorragia intraencefálica, otros trastornos del encéfalo y enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) resultantes en tumores malignos.

Entre los principales resultados en la ejecución de los programas de asistencia médica, se encuentra la disminución de la tasa bruta de mortalidad hospitalaria la cual pasó de 5.0 a 4.7 defunciones por cada 100 egresos. Los egresos hospitalarios se incrementaron pasando de 1 354 a 1 500 egresos, es decir, 11 por ciento más. La tasa de infecciones nosocomiales se ubicó en menos de 20.0 episodios de infección por cada 100 egresos, esto como resultado de la mejor aplicación de técnicas de control de infecciones y a la dotación oportuna, suficiente y específica de insumos.

Por otro lado se encuentra en proceso la propuesta de actualización del tabulador de cuotas de recuperación 2002 que incluye los servicios de radioneurocirugía y resonancia magnética funcional, estudios similares a los que se llevan a cabo en los mejores centros de salud a nivel mundial.

Además, el Instituto instrumentó y organizó un Curso de Calidad dirigido al personal de trabajo social, enfermería y de admisión hospitalaria; asimismo participó en la presentación de trabajos de investigación sobre la calidad de la atención médica, realizados por los integrantes del Programa Universitario de Trabajo Social de la UNAM. Con la finalidad de continuar con los trabajos para lograr la estandarización de los egresos hospitalarios, se capacitó al personal de enfermería en el curso de codificación de procedimientos y diagnósticos médicos para actualizar los informes de egreso.

En cuanto a la realización de eventos de trascendencia para nuestro Instituto, se llevaron a cabo las Jornadas Nacionales e Internacionales de Enfermería, el Primer Simposium sobre Neurología y Epidemiología Molecular y el Segundo Curso de Medicina Crítica Neurológica; así como la planeación y organización del Primer Diplomado en Alta Dirección, dirigido al personal responsable de la toma de decisiones. Además el personal del Instituto asistió a la Reunión para la Certificación de Establecimientos de Salud.

Enseñanza

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos, durante el período se capacitó a un total de 9 727 personas, lo que representó el 100 por ciento de la meta programada.

Esta capacitación contempla alumnos de las áreas médica, paramédica y técnica que asistieron a las diversas actividades académicas intramuros y extramuros. Asimismo se continuó con el programa de sesiones interinstitucionales con el Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición y el Instituto Nacional de Cardiología; y se presentó en el Centro Mexicano para la Educación de Salud por Televisión (CEMESATEL) el tema de “Cefaleas”.

En el presente año dieron inicio los cursos posttécnicos de enfermería neurológica con seis alumnas, y psiquiátrica con 20 alumnas, una más que el año previo. Así como, los diplomados “Atención al paciente neurológico en estado crítico” y el de “Administración en enfermería”. Se impartió el curso monográfico de enfermería neurológica “Aplicación del proceso de atención de enfermería con enfoque de respuesta humana”. Además, se realizaron los cursos: “Bases neuroanatómicas del examen

neurológico” y “El paciente neurológico en estado crítico”; con una asistencia de 230 personas. Por tercera ocasión se impartió la cátedra “Manuel Velasco Suárez” que tiene por objetivo reconocer la trayectoria científica y humanística del fundador del Instituto.

Durante este año el número de alumnos egresados en formación fue de 527, con un incremento del 42 por ciento respecto al semestre previo. El Instituto continúa con las actividades de posgrado en relación a maestría y doctorado en Ciencias Médicas sede Ciudad Universitaria con 42 alumnos.

El laboratorio de neurocómputo organizó 13 cursos de computación para personal del Instituto y de otros Institutos, con el objetivo de optimizar el uso de los recursos informáticos. Se tuvieron 581 citas index a trabajos publicados por los investigadores.

En el mes de febrero egresaron 30 médicos especialistas e ingresaron 36 alumnos a las distintas especialidades y cursos de posgrado, tres más que el semestre previo, de ellos seis son extranjeros. El Instituto fue subse de 185 residentes de rotación externa, 35 por ciento más que el semestre previo y se continúa con el programa de servicio social con diversas universidades y escuelas.

Por otro lado el programa de donación de libros, logró ingresar 28 títulos de tesis de los médicos egresados del Instituto. Asimismo, se asistió al curso “Recuperación de información en ciencias de la salud en fuentes electrónicas”, y se elaboró el Catálogo de actividades académicas 2002 con una difusión del 95 por ciento de 1 000 ejemplares. Además se editó la revista Archivos de Neurociencias y se editó el libro de las Series del Instituto “Sistema Neuroinmunoendocrino”.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Alcanzado Enero-agosto 2001	Estimado Agosto 2002
Índice de formación en materia de salud	32.0	100.0
Número de personas formadas	24	666
Número de personas inscritas a cursos de formación	75	666
Índice de capacitación en materia de salud	81.8	44.1
Alumnos capacitados	951	511
Número de trabajadores de la salud	1 162	1 160

Otras Acciones

Los avances más notables en el Instituto, se remiten a las obras públicas realizadas, las cuales contribuyen en gran medida tanto al crecimiento como al desarrollo institucional, destacando la realización de las siguientes obras a concluirse en el presente año: construcción del bunker y parte complementaria en donde se instalará el acelerador lineal, comprendiendo, oficinas, sala de preparación y espera de pacientes, reubicación de la sala de control del tomógrafo existente y proyección de pasillo de circulación, acceso al acelerador lineal (equipo de radio-neurocirugía). La construcción de la primera etapa del área donde se instalará una resonancia magnética de tres teslas, misma que contempla área para la instalación del magneto, sala de equipos de control, salas de consolas de operación, oficinas, sala de preparación de pacientes, áreas de potencia, vestidores, sala de espera, área de admisión, remodelación y adecuación de las áreas existentes, áreas exteriores y plazoleta con jardines. Así como la construcción de la primera etapa de la torre de investigaciones, planta baja (estacionamiento), trabajos preliminares y

de cimentación. Primera etapa de la construcción y ampliación del almacén general en sótano del edificio de hospitalización y construcción, ampliación de las oficinas administrativas, planta baja del edificio del Instituto. Primera etapa para la construcción y adecuación de laboratorios de investigación cerebro-vascular y de oncología.

8.2.6. Instituto Nacional de Pediatría

La misión del Instituto es contribuir al desarrollo de la investigación científica y la formación de recursos humanos de alta especialidad que permitan el establecimiento de nuevas técnicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la población menor de 18 años.

Para consolidar la operación institucional se aprobó el Manual de Organización Específico que regula la siguiente estructura: una dirección general, 5 direcciones, 15 subdirecciones y 50 jefaturas de departamentos.

Investigación

El Instituto cuenta con 123 investigadores en el Sistema Institucional 6 por ciento más que el período previo. En el Sistema Nacional de Investigadores se encuentran inscritos 26 investigadores.

Se cuenta con 37 investigadores con grado de maestría y 13 con grado de doctor; en el período de reporte se titularon de posgrado cuatro trabajadores, dos de maestría y dos de doctorado, asimismo, continúan sus estudios de posgrado 67 personas, 45 de maestría y 22 de doctorado. Se apoya a 30 estudiantes externos que realizan sus estudios bajo la tutoría de investigadores de este instituto.

De los 66 protocolos en proceso fue posible terminar 45 y publicar 151 artículos en diversas revistas de divulgación científica. Además se colaboró en 134 capítulos de libros, se publicaron cinco libros y 79 tesis. Destacó la publicación del libro "Oncología Pediátrica" que presenta los temas de mayor relevancia y actualidad de la biología, epidemiología, métodos diagnósticos y tratamientos en el cáncer infantil.

Los proyectos de investigación de mayor impacto social están relacionados microbiología, farmacología, genética humana, maltrato al menor, neoplasias y neurodesarrollo, entre otras. En los Centros Rurales de Investigación del Instituto en Tlaltizapán y Huatecalco en el estado de Morelos se desarrollaron dos proyectos de investigación, sobre problemas de nutrición y de dengue.

Dentro de las actividades académicas el personal asistió a 544 eventos, de los cuales 100 fueron internacionales y 444 nacionales.

Atención Médica

Las consultas otorgadas ascienden a 244 091, el 9.7 por ciento correspondió a consultas de valoración, 7.5 por ciento a consultas de primera vez, 40.5 por ciento a consultas subsecuentes y 25.4 por ciento a procedimientos realizados en la consulta externa. La consulta otorgada en urgencias ascendió a 41 229. El programa de valoración en 10 minutos en este servicio reporta el 94 por ciento de cumplimiento.

El número de egresos hospitalarios fue de 6 548; el promedio de días de estancia hospitalaria se mantiene en 9 y la ocupación hospitalaria fue del 76.6 por ciento debido a las obras de remodelación del área de hospitalización. La tasa de infecciones nosocomiales, paso de 8.31 en el año 2000 a 6.43 en el año 2001, para el mes de agosto se prevé una tasa de 3.6.

Por otra parte, se realizaron 593 365 estudios de laboratorio, 38 895 estudios de rayos “X”, 4 891 ultrasonidos y 6 757 tomografías axiales computarizadas.

Enseñanza

En materia de formación y capacitación de recursos humanos, se realizaron 19 cursos de pregrado con 368 estudiantes; se brindó apoyo académico a través de campo clínico a 44 instituciones, nacionales y extranjeras, aceptando a 198 alumnos. En febrero del año 2002 egresaron 99 especialistas e iniciaron actividades 236 alumnos, contando con 19 médicos extranjeros. En cuanto a los cursos técnicos y posttécnicos, egresaron 21 alumnos y dio inicio el ciclo escolar con 53 personas. A partir de marzo de este año, el Instituto inició como sede del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, con 14 alumnos de maestría.

Además, se efectuaron 56 cursos de educación continua con la asistencia de 3 862 personas. En el área de capacitación para el desempeño y desarrollo se impartieron 17 cursos con la asistencia de 162 personas. Se firmaron 10 convenios con instituciones de salud del país, sumando a la fecha 40 convenios vigentes, se realizaron 32 Congresos y el Taller Bioética en la Investigación Biomédica.

Otras Actividades

Se reinstaló el Patronato del Instituto, el cual se ha constituido como un valioso apoyo para fortalecer la infraestructura operativa del Instituto.

En el lapso que se informa concluyó la remodelación del 3^{er} piso de hospitalización y se inició la remodelación del 2^o piso, incluyendo el área de terapia intensiva.

Con el fin de orientar a la población se participó en la radio en temas como: infección en vías urinarias en niños, obesidad en niños y adolescentes, asma, hepatitis A, entre otros; y en CEMESATEL con los temas sobre analgésicos y acné juvenil.

En el contexto de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, se logró valorar al 97.5 por ciento de los pacientes en un lapso de 10 minutos, cifras que demuestran el resultado del trabajo en equipo realizado por nuestros médicos adscritos y residentes, sin demérito en la calidad de la atención, lo que permitió ampliar la cobertura de los servicios.

Se diseñó un folleto para personas con discapacidad, y se entrega a todos los familiares la Cartilla de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y sus Familiares. Además se desarrolló y distribuyó el Código Ético Médico y Decálogo de la Enfermera y el Código de Conducta Institucional. En atención a la acciones anticorrupción se elaboraron y colocaron carteles con la leyenda “No más mordidas” en las áreas comunes de atención médica y administrativa.

Se contabilizaron más de 8 000 consultas en INTERNET por parte del personal institucional. En la página institucional de INTERNET el promedio es de 70 consultas diarias.

Premios y Distinciones

Durante el XX Congreso Interamericano de Infectología Pediátrica, realizado en noviembre del año 2001, el Instituto recibió varios premios otorgados en diferentes áreas de investigación. Primer lugar Premio “Rubén Álvarez Chacón” de Investigación en Parasitología con el trabajo “Seropositividad a

antígenos del metacéstodo de *Taenia solium* en escolares de la Ciudad de México”. Primer Lugar Premio “Ignacio Semelweis” de Investigación en Infecciones Nosocomiales, con el trabajo “Factores de riesgo asociados con bacteriemia nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* multiresistente en un hospital Pediátrico de tercer nivel”, Segundo Lugar Premio “Francisco Xavier Balmis” de Investigación Clínica por el trabajo “Utilidad de la detección de antígeno manan mediante anticuerpos monoclonales para el diagnóstico de sepsis por *Cándida* en niños”.

Durante el V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical se recibió el Segundo Lugar por trabajos presentados en cartel, con el trabajo “Genotipos de aislados de giardia duodenales obtenidos de humanos y animales”.

En el *IX World Congress of Pediatric Pathology* celebrado en el mes de octubre 2001, se otorgó el Tercer Lugar en el Foro de Residentes por el trabajo “*Phakomatosis pigmentovasculares Clinical Findings in 25 cases*” y el Tercer Lugar por la presentación de poster con el trabajo “*Kasabach Merrit Phenomenon*”.

En el Premio Nacional de Investigación de la Fundación *Glaxo Wellcome* se obtuvo el PRIMER LUGAR en el área clínica con el trabajo titulado “Maltrato Físico en niños, Indicadores Clínicos y Sociales”.

Por cuarto año se obtuvo el Premio de la Asociación Mexicana de Pediatría a la mejor Tesis 2001, con el trabajo “Experiencia en histiocitosis de células de Langerhans en niños mexicanos en una institución de tercer nivel a lo largo de 30 años”.

Premio de Investigación sobre Defectos al nacimiento otorgado por GEN Nov 2001, con el trabajo “*Differential effects of biotin deficiency and replenishment on rat liver piruvate and propionyl CoA carboxilases on their mRNAs*”.

Premio ESCAPARATE para la campaña de promoción de la anticoncepción de Emergencia, octubre 2001.

Premio Laboratorios Columbia en Dermatología de FUNSALUD, septiembre 2001 por el trabajo “*Therapeutic efficacy of interferon alfa-2b in infants with life threatening giant hemangiomas*”.

Durante el 1^{er} Curso Latinoamericano de Avances en Investigación sobre Fijación Interna y Externa, se realizó la presentación del trabajo institucional “Osteosarcoma, un reto”, donde el equipo de trabajo del Departamento de Ortopedia Pediátrica se hizo acreedor al Primer Lugar de Trabajos Libres en la Ciudad de Verona, Italia. Cabe mencionar que durante el desarrollo de este evento se conformó la Sociedad Latinoamericana de Fijación Externa y Métodos de Osteosíntesis, dentro de la cual el Dr. José Cortes Gómez es Miembro Fundador.

Se distinguió al Dr. Arturo Loredó Abdalá con la Medalla al Mérito “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, otorgada en el marco de las XXI Jornadas Médicas Pediátricas del Hospital del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” en Villahermosa, Tabasco y, con el Premio Guillermo Salas Peyrót durante la Ceremonia de clausura del CXXXVIII Año Académico de la Academia Nacional de Medicina, reconociendo su labor en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM).

8.2.7. Instituto Nacional de Perinatología

Misión del Instituto

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.

Para el cumplimiento de su misión, el Instituto cuenta con una estructura orgánica compuesta por una Dirección General, 4 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 y de procedimientos para contar con documentación que apoye la operación de los servicios y el desarrollo de las funciones.

La plantilla de personal autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Instituto para el ejercicio 2002 es de 1552 plazas lo que representa un 0.38 por ciento de incremento comparado con el período 2001.

Investigación

El grupo de excelencia del instituto lo constituyen los investigadores que se encuentran en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), para el período de enero-agosto 2002 se observa una disminución de uno en el total de investigadores, pero hay que resaltar en este período que todos se ubican en el grupo de investigadores de nivel y ya no se cuenta con candidatos. La disminución del número total de investigadores fue debido a una renuncia.

Sistema Nacional de Investigadores

	Enero-agosto 2001	Enero-agosto 2002
Candidatos	2	0
Nivel I	6	7
Nivel II	1	1
Nivel III	0	0
Total	9	8

El promedio de artículos publicados por investigador acumulado hasta agosto (0.8), hace suponer el cumplimiento de 1.1, al cierre del año, aún cuando la plantilla ha disminuido por renuncias.

Los protocolos de investigación continúan siendo el pilar del desarrollo de la investigación en el instituto, en el período de enero-agosto del 2002 en comparación a enero-agosto del 2001 existe un incremento en el número de nuevos proyectos de un 78 por ciento, en proyectos terminados se observa una disminución del 45 por ciento, la cifra de proyectos suspendidos disminuyó discretamente, no hubo ningún protocolo cancelado y el total de proyectos en proceso se incrementó un 12 por ciento.

Protocolos de Investigación Comparativo

	Enero-agosto 2001	Enero-agosto 2002
En proceso al inicio del semestre	79*	71*
Nuevos	9	16
Total desarrollados	88	87
Terminados	15	8
Cancelados	1	0
Suspendidos	7	6
Total en proceso	65	73

* Se incluyen protocolos en proceso + suspendidos.

La divulgación de los productos de investigación se realiza en eventos científicos nacionales e internacionales. Las presentaciones totales para el presente período aumentaron un 17 por ciento en comparación al 2001; en las presentaciones nacionales el aumento fue del 21 por ciento, pero en las presentaciones internacionales disminuyeron un 15 por ciento.

Las actividades de la Comisión de Investigación incrementó el número de reuniones en un 6 por ciento, en el número de protocolos revisados 225 por ciento, y protocolos aceptados 78 por ciento. Debido al número mayor de protocolos revisados se vio incrementado el número de protocolos diferidos. También hay que hacer notar que se continúa sin tener protocolos rechazados.

Para la conclusión del año 2002 se tiene contemplado un total de 22 nuevos proyectos de investigación, que elevaría a un total de 93 el número de protocolos desarrollados. Los protocolos terminados serán de 14 al final del período cifra que mantendría el número en los últimos cinco años. Se mantendrá en cero el número de protocolos cancelados, situación debida al estrecho seguimiento en el desarrollo de los protocolos de investigación y las gestiones necesarios para su conclusión; se disminuirá el número de protocolos suspendidos, se dará atención especial es este grupo para atender a las situaciones en particular que presenten y resolverlas con oportunidad.

El mayor número de proyectos se ubican en las líneas correspondientes a Alto riesgo materno y perinatal, El seguimiento neonatal pediátrico y la Prematurez y bajo peso al nacer (27 protocolos). Los otros grupos de mayor interés son los relacionados a la Infección nosocomial, perinatal y Enfermedades de transmisión sexual VIH y SIDA, más los problemas relacionados con la Biología de la Reproducción (11 protocolos cada uno).

Para el período que se reportan se han concluido un total de 14 protocolos de investigación, cuyos resultados son de aplicación a corto y mediano plazo, éstos incluyen: Causas de muerte perinatal en el INPer; Diagnóstico etiológico de origen infeccioso en el neonato de bajo peso; Determinación del estado hematológico para el diagnóstico de anemia en la mujer embarazada; Establecimiento de una escala para determinar el crecimiento fetal en las primeras semanas del embarazo; Determinación a través de un estudio poblacional para establecer un diagnóstico temprano de hipertensión arterial en ambos sexos; Esquema de monitoreo para establecer cifras de tensión arterial en recién nacido; Control de la Diabetes Mellitus gestacional vía evaluación de desayuno en mujeres mexicanas. A mediano plazo los resultados de los proyectos incluyen: Método para la elección de carrera en el área de la salud; Actitud de los médicos ante la solicitud e interpretación de pruebas genéticas.

Atención Médica

Las metas programadas para el ejercicio 2002 observan un comportamiento adecuado. En promedio por hora médico se atiende a 2.6 pacientes y la utilización de los servicios hospitalarios es de 70.0 por ciento. La proporción de consultas relativas a urgencias rebasa en menos de un punto el porcentaje estimado.

Por cada 100 egresos hospitalarios 0.6 por ciento correspondieron a fallecimientos, tasa baja resultado de la calidad de atención lograda con diversas acciones: capacitación al personal en el manejo de pacientes en estado crítico, adquisición de material y equipo especializados y remodelación de gran parte de los servicios de atención a pacientes.

La única obra proyectada para el año 2002 es la remodelación del área de consulta de adultos y baños, en su segunda etapa. El índice de conservación y mantenimiento no muestra avance, pues el indicador sólo puede reportarse en 100.0 por ciento hasta que la obra en proceso concluya. Se estima su término oportuno en diciembre.

Como resultado del incremento en la capacidad física instalada para proporcionar asistencia médica, todas las acciones en esta materia reflejan cifras superiores a las del período comparativo. Se elevó de 50 a 60 el número diario de consultas para valoración de pacientes y de 40 a 50 las citas para apertura de expediente. Se otorgaron 151 125 consultas con aumentos de 5.2 por ciento en valoración y 3.3 por ciento en primera vez.

El servicio de urgencias registró 17 100 consultas, 5.6 por ciento más que el año anterior, principalmente por un mayor número de pacientes que se reciben en este servicio, para ingreso a hospitalización. Se cuenta con 4 camas censables más para un total de 173, cuya ocupación se alcanzó, de acuerdo a lo programado, en 70.0 por ciento. Los 14 210 egresos hospitalarios superaron en 8.0 por ciento los del año anterior. Se llevaron a cabo 7 644 cirugías, con 4.8 por ciento de incremento.

En los servicios auxiliares para diagnóstico y tratamiento se realizaron 517 536 estudios, superando en 4.8 por ciento los del período comparativo.

Respecto a la participación en Programas Nacionales de Salud, se practicó citología para detección de cáncer cérvico-uterino a las 7 263 pacientes gineco-obstétricas de primera vez. La cobertura con métodos de planificación familiar incluyó al 80.0 por ciento de pacientes con embarazo resuelto en el INPer. Dentro del programa para prevención de retraso mental, se realizó tamizaje para detección de Hipotiroidismo e Hiperplasia Suprarenal al 98.1 por ciento de recién nacidos hospitalizados en este instituto. Adicionalmente se vacunó contra Poliomiélitis al 98.1 por ciento y contra Tuberculosis al 83.3 por ciento de neonatos sanos. Este último, esquema de reciente aplicación.

Entre las acciones para mejorar el desempeño institucional, destaca el funcionamiento del Comité de Morbilidad Hospitalaria, el cual se encarga de analizar diariamente todos los eventos obstétricos ocurridos durante las 24 horas previas, con especial énfasis en aquellos que presentaron alguna complicación. Participa un equipo interdisciplinario constituido por gineco-obstetras, neonatólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, médicos residentes y jefes de los servicios involucrados. De tales revisiones surgen recomendaciones y se toman decisiones oportunas para mejorar la atención que se otorga a los pacientes.

Enseñanza

En el presente ejercicio se realizaron 26 cursos: 10 de actualización y 16 diplomados con una participación de 693 asistentes al primero y 28 al segundo. Por otra parte, egresaron 50 médicos especialistas.

Especialistas Médicos Egresados 2002

Especialidades médicas	2002
Biología de la Reproducción Humana	7
Ginecobstetricia	16
Infectología	2
Medicina Materno Fetal	9
Neonatología	13
Urología Ginecológica	3
Total	50

El Instituto Nacional de Perinatología tiene establecidos tres programas en materia de enseñanza:

- Formación y capacitación de recursos humanos en el campo de la Perinatología y Reproducción Humana.
- Desarrollo de programas educativos dirigidos a la población usuaria del Instituto.
- Diseño e implementación y validación de modelos educativos comunitarios en el campo de la salud sexual reproductiva.

Para el ejercicio 2002 se comprometieron diversas metas que permitan el desarrollo de los recursos humanos internos y externos los cuales están en proceso de desarrollo.

- Diseñar trabajos de tesis de alta calidad, basados en proyectos de temas de investigación registrados por el INPER con el fin de incrementar la publicación de artículos en revistas médicas de alto impacto a nivel nacional e internacional.
- Adquisición de línea exclusiva a Internet para el servicio de información médica.
- Incorporar a la red los sistemas de diseño gráfico e impresión por computadora.
- Impresión digital en gran formato.
- Modernización del equipo de sonido de los tres auditorios del Instituto.
- Aumentar en un 5 por ciento la asistencia de la población usuaria del Instituto a los cursos educativos.
- Desarrollo de talleres con programas de salud reproductiva dirigidos a personal de centros de salud y alumnos de escuelas primarias y secundarias.
- Completar el diseño de dos nuevos modelos educativos, uno para el programa educativo gestacional y el otro para el programa de promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- Obtener el nombramiento Universitario de Sede de educación Continua por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Continuar otorgando campo clínico para médicos internos de pregrado.

8.2.8. Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

Desde su creación en 1979, el Instituto Nacional de Psiquiatría ha tenido como funciones principales la realización de investigaciones científicas y tecnológicas de la más alta calidad y competitividad internacionales, la formación y capacitación de recursos humanos de alto nivel y la atención médica adecuada, oportuna e integral de gran calidad y calidez humana; todo esto en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental.

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.

A partir de que inició sus actividades, se ha incorporado, mediante las investigaciones científicas que realiza, a las corrientes actuales de la psiquiatría y la salud mental y ha contribuido al avance del conocimiento.

En materia de educación, se considera al Instituto como el centro más importante en el país, dado que imparte cursos en todos sus niveles y para todos los profesionales afines a la psiquiatría y la salud mental. Desde 1990, cuenta con niveles de Excelencia Académica ya que las maestrías y doctorados que imparte se encuentran calificadas como posgrados de Excelencia por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y se imparten con reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México.

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.

La tecnología de punta en los procedimientos de diagnóstico del Instituto permite una mayor solidez científica en la atención médica. La instalación de unidades de atención especializada, denominadas clínicas de subespecialidades proveen la información esencial para la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que permiten que la atención sistematizada sirva de modelo para otras instituciones psiquiátricas del país.

Investigación

En el período a que se refiere este informe, el Instituto está llevando a cabo 125 proyectos en sus tres áreas: neurociencias, psiquiatría clínica y epidemiología y ciencias sociales. Estas han dado lugar a 75 publicaciones.

Durante el período que se informa, se incrementó a 113 el número de investigadores calificados por la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud; seis nuevos investigadores ingresaron al Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I.), otros dos fueron promovidos a un nivel superior y cuatro fueron ratificados. El 52 por ciento del total de investigadores titulares del Instituto pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores.

Investigadores por Categoría

Titular C	Titular B	Titular A	Asociado C	Asociado B	Asociado A	Total
15	12	24	22	26	14	113

El Instituto mantiene una estrecha relación con otras instituciones y universidades del país y del extranjero con las cuales se elaboran convenios de colaboración y financiamiento; entre otras podemos mencionar al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Programa Universitario para la Investigación en Salud, el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, la UNAM, El Colegio de México, el Instituto Nacional de la Nutrición, el *National Institute of Mental Health*, la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., la Secretaría de Educación Pública, la Organización Mundial de la Salud y varias instituciones y empresas privadas.

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 con 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	Diciembre 2001	Estimado agosto 2002	Alcanzado agosto 2002
Total de consultas	68,585	43,000	57,108
Ocupación hospitalaria	85.4	83.3	86.2
Estudios de diagnóstico	76,266	48,867	50,959
Egresos hospitalarios	1,477	1,000	982
Consultas de urgencias	5,714	3,880	4,173

Durante el período se otorgaron 57 108 consultas, 22.9 por ciento más con relación al mismo período del año anterior; situación que se debe a la reestructuración de la consulta externa que se está llevando a cabo; el 7.9 por ciento correspondió a preconsultas, 5.6 por ciento de primera vez, el 79.1 por ciento a consultas subsecuentes y el 7.3 por ciento a consultas de urgencias.

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
840	543	751	1,112	221

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 20 cursos a 505 alumnos, 49 alumnos elaboran sus tesis de posgrado bajo la tutoría de investigadores y personal profesional del Instituto: 15 de especialidad, 8 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 Hemerobiblioteca cuenta con más de 6 000 volúmenes y recibe regularmente 264 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

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha venido consolidándose como la principal instancia nacional generadora y multiplicadora de los avances en el conocimiento de la salud pública. Es responsable de: formar, capacitar y actualizar recursos humanos de alto nivel en salud pública, para la investigación, docencia, asesoría y gerencia de servicios de salud; de desarrollar investigación de punta en la materia; y de difundir el conocimiento científico en materia de salud pública en el ámbito nacional e internacional; y desarrolla complementariamente otras actividades sustantivas, como las correspondientes a servicios documentales. Además, continúa participando en la evaluación de algunos programas prioritarios para el desarrollo social del país, como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes PROGRESA) y el Programa de Ampliación de Cobertura de servicios de Salud (PAC).

La Escuela de Salud Pública del INSP está reconocida oficialmente como Institución de Enseñanza Superior.

El INSP está integrado por: 1 Dirección General, 1 Secretaría General, 1 Secretaría Académica, el Centro de Investigación en Salud Poblacional; el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas; el Centro de Investigación en Sistemas de Salud; el Centro de Investigación en Nutrición y Salud; y el Centro de Información para Decisiones en Salud. Su plantilla está compuesta por 691 trabajadores, de

los cuales el 43.3 por ciento son investigadores y personal técnico de apoyo a la investigación; el resto, corresponde a personal administrativo de enlace y mandos medios.

INSP desarrolla sus actividades sustantivas dentro de dos programas: el de Enseñanza y el de Investigación en Salud Pública.

Enseñanza en Salud Pública

En materia de enseñanza, uno de los logros significativos del INSP en ese período, es el correspondiente a la Permanencia en el Padrón de Programas de Posgrado de Excelencia del CONACyT, lo cual representa un signo de la calidad de los programas docentes de la institución.

En marzo del 2002 se desarrolló durante tres días, un programa de actividades académicas para conmemorar los aniversarios LXXX de la Escuela de Salud Pública y XV del Instituto Nacional de Salud Pública. Al evento asistieron investigadores nacionales e internacionales, así como autoridades de salud, y sirvió para reforzar la proyección de las actividades científicas y académicas que se llevan a cabo en el INSP.

Las actividades de Enseñanza están integradas en los siguientes programas:

1. Programa Académico de Formación de Posgrado

- 1.1. Programa de Especialización en Enfermería en Salud Pública.
- 1.2. Programa de Maestría en Salud Pública (Profesionalizante), con Áreas de Concentración en: epidemiología, administración de servicios de salud y regulación sanitaria.
- 1.3. Programa de Maestría Académica en Ciencias de la Salud, con Áreas de Concentración en: epidemiología, sistemas de salud, salud ambiental, salud reproductiva, economía de la salud, nutrición y enfermedades infecciosas.
- 1.4. Programa Académico de Doctorado, con Áreas de Concentración en: epidemiología, sistemas de salud y enfermedades infecciosas.

2. Programa de Capacitación

- 2.1. Programa de Educación a Distancia.
- 2.2. Programa de Educación Continua.
- 2.3. Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología.

Programa Académico de Formación de Posgrado: el propósito de este programa, es la formación especializada de profesionales, investigadores y docentes en salud pública. Para el período enero-agosto 2002 se programaron e impartieron 15 cursos de formación, de los cuales 11 están inscritos en el Padrón de programas de Posgrado de Excelencia del CONACyT. Un curso menos que en el mismo período anterior.

En cuanto al Índice de Egresos de dicho programa, para el período enero-agosto del 2001 se alcanzó el 28.8, y para el período enero agosto del 2002 se estima haber alcanzado el 25.8; por lo que considerando que el índice programado para ambos períodos se establece en el intervalo de 30.0 a 40.0, en ambos períodos el índice solo se aproximó al límite inferior de la meta fijada.

Programa de Capacitación: el propósito de este programa es la actualización de profesionales de la salud pública, así como su aproximación a conocimientos de salud de vanguardia. Para el período enero-agosto 2002 se programaron 51 cursos y se impartieron 42 un 82.4 por ciento, siete cursos menos que el mismo período anterior.

En cuanto al Índice de Egresos de dicho programa, en el período enero-agosto del 2001 se alcanzó el 113.1, y para el período enero-agosto del 2002 se estima haber alcanzado el 83.2. Considerando que el índice programado para ambos períodos se establece en el intervalo de 60 a 100, entonces en el período enero-agosto 2001 se rebasó la meta, mientras que para enero-agosto 2002 se cumplió con la misma.

En cuanto a infraestructura, el INSP continua avanzando en la construcción de una subsede en la ciudad de México, donde ya está instalado el personal del Centro de Información para Decisiones en Salud y del Centro de Encuestas de Salud. El inmueble se localiza en la delegación Tlalpan del D. F., en la misma zona de los Institutos Nacionales de Salud.

Programa de Investigación en Salud Pública

Los proyectos científicos que se desarrollaron en el INSP en los años 2001 y 2002, dieron continuidad a las 15 Líneas de Investigación señaladas en el programa de mediano plazo.

La apertura programática del año 2001 quedó integrada con 84 proyectos de investigación, de los cuales, 33 iniciaron ese año mientras que 51 habían iniciado en años previos. Durante el mismo año concluyeron 20 investigaciones y dos tuvieron que ser canceladas.

La apertura programática del año 2002 quedó integrada con 95 proyectos de investigación, de los cuales, 29 iniciaron el mismo año, y 66 habían iniciado en años previos (cuatro de estos últimos permanecieron interrumpidos durante el 2001 debido a falta de financiamiento). De enero a agosto del 2002 concluyó una de las investigaciones, otra tuvo que ser cancelada y una más fue interrumpida temporalmente, por lo que continúan en desarrollo 92 investigaciones.

8.2.10. Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”

El Hospital continuó con la función de realizar acciones de investigación, asistencia y formación de recursos humanos de excelencia que generen conocimientos, tecnología y guías orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pediátricas.

La estructura orgánica del Hospital incluye: 1 dirección general, 1 secretaría particular, 2 direcciones de área, 10 subdirecciones y 66 jefaturas de departamento. Los movimientos durante el período incluyen el cambio de denominación del departamento de cirugía experimental a departamento de trasplantes y de adscripción del departamento de genética de la subdirección de asistencia médica a la subdirección de investigación.

Investigación

El Hospital cuenta con 89 investigadores clasificados en el Sistema Institucional de Investigadores, 2.3 por ciento más que el período previo. En el Sistema Nacional de Investigadores continúan inscritos 11 investigadores.

La producción científica del Hospital relacionada con los protocolos de investigación ascendió a 144 protocolos registrados, de estos 52 son nuevos, y 39 se concluyeron; el resto continúa en proceso.

El 39.5 por ciento del total de protocolos recibió financiamiento externo. Además, se publicaron 70 artículos, 11.1 por ciento más que el período previo; se presentaron 484 ponencias y trabajos de investigación en 101 eventos científicos.

Entre los protocolos más destacados se encuentra el proyecto sobre el “Desarrollo de la percepción de la altura tonal en niños” que se encuentra en la segunda fase de estudio en poblaciones de Hidalgo y Oaxaca; el estudio sobre “Marcadores de susceptibilidad de la fiebre reumática” realizado en la zona conurbada de la Ciudad de México; el del “Virus sincicial respiratorio” también realizado en el área metropolitana de la Ciudad de México, que concluyó durante el período de referencia; un proyecto más se lleva a cabo sobre asma, factores ambientales y conjuntivitis en recién nacidos, entre muchos otros.

Atención médica

Con el propósito de atender las necesidades de salud de la población infantil del país, durante el período de este informe se otorgaron 140 046 consultas, cifra similar a las consultas otorgadas el período previo y 98.2 por ciento de lo estimado. Las preconsultas sumaron 22 359 en total; las consultas de primera vez llegaron a 5 857 y las subsecuentes fueron 111 830; la relación entre subsecuentes y de primera vez fue de 19.1:1, debido a que se requieren mayores controles médicos por la complejidad de las enfermedades de los pacientes. Las consultas de urgencias llegaron a 7 775 con un incremento de 3.8 por ciento respecto al período anterior y 84.0 por ciento de lo programado.

Para proporcionar apoyo al diagnóstico y tratamiento médico, se realizaron 634 107 exámenes clínicos a 136 510 pacientes del Hospital, lo que representó el 128.0 y 98.3 por ciento de lo previsto, respectivamente, y en comparación con el período previo se observó un incremento de 15.6 por ciento en el número exámenes realizados. En radiología se practicaron 43 637 estudios radiológicos a 38 763 pacientes, que correspondió a 98.3 y 95.3 por ciento de lo programado, así como 6.6 y 7.1 por ciento más respecto al período anterior.

Además, se practicaron 7 344 tomografías axiales computadas a 3 320 niños un 91.2 por ciento y 88.0 por ciento de las metas programadas. En comparación al período previo, se observó una disminución de 3.1 por ciento y 6.0 por ciento respectivamente. En el servicio de resonancia magnética, se realizaron 1 018 estudios a 911 pacientes. Es importante mencionar que este es el primer equipo de resonancia magnética que funciona en un Hospital Pediátrico de la Secretaría de Salud.

Las sesiones de radioterapia ascendieron a 5 668 en 266 pacientes, con un promedio de 4.7 sesiones por paciente un 69.4 por ciento y 77.6 por ciento de lo previsto. Respecto al período previo se observó una disminución de 19. y 24.0 por ciento respectivamente.

En rehabilitación se realizaron 6 747 consultas, incluyendo preconsultas, interconsultas, consultas de primera vez y subsecuentes, en comparación con el período previo representó un aumento de 6.7 por ciento. También se proporcionaron 51 766 sesiones de rehabilitación a 25 873 pacientes, 100.8 por ciento y 101.0 por ciento de lo estimado. En audiología y foniatría se realizaron 7 361 estudios audiológicos y de potenciales evocados a 3 796 pacientes; lo que representó 129.1 y 115.4 por ciento de lo previsto, con incrementos de 14.4 y 9.5 por ciento, respectivamente, en comparación con el período anterior.

Los estudios patológicos realizados fueron 2 324 y 423 estudios citológicos, lo que representó 104.6 y 75.5 por ciento de lo programado. También se realizaron 577 estudios inmunohistoquímicos y de microscopía electrónica de transmisión y barrido. Se efectuaron 113 autopsias de las 233 defunciones

ocurridas. Las transfusiones aplicadas fueron 11 270 con 23 668 unidades de sangre y sus derivados, tales como paquetes eritrocitarios, plasma, plaquetas, crioprecipitados, factor VIII y factor IX. En medicina nuclear se realizaron 1 147 evaluaciones diagnósticas de gammagrafía a 1 125 pacientes, con incrementos de 39.9 y 41.2 por ciento, con relación al período previo.

Por otro lado se registraron 7 581 egresos de 8 238 programados lo cual equivale al 92.0 por ciento de lo esperado y 7.7 por ciento más de los egresos registrados el período previo. La ocupación hospitalaria fue de 84.7 por ciento mayor respecto al 84.6 por ciento del período previo. El promedio de estancia hospitalaria en el período que se informa fue de ocho días, similar para el período anterior.

Se realizaron 6 289 intervenciones quirúrgicas de las cuales 4 072 fueron cirugías mayores y 2 217 menores. En cirugía de mínima invasión o endoscópica en niños, el Hospital es líder nacional, en este período se efectuaron 116 procedimientos de alta y moderada complejidad.

La Clínica del Dolor para el Paciente Pediátrico, primera en su tipo en nuestro medio, otorgó 6 950 consultas y procedimientos paliativos y la de Vía Aérea Pediátrica proporcionó 144 consultas, 113 intervenciones quirúrgicas: cirugías abiertas, endolaríngicas y de rayo Láser de CO₂ y 228 nasofaringoscopías sin anestesia.

Los trasplantes renales realizados llegaron a 27, con evolución satisfactoria y con sobrevida global similar a los estándares internacionales. El Hospital continúa dentro del Registro Norteamericano de Trasplante Renal Pediátrico, a la fecha existen 28 pacientes con uremia terminal en espera de trasplante renal. En dicho procedimiento intervienen aproximadamente 43 personas entre médicos especialistas, enfermeras, personal paramédico, administrativo y de apoyo en general.

Además, se llevaron a cabo 495 hemodiálisis dentro de la Institución y más de 10 500 recambios tanto a los pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria, como aquellos que requirieron este procedimiento por insuficiencia renal.

En la Clínica de Trasplante Hepático al período que se informa se realizaron ocho trasplantes de hígado, en cada trasplante intervienen 70 personas aproximadamente, entre médicos especialistas, enfermeras, personal paramédico, administrativo y de apoyo en general. Como parte del Programa de Trasplante de Corazón, en este período se han realizado seis, además de ocho homo-injertos valvulares. De manera simultánea de un mismo donador de corazón se obtuvieron corneas, riñones e hígado, que se trasplantaron con éxito. Cabe señalar la participación de aproximadamente 60 personas entre médicos especialistas, enfermeras, personal paramédico, administrativo y de apoyo en general, para la realización de dicho trasplante. Las cirugías simultáneas y secuenciales tuvieron una duración total de 35 horas ininterrumpidas (equivalente a 70 apendicetomías, 60 hernioplastías y 70 piloromiotomías). El departamento de ortopedia, se integró al Comité Interno de Trasplantes para incorporar el trasplante de hueso y se continuó con el Protocolo de Trasplantes de Islotes Pancreáticos para el Paciente Diabético.

En el período citado, la unidad de trasplante de médula ósea realizó seis trasplantes, uno de tipo alogénico, dos autólogos y tres haploidénticos, además, se ha continuado trabajando en colaboración con la Universidad de Tübingen, Alemania, desarrollando y empleando tecnología especializada. En este tipo de procedimientos intervienen 18 personas (médicos especialistas, enfermeras, terapeutas) y de las áreas de terapia intensiva, gastroenterología, medicina del dolor, neurología, cardiología, laboratorio de trasplante, psicología, farmacia y almacén general, así como de otorrinolaringología, neumología y estomatología, previo al trasplante.

El servicio de otorrinolaringología en el período que se informa efectuó la colocación de 10 implantes cocleares, el costo de cada implante coclear ha sido de 17 500 dólares. Este programa del Hospital Infantil de México Federico Gómez, es pionero en el país en pediatría.

La Asociación Mexicana de Hospitales otorgó a la Institución el Premio de “Calidad en la Atención en los Servicios de Salud”, por el trabajo titulado “Modelo Práctico para Evaluar la Calidad de la Atención Médica de acuerdo a la Opinión del Usuario en el Hospital Infantil de México Federico Gómez”. Asimismo la Coordinación del Sistema de Calidad de los Laboratorios, continuó con las acciones correspondientes para lograr la acreditación de los laboratorios de banco de sangre y bacteriología para lo cual se trabaja con la Entidad Mexicana de Acreditación.

En Oncología, se aplicaron 20 138 procedimientos de quimioterapia, aspirados de médula ósea, punciones lumbares y quimioterapia intratecal, biopsias de médula ósea y aplicación de transfusiones a 8 466 pacientes.

El servicio de oftalmología, aplicó a 19 pacientes con resultados excelentes la toxina botulínica, que es un tratamiento moderno para el estrabismo que reduce tiempo quirúrgico y días camas de hospitalización. El Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva, realizó la III Jornada de Cirugía Intramuro de Labio y Paladar Hendido, en la que se atendieron a 15 niños que estaban programados a largo plazo.

Enseñanza

La Institución es sede de cursos de formación tales como: especialidades troncales, especialidades pediátricas y posgrado para médicos especialistas, entre otros. Asimismo, se impartieron cursos de capacitación dirigidos a médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud. De septiembre 2001-agosto 2002, se impartieron 158 cursos de formación y capacitación, 2.4 por ciento menos en comparación con el mismo período anterior, en que se impartieron 162 cursos, con una asistencia de 5 631 alumnos lo que representó una disminución de 16 por ciento respecto a los 4 720 asistentes del período que se informa.

El Hospital Infantil de México con apoyo del Patronato de la Institución, continuó impulsando la formación de recursos humanos con la finalidad de brindar una mejor atención a la niñez mexicana. Actualmente dos médicos reciben capacitación en el extranjero en el área de su especialidad y tres más concluyeron su capacitación en este período. Asimismo, continúan vigentes los convenios establecidos con diferentes instituciones del extranjero, para el intercambio de residentes (Dartmouth, NH y Universidad de Texas en Baylor, EE. UU.; Messina, Italia; Buenos Aires, Argentina; Hospital La Paz y Hospital Reyna Sofía de Córdoba, España).

En el 2002, el Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL), cumplió su decimoséptimo 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. Actualmente se cuenta con 546 centros receptores registrados de los cuales 527 son receptores nacionales y 19 internacionales: cinco en Colombia, tres en Honduras y Nicaragua, dos en Cuba, El Salvador y Guatemala; uno en Costa Rica y Panamá.

8.3 Hospitales Generales

8.3.1. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” continuó proporcionando atención médica de segundo nivel a la población que carece de seguridad social; además siguió formando y capacitando a recursos humanos para la salud e impulsando el desarrollo de investigaciones innovadoras que sustentan la implementación de acciones altamente efectivas y de menor riesgo para los pacientes.

En octubre de 2001, se autorizaron modificaciones a la estructura orgánica del Hospital, reordenándose funciones y tramos de control, lo que implicó cambios de denominación y reubicación de áreas; como: la cancelación de 2 jefaturas de departamento (Geriatría y Neumología) para crear la Subdirección de Servicios Ambulatorios con dependencia jerárquica de la Dirección Médica, quedando la estructura orgánica vigente con 1 director general, 5 direcciones de área, 17 subdirecciones y 55 jefaturas de departamento.

Investigación

En este período, se incorporaron tres investigadores más al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, contando con un total de 34 investigadores que representaron el 9.7 por ciento más que los registrados en el período anterior. Sin embargo, en el Sistema Nacional de Investigadores, el número de investigadores pasó de siete a seis, lo que significó una reducción de 14.3 por ciento.

Clasificación de Investigadores

Concepto	Sep 2000 - ago 2001	Sep 2001 - ago 2002
Total de investigadores	38	40
Número de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	31	34
Número de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores	7	6

El Hospital por su quehacer asistencial tiene reconocimiento nacional e internacional en áreas como: cirugía plástica y reconstructiva, dermatología, otorrinolaringología, endoscopía y laparoscopía, lo que favorece que se realicen investigaciones de frontera como los estudios clínicos para evaluar nuevas estrategias terapéuticas y diagnósticas; estudios de factibilidad para mejorar la calidad de los indicadores de calidad de la atención médica, estudios experimentales, farmacodinámicos, celulares y moleculares; así como investigaciones epidemiológicas y de enfermería hospitalaria. En total se realizaron 72 protocolos de investigación, concluyéndose 17, lo que significó un incremento del 125 por ciento respecto a los 32 protocolos realizados en el período anterior y del 183 por ciento con relación a los seis protocolos terminados en el mismo lapso. Además se publicaron 35 artículos de investigación en diversas revistas de divulgación científica, 40 por ciento más en relación al período anterior. Los artículos de mayor impacto publicados fueron: Análisis de HLA-DR en pacientes mexicanos con pénfigo; PCR-PRINS-FISH *analysis of structurally abnormal sex chromosomes in eight patients with Turner phenotype*; *Short latency and long latency auditory evoked responses in children with attention deficit disorder*; *Distraction osteogenesis in pierre robin sequence and related respiratory problems in children*, entre otros.

Atención médica

En este período, se otorgaron un total de 172 035 consultas, de las cuales el 6.9 por ciento correspondieron a consultas de valoración; 42 864 a consultas de primera vez y 117 148 a consultas subsecuentes; resultado que representó un decremento de 0.2 por ciento con relación a las consultas del período anterior, debido una aplicación más rigurosa de los criterios para la atención de los pacientes de primera vez, con respecto a las 160 mil consultas programadas, se tuvo un cumplimiento del 107.5 por ciento. Las 54 283 consultas de urgencias otorgadas durante este período, significaron un incremento del 0.3 por ciento, respecto a las consultas otorgadas en el período anterior y un cumplimiento del 108.6 por ciento, con relación a las 50 mil consultas de urgencias programadas. El índice de ocupación fue de 87.2 por ciento y los egresos hospitalarios fueron 15 761 mayor en 14.8 por ciento que los 13 727 egresos registrados en el período anterior y un cumplimiento del 116.7 por ciento respecto a los 13 500 egresos programados. Además se realizaron 8 357 intervenciones quirúrgicas que representaron un decremento del 2.8 por ciento, con relación a las 8 599 intervenciones quirúrgicas realizadas en el período anterior, debido a que durante el año 2001 estuvieron en remodelación ocho quirófanos.

Actividad Institucional / Indicador	Comparativo de metas realizadas		Metas comprometidas 2002	
	Enero-agosto 2001	Enero-agosto 2002	Programado anual 2002	Avance Enero-agosto 2002
Atención médica				
Rendimiento de consultas por hora médico	3.4	3.3	3.2	3.3
Por ciento de ocupación hospitalaria	81.1	86.3	80.0	86.3
Porcentaje de consultas de urgencias	22.7	24.1	23.8	24.1
Investigación científica y tecnológica				
Índice de investigación en salud, ciencias médicas y seguridad social	1.8	1.1	1.3	1.1
Capacitar y formar servidores públicos				
Índice de formación en materia de salud	100	100	100	100
Índice de capacitación en materia de salud	100	100	100	100

Los estudios realizados en los servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento, registraron el siguiente comportamiento:

Servicio	Estudios realizados		
	Sept. 2000 - agosto 2001	Sept. 2000 - agosto 2001	Variación Porcentual
Endoscopía	7 582	7 744	+ 2.1
Laboratorio de análisis clínico	665 201	777 812	+ 16.9
Radiología*	55 135	64 401	+16.8
Medicina nuclear	13 947	13 694	- 1.8

* Incluye estudios radiológicos, ultrasonido y tomografías.

Clínicas y programas especiales

Con el propósito de atender con mayor especificidad a algunos pacientes, el Hospital cuenta con las siguientes Clínicas:

- **Clínica de Apoyo Metabólico y Nutricional:** se otorgaron 6 749 mezclas de tipo parenteral y enteral, 21.3 por ciento más que las 5 565 mezclas del período anterior.
- **Programa de Detección de Retinopatía Congénita:** se realizaron 82 exploraciones de ojo a niños recién nacidos con peso menor a 1 500 gramos expuestos a oxígeno-terapia, 24.2 por ciento más que las 66 exploraciones efectuadas en el período anterior.
- **Programa de Detección de Errores Congénitos del Metabolismo:** se realizaron 4 924 pruebas de tamiz neonatal a niños recién nacidos en el Hospital, que representaron el 27.5 por ciento de incremento en relación a las 3 863 pruebas realizadas en el período anterior.
- **Programa de Atención del Embarazo en Adolescentes:** se atendieron a 2 460 pacientes en sesiones, entrevistas y consejerías individuales, 25.2 por ciento más que las 1 964 participantes en el período anterior.
- **Programa de Trasplantes:** se realizaron trasplantes de córneas a 42 pacientes, 12.5 por ciento menos, que los 48 transplantes del período anterior.
- **Clínica de Atención a Víctimas de Agresión Sexual:** se brindó apoyo médico a 357 pacientes, 13.3 por ciento más, con respecto a los 315 pacientes atendidos en el período anterior.
- **Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos:** se otorgaron 1 104 consultas, 17.8 por ciento menos que las 1 343 consultas del período anterior.

Enseñanza

Durante el período que se informa, se realizaron 200 cursos para la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, de estos 39 correspondieron a formación de médicos residentes e internos de pregrado; 73 a educación para la salud, y los 88 restantes fueron para capacitación para el desarrollo y el desempeño. El número de personas formadas fue de 915 y el total de alumnos en educación continua y cursos de capacitación ascendió a 3 992.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Concepto	Alcanzado sep 2000 - ago 2001		Alcanzado sep 2001 - ago 2002	
	Cursos	Alumnos	Cursos	Alumnos
En formación				
Pregrado	18	734	18	734
Posgrado	21	181	21	181
Porcentaje de consultas de urgencias	22.7 %	24.1 %	23.8 %	24.1 %
Subtotal	39	915	39	915
Educación Continua	64	1 983	73	2 774
Capacitación	96	1 647	88	1 218
Total	199	4 545	200	4 907

Dentro de las principales actividades desarrolladas, destacan la realización tanto de las Jornadas Médicas del Hospital que se llevaron a cabo conjuntamente con la Sociedad Médico Quirúrgica del Hospital; y las Jornadas de Médicos Internos realizadas en colaboración con la Facultad de Medicina de la UNAM y la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. Cabe resaltar que por la actividad académica y docente que se realiza, se obtuvieron ocho premios nacionales de academias, fundaciones, sociedades y consejos; así como el reconocimiento al personal docente.

8.3.2. Hospital General de México

En este Hospital se continuó proporcionando atención médica integral de alta especialidad a la población que carece de seguridad social, en un ámbito de respeto y dignidad, así como fomentando la formación de recursos humanos para la salud altamente calificados y promoviendo la investigación de alto nivel que permita a mejorar la calidad de vida del paciente y su reincorporación a su ámbito familiar, social y productivo.

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.

Investigación

El Hospital General de México cuenta con una participación importante en el Sistema Institucional de Investigadores y en el Sistema Nacional de Investigadores, por lo que se presentan las siguientes tablas comparativas.

Sistema Institucional de Investigadores

Categoría	2001	2002
Titular c	9	9
Titular b	1	1
Titular a	16	15
Asociado c	7	7
Asociado b	16	16
Asociado a	17	16

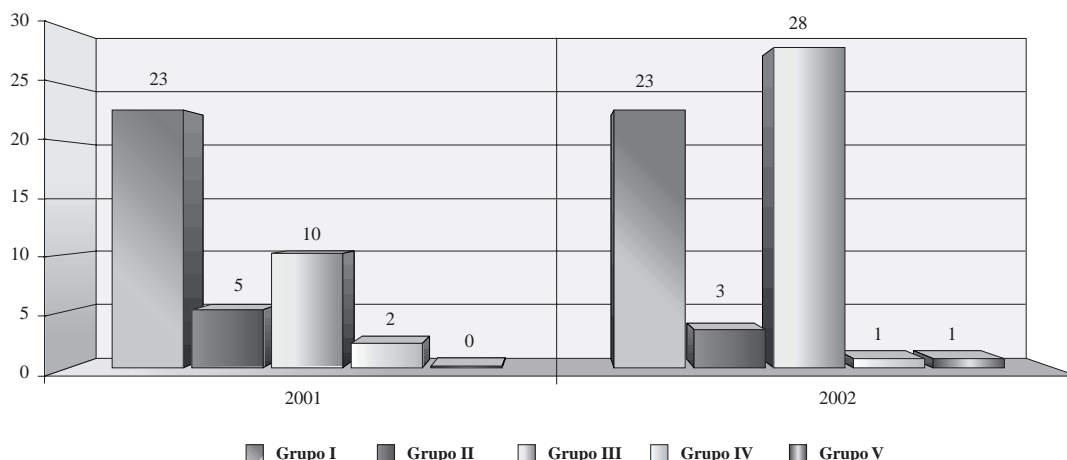
Sistema Nacional de Investigadores

Nivel	2001	2002
Nivel III	2	2
Nivel II	3	3
Nivel I	11	11
Candidatos	3	3

En total se cuenta con 64 Investigadores, 39.1 por ciento de titulares y 60.94 por ciento de asociados.

Pertenecen al SNI 19 investigadores, 10.5 por ciento nivel III, 15.8 por ciento nivel II, 57 por ciento nivel I y 15.8 por ciento de candidatos.

En el período 2002 se obtuvieron 56 publicaciones científicas, lo que representó un incremento del 40 por ciento respecto al 2001. De acuerdo con la clasificación de INSALUD se cuenta con el 53.6 por ciento de estudios de mayor relevancia lo que representó un avance del 250 por ciento con respecto al 2001.



En el lapso que se informa se tiene un logro de 0.9 en el índice de investigaciones en Salud y el indicador de referencia de la UNESCO establece el 0.67 publicaciones por investigador. Los estudios en su mayor parte son del área de genética, neurocirugía, patología y banco de sangre. Cabe destacar las publicaciones Van Tubergen A, Debats I, Ryser L, Londoño J, Burgos-Vargas R, Cardel MH, Landeewé R, Stucki G, Vanwan Del Heijde D: *Use of a numerical rating scale as an answer modality in ankylosing spondylitis-specific questionnaires. Arthritis Rheum (Arthritis Care Res) 2002; 47: 242-248;* Jimenez-Vaca AL, Valdes-Flores M, Rivera-Vega MR, González-Huerta LM, Kofman-Alfaro SH, Cuevas-Covarrubias SA: *Deletion Pattern of The STS Gene in X-linked Ichthyosis in a Mexican Population. Mol Med 2001;7:845-9.*

Atención médica

En el período que se informa 1º de septiembre del 2001 al 31 de agosto del 2002 se otorgaron 732 191 consultas generales, de especialidad y de urgencias, distribuidas como se muestra a continuación:

Consultas septiembre 2001 - agosto 2002

Tipo	Total	%
Preconsulta	89 618	12.2
1ª vez especialidad	221 862	30.3
Subsecuentes especialidad	376 265	51.4
Urgencias	44 446	6.1
Total	732 191	100.0

Los egresos hospitalarios, fueron de 39 826, lo que representó un 3.3 por ciento más con respecto al período anterior además se efectuaron 27 598 cirugías y se atendieron 6 990 partos.

Para apoyar las actividades de detección, diagnóstico y terapéuticas, se realizaron en total 312 952 estudios de gabinete que incluyen 108 162: estudios de rx; 26 057 estudios de ultrasonido; 11 594 tomografías, 1 751 resonancias magnéticas y 165 388 aplicaciones de radioterapia.

Con respecto a los análisis clínicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes se efectuaron 1.2 millones, se otorgaron 62 417 sesiones de fisioterapia con un avance de 35.3 por ciento con respecto al mismo período del 2001. Se realizaron 82 104 estudios histopatológicos y 39 634 citológicos.

Por otra parte, se aplicaron 20 820 vacunas: 6 942 de Sabin, 5 668 BCG, 6 114 de toxoide tetánico diftérico, 1 328 de Pentavalente, 401 de Triple Viral, 354 de DPT y 13 de otros tipos de vacunas.

Clínicas Médicas

Los avances de las clínicas médicas, proyectos y comités de especialidades de esta Institución, son realizados con el propósito de elevar la calidad en los servicios otorgados o en su caso la atención precisa y especializada que requieren determinados pacientes que acuden a este hospital. Los avances fueron:

Clínicas	Actividad
Electrofisiología cardíaca	59 marcapasos definitivos colocados
Centro de atención de epilepsia en pacientes pediátricos	445 pacientes atendidos
Retinopatía diabética	59 pacientes para evaluación, 17 casos detectados
Retinopatía del prematuro	68 casos detectados
Clínica de tiroides	47 pacientes intervenidos quirúrgicamente, 301 consultas y 211 biopsias por aspiración con aguja fina
Cirugías laparoscópicas	215 procedimientos quirúrgicos
Contra el tabaquismo	45 consultas de primera vez y 30 consultas subsecuentes
Malformaciones vasculares	181 consultas, 188 procedimientos de esclerosis y 3 embolizaciones
De problemas auditivos del recién nacido	196 pacientes detectados con factores de riesgo y 30 pacientes en rehabilitación

Programas	Actividades
De cuidados paliativos	667 pacientes atendidos y 24 visitas domiciliarias
Cirugía de corta estancia de fin de semana	166 procedimientos quirúrgicos
Cirugía extramuros, participación de oftalmología y cirugía plástica	420 consultas otorgadas y 132 procedimientos quirúrgicos
Se realizó el día "D" del glaucoma	170 pacientes revisados y 14 casos detectados
Radio cirugía	Se han realizado 50 procedimientos desde su inicio
Citas vía telefónica	6,473 citas programadas desde el inicio del programa

Enseñanza

El Hospital General de México tiene establecido convenios específicos con universidades y escuelas públicas y privadas para que sus estudiantes participen en los cursos universitarios de pregrado y posgrado, durante el período de este informe se contó con la participación de cinco escuelas y facultades de medicina, 62 grupos y 1 146 estudiantes. Para la atención de los alumnos se cuenta con 255 profesores de las diversas especialidades médico quirúrgicas que existen en el Hospital.

Iniciaron práctica 88 internos de pregrado, y actualmente se cuenta con 93 pasantes en servicio social de diversas carreras, los cuales están adscritos a los servicios de laboratorio central, radiología, farmacia, mantenimiento, recursos humanos y enfermería, y 27 alumnos en prácticas profesionales de las carreras de dietética, radiología, químico-farmacobiólogo, laboratorista, técnico en radiología, banco de sangre y gericultura.

Durante el período egresaron 132 alumnos e ingresaron 150 residentes a las 33 especialidades de la Institución; en total se cuenta con 455 médicos residentes, de los cuales son 393 nacionales, 36 extranjeros y 26 de la sede-subsede con el Hospital General de Cuernavaca Morelos.

Por su parte el área de enfermería se impartieron cuatro cursos posttécnicos con 104 alumnos.

Adicionalmente, el Hospital fue campo clínico de 1 785 alumnos de ocho escuelas, incluyendo la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Por último, se impartieron cuatro diplomados a 64 alumnos en temas como el cuidado integral del neonato, asistencia tanatológica en enfermería y el paciente como ser humano.

Entre otros cursos y eventos de capacitación permanente del personal médico, paramédico y administrativo se logró capacitar a 110 938 recursos humanos en 448 eventos de capacitación.

8.4. Centros de Integración Juvenil

Cabe señalar que Centros de Integración Juvenil, A. C. se encuentra en un proceso de reestructuración, que significa la reorientación de estrategias del modelo preventivo y el reforzamiento de los modelos terapéuticos de atención curativa; pero en cuanto a atribuciones, estas no cambian en su esencia que es la prevención, el tratamiento e investigación del problema de la farmacodependencia, sólo se adicionan los componentes de alcoholismo y tabaquismo.

La atención a los problemas relacionados con el abuso de sustancias ha sido definida como una prioridad en salud debido a la creciente carga que este problema significa para la población y el sistema de salud. Ante esta situación, se ha desarrollado un modelo de atención a las adicciones, tomando como referente conceptual a la salud pública y como estrategia a la movilización social. Sin embargo a partir de los estudios epidemiológicos y psicosociales se reorientó su marco desde un modelo de riesgo-protección, para generar acciones que apoyen los factores de protección y disminuir los de riesgo. En este sentido los resultados del período son significativos.

La nueva estructura orgánica 2002 con vigencia a partir de diciembre del 2001 considera la creación de 3 direcciones generales adjuntas, la cancelación de 3 direcciones de área, 2 subdirecciones y 2 jefaturas de departamentos; la reubicación de 2 direcciones de área, 2 subdirecciones, 2 jefaturas de departamentos y 7 unidades operativas; así como cambios de denominación y reubicación de 1 dirección de área, 2 jefaturas de departamentos y 54 unidades o operativas.

Prevención

El modelo actual implica el incremento de la conciencia sobre la relevancia del problema en la población con bajos niveles de riesgo y vulnerabilidad, a la par realizar la detección oportuna e intervención con experimentadores y usuarios de nivel bajo y no usuarios con alto índice de vulnerabilidad y riesgo. En el programa de prevención del consumo de drogas en la población de 10 a 54 años, se realizan intervenciones en tres niveles: información, orientación y capacitación; con diferentes grupos: niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familia en su conjunto y población abierta; y varios escenarios: escuela, familia comunidad, y el ámbito laboral.

El nivel de información es un abordaje de sensibilización a la población a través de una única sesión que trata sobre factores de riesgo y protección. En la orientación, se ofrecen cursos de ocho a 12 sesiones a grupos de niños y adolescentes, padres de familia y la familia en su conjunto. El nivel de capacitación lo conforman tres proyectos dirigidos a personas interesadas en desarrollar una labor preventiva contra las adicciones en su entorno, se otorgan cursos de ocho a 12 sesiones en los que se habilita a los asistentes para que reproduzcan el programa preventivo y elaboren uno específico para su ámbito laboral o comunitario.

Las acciones preventivas durante el período septiembre 2001 a agosto 2002 incluyeron un total de 146 159 acciones preventivas, de las cuales: 52 595 corresponden al nivel de información, 72 875 a orientación y 21 689 a capacitación. Con lo anterior, se atendieron: casi 1.4 millones de personas; alrededor de 1.3 millones en información, 108 761 en orientación y 17 564 en capacitación. Adicionalmente se realizaron 37 350 acciones de sensibilización en 958 300 personas.

Por su parte con la estrategia de movilización social, se logró la participación de 11 603 voluntarios, de los cuales el 84.5 por ciento correspondió a voluntarios que participaron en apoyo y multiplicación de preventivas. Contribuyeron en un 53.1 por ciento sobre las coberturas y en un 27.4 por ciento de las acciones logradas en el 2001.

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. En consulta externa, se proporcionaron 144 788 servicios a 14 834 pacientes consumidores de drogas y 23 585 familiares, respecto al mismo período previo se registró un ligero incremento.

En el Programa atención curativa se desarrollaron acciones encaminadas a incrementar los servicios y a mejorar la calidad de la atención como: la capacitación del personal para poner en operación a lo largo del territorio nacional las Clínicas para dejar de fumar; capacitación del personal en la técnica de la auriculoterapia, la cual tiene como objetivo primordial el disminuir la sintomatología del síndrome de abstinencia a la cocaína, y reforzar la adherencia terapéutica; y la capacitación del personal en el modelo de intervención para bebedores problema.

Los servicios de hospitalización especializada se proporcionaron en tres Unidades de Internamiento con base en la modalidad de comunidad terapéutica, se registraron 469 egresos que representaron un incremento del 20 por ciento respecto al período anterior.

Además se puso en operación la Clínica de Metadona, en Ciudad Juárez, la cual proporciona atención a usuarios de heroína, se ubicó en dicha ciudad por ser una zona estratégica, cercana a la frontera con Estados Unidos, en la cual se registra un incremento en el consumo de heroína.

Por otro lado el Sistema Telefónico de Orientación en Adicciones (TelCIJ), recibió un total de 14 500 llamadas, lo que representó una reducción del 50 por ciento con relación al período previo, debido a una reducción en las campañas de difusión.

Investigación

En agosto del 2002 se concluyeron 20 estudios epidemiológicos del consumo de drogas, dos estudios de evaluación de programas, 15 informes del Estudio Básico de Comunidad Objetivo y 964 informes. Para la misma fecha, se encuentran en proceso seis investigaciones, entre las que destaca la Encuesta de prevalencia del consumo de drogas entre estudiantes de secundaria de escuelas situadas en zonas de alto riesgo atendidas por CIJ (primera encuesta de impacto). Además se colaboró en la integración del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y en el Sistema de Reporte Interinstitucional en Drogas del Instituto Nacional de Psiquiatría (SRID). De la misma manera se participó en los grupos de trabajo del Observatorio Mexicano en Drogas. Se publicaron los artículos: Imagen del padre en varones usuarios de sustancias en la revista *Actas Españolas de Psiquiatría*, Resiliencia y consumo de drogas entre estudiantes de secundaria en *Psicología Iberoamericana* y Consumo de drogas en el medio rural en *Substance Use & Misuse*.

Capacitación

Para la capacitación introductoria y permanente se realizaron 108 eventos con 588 egresados y en capacitación presencial se llevaron a cabo 95 cursos con 998 egresados. En posgrado destacó la designación de la Universidad Autónoma de Morelos a Centros de Integración Juvenil como Campus D. F. para impartir la especialidad en Problemas de Farmacodependencia, que en su primera generación cuenta con 21 participantes. De igual forma se llevó a cabo la especialidad en Terapia Familiar Sistémica con el Centro de Investigaciones Psicosociales A. C., en la cual concluyeron la formación cinco personas. Por otra parte, se llevó a cabo el Tercer Simposio Internacional sobre Farmacodependencia, el cual contó con la presencia de 52 ponentes, de los cuales 20 fueron internacionales y con 1 104 asistentes.

Metas Comprometidas y Alcanzadas 2002

Proyectos	Comprometidas ene-dic	Alcanzadas ene-ago	% cumplimiento
Capacitación introductoria	38 acciones 85 egresos	24 acciones 55 egresos	63 65
Capacitación permanente	72 acciones 517 egresos	En proceso	67
Capacitación presencial	98 cursos 959 egresos	57 cursos 707 egresos	58 74
Posgrados	1 curso 21 egresos	En proceso En proceso	67 67

Capítulo 9

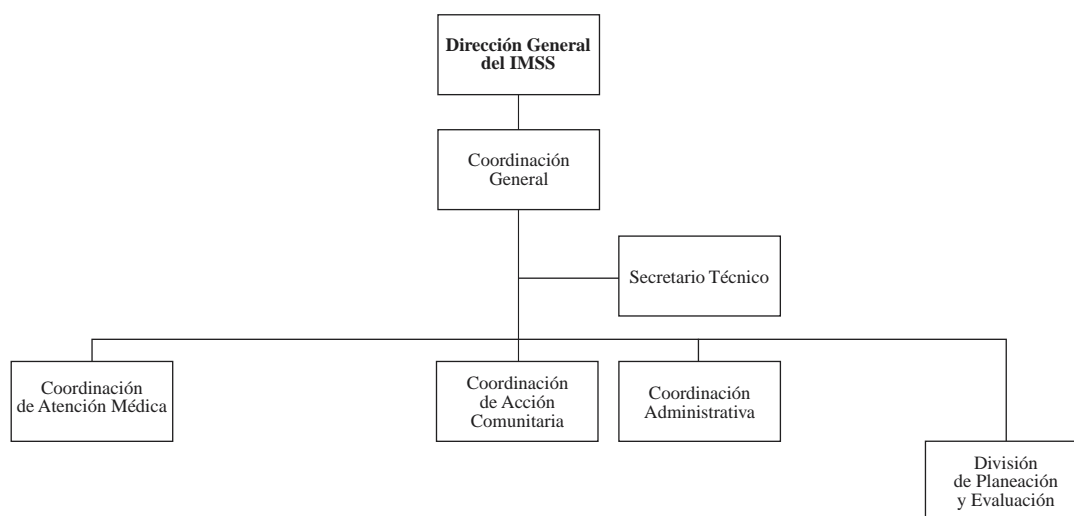
Programa IMSS-Solidaridad

9. PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

El Programa IMSS-Solidaridad tiene como objetivo fundamental proporcionar servicios de salud, oportunos y de calidad a la población campesina e indígena de su ámbito de responsabilidad, a través de su modelo de atención integral a la salud, que se sustenta fundamentalmente en la participación comunitaria, para la realización de actividades tendientes a mejorar sus condiciones de salud y del entorno familiar y comunitario.

Atiende la salud de casi 11 millones de mexicanos indígenas y campesinos de las zonas marginadas rurales del país, a través de una red regionalizada de servicios, integrada por 3 540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales.

Coordinación del Programa IMSS-Solidaridad



El funcionamiento del Programa IMSS-Solidaridad, continúa con la misma estructura del año anterior: una Coordinación General integrada por tres coordinaciones: de Atención Médica, de Acción Comunitaria y Administrativa, así como una División de Planeación y Evaluación, integradas a su vez con 10 jefaturas de departamento y 21 jefaturas de oficina.

El IMSS-Solidaridad continuó atendiendo la salud de la población de su ámbito de responsabilidad, por lo que en el período que se informa, se realizaron las siguientes acciones:

Metas comprometidas

Durante el período, se atendió a la población de 17 entidades federativas otorgando 17 816 946 consultas; para la detección y control de enfermedades transmisibles se proporcionaron 69 647 consultas y se realizaron 5 128 034 detecciones de padecimientos crónico degenerativos. Adicional a esto, se aplicaron 7 952 400 dosis de vacunas a mujeres y niños; la atención odontológica preventiva se dio a 295 839 personas y se organizaron sesiones de educación para la salud. Además se logró la incorporación de 370 597 nuevas aceptantes de planificación familiar.

Acciones y resultados

Programa Oportunidades

Se ha avanzado en la aplicación del componente salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades del Gobierno Federal (antes PROGRESA). Al mes de agosto del 2002 se beneficiaron a 985 199 familias Oportunidades de los 17 estados, ámbito de operación del Programa. Asimismo, se otorgaron 8 176 545 consultas totales a los beneficiarios, de las cuales 2 261 790 se dieron a menores de 5 años, 387 447 a mujeres embarazadas o en etapa de lactancia y el resto a la demás población; de igual manera se proporcionaron 239 769 consultas de planificación familiar y se distribuyeron 18 363 337 sobres de suplemento alimentario.

Infraestructura y recursos

Desde 1986 por acuerdo de las instancias globalizadoras, al Programa IMSS-Solidaridad no se le asignan recursos económicos para la construcción de nuevas unidades médicas. El Programa cuenta con una red regionalizada de servicios integrada por 3 540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales, con los que se da atención a cerca de 11 millones de personas que radican en más de 14 mil localidades pertenecientes a 1 265 municipios de 17 estados de la República.

Actualmente opera en 225 microrregiones para atender las localidades que no tienen servicios de salud, señaladas por el Programa Oportunidades. Para ello, cuenta con equipos auxiliares de supervisión integrados cada uno por una enfermera general y un promotor de acción comunitaria, responsables de supervisar a los asistentes rurales de las microrregiones y proporcionarles apoyo, asesoría y dotación de insumos.

Encuentros Médico Quirúrgicos

Como parte de la estrategia de Encuentros Médico-Quirúrgicos, en un ambiente de fraternidad institucional y espíritu de solidaridad, se realizaron 12 encuentros médico-quirúrgicos de oftalmología, cirugía reconstructiva, ortopedia y traumatología, en los cuales fueron valorados 1 940 pacientes, habiéndose intervenido 500 de ellos. Asimismo, se realizaron 731 procedimientos no quirúrgicos y se proporcionaron 2 sesiones de educación a la salud a la comunidad y 29 talleres.

Participación comunitaria

Actualmente la organización comunitaria, eje y parte fundamental en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud la conforman 17 050 comités de salud, 148 992 promotores sociales voluntarios, que orientan a un promedio de 13 familias incluida la propia, así como los 13 746 asistentes rurales de salud ya mencionados. Además se mantiene interrelación con 6 498 parteras y 2 860 terapeutas tradicionales.

La población participa activamente para mejorar el saneamiento del medio ambiente, lo que dio como resultado que en el período que se informa 1 765 069 familias participaran en la vigilancia y cuidado del agua para consumo humano, 1 648 951 en la disposición sanitaria de la excreta humana y 1 780 747 en la disposición adecuada de basura y desechos.

También se continúa con la promoción para la instalación de huertos familiares y de granjas de especies menores, privilegiando el consumo de sus productos para mejorar la dieta familiar. Al

período que se informa, se cuenta con 547 493 huertos familiares sembrados y 629 850 granjas de especies menores establecidas.

En este período se mejoraron 198 469 viviendas, en las que se realizaron 1 165 736 acciones, entre las que se incluyen pisos, techos, muros, arreglo y encalado de fachadas, construcción de ventanas, separación de cuartos y construcción de camas y fogones en alto, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las comunidades y crear un ambiente más favorable para preservar su salud.

Para apoyar el desarrollo económico y la creación de autoempleos en las comunidades del ámbito de responsabilidad del Programa, de septiembre de 2001 al mes de agosto de 2002 se distribuyeron 1.3 millones de pesos para apoyar 65 “Proyectos Comunitarios para la Nutrición y Alimentación”. La comunidad contribuye aportando mano de obra, materiales de la región y dinero. Gracias a las gestiones del personal institucional y beneficiarios de los proyectos, con otras instituciones como SEDESOL, SAGARPA, secretarías de los estados, DIF, autoridades municipales, etc., se establecieron 38 explotaciones pecuarias, 12 parcelas agrícolas, 3 estanques acuícolas y 12 pequeñas microempresas, beneficiando con ello a 843 familias integradas por 4 215 personas.

Asimismo, con el propósito de tener un mayor número de comunidades saludables, el Programa destinó 34.7 millones de pesos para la realización de obras de mejoramiento de la vivienda (sanitarios ecológicos, mejoramiento de pisos, techos, muros, fogones etc.). Asimismo, se llevaron a cabo obras de agua limpia (rehabilitación y limpieza de fuentes de abastecimiento, instalación de cloradores, bombas de agua e insumos para la desinfección).

Para mejorar la calidad de vida, promover la adopción de cambios culturales y brindar oportunidades de desarrollo y progreso de los trabajadores del Programa IMSS-Solidaridad, en el mes de junio de 2001 se puso en práctica la estrategia de Desarrollo Humano Organizacional. Al finalizar el año, se concluyó dicha estrategia con la capacitación a los 20 mil trabajadores.

Asimismo, del mes de abril al mes de agosto del 2002 se han realizado 6 talleres para el Empoderamiento de la Mujer Indígena y Campesina, a los que asistieron 600 mujeres, con el propósito de que adquieran los conocimientos y habilidades que les ayuden a tomar decisiones que les beneficien a tener un mejor control sobre su vida.

El Programa IMSS-Solidaridad mantuvo y fortaleció la concertación intersectorial e interinstitucional con dependencias públicas, organismos no gubernamentales e instituciones educativas. Destaca la concertación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en el ámbito del Programa IMSS-Solidaridad, la que otorgó becas para formar nuevos asistentes rurales de salud. Con la SECODAM se continuó con la estrategia de Contraloría Social, mediante la cual se equipó con buzones, para recibir quejas, sugerencias y reconocimientos y en donde también se exhiben carteles que especifican los servicios que prestan y la lista de beneficiarios de la comunidad que recibieron recursos públicos.

Como producto de reuniones con autoridades municipales, se pudieron realizar obras y acciones en los rubros de agua, alimentación, vivienda y otros. También fue renovado el Convenio con el Instituto Nacional Indigenista a fin de continuar la focalización de acciones de salud con la población indígena en especial a niños que acuden a los albergues escolares.

Sigue vigente la coordinación con la Asociación Mexicana de la Industria Fitosanitaria, A. C. (AMIFAC), con el Centro de Estudios y Acción Social, A. C. (CEAS) y con la Comisión Nacional Forestal (CONAFOR). Se tiene convenio de colaboración con Glaxo SmithKline, con la Fundación Mexicana para la Salud, A. C. y con la Fundación Justicia y Amor, I. A. P.

Con el propósito de contribuir a recuperar las áreas degradadas o siniestradas y preservar y conservar las áreas verdes, está en proceso la firma de un convenio de colaboración con la CONAFOR (Comisión Nacional Forestal). Por otro lado, la SEMARNAT y la SEDENA dotaron árboles a las comunidades amparadas por el Programa.

Aspectos demográficos y epidemiológicos

Para promover la salud reproductiva, la nutrición y el saneamiento ambiental, se ha fortalecido el Modelo de Comunicación Educativa “de la gente para la gente”, desarrollado por los grupos voluntarios para orientar a los jóvenes sobre salud reproductiva y sexualidad en el adolescente, a través de talleres participativos en búsqueda de la equidad. Para ello, se transmitieron 6 093 spots de radio, se distribuyeron 133 524 carteles, se expusieron en bardas y muros 5 910 mensajes de salud, se impartieron 30 630 talleres, se realizaron 269 817 visitas domiciliarias y 53 429 adolescentes fueron capacitados y orientados a través de la red EDUSAT, mejorando su nivel de conocimiento en sexualidad humana para favorecer decisiones responsables.

Sobre este esfuerzo, se puede detallar que en el período septiembre 2001 al mes de agosto de 2002, 370 597 mujeres aceptaron planificar su familia, con preferencia por los métodos de mayor continuidad, particularmente los definitivos. Es importante señalar que el 17.18 por ciento de las aceptantes es menor de 20 años y se ha incrementado la aceptación de la vasectomía por los varones. En estas acciones es destacable la participación de los asistentes rurales de salud y las parteras rurales.

Como resultado de la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente del Medio Rural, se encuentran activos 5 523 comités juveniles y se han orientado a 952 670 adolescentes. Asimismo, se han formado 24 787 grupos deportivos y culturales y se realizaron 30 061 talleres a los que asistieron 529 198 personas.

Con respecto a la salud ginecológica, el programa tiene como máxima prioridad disminuir las muertes por cáncer cérvico-uterino y mamario. En el período en mención se realizaron 247 379 detecciones de cáncer cérvico-uterino. Algo importante de destacar, es que con este proyecto se ha incrementado la cultura de la exploración ginecológica y al mes de agosto del 2002 ya logramos revisar y visualizar el cuello uterino de 974 553 mujeres, además se proporciona tratamiento a todas las mujeres que presentan cervicovaginitis o algún tipo de lesión. Asimismo, en el período de referencia se efectuaron 1 709 862 detecciones de cáncer mamario.

También como parte de esta prioridad, se incluyó la operación de los Módulos de Salud Ginecológica en los 69 hospitales del ámbito del Programa, de los cuales un hospital de cada Delegación cuenta con colposcopio.

En el Programa se ha mantenido la vigilancia epidemiológica de padecimientos diarreicos. Como resultado de ello, en el período en mención se otorgaron 95 599 tratamientos de hidratación oral, privilegiando los de tipo preventivo, con lo que se ha disminuido el riesgo de complicaciones por cuadros diarreicos. También se han intensificado las acciones del Plan Emergente para la prevención y control del cólera, dengue clásico, el dengue hemorrágico y del paludismo.

Asimismo, se continuó la promoción del mejoramiento de la vivienda, la capacitación de los voluntarios y de las madres para la identificación de signos de alarma y derivación oportuna de los niños a las unidades médicas, para prevenir la ocurrencia de complicaciones graves por infecciones respiratorias agudas. En el período en referencia se atendieron 764 368 niños que presentaron este cuadro y 136 niños con neumonía grave.

Servicios

En el ámbito del Programa se registraron 230 807 egresos hospitalarios, se practicaron 100 090 intervenciones quirúrgicas, 3 803 430 estudios de laboratorio y 296 211 estudios de rayos “X” y se atendieron 222 132 partos. Asimismo, la ocupación hospitalaria fue de 83.48 por ciento, manteniéndose el promedio de días estancia en 2.86.

Recursos financieros

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 57 500 plazas con que cuenta, el 98.3 por ciento del personal se encuentra en el nivel operativo y únicamente el 1.7 por ciento se ubica en el nivel central.

En el período de septiembre de 2001 a agosto de 2002, se estima el ejercicio de 4 555.8 millones de pesos, de los cuales, 98.3 por ciento corresponden al gasto corriente y 1.7 a inversión; respecto al mismo período del año anterior, representa un incremento del 13.0 por ciento.

La correcta aplicación de los recursos, así como la adopción de una cultura de contención de costos, permitió ubicar a IMSS-Solidaridad dentro de los Programas de mayor impacto social, como es el caso de la atención médica que absorbe el 82 por ciento del gasto total y del programa Oportunidades, con el 8 por ciento; acciones que se ven reforzadas con el 4 por ciento de los recursos que se destinan a la acción comunitaria y el 2 por ciento a la capacitación a personal institucional, a la administración se destina el 2 por ciento y en la inversión física el 2 por ciento.

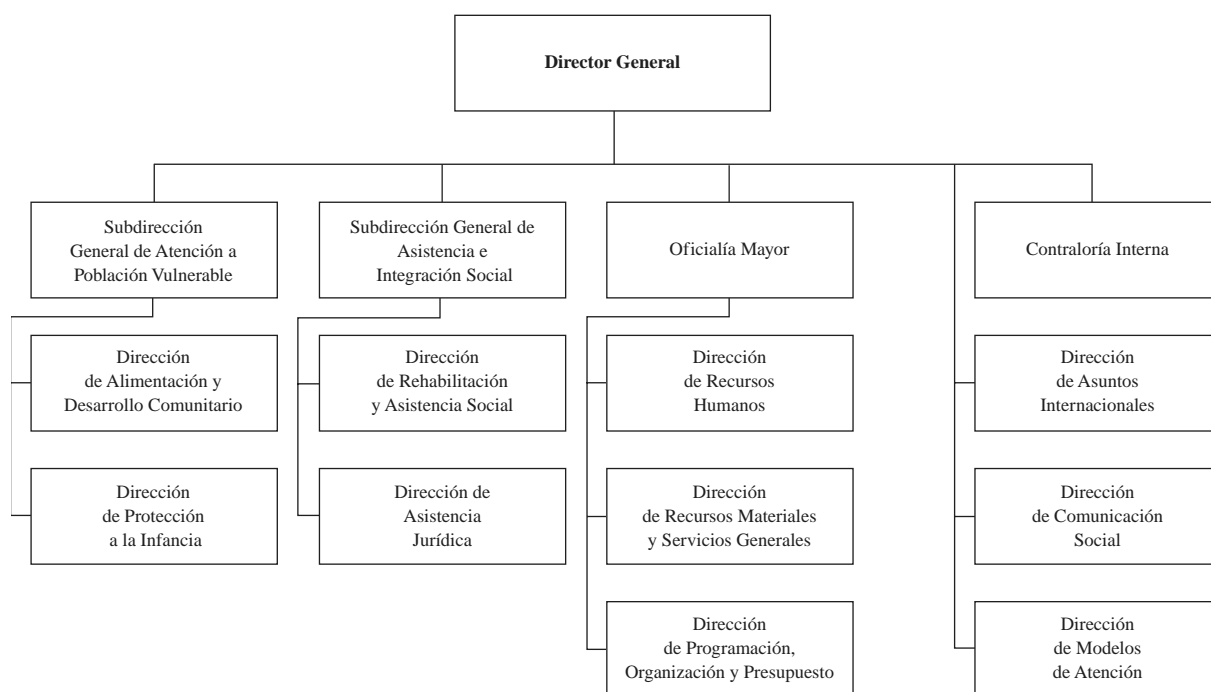
El gasto promedio de operación anual de las unidades médicas rurales fue de 584.2 miles de pesos y de 30 812.8 miles de pesos en los hospitales rurales. Asimismo, el costo por solidariohabitante en este período fue de 405 pesos.

Capítulo 10

Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia (DIF)

10. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia



El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia coordina y promueve a nivel nacional entre los Sistemas Estatales DIF, actividades y programas tendientes a garantizar la protección, el desarrollo integral y la igualdad de oportunidades para los niños, las niñas, adolescentes y familias vulnerables, a través de la generación e implantación de políticas públicas y modelos de intervención regionales y locales de carácter preventivo y de atención, que permitan superar condiciones de desventaja y competencia social, ello acorde a los postulados de humanismo, equidad y cambio, así como al criterio de inclusión, planteados por la presente administración.

Su estructura básica consiste en 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 la que dependen las direcciones de Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Generales, y Programación, Organización y Presupuesto; el Órgano Interno de Control 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 Nacional tiene como misión promover la integración y el desarrollo humano individual, familiar y colectivo, a través de modelos exitosos de atención que privilegien la prevención de los factores de vulnerabilidad social, la profesionalización y calidad de los servicios desde una perspectiva

de plena rectoría del Estado en el Sistema Nacional de Asistencia Social. La actual administración ha trabajado en generar las condiciones necesarias para que las niñas y los niños y en general los grupos vulnerables de nuestro país cuenten con oportunidades para tener mejores condiciones de vida, de desarrollo personal y social, y de pleno respeto y reconocimiento a sus derechos.

Para cumplir con su función desarrolló diversas actividades que permitieron apoyar la población objetivo, como a continuación se comenta:

Programa de Atención a Población en Desamparo

Se orienta a garantizar el desarrollo integral de la familia y brindar a la población en condiciones de vulnerabilidad social los servicios asistenciales que contribuyen a su integración y desarrollo individual, social, cultural y recreativo. Del 1º de septiembre del 2001 al 30 de junio del 2002 se han otorgado en los ocho centros asistenciales 2 798 256 servicios a un promedio de 943 personas albergadas, 45 más respecto a lo realizado en el mismo período anterior. Asimismo, en los siete Campamentos Recreativos ubicados se atendieron a 31 742 personas y al cierre del ejercicio se espera alcanzar la cifra de 34 850.

Por otra parte, en el 2002 se estima brindar 377 apoyos económicos a 799 personas, entre los que se encuentran los destinados a 17 instituciones de asistencia privada que albergan a un total de 249 personas derivadas por el DIF.

Promoción del desarrollo familiar y comunitario

La Red de Promoción Social impulsa la organización y el desarrollo en comunidades con población vulnerable y/o en condiciones de marginación, a través de procesos de promoción y asistencia social que coadyuvan a la satisfacción de sus necesidades básicas de bienestar social, de las que destacan la orientación alimentaria, educación para la salud, saneamiento ambiental y mejoramiento de la vivienda.

Promoción del desarrollo familiar y comunitario, 2001-2002

Concepto	Ene-dic	Ene-ago	Variación	
	2001	2002	Abs.	%
Mejoramiento de la comunidad (Evento)	125 127	109 201	-15 926	-12.7
Organización Comunitaria (Grupo marginado)	8 351	3 515	-4 836	-57.9
Promoción de actividades productivas (Grupo marginado)	1 506	1 467	-39	-2.6

Nota: En la meta de Organización Comunitaria se incluye el número de Comités Organizados.
Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Durante el período de enero a agosto del 2002 se tuvo una cobertura de 543 municipios, de los cuales 159 son considerados como prioritarios, beneficiando aproximadamente a 113 826 familias, al realizar 109 201 eventos, promover la organización de 3 515 grupos comunitarios y promover actividades productivas en 1 467 grupos comunitarios.

Al cierre del ejercicio se pretende cubrir 170 541 eventos, atender 4 215 grupos marginados y promover 2 149 actividades productivas.

Defensa del menor y la familia

El objetivo principal es reestablecer los derechos personales y patrimoniales de hombres, mujeres, niños y niñas, adultos mayores y personas con discapacidad, sin distinción de raza, sexo o religión. Durante el período, se brindó asesoría y patrocinio jurídico en materia de derecho familiar a la población más vulnerable de la sociedad, realizando 111 comparecencias en audiencias, 2 165 atenciones subsecuentes a beneficiarios, 105 juicios planteados 1 734 trámites y comparecencias ante juzgados, 10 convenios judiciales y 19 extrajudiciales, 1 272 asesorías jurídicas de primera vez vía telefónica; 647 consultas jurídicas de primera vez personales y 11 asesorías sociales y jurídicas a DIF estatales y municipales.

Adopciones

El DIF Nacional trabajó e impulsó la homologación de su normatividad en materia de adopción mediante la aprobación y la aplicación de los modelos de ordenamiento a cada DIF Estatal. Asimismo, se estableció coordinación con la PGR-INTERPOL para investigar a los solicitantes extranjeros y asegurar la integración del menor a un núcleo familiar libre de riesgos. De manera directa, se logró la regularización jurídica de 120 menores por el período comprendido de septiembre de 2001 a agosto de 2002, concluyendo un total de 23 adopciones.

Programa De la Calle a la Vida

Las actividades de este programa iniciaron con la creación del Comité Técnico encargado de formular los objetivos y estrategias a desarrollar sobre la atención de niños de la calle; éste dio paso al Comité Nacional de Seguimiento y Evaluación, instancia con un carácter más resolutivo, de promoción, enlace, coordinación y concertación interinstitucional.

Entre los resultados más relevantes obtenidos se encuentran: la selección y definición de las principales zonas urbanas del país identificadas con mayor incidencia de esta problemática, para canalizar los apoyos; el otorgamiento de recursos por un monto de 6 millones 600 mil pesos, para beneficiar a 1 650 menores con becas de apoyo alimentario y escolar atendidos en albergues de 45 organizaciones de la Sociedad Civil en las ciudades de Guadalajara, Juárez, Monterrey, Puebla y Tijuana; y el beneficio a 3 750 menores mediante el otorgamiento de becas y apoyos asistenciales a sus familias por 15 millones de pesos, en los casos detectados de riesgo o proclives a convertirse en menores de la calle.

Prevención, atención y erradicación de la explotación sexual en menores

Derivado de la Reunión Nacional sobre Explotación Sexual Comercial Infantil, en Cancún, Quintana Roo, en el mes de octubre del 2001 quedó constituida la Coordinación Nacional, como una instancia de colaboración y suma de esfuerzos de los sectores público, social y privado, para potenciar recursos e impulsar la prevención, atención y erradicación de esta problemática. Asimismo, se realizaron presentaciones del programa y se dio capacitación para la elaboración de los Planes de Acción de las ciudades de Acapulco, Cancún, Juárez, Guadalajara, Tapachula y Tijuana.

En el presente año dio inicio la campaña en medios del Programa para la Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil, que en su primera etapa se denominó “Abre los Ojos”, habiéndose elaborado un sondeo de opinión que arrojó resultados favorables respecto a la sensibilización de la población. En la segunda etapa, la campaña se llamó “Abre los Ojos, no cierres

la boca”, que se enfocó a fomentar la denuncia, estableciendo para recibirlas un número telefónico 01 800, esfuerzo que se trabaja conjuntamente con la PGR.

Atención a los niños de madres trabajadoras

En el período se atendieron 88 187 menores de seis años en promedio durante la jornada laboral de la madre de familia, de los cuales 61 980 menores fueron atendidos en los 1 906 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios que operan en 20 entidades y 26 207 menores fueron atendidos en 289 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil en 27 entidades.

Atención a la salud del niño

Se continuó desarrollando las acciones de este programa, mediante la promoción realizada por los Sistemas Estatales y Municipales DIF en sus tres principales estrategias:

- ***Programa Permanente:*** se tuvo una cobertura de 1 730 036 personas en la aplicación de biológicos, distribución de sobres Vida Suero Oral, capacitación de madres de familia en terapias de hidratación oral, aplicación de megadosis de vitamina “A”, pláticas de promoción de la salud familiar y capacitación a promotores comunitarios de salud, y se brindaron 105 887 consultas sobre enfermedades respiratorias y diarreicas.
- ***Semanas Nacionales de Salud:*** en la Tercera Semana Nacional del 2001 y las dos primeras del año 2002, se logró una cobertura de 2 095 033 personas en la aplicación de biológicos y se dieron 36 887 pláticas sobre cuidado de la salud y la prevención de enfermedades a madres de familia.
- ***Club de la Salud del Niño:*** a la fecha, se cuenta con Clubes en los estados de Puebla, Nayarit, San Luis Potosí, Sonora, con una cobertura en 59 CAIC y ocho CADI, así como 62 clubes comunitarios, lo que representa 4 228 menores en 80 municipios.

Programa Interinstitucional de Atención a Menores Migrantes y Fronterizos

En el período se tuvo una cobertura de atención de 7 500 niñas, niños y adolescentes migrantes ilegales y repatriados en los 18 albergues que conforman la Red institucional, los cuales se encuentran en once de las principales ciudades fronterizas del norte del país.

Programa para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal

La incorporación de infantes a la fuerza laboral informal para contribuir al ingreso familiar limitan las posibilidades de acceder a una mejor calidad de vida, por tal razón, coordinadamente con los DIF Estatales y Municipales se ha trabajado en acciones preventivas y de atención con cerca de 23 mil menores trabajadores y más de 104 600 menores en riesgo, miembros de familias vulnerables.

Para el año 2002 se autorizó la radicación de recursos a los DIF Estatales por un monto de diez millones de pesos, los cuales fueron empleados para otorgar 6 529 becas a igual número de menores, superiores a las 6 234 becas otorgadas en el año 2001.

Promoción de los derechos de la niñez

Uno de los ámbitos prioritarios de trabajo del Sistema Nacional DIF, lo constituye la promoción, difusión, vigilancia y cumplimiento de los Derechos de la Niñez. Por esta razón, en el mes de abril del 2002, se puso en marcha el programa denominado “DIFusores Infantiles”, en el cual se busca la participación abierta y comprometida de los infantes, para alcanzar el pleno reconocimiento y respeto a sus derechos.

A la fecha de este informe se cuenta con 16 Comités Estatales de Seguimiento y Vigilancia de la aplicación de la Convención de los Derechos de la Niñez, instalados y sesionando de manera regular.

Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes

Durante el período, se continuó con la operación del programa, logrando dar información y servicios asistenciales y de apoyo a 13 334 madres y embarazadas adolescentes, así como proporcionar información de carácter preventivo a 143 475 adolescentes, ello mediante acciones regulares en cerca de 250 municipios en promedio.

Prevención y control de las adicciones

En este período se sensibilizó sobre los riesgos que las adicciones implican a 212 541 personas, mediante pláticas y orientaciones y se ha logrado la integración exitosa de 233 redes comunitarias con 2 283 participantes en 308 comunidades de 159 municipios, colateralmente, se han integrado 464 grupos con 14 696 niñas, niños y adolescentes, todos ellos asesorados por 214 Promotores Infantiles Comunitarios.

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece entre sus líneas de acción, la de fortalecer la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad, el DIF Nacional promueve acciones de integración social y ampliación de su cobertura a través del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, por el que operan actualmente 63 Centros y 714 Unidades Básicas de Rehabilitación que prestan servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación e integración social, constituyendo la red más grande encargada de atender a personas con discapacidad. Los avances obtenidos en su operación son los siguientes:

Asistencia a discapacitados, 2001-2002

Concepto	Ene-ago	Ene-ago	Variación	
	2001	2002	Abs.	%
Orientar e informar acerca de la discapacidad				
(Evento)	5 366	6 181	815	15.1
(Número de asistentes)	87 268	124 169	36 901	42.2
Atender la discapacidad (Consulta)	743 548	732 828	-10 720	-1.4
Proporcionar terapia rehabilitatoria (Consulta)	1 649 294	1 552 913	-96 381	-5.8
Proporcionar ayudas funcionales (Pieza)	24 057	23 562	-495	-2.0
Detectar enfermedades y la discapacidad (Persona)	86 023	66 925	-19 098	-22.2

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El compromiso al cierre del ejercicio 2002 es alcanzar las siguientes metas: 6 244 eventos para orientar e informar acerca de la discapacidad, con 129 222 asistentes; 1 093 219 consultas para atender la discapacidad; 2 206 631 terapias rehabilitatorias; 38 691 piezas de órtesis y prótesis, y 81 571 personas en que se detecte enfermedades y la discapacidad.

Otras actividades

Asistencia en casa hogar para ancianos

El DIF Nacional cuenta con cuatro Casas Hogar para Ancianos con una capacidad instalada para 447 personas. Durante el ejercicio de enero-junio del año en curso la población atendida fue de 481 personas en promedio, a las que se les brindaron servicios de atención social, médica, psicológica, alimentación, terapia rehabilitatoria y ocupacional, de enfermería y de gericultura.

Programas de extensión a la comunidad de las casas hogar

- **Atención de día:** consiste en ampliar los contactos sociales y desarrollar las habilidades de los adultos mayores que viven solos o que cuentan con familia, expuestos a riesgos físicos y depresión; y contribuye a mejorar su autoestima y estilo de vida, permitiéndoles permanecer dentro de su núcleo familiar sin riesgos de institucionalización. El promedio mensual de personas atendidas en período septiembre del 2001 a junio del 2002 han sido 102 personas.
- **Escuela para hijos:** el objetivo es educar a la población en general, estudiantes y familiares sobre el fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor, promueve también que las nuevas generaciones, así como los adultos, se concienticen sobre la posibilidad de mejorar las expectativas sobre su propio proceso de envejecimiento que reditúa en salud, autonomía, funcionalidad e integración social al llegar a la vejez. De enero a junio de 2002, se impartieron en las dos Casas Hogar para Ancianos del Distrito Federal 19 sesiones, con 534 participantes.
- **Campamentos recreativos:** a través de siete campamentos se ha brindado a grupos de adultos mayores en situación de vulnerabilidad, el acceso a actividades recreativas, artísticas, deportivas y socioculturales, a fin de aprovechar su tiempo libre en áreas y espacios agradables, fomentando la creatividad, desarrollando sus facultades psicomotoras, así como también la integración

social y recreación. Se tiene proyectado al cierre de 2002 atender a 8 733 menores, 11 273 adolescentes y adultos, 12 500 ancianos y 2 340 personas con alguna discapacidad.

Acciones en materia de capacitación

Capacitación y número de capacitados, 2002

Concepto	Compromiso 2002	Ene-ago2002 (estimado)	Variación	
			Abs.	%
Capacitar al personal profesional, técnico, auxiliar y administrativo de los servicios				
(Curso)	219	100	-119	-54.3
(Persona)	3 465	1 700	-1 765	-50.9

El Programa de Capacitación tiene por objeto elevar la profesionalización del personal a través de la actualización y perfeccionamiento de sus conocimientos y habilidades para el óptimo desempeño laboral.

Los cursos impartidos se basaron en el diagnóstico de necesidades los cuales responden a los programas prioritarios de las áreas del Sistema, con la intención de mejorar el servicio que se presta a la población vulnerable. Dentro del personal capacitado se atendieron las áreas psicológica, informática, administrativa, jurídica y de salud. Para este año se tiene programada una sola acción de tipo humanística, no obstante, se considera indispensable establecer la calidad en el servicio a fin de mejorar la calidad en el trabajo.

Capítulo 11

Laboratorios de Biológicos y Reactivos
de México, S. A. de C. V. (BIRMEX)

11. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S. A. DE C. V. (BIRMEX)

Como parte del proceso de consolidación de la producción y comercialización de las vacunas, sueros y reactivos, durante el período, los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V. (BIRMEX) se dieron a la tarea de fortalecer la operación de todas y cada una de sus áreas, dentro de un marco financiero ajustado. Se vienen realizando esfuerzos importantes que han permitido avances en los diversos procesos, pero que aún no son suficientes para atender la problemática de liquidez de la empresa.

Aún ante este panorama difícil, se mejoró en la producción y comercialización, que permite garantizar la demanda de insumos para el mercado nacional, en apoyo a los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y el beneficio a la población en general.

A continuación se mencionan aspectos relevantes realizados en el período septiembre 2001-agosto 2002 y sus expectativas al cierre del 2002:

Planeación y coordinación

En el período que se informa, Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX) logró resultados que son producto de la integración de una política consolidada de planeación y coordinación, en donde se pueden visualizar tres líneas de trabajo:

- La primera se orientó a mejorar la vinculación de las actividades de la producción, con las tareas de otras áreas, que inciden de manera determinante en la realización de los programas de producción. De esta manera se estrechó la coordinación con el área de comercialización y se incrementó la frecuencia en la revisión de los cambios surgidos en las necesidades de productos. Esta revisión se llevó a cabo mediante la confrontación semanal de las necesidades de abastecimiento a los clientes mas importantes, conjuntamente con la revisión de las existencias reportadas por los almacenes; como resultado se logró establecer un programa que se ajustó de manera mas adecuada a la dinámica de la demanda. Al mismo tiempo se estableció una vinculación más eficaz con el área de control de calidad, de manera que en el programa de producción se incluyeron de forma integrada, tanto las actividades propias de la producción, como las de control de calidad, esto permitió que el área de control de calidad pudiera establecer su programa de trabajo, de acuerdo con los tiempos necesarios para llevar a cabo los diferentes análisis que requiere esta importante actividad dentro de los procesos de la producción. Esta programación tuvo también efectos positivos en la vinculación de las tareas de producción con la adquisición de materias primas, materiales y servicios para la producción, que también se mejoró, ya que la revisión cotidiana de los programas de producción permitió prever los cuellos de botella, en el abastecimiento de los insumos.
- La segunda línea consistió en mejorar la relación con las instancias de control externo, ya que con oportunidad se les dio a conocer las fechas en que serían enviados a control de calidad externo los diferentes lotes de los productos de BIRMEX, ello redundó en un seguimiento más efectivo de la liberación de los productos para su venta.
- La tercera línea consistió en el fortalecimiento de la vinculación entre la producción y los almacenes de producto terminado, lo que permitió hacer más eficiente el manejo de los almacenes y el surtimiento a los clientes.

La coordinación de los diferentes eventos de la producción y de las demás áreas relacionadas se realiza ahora de manera cotidiana, abriendo mejores posibilidades en el cumplimiento de los programas de producción.

Administración y finanzas

En esta área se implementaron medidas que incidieron de forma importante en los siguientes rubros:

Pasivos: las medidas multidisciplinarias aplicadas en las finanzas de la empresa a partir del 2001, han producido por segundo año consecutivo una mejora en el manejo de los recursos. En el caso del gasto devengado no pagado, al 30 de junio del 2002 se logró cubrir un importe de 17.4 millones de pesos, de un total de 18.5 al inicio del ejercicio, lo que representa el 94.2 por ciento de cobertura; comparado con el 85.8 por ciento alcanzado en el mismo período del ejercicio anterior, se logró un incremento en el pago de la deuda de 8.4 por ciento.

Ingresos: las nuevas estrategias han hecho posible incrementar los ingresos por la venta de vacunas en un 15.4 por ciento comparado con el primer semestre de 2001, año donde se había alcanzado un monto de 95.9 millones de pesos, contra los 110.7 captados durante el mismo período de este ejercicio.

Egresos: se aplicó un programa de racionalidad en el gasto corriente y de inversión, así como políticas de ahorro programado; de esa manera, al término del primer semestre del ejercicio actual, el gasto ejercido (92.0 millones de pesos) fue menor en 24.8 millones de pesos (-21.3 por ciento) en comparación con los 116.9 millones de pesos del período anterior.

Flujo de efectivo: las políticas de racionalidad y austeridad establecidas, incrementaron la disponibilidad de la empresa en un 11.7 por ciento comparadas con el período del ejercicio anterior, donde al 30 de junio de 2001 se contaba con una disponibilidad de 49.7 millones de pesos, al día 30 del mismo mes para este ejercicio, la empresa tenía liquidez por 55.5 millones de pesos.

Persisten sin embargo, problemas estructurales que han impedido lograr la autosuficiencia de la entidad. El rezago tecnológico, y el inadecuado mantenimiento de las instalaciones, acumulado por varios años de insuficiencia en el capital de trabajo, son un obstáculo para alcanzar el estándar de Buenas Prácticas de Fabricación; a esto ha contribuido también el retraso en la terminación de los laboratorios de *Haemophilus Influenzae-b* y de Toxoide Tetánico, de cuya terminación depende mejorar algunos sistemas críticos, como el agua calidad inyectable. Todo ello impidió ampliar las ventas hacia el mercado del sector asegurado y a la exportación, que continuó restringida a ventas eventuales de vacuna antipoliomielítica.

Comercialización

En el período enero-agosto de 2002, con objeto de mejorar los procesos de programación, producción y comercialización se realizó un mayor número de operaciones:

- Se comercializaron 20.8 millones de pesos de vacunas bacterianas, lo que representa un 38 por ciento más con respecto al mismo período en el año anterior, que fue de 15 millones de pesos y un 3 por ciento superior con respecto a lo programado.
- De vacunas virales, en el mismo período se comercializaron 107.2 millones de pesos, observándose un incremento del 16 por ciento comparado con el período equivalente de 2001, que fue de 91.7 millones de pesos, lo que representa un 6 por ciento superior a lo programado.

- De sueros, a pesar de las obras de remodelación fue posible comercializar 25 millones de pesos, lo que representó un incremento del 16 por ciento con respecto al mismo período de 2001, que fue de 21.6 millones de pesos y un incremento del 48 por ciento en relación a lo programado.
- De reactivos biológicos a pesar de la disminución de la demanda se comercializaron 2.3 millones de pesos, en comparación con los 2.8 millones de pesos del año pasado, lo que representa solo un 20 por ciento menos, sin embargo, es un 35 por ciento superior a lo programado.
- Y en reactivos químicos se comercializaron 7.5 millones de pesos, lo que significa un 53 por ciento superior al mismo período del año anterior, en el que se comercializaron 4.9 millones de pesos, siendo también un 28.9 por ciento superior al programado.

Obras e instalaciones

Las obras de los laboratorios de *Haemophilus Influenzae* y de Toxoide Tetánico, estuvieron suspendidas en el Instituto Nacional de Higiene a lo largo del año 2001. Sin embargo, durante el período que se informa, se contrató a una empresa especializada para efectuar una evaluación detallada de las obras e instalaciones, para definir con toda precisión los trabajos faltantes y asegurar que una vez que se reanuden las obras, se contará con todos los elementos necesarios para su terminación.

En un permanente esfuerzo de contar con una operación eficiente y con calidad, se calificaron y acondicionaron las instalaciones modernizadas del Laboratorio de Sueros del Instituto Nacional de Higiene, permitiendo el reinicio de la producción. Asimismo, se avanzó en los programas de mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos e instalaciones.

Investigación y desarrollo

Vacuna Hib y pentavalente

Este proyecto se divide en dos partes, una relacionada con la vacuna cuádruple DPT-HB y la segunda con la vacuna contra *Haemophilus influenzae-b*. La primera parte fue concluida a nivel laboratorio y se realizaron pruebas de estabilidad de la vacuna; con los resultados obtenidos se integró el expediente para el registro de este producto en la dirección general de Medicamentos y Tecnologías para la Salud. La segunda parte está dividida en cuatro etapas: producción de biomasa, purificación del polisacárido (PRP), conjugación PRP-TT, y formulación, envase y liofilización. Hasta el momento las dos primeras etapas están realizadas a 70, 250 y 1 500 litros. En la etapa de conjugación se han obtenido 5 lotes de vacuna conjugada, a la capacidad instalada en el laboratorio de investigación. Los resultados logrados han permitido el mejoramiento de la metodología original de conjugación, con lo cual se reducirá el volumen de la mezcla de reacción de un lote a nivel industrial, de 38 lts a 10 lts. Además se implementaron algunas pruebas de control de calidad, sobre todo para demostrar evidencia en la conjugación del Toxoide Tetánico al PRP *Hib*; estas pruebas incluyen el uso de un equipo de cromatografía de líquidos de alta resolución (HPLC), de reciente adquisición y el uso de pruebas por Cromatografía de Filtración en Gel.

Producción de biológicos y reactivos

En el período septiembre 2001-agosto 2002, la producción liberada fue de 73.3 millones de dosis (MDD) de vacunas, sueros heterólogos y reactivos para diagnóstico. Las vacunas producidas fueron 55.2 MDD; 194 428 dosis de sueros y 17.9 millones de pruebas de reactivos para diagnósticos biológico y químico. A continuación se muestran detalles de acuerdo a la planta de producción.

Instituto Nacional de Higiene

Vacunas: se produjeron 17.6 MDD de vacunas bacterianas que corresponden a las vacunas DPT, Td adulto y Antitifoídica. En el caso de la vacuna DPT fue necesario importar 4.3 MDD para que junto con la producción local se pudiera cubrir la demanda. La razón de la importación fue la suspensión temporal de la fabricación del componente Pertussis, para la corrección de problemas relacionados con la especificación de la potencia.

Sueros: la producción de sueros antialacrán y antiviperino fue de 194 428 frascos de los cuales 164 986 fueron del primero y 29 442 del segundo.

Reactivos biológicos: en el período se produjeron 93 064 dosis de Coccidioidina, Histoplasmina, Salmo typhi Capilar y Rosa de bengala. De los reactivos químicos la producción fue de 17 851 300 pruebas o exámenes. Con esta producción se cubrieron las demandas de comercialización.

Instituto Nacional de Virología

Vacuna antipoliomielítica: la producción fue de 37.6 MDD en producto terminado y liberado, la cual cubre el mercado de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD's) de las entidades federativas. Sin embargo, para asegurar la disponibilidad de vacuna a principios del año 2002, se decidió importar 3.5 MDD de esta vacuna. Es importante señalar que 13.5 MDD de producto terminado de vacuna antipoliomielítica ya fueron producidas utilizando células Vero.

Actualmente, sólo se están consumiendo graneles remanentes (100 millones de dosis de granel tipo 2 de poliovirus) de vacuna producida en riñón de mono para el año 2002 y 2003. Además se está realizando un abasto de vacuna a granel de aproximadamente 100 millones de dosis para soportar una remodelación mayor del Instituto Nacional de Virología y cumplir con las Buenas Prácticas de Fabricación.

En el período enero a agosto del 2001, se produjeron 28.5 MDD de vacuna antipoliomielítica contra 33.9 MDD que se llevan de enero a agosto del 2002. Esto significa un 18 por ciento más de dosis producidas en este período. El avance al 31 de agosto de 2002 respecto al compromiso para 2002, muestra que la meta de producción de vacuna antipoliomielítica programada para el año 2002, fue de 35.8 millones de dosis en todo el año; de enero a agosto del año 2002 se lleva una producción de 33.9 millones de dosis. Se pretende cerrar el año con una producción de 70.5 millones de dosis; es decir, con un 96.9 por ciento de incremento a la meta original del año 2002.

Control y aseguramiento de la calidad

Control de calidad

Durante los meses de noviembre y diciembre del 2001, se llevó a cabo una visita de inspección por parte de la Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud (DGMTS) a las instalaciones del Instituto Nacional de Higiene y del Instituto Nacional de Virología; como resultado de la inspección en diciembre de 2001 y enero de 2002 se obtuvo la licencia de ambos institutos.

Durante 2001 se realizaron los ensayos fisicoquímicos, biológicos y microbiológicos necesarios para garantizar la calidad de nuestros productos, para ello se efectuaron las siguientes pruebas:

Vacunas bacterianas: se obtuvieron 73 lotes liberados y 1 lote rechazado y se realizaron 11 801 análisis de agua para fabricación de inyectables.

Vacunas virales: se obtuvieron 11 lotes liberados y no existieron lotes rechazados, y se realizaron 1 830 análisis de agua para fabricación de inyectables.

Aseguramiento de calidad

Durante el período que se informa se realizó lo siguiente:

- 77 Auditorias.
- Actualizaciones de los registros ante la DGMTS por ampliación de las fechas de caducidad de los biológicos y de otros productos como vacuna antipoliomielítica en células Vero.
- Inicio de los registros de proveedores de BIRMEX de otras vacunas.
- Elaboración de manuales y especificaciones de materiales de acondicionamiento y procedimientos.
- Conclusión de la calificación y validación de los laboratorios de Fermentaciones y Procesos Finales y Sueros, en instalaciones, equipos (hornos, autoclaves, módulos, etc.) y sistemas críticos (aire).
- Calificación y validación de cámaras frías de los almacenes centrales de BIRMEX.
- Iniciaron los trabajos de calificación del nuevo sistema de agua calidad inyectable del Instituto Nacional de Higiene y se continuó la calificación en el Instituto Nacional de Virología y se validaron cinco métodos analíticos.

Capítulo 12

Consejo de Salubridad General

12. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El Consejo de Salubridad General como Órgano Constitucional que depende del Presidente de la República, continuó su tarea de fortalecer las políticas y actividades que se realizan en el sector Salud, con el fin de coordinar las acciones que propicien la optimización de recursos, la homologación de procesos cuando sea viable, así como la participación y toma de decisiones conjuntas de las instituciones públicas del país, en beneficio de las mexicanas y mexicanos.

A un año de la creación de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General, en cumplimiento al Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General publicado en el DOF el 30 de octubre de 2001, se ha consolidado como el foro de integración y análisis de temas de importancia trascendental para la determinación de políticas de salud, y ha logrado una efectiva coordinación entre las tres instituciones públicas de salud más importantes del país. Su desempeño se ha puesto de manifiesto en las decisiones tomadas en su seno, como:

El establecimiento de un Memorándum de Entendimiento en el que los titulares de la SSA, IMSS e ISSSTE se comprometen, con respeto a su autonomía a desarrollar las acciones necesarias para facilitar la colaboración interinstitucional a través de convenios específicos.

La firma del Acuerdo Interinstitucional para homologar las percepciones de los médicos residentes.

Estandarizar los convenios de colaboración de las instituciones de seguridad social con los laboratorios estatales de Salud Pública.

Con el fin de que la población cuente con medicamentos de comprobada calidad, eficacia y bajo precio, la Junta Ejecutiva acordó que las instituciones de salud compren medicamentos genéricos intercambiables, así como corregir la situación desventajosa en la compra de las vacunas a proveedores, cantidades y costos diferentes, donde se acordó, “Las instituciones del sector Salud (SSA, IMSS, e ISSSTE) podrán participar de manera conjunta en la compra consolidada de vacunas para el 2003 siempre que sea conveniente para las instituciones en términos de calidad, precio, condiciones de entrega y seguridad”.

Debido a que las instituciones han seguido diversos lineamientos para el uso y la compra de antirretrovirales para el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA, en la Junta Ejecutiva se decidió que para mejorar la eficacia en el tratamiento, se apliquen esquemas terapéuticos uniformes y se de preferencia a los medicamentos antirretrovirales de primera línea.

Asimismo, con el fin de coadyuvar a uniformar el trabajo de los hospitales, proporcionar herramientas para medir y mejorar la calidad en la prestación de los servicios, mejorar el desempeño y establecer las bases para el intercambio de servicios entre instituciones, en la Junta Ejecutiva se acordó elaborar un programa de instrumentos gerenciales, para clasificar y medir los productos hospitalarios tomando en cuenta la complejidad clínica y las diferencias en el consumo de recursos necesarios para brindar la atención.

Cuadro Básico de Medicamentos

El Programa Nacional de Salud plantea en una de sus líneas de acción, reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos, ya que son un componente esencial de la atención de la salud; por lo que es necesario garantizar su efectividad y seguridad, abasto suficiente y oportuno, prescripción

racional, y su venta en las presentaciones adecuadas a un costo razonable. Como contribución a lo anterior, el Consejo integra y actualiza el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, como lo señala la Ley General de Salud, trabajo que realiza a través de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, que emite los dictámenes colegiados acerca de los medicamentos, material de curación, instrumental y equipo médico, que adquieren y utilizan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que prestan servicios de salud, en consideración de:

- El avance mundial en el conocimiento científico y el desarrollo tecnológico en materia de salud, con el fin de ofrecer a los usuarios mejores insumos. La actualización, depuración y reestructuración del Cuadro Básico, implica reubicar los insumos de acuerdo a su uso, e identificar los que han sido superados en eficacia, seguridad y eficiencia, modificando su denominación.
- La ampliación de los requisitos para la inclusión de insumos en los cuadros básicos, especificando entre otros aspectos, estudios de fármaco economía, de evaluación de tecnología, de farmacovigilancia y de bibliografía sustentada en evidencias, con el fin de asegurar un mayor beneficio a la población acorde con los requerimientos sociales.
- Constitución de la Comisión como ventanilla única para recibir, estudiar y resolver las solicitudes que hacen los proveedores o usuarios, para incluir, modificar o excluir insumos, ya que es el único órgano facultado para tal efecto.
- La experiencia en la aplicación del Cuadro Básico en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y con el objeto de dar cumplimiento a la Ley General de Salud en su artículo 28, amplió su ámbito a todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
- El sustento jurídico de los aspectos señalados se estableció en el nuevo Acuerdo y Reglamento de la Comisión, mismo que se encuentra en etapa de publicación en el DOF.
- En ese mismo sentido, en el período del informe se han publicado en el DOF 14 actualizaciones de los Cuadros Básicos, que reflejan el esfuerzo de los comités específicos de la Comisión que atienden estos asuntos.

Actualizaciones de Cuadros Básicos y Catálogos publicadas en el Diario Oficial de la Federación

- 9ª, 10ª y 11ª Actualización de Medicamentos.
- 7ª, 8ª y 9ª Actualización de Material de Curación y Prótesis.
- 6ª y 7ª Actualización de Biológicos y Reactivos.
- 10ª Actualización de Instrumental y Equipo Médico.
- Modificaciones a la 7ª 8ª y 9ª Actualización de Instrumental y Equipo Médico.
- 8ª y 9ª Actualización de l Catálogo de Genéricos Intercambiables.

Medicamentos Genéricos Intercambiables

Con el fin de proveer a la población de medicamentos de calidad, eficacia y a un menor costo, en las instituciones de salud se impulsó el uso de los medicamentos genéricos intercambiables, que son las mismas sustancias activas, con igual concentración y potencia, vía de administración y especificaciones farmacopéicas, que han demostrado mediante pruebas de laboratorio ser iguales a los medicamentos innovadores o de patente.

Esto es importante, ya que a pesar de sus características, las instituciones públicas de salud, compraban un mínimo porcentaje de estos medicamentos y las empresas farmacéuticas, aunque los registraban en la SSA para su comercialización, no los fabricaban. Para romper este círculo vicioso, la Junta Ejecutiva acordó y fue publicado en el DOF el 7 de junio de 2002 que: “Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables, siempre y cuando estén disponibles en el mercado nacional”. Ahora las instituciones de salud en las licitaciones de medicamentos, consideran en primer lugar a los medicamentos genéricos intercambiables. Es importante mencionar que en este año, el IMSS que es la institución pública que compra más volumen de medicamentos, haya adquirido en primer término medicamentos genéricos intercambiables.

La Junta Ejecutiva acordó además:

- Incluir las pruebas de intercambiabilidad como requisito para obtener el Registro Sanitario de todos los medicamentos que se comercialicen en México.
- Agregar en el etiquetado de los Medicamentos Genéricos Intercambiables que compra el sector Salud, su simbología (GI) que los identifica y que garantiza que su calidad es igual a la de los medicamentos innovadores, y
- Modificar el Reglamento de Control Sanitario de la Publicidad, en lo que se refiere a la nomenclatura en la publicidad de medicamentos.

El cumplimiento de los acuerdos sobre Medicamentos Genéricos Intercambiables de la Junta Ejecutiva hará posible que la población tenga acceso a medicamentos de calidad comprobada, coadyuvando al objetivo de la política farmacéutica integral, de garantizar el consumo racional de medicamentos de alta calidad y menor costo.

Certificación de establecimientos de atención médica

El Programa de la Certificación de los establecimientos de atención médica, estrategia toral de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se realiza a través de una Comisión, conformada por representantes de academias, colegios, asociaciones médicas e instituciones de educación superior, que tiene la responsabilidad de certificar que los establecimientos de atención médica cuenten con la estructura y procesos que les permitan proporcionar una óptima atención a los usuarios; esta actividad coadyuva a mejorar el nivel de salud y el bienestar de la población, además de fomentar y reconocer la capacidad de servicio de las instituciones.

La Comisión reestructuró el programa en el año 2001, por lo que ahora:

- Se incluirán además de hospitales, unidades de primer nivel, de cirugía ambulatoria, laboratorios clínicos y gabinetes de imagenología; se integró a la Comisión la representación de las instituciones del Sector Salud; y se definió el tiempo de vigencia de la certificación a tres años, con revisiones anuales.

- Se modificaron los criterios de evaluación de las unidades hospitalarias para adecuarlos a la evaluación de los procesos de atención con un enfoque de calidad, al reconocimiento de la satisfacción del usuario, y al cumplimiento de la normatividad establecida, y las evaluaciones son realizadas en forma gratuita por personal de las instituciones de salud capacitadas para tal efecto.
- Estos cambios se sustentan jurídicamente en el nuevo acuerdo y reglamento del Programa, en proceso de publicación.
- El interés de las instituciones por participar es evidente, ya que se encuentran en proceso de evaluación 190 hospitales, que se suman a los 425 certificados, lo que permitirá incrementar el número de establecimientos certificados, para contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La certificación es la forma más eficiente para corregir la principal imperfección en la interacción entre prestadores y usuarios, que es la asimetría de información. Los usuarios generalmente carecen de elementos para juzgar la calidad técnica de los servicios y la certificación corrige esta imperfección.

Reconocimientos

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, se entregó en octubre de 2001 el Reconocimiento al Mérito Médico al Dr. José Laguna García y en 2002 los siguientes:

Premios al Mérito otorgados a profesionales de la salud, 2002

Premio	Recipiendario
Eduardo Liceaga	“Ciencias Médicas y Administración Sanitario Asistencial” Dr. Carlos Canseco González
Miguel Otero	“Investigación Clínica” Dra. Patricia Alonso Viveros
Gerardo Varela	“Salud Pública” Dr. José Rodríguez Domínguez
Martín de la Cruz	“Investigación Química y Biológica” Dra. Rachel Mata Essayag
Margarita Chorné y Salazar	“Mérito en Odontología” Dra. Ernestina Martínez Espinoza
Isabel Cendala y Gómez	“Mérito en Enfermería” Lic. en Enf. María Guadalupe Suárez Vázquez
Lucía Salcido	“Mérito en el Área de Auxiliar de Enfermería” Aux. de Enf. Amalia Cruz Duque

Precursores químicos y químicos esenciales

Las adicciones representan hoy en día la principal amenaza contra la libertad de nuestra sociedad, al permear sus efectos a todos los sectores de la población, lo que obliga a actuar de forma contundente y decidida en esta materia, de manera intersectorial, como lo constituye el resguardo y operación de una base de datos con información sobre precursores químicos y químicos esenciales, con el objeto de apoyar las acciones encaminadas a evitar su desvío para la producción de drogas ilícitas, de conformidad

con lo establecido en la Ley Federal en la materia. La Base se integra con información que proporcionan las secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Comunicaciones y Transportes y de Relaciones Exteriores y es consultada fundamentalmente por la Procuraduría General de la República.

Durante el período que se analiza, la Base recibió y procesó 40 435 registros, correspondiendo 1 113 avisos de importación y exportación, 2 236 a pendientes aduanales, 267 a permisos de importación y exportación, 5 a avisos de irregularidades y mermas y 36 814 a informes anuales de las dependencias. La PGR realizó más de 300 consultas.

Como se mencionó en el informe anterior el Consejo de Salubridad General participa en las Comisiones Binacionales de Procuración de Justicia con Colombia, Venezuela y los Estados Unidos de América; con ese carácter se asistió en septiembre de 2001 a Bogotá, Colombia y en abril de 2002 a Washington, D.C., EE.UU., reuniones en las que se dio a conocer el proyecto de actualización y modernización de la Base.

Bajo la coordinación del Consejo, con la participación de las dependencias involucradas y con el objeto de lograr una mayor eficiencia en la operación y consulta de la base de datos, en mayo de este año se concluyó su actualización, para dotarla de características que no habían sido consideradas en su diseño original, incorporando nueva información que mejora el apoyo a las actividades de control y permite responder a las solicitudes internacionales de información. Ahora se captura en tiempo real y existe una coordinación más efectiva entre las dependencias.

Se ha iniciado la etapa de modernización de la base de datos, con un proceso de reingeniería del sistema y el reforzamiento de la infraestructura de equipo y de personal, preservándose la confidencialidad, con lo que se mejorará la oportunidad de la información para uso de las autoridades de procuración de justicia.

Capítulo 13

Anexo Estadístico

*Esperanza de vida la nacer por entidad federativa
2001 ^{1/}*

Entidad Federativa	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	75.66	73.43	77.89
Aguascalientes	76.64	74.48	78.79
Baja California	76.62	74.55	78.69
Baja California Sur	76.58	74.34	78.82
Campeche	75.03	72.81	77.25
Coahuila	76.48	74.18	78.78
Colima	76.64	74.45	78.83
Chiapas	72.81	70.45	75.17
Chihuahua	76.06	73.90	78.22
Distrito Federal	77.48	75.34	79.63
Durango	75.16	72.86	77.46
Guanajuato	75.39	73.29	77.49
Guerrero	73.63	71.20	76.06
Hidalgo	74.52	72.23	76.82
Jalisco	76.57	74.39	78.75
México	76.62	74.44	78.80
Michoacán	75.10	73.04	77.15
Morelos	76.14	73.80	78.49
Nayarit	75.53	73.17	77.88
Nuevo León	77.04	74.99	79.09
Oaxaca	72.88	70.58	75.17
Puebla	74.43	72.00	76.87
Querétaro	75.57	73.40	77.74
Quintana Roo	75.95	73.97	77.94
San Luis Potosí	74.56	72.32	76.79
Sinaloa	75.71	73.22	78.20
Sonora	76.36	73.95	78.78
Tabasco	75.30	73.09	77.52
Tamaulipas	75.84	73.84	77.84
Tlaxcala	75.73	73.68	77.79
Veracruz	74.30	72.02	76.58
Yucatán	74.66	72.42	76.91
Zacatecas	74.75	72.49	77.01

^{1/} Nacidos en 2001.
Fuente: CONAPO.

*Esperanza de vida saludable
2000 ^{1/}*

Entidad Federativa	Total	Hombres*	Mujeres*
Nacional	62.6	60.4	64.8
Aguascalientes	63.4	61.4	65.5
Baja California	63.4	61.3	65.5
Baja California Sur	63.4	61.3	65.4
Campeche	62.3	60.0	64.5
Coahuila	63.3	61.2	65.4
Colima	63.4	61.4	65.5
Chiapas	60.6	58.0	63.2
Chihuahua	63.0	60.9	65.1
Distrito Federal	64.0	62.1	65.9
Durango	62.4	60.1	64.6
Guanajuato	62.5	60.3	64.8
Guerrero	61.2	58.8	63.7
Hidalgo	61.9	59.6	64.2
Jalisco	63.4	61.3	65.4
México	63.4	61.4	65.5
Michoacán	62.3	60.1	64.6
Morelos	63.1	61.0	65.2
Nayarit	62.6	60.4	64.8
Nuevo León	63.7	61.7	65.7
Oaxaca	60.7	58.1	63.2
Puebla	61.8	59.5	64.2
Querétaro	62.7	60.5	64.9
Quintana Roo	62.9	60.8	65.1
San Luis Potosí	61.9	59.6	64.3
Sinaloa	62.8	60.6	65.0
Sonora	63.2	61.2	65.3
Tabasco	62.5	60.2	64.7
Tamaulipas	62.8	60.7	65.0
Tlaxcala	62.8	60.6	65.0
Veracruz	61.7	59.4	64.1
Yucatán	62.0	59.7	64.3
Zacatecas	62.1	59.8	64.4

* Tasa por 1,000 nacidos vivos.

^{1/} Años en buena salud que en promedio una persona puede esperar vivir.

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED).

Veinte principales causas de mortalidad general
Estados Unidos Mexicanos
 2001

Número de orden	Causa	Criterio de agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	097	70,510	69.8
2	Tumores malignos	049	56,201	55.7
3	Diabetes mellitus	061	49,954	49.5
4	Accidentes	167	35,471	35.1
5	Enfermedades del hígado	125	27,856	27.6
6	Enfermedades cerebrovasculares	098	25,731	25.5
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	18,201	18.0
8	Influenza y Neumonía	105	11,388	11.3
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	11,086	11.0
10	Agresiones (homicidio)	169	10,284	10.2
11	Insuficiencia renal	139	9,298	9.2
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	9,178	9.1
13	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	8,655	8.6
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	6,942	6.9
15	Enfermedades infecciosas intestinales	001	4,902	4.9
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	037	4,324	4.3
17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	168	3,814	3.8
18	Septicemia	015	3,368	3.3
19	Anemias	058	3,311	3.3
20	Síndrome de dependencia del alcohol	069	3,098	3.1
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	9,316	9.2
	Las demás causas	999	60,239	59.6
Total		000	443,127	438.8

Información Preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Veinte principales causas de mortalidad infantil
Estados Unidos Mexicanos
 2001

Número de orden	Causa	Criterio de agrup.	Defunciones ^{1/}	Tasa*
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	26,125	1,219.1
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	9,697	452.5
3	Influenza y Neumonía	105	3,131	146.1
4	Accidentes	167	2,280	106.4
5	Enfermedades infecciosas intestinales	001	2,266	105.7
6	Infecciones respiratorias agudas	104	1,281	59.8
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	1,020	47.6
8	Septicemia	015	846	39.5
9	Enfermedades del corazón	097	291	13.6
10	Enfermedades cerebrovasculares	098	179	8.4
11	Insuficiencia renal	139	155	7.2
12	Meningitis	076	153	7.1
13	Enfermedad del esófago	116	143	6.7
14	Tumores malignos	049	140	6.5
15	Anemias	058	132	6.2
16	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	120	5.6
17	Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	122	115	5.4
18	Agresiones (homicidio)	169	115	5.4
19	Epilepsia	081	90	4.2
20	Enfermedades del hígado	125	87	4.1
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	750	35.0
	Las demás causas	999	2,357	-
Total		000	51,473	2,401.9

Información Preliminar.

* Tasa por 100,000 nacidos vivos, estimados por CONAPO.

^{1/} Defunciones estimadas en base a tablas de mortalidad. Proyecciones de la población 1996-2050 CONAPO, 1998.

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Mortalidad en la infancia por entidad federativa
2001*

Entidad Federativa	< 1 Año*		< 5 Años**	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	26.89	21.02	30.38	24.10
Aguascalientes	23.40	18.28	26.16	20.62
Baja California	23.47	18.34	26.26	20.71
Baja California Sur	23.54	18.40	26.35	20.80
Campeche	27.51	21.96	32.49	26.51
Coahuila	23.77	18.61	26.68	21.10
Colima	23.39	18.26	26.13	20.59
Chiapas	33.40	27.10	43.60	36.81
Chihuahua	24.87	19.60	28.31	22.61
Distrito Federal	21.33	16.41	23.30	17.99
Durango	27.17	21.65	31.92	25.97
Guanajuato	26.59	21.13	30.98	25.09
Guerrero	31.20	25.20	39.12	32.67
Hidalgo	28.83	23.12	34.75	28.61
Jalisco	23.56	18.42	26.38	20.82
México	23.44	18.31	26.20	20.66
Michoacán	27.37	21.83	32.25	26.28
Morelos	24.60	19.36	27.91	22.24
Nayarit	26.19	20.78	30.35	24.51
Nuevo León	22.44	17.41	24.80	19.37
Oaxaca	33.24	26.97	43.26	36.50
Puebla	29.05	23.31	35.13	28.97
Querétaro	26.11	20.71	30.22	24.39
Quintana Roo	25.16	19.86	28.75	23.02
San Luis Potosí	28.76	23.06	34.63	28.50
Sinaloa	25.70	20.34	29.57	23.79
Sonora	24.05	18.86	27.09	21.48
Tabasco	26.80	21.32	31.32	25.41
Tamaulipas	25.46	20.13	29.20	23.44
Tlaxcala	25.71	20.35	29.58	23.80
Veracruz	29.44	23.66	35.84	29.63
Yucatán	28.48	22.81	34.14	28.04
Zacatecas	28.25	22.61	33.74	27.67

* Probabilidad de morir x 1,000 niños menores de 1 año.

** Probabilidad de morir x 1,000 niños menores de 5 años.

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Veinte principales causas de mortalidad preescolar
Estados Unidos Mexicanos
2001*

Número de orden	Causa	Criterio de agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Accidentes	167	1,647	19.3
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	836	9.8
3	Enfermedades infecciosas intestinales	001	641	7.5
4	Influenza y Neumonía	105	473	5.5
5	Tumores malignos	049	452	5.3
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	316	3.7
7	Septicemia	015	163	1.9
8	Infecciones respiratorias agudas	104	139	1.6
9	Agresiones (homicidio)	169	120	1.4
10	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	080	118	1.4
11	Epilepsia	081	101	1.2
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	97	1.1
13	Anemias	058	87	1.0
14	Enfermedades del corazón	097	87	1.0
15	Hepatitis viral	039	70	0.8
16	Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	122	54	0.6
17	Insuficiencia renal	139	48	0.6
18	Enfermedades del hígado	125	47	0.6
19	Meningitis	076	32	0.4
20	Enfermedades cerebrovasculares	098	28	0.3
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	135	1.6
	Las demás causas	999	929	10.9
Total		000	6,620	77.4

Información Preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes de 1 a 4 años.

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Veinte principales causas de mortalidad escolar
Estados Unidos Mexicanos
 2001

Número de orden	Causa	Criterio de agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Accidentes	167	2,427	10.9
2	Tumores malignos	049	1,050	4.7
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	461	2.1
4	Agresiones (homicidio)	169	297	1.3
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	080	266	1.2
6	Insuficiencia renal	139	173	0.8
7	Influenza y Neumonía	105	163	0.7
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	168	143	0.6
9	Enfermedades del corazón	097	136	0.6
10	Enfermedades infecciosas intestinales	001	124	0.6
11	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	123	0.6
12	Septicemia	015	110	0.5
13	Epilepsia	081	104	0.5
14	Anemias	058	102	0.5
15	Enfermedades cerebrovasculares	098	61	0.3
16	Hepatitis viral	039	56	0.3
17	Enfermedades del hígado	125	55	0.3
18	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	50	0.2
19	Enfermedades del apéndice	119	44	0.2
20	Diabetes mellitus	061	41	0.2
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	116	0.5
	Las demás causas	999	1,035	4.7
Total		000	7,137	32.1

Información Preliminar.

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

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Veinte principales causas de mortalidad en edad productiva
Estados Unidos Mexicanos
2001*

Número de orden	Causa	Criterio de agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Tumores malignos	049	24,411	38.6
2	Accidentes	167	22,962	36.3
3	Diabetes mellitus	061	20,108	31.8
4	Enfermedades del hígado	125	18,522	29.3
5	Enfermedades del corazón	097	18,064	28.6
6	Agresiones (homicidio)	169	8,980	14.2
7	Enfermedades cerebrovasculares	098	6,139	9.7
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	037	4,143	6.6
9	Insuficiencia renal	139	3,507	5.6
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	168	3,316	5.3
11	Síndrome de dependencia del alcohol	069	2,317	3.7
12	Influenza y Neumonía	105	1,983	3.1
13	Tuberculosis pulmonar	002	1,696	2.7
14	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	1,346	2.1
15	Embarazo, parto y puerperio	157	1,234	2.0
16	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	1,181	1.9
17	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	1,131	1.8
18	Epilepsia	081	1,101	1.7
19	Septicemia	015	1,015	1.6
20	Anemias	058	965	1.5
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	1,761	2.8
	Las demás causas	999	21,335	33.8
Total		000	167,217	264.6

Información Preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años.

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Veinte principales causas de mortalidad en edad posproductiva
Estados Unidos Mexicanos
2001*

Número de orden	Causa	Criterio de agrup.	Defunciones	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	097	51,757	1,045.1
2	Tumores malignos	049	30,109	608.0
3	Diabetes mellitus	061	29,693	599.6
4	Enfermedades cerebrovasculares	098	19,292	389.6
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	9,671	195.3
6	Enfermedades del hígado	125	8,937	180.5
7	Influenza y Neumonía	105	6,542	132.1
8	Accidentes	167	6,420	129.6
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	066	6,255	126.3
10	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	110	5,566	112.4
11	Insuficiencia renal	139	5,431	109.7
12	Úlceras gástrica y duodenal	118	2,053	41.5
13	Anemias	058	2,048	41.4
14	Enfermedades infecciosas intestinales	001	1,696	34.3
15	Septicemia	015	1,472	29.7
16	Tuberculosis pulmonar	002	1,119	22.6
17	Infecciones respiratorias agudas	104	840	17.0
18	Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	122	781	15.8
19	Poliartropatías inflamatorias	130	778	15.7
20	Síndrome de dependencia del alcohol	069	746	15.1
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	6,601	133.3
	Las demás causas	999	26,261	530.3
Total		000	224,068	4,524.5

Información Preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes de 65 y más años.

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Causas de mortalidad materna
Estados Unidos Mexicanos
 2001

Causa	Defunciones ^{1/}	Tasa*
Muertes obstétricas directas	1,557	74.1
Aborto	92	4.4
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	639	30.4
Hemorragia del embarazo, parto y posparto	347	16.5
Diabetes mellitus en el embarazo	9	0.4
Trabajo de parto obstruido	11	0.5
Complicaciones del puerperio	123	5.9
Las demás obstétricas directas	336	16.0
Debida a VIH ^{2/}	3	0.1
Causas obstétricas indirectas	146	7.0
Muerte obstétrica de causa no especificada	1	0.0
Total	1,707	81.3

Información Preliminar.

1/ Defunciones calculadas a partir de la corrección del subregistro de defunciones maternas.

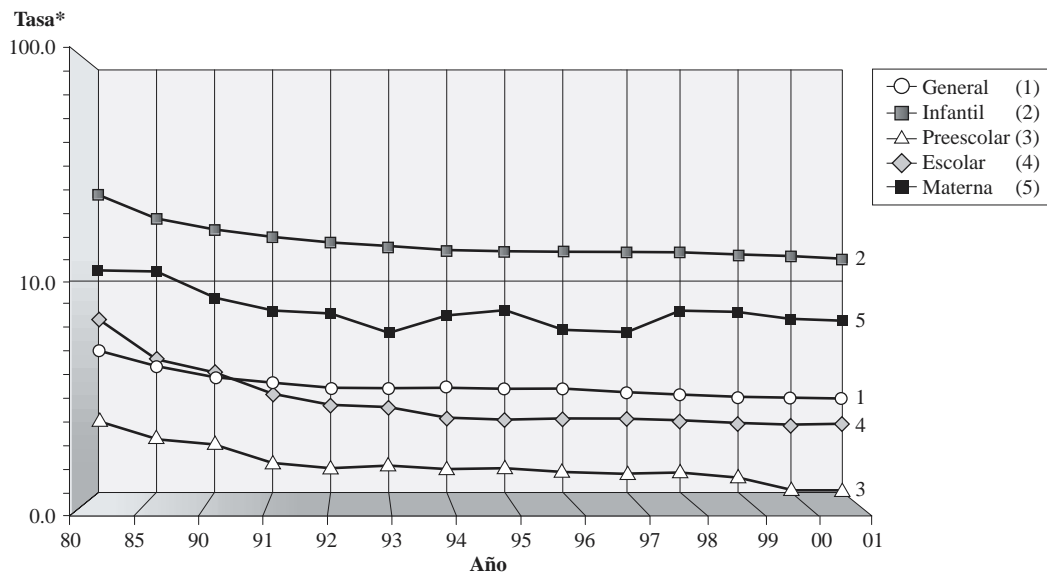
2/ Muertes codificadas en (B20 a B24), en las cuales se sabe que la persona estuvo embarazada (Nota de la CIE-10 Vol. 2).

* Tasa por 100,000 nacidos vivos.

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Tendencia de la mortalidad según grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001

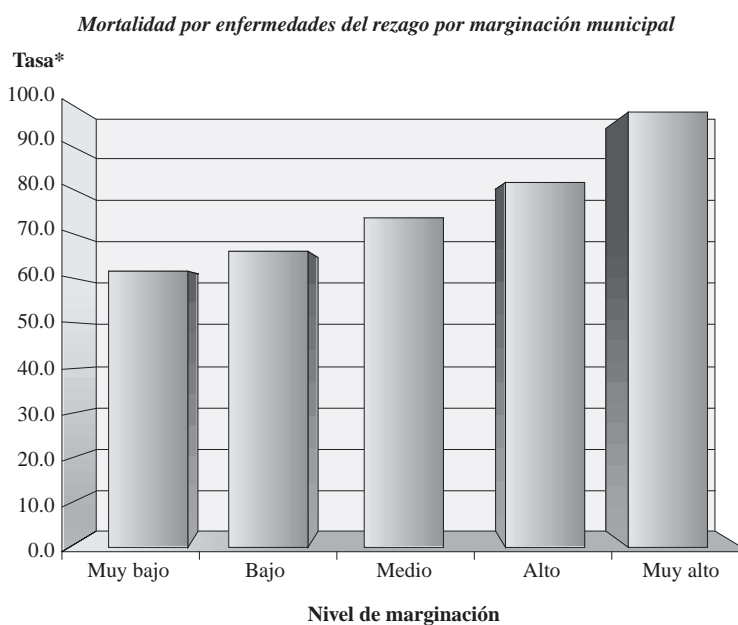
Año	General (1)	Infantil (2)	Preescolar (3)	Escolar (4)	Productiva (5)	Postproductiva (6)	Materna (7)
1980	6.9	53.0	3.4	8.3	4.3	60.7	16.2
1985	6.0	39.8	2.6	6.3	3.6	59.5	10.9
1990	5.5	36.6	2.3	5.8	3.2	54.5	8.5
1991	5.3	34.1	1.5	4.8	3.1	53.6	8.2
1992	5.1	33.2	1.2	4.2	3.1	52.4	8.1
1993	5.1	32.3	1.3	4.1	3.1	52.1	7.4
1994	5.0	31.4	1.2	3.7	3.0	51.0	8.3
1995	5.0	30.5	1.2	3.6	3.0	49.5	8.7
1996	5.0	29.3	1.1	3.6	2.9	50.3	7.8
1997	4.9	28.1	1.0	3.6	2.9	49.2	7.7
1998	4.8	26.9	1.0	3.5	2.9	48.5	8.8
1999	4.7	25.9	0.9	3.4	2.8	47.6	8.8
2000	4.5	24.9	0.8	3.2	2.7	45.5	8.4
2001 ^{8/}	4.4	24.1	0.8	3.2	2.6	45.2	8.1



- (1) Tasa por 1,000 habitantes estandarizada con base en la información censal proyectada al 30 de junio de 2000.
- (2) Probabilidades en base a tablas de mortalidad. Proyecciones de la Población 1996-2050. CONAPO, 1998.
- (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 1,000 habitantes de 15 a 64 años.
- (6) Tasa por 1,000 habitantes de 65 años y más.
- (7) Tasa por 10,000 nacidos vivos. Calculado a partir de la corrección del subregistro de defunciones maternas y los nacimientos estimados por el CONAPO.
- (8) Información preliminar.

*Mortalidad por enfermedades del rezago epidemiológico en
los municipios agrupados por nivel de marginación ^{1/}
Estados Unidos Mexicanos
2001*

Nivel de marginación	Tasa*
Muy bajo	61.0
Bajo	68.4
Medio	75.0
Alto	82.7
Muy alto	99.5



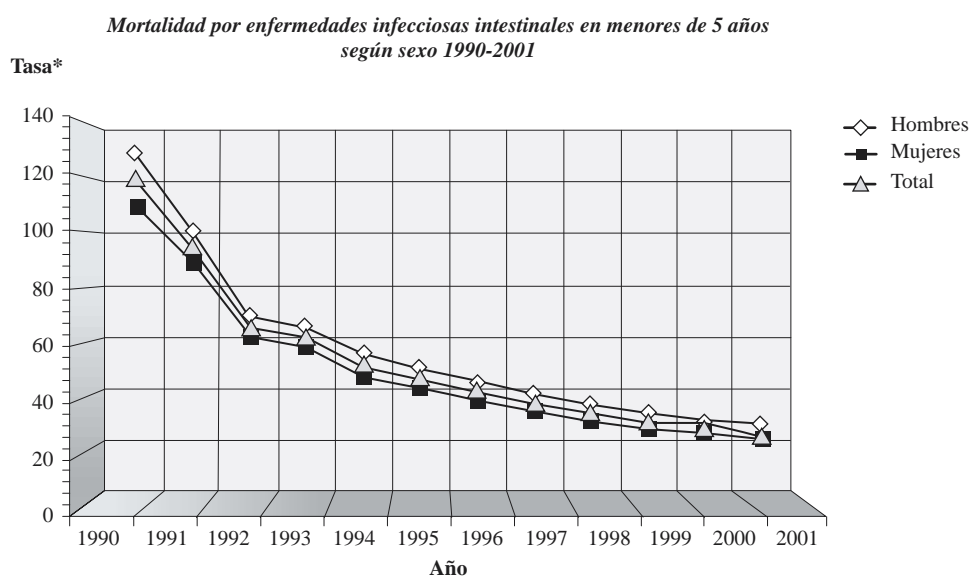
^{1/} Agrupa las enfermedades infecciosas, de la reproducción y las relacionadas con la nutrición.

* Tasa por 100,000.

Fuente: CONAPO/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en menores de 5 años
Estados Unidos Mexicanos
1990-2001*

Año	Total	Hombres*	Mujeres*
1990	122.65	132.3	111.9
1991	95.13	101.0	88.8
1992	63.30	67.1	59.2
1993	59.26	62.5	55.9
1994	47.68	52.1	43.1
1995	42.94	45.9	39.9
1996	37.79	40.7	34.8
1997	32.97	35.5	30.4
1998	28.97	31.6	26.2
1999	25.34	28.3	22.3
2000	23.24	25.0	21.4
2001	19.55	23.5	18.0



* Tasa por 100,000 niños menores de 5 años.
Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Mortalidad por diarreas en niños menores de 5 Años por entidad federativa
2001*

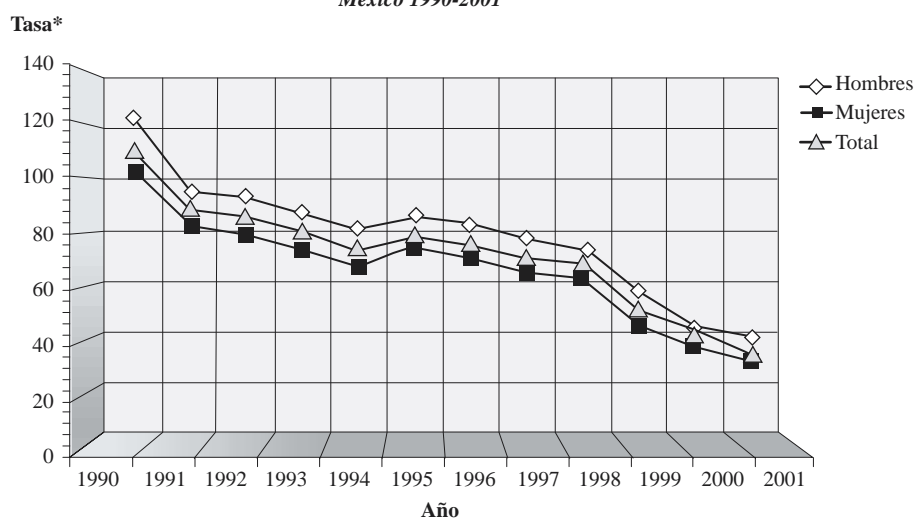
Entidad Federativa	Hombres*	Mujeres*
Nacional	22.20	17.00
Aguascalientes	9.40	8.10
Baja California	12.20	9.90
Baja California Sur	26.30	13.80
Campeche	2.40	17.10
Coahuila	12.40	10.60
Colima	20.10	3.60
Chiapas	57.90	48.50
Chihuahua	15.60	14.40
Distrito Federal	10.20	8.70
Durango	7.50	3.30
Guanajuato	27.50	18.30
Guerrero	13.30	11.70
Hidalgo	16.10	7.90
Jalisco	12.70	11.80
México	32.60	25.40
Michoacán	14.80	10.60
Morelos	11.30	11.60
Nayarit	11.10	11.50
Nuevo León	4.80	4.50
Oaxaca	45.10	37.10
Puebla	47.70	29.10
Querétaro	18.40	19.00
Quintana Roo	20.80	21.90
San Luis Potosí	21.90	14.70
Sinaloa	4.20	2.20
Sonora	21.70	10.50
Tabasco	15.80	14.50
Tamaulipas	11.70	5.40
Tlaxcala	22.30	19.50
Veracruz	22.00	16.00
Yucatán	20.90	15.90
Zacatecas	10.40	8.40

* Tasa por 100,000 niños menores de cinco años.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años
Estados Unidos Mexicanos
1990-2001*

Año	Total	Hombres*	Mujeres*
1990	112.99	122.2	102.9
1991	89.81	96.9	82.1
1992	84.20	91.6	76.3
1993	75.61	81.4	69.5
1994	82.33	89.1	75.3
1995	76.36	83.5	68.9
1996	72.35	78.5	66.0
1997	66.99	73.9	59.8
1998	51.68	56.0	47.2
1999	47.29	52.1	42.3
2000	39.41	43.1	35.6
2001	32.33	38.4	29.8

*Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, según sexo
México 1990-2001*



* Tasa por 100,000 niños menores de 5 años.
Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años
por entidad federativa
2001*

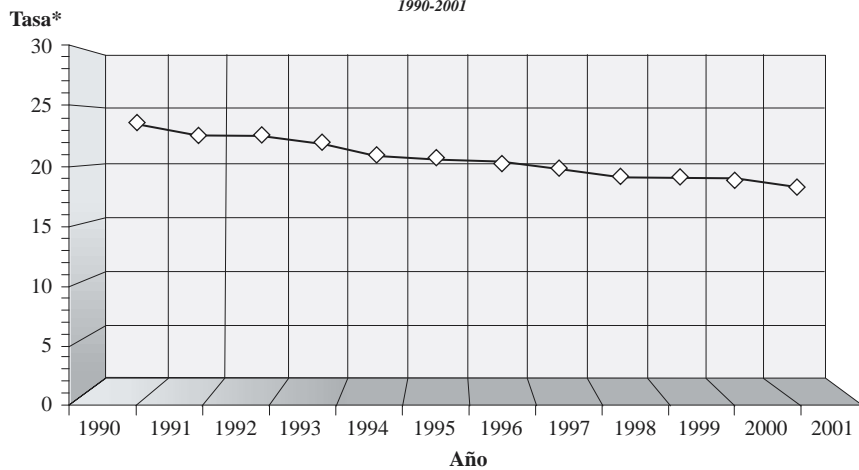
Entidad Federativa	Hombres*	Mujeres*
Nacional	36.30	28.20
Aguascalientes	4.70	8.10
Baja California	40.10	29.00
Baja California Sur	48.20	32.10
Campeche	4.80	7.30
Coahuila	17.50	13.70
Colima	10.00	7.10
Chiapas	33.30	40.00
Chihuahua	37.40	29.40
Distrito Federal	41.20	30.70
Durango	7.50	6.70
Guanajuato	28.10	18.30
Guerrero	10.90	7.80
Hidalgo	21.40	21.30
Jalisco	18.20	15.60
México	86.50	65.10
Michoacán	21.90	16.70
Morelos	10.20	15.10
Nayarit	1.80	13.40
Nuevo León	12.40	12.40
Oaxaca	41.80	23.60
Puebla	81.40	63.40
Querétaro	36.80	16.70
Quintana Roo	9.50	8.00
San Luis Potosí	26.00	25.90
Sinaloa	7.70	8.80
Sonora	18.60	17.80
Tabasco	22.80	19.90
Tamaulipas	17.50	6.10
Tlaxcala	85.60	62.10
Veracruz	29.00	21.90
Yucatán	20.90	14.80
Zacatecas	23.10	7.20

* Tasa por 100,000 niños menores de cinco años.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino
 Estados Unidos Mexicanos
 1990-2001

Año	Tasa*
1990	24.97
1991	23.66
1992	23.71
1993	22.97
1994	22.15
1995	21.56
1996	21.52
1997	20.87
1998	20.25
1999	19.87
2000	19.29
2001	18.96

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino
 Estados Unidos Mexicanos
 1990-2001



* Tasa por 100,000 mujeres mayores de 25 años.
 Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años
Estados Unidos Mexicanos
 2001

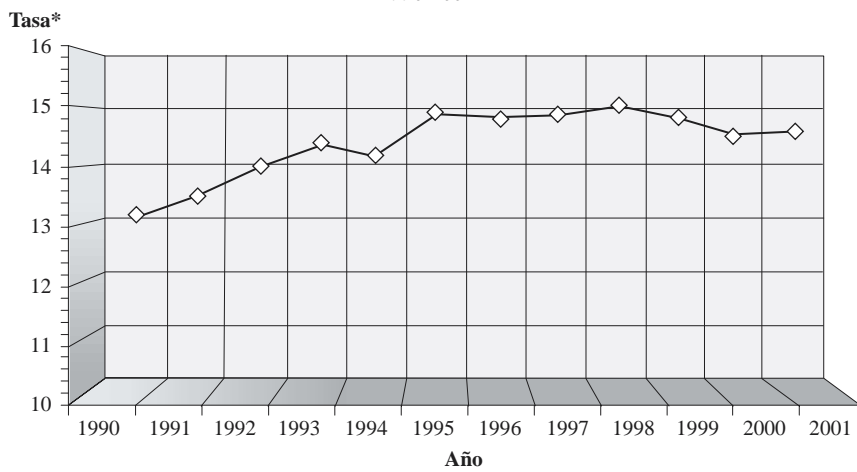
Entidad Federativa	Tasa*
Nacional	18.96
Aguascalientes	13.14
Baja California	17.80
Baja California Sur	19.80
Campeche	24.80
Coahuila	14.45
Colima	21.11
Chiapas	24.97
Chihuahua	18.88
Distrito Federal	14.60
Durango	19.78
Guanajuato	15.52
Guerrero	20.35
Hidalgo	14.10
Jalisco	20.84
México	15.55
Michoacán	20.40
Morelos	27.68
Nayarit	30.06
Nuevo León	12.53
Oaxaca	23.48
Puebla	22.69
Querétaro	14.72
Quintana Roo	19.57
San Luis Potosí	21.67
Sinaloa	18.93
Sonora	15.43
Tabasco	23.30
Tamaulipas	19.08
Tlaxcala	19.51
Veracruz	24.38
Yucatán	30.50
Zacatecas	12.18

* Tasa por 100,000 mujeres mayores de 25 años.
 Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Mortalidad por cáncer de mama, 1990-2001
Estados Unidos Mexicanos

Año	Tasa*
1990	13.06
1991	13.43
1992	13.96
1993	14.35
1994	14.17
1995	14.92
1996	14.82
1997	14.82
1998	15.08
1999	14.78
2000	14.62
2001	14.71

Mortalidad por cáncer de mama
1990-2001

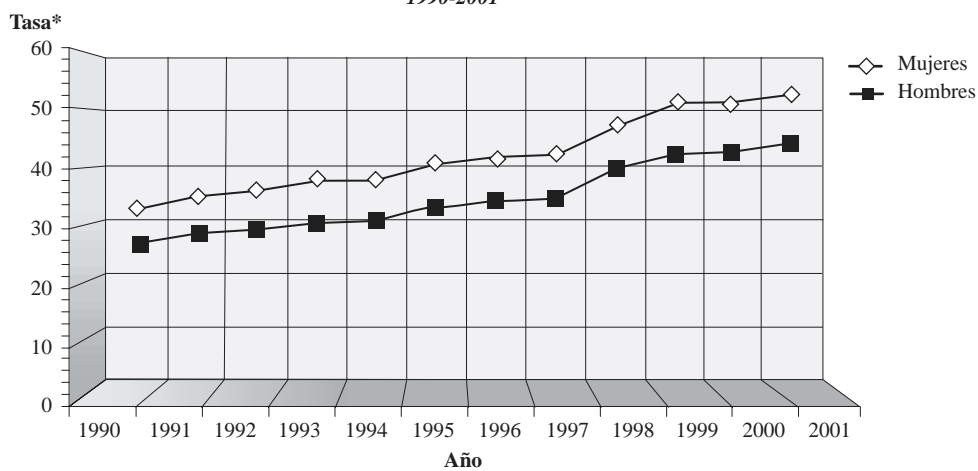


* Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.
 Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Mortalidad por diabetes, según sexo
 Estados Unidos Mexicanos
 1990-2001

Año	Total	Hombres*	Mujeres*
1990	30.71	26.92	34.43
1991	31.71	28.28	35.09
1992	32.48	29.11	35.80
1993	33.32	29.24	37.32
1994	33.55	29.64	37.38
1995	36.22	32.18	40.18
1996	37.26	33.33	41.12
1997	37.87	33.68	41.99
1998	43.28	38.86	47.63
1999	46.50	41.66	51.26
2000	46.81	42.27	51.27
2001	48.30	44.54	52.72

Mortalidad por diabetes, según sexo
 1990-2001

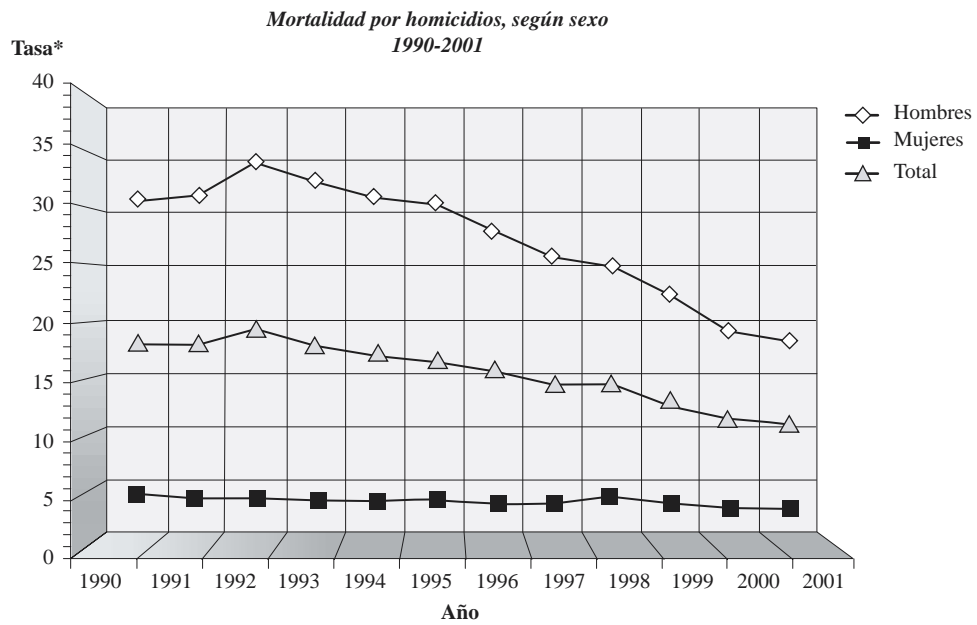


* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Tasa de mortalidad por homicidios
Estados Unidos Mexicanos
1990-2001

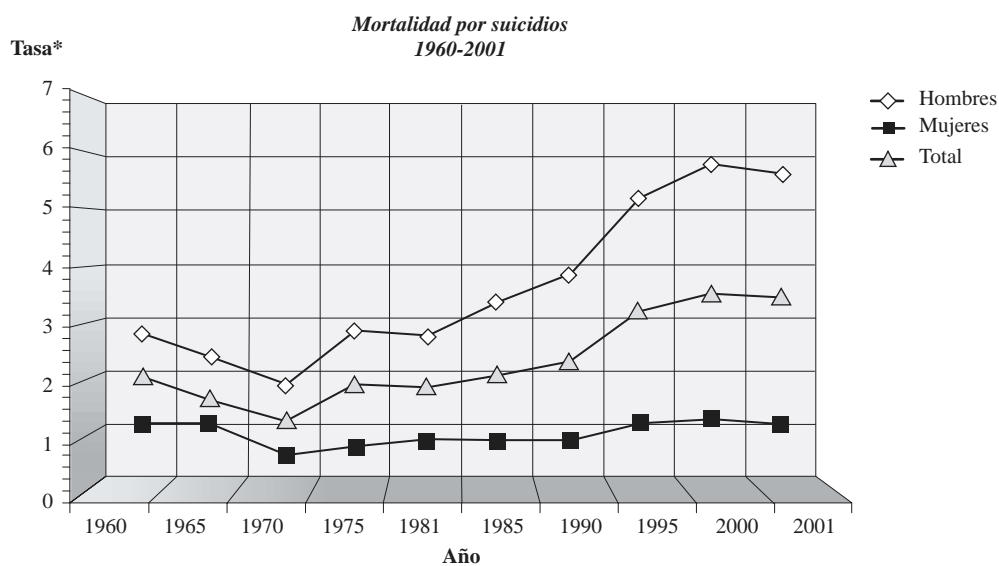
Año	Total	Hombres*	Mujeres*
1990	17.84	31.1	3.6
1991	17.70	32.0	3.6
1992	19.10	34.6	3.7
1993	18.10	32.9	3.5
1994	17.60	32.0	3.2
1995	17.00	30.9	3.3
1996	15.60	28.1	3.1
1997	14.30	25.8	2.9
1998	14.10	25.3	3.1
1999	12.50	22.3	2.9
2000	10.78	19.1	2.6
2001	10.37	18.5	2.5



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Mortalidad por suicidios
Estados Unidos Mexicanos
1960-2001

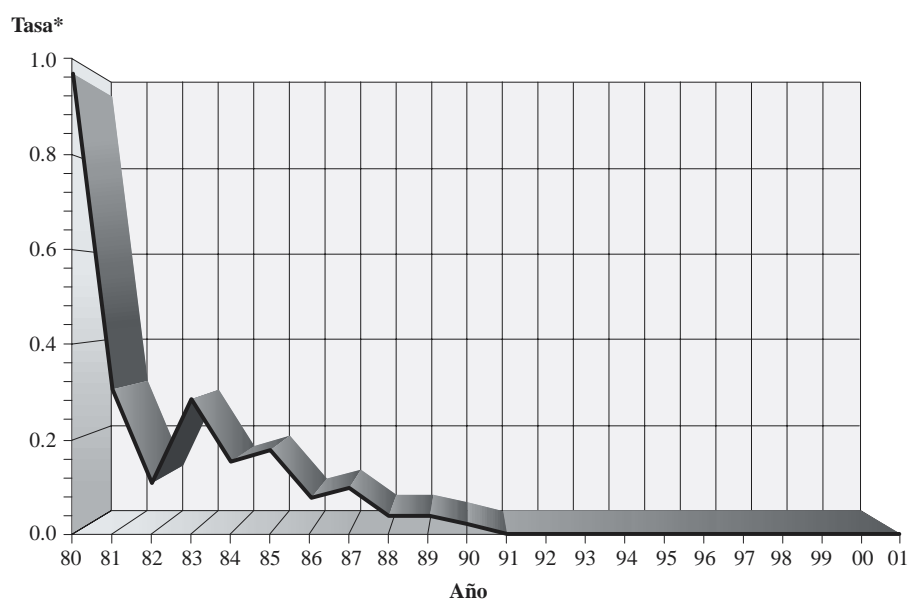
Año	Total	Hombres*	Mujeres*
1960	1.90	2.70	1.00
1965	1.70	2.40	1.00
1970	1.10	1.80	0.50
1975	1.70	2.70	0.60
1981	1.70	2.60	0.70
1985	1.90	3.30	0.70
1990	2.20	3.90	0.70
1995	3.10	5.40	1.00
2000	3.50	5.92	1.07
2001	3.45	5.83	1.04



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Tendencia de la morbilidad por poliomielitis aguda
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

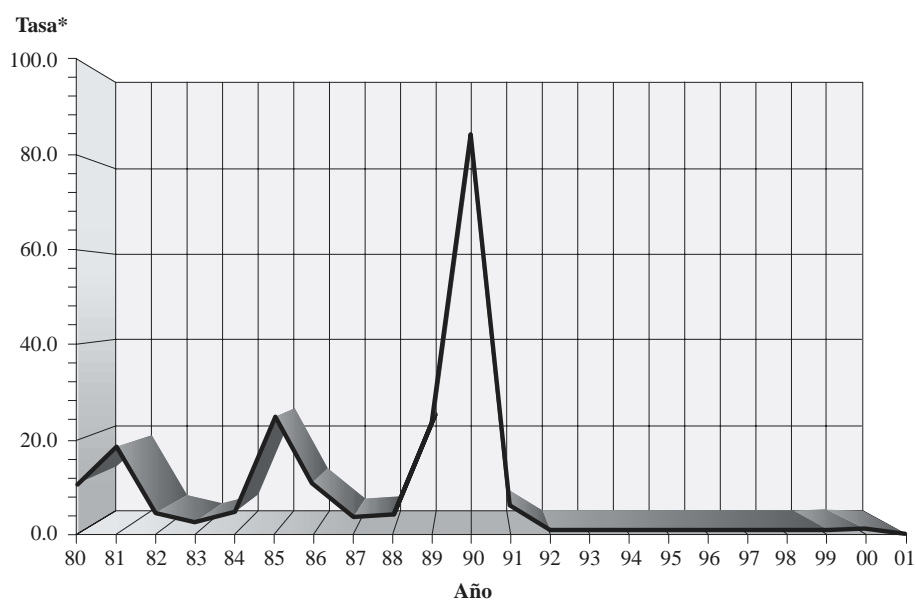
Año	Casos	Tasa*
1980	682	0.98
1981	186	0.26
1982	98	0.13
1983	232	0.31
1984	128	0.17
1985	148	0.19
1986	65	0.08
1987	81	0.10
1988	21	0.03
1989	27	0.03
1990	7	0.01
1991	0	0.00
1992	0	0.00
1993	0	0.00
1994	0	0.00
1995	0	0.00
1996	0	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	0	0.00
2001	0	0.00



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por sarampión
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

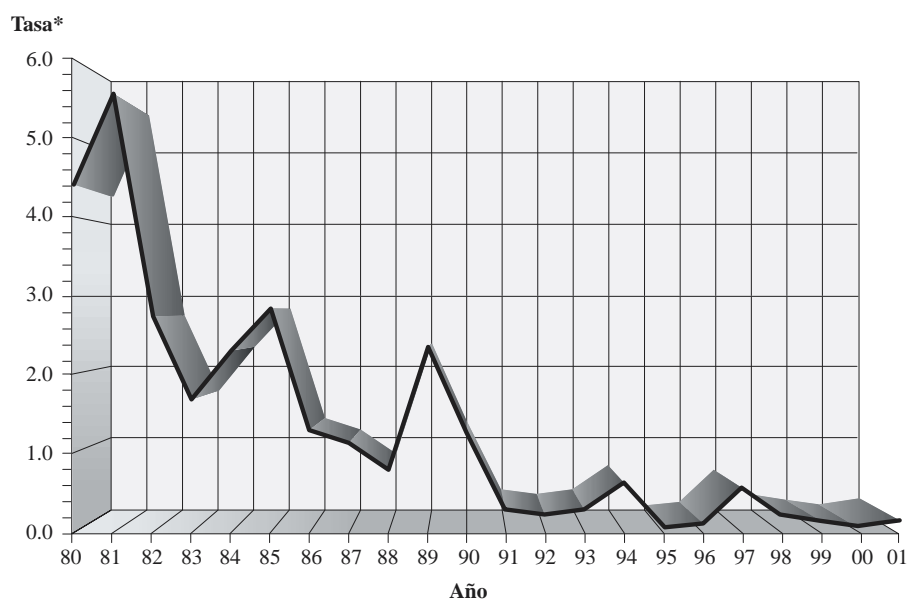
Año	Casos	Tasa*
1980	10,546	15.14
1981	11,136	15.60
1982	6,364	8.71
1983	3,368	4.51
1984	5,158	6.76
1985	19,460	24.97
1986	8,883	11.17
1987	3,156	3.89
1988	3,789	4.58
1989	20,381	24.18
1990	68,782	82.50
1991	5,077	5.97
1992	846	0.97
1993	172	0.14
1994	128	0.14
1995	12	0.01
1996	2	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	30	0.03
2001	0	0.00



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por tos ferina
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2001

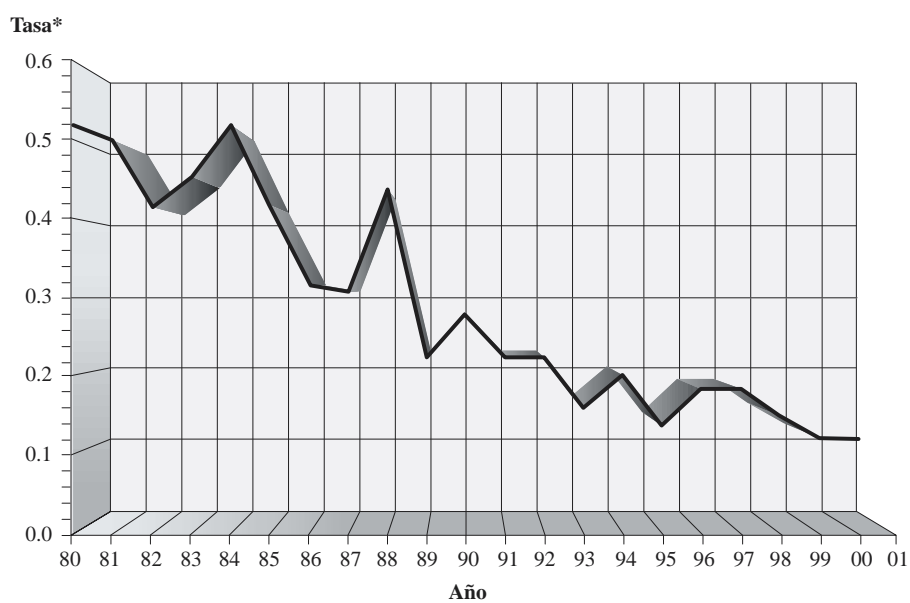
Año	Casos	Tasa*
1980	3,048	4.38
1981	3,977	5.57
1982	2,000	2.74
1983	1,227	1.64
1984	1,753	2.30
1985	2,231	2.86
1986	1,035	1.30
1987	914	1.13
1988	659	0.80
1989	1,978	2.35
1990	1,078	1.29
1991	163	0.19
1992	136	0.16
1993	149	0.17
1994	599	0.66
1995	15	0.02
1996	32	0.03
1997	593	0.62
1998	188	0.19
1999	92	0.09
2000	53	0.05
2001	218	0.22



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por tétanos
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2001

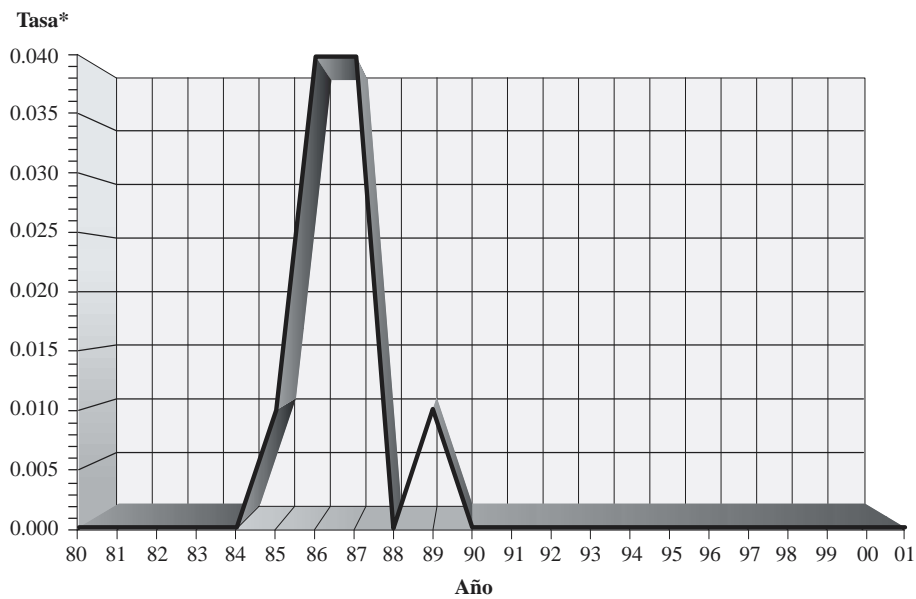
Año	Casos	Tasa*
1980	363	0.52
1981	359	0.50
1982	307	0.42
1983	339	0.45
1984	399	0.52
1985	317	0.42
1986	255	0.32
1987	252	0.31
1988	364	0.44
1989	198	0.23
1990	236	0.28
1991	194	0.23
1992	202	0.23
1993	148	0.17
1994	177	0.20
1995	128	0.14
1996	165	0.18
1997	169	0.18
1998	148	0.15
1999	119	0.12
2000	103	0.10
2001	101	0.10



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por difteria
Estados Unidos Mexicanos
 1980-2001

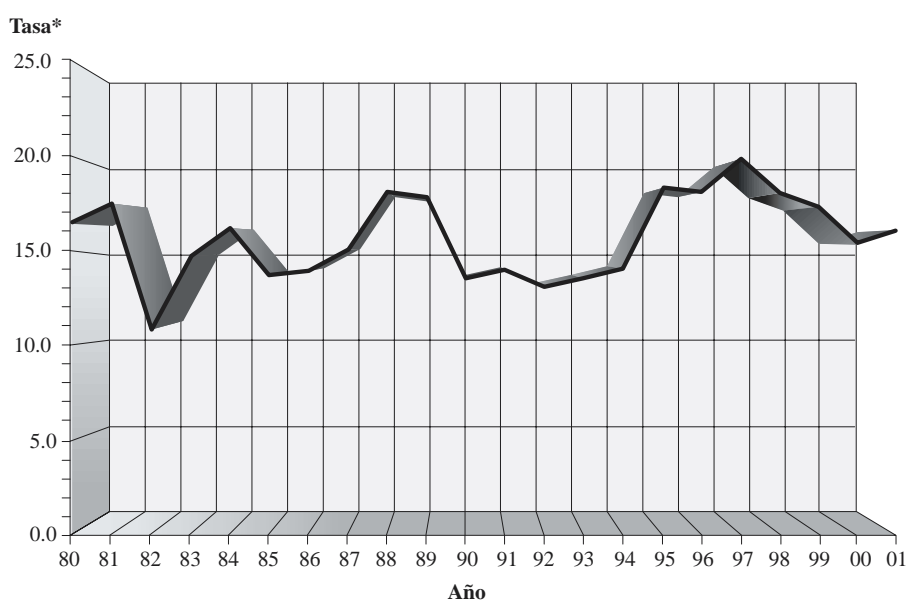
Año	Casos	Tasa*
1980	3	0.00
1981	1	0.00
1982	0	0.00
1983	0	0.00
1984	0	0.00
1985	4	0.01
1986	28	0.04
1987	31	0.04
1988	2	0.00
1989	6	0.01
1990	0	0.00
1991	1	0.00
1992	0	0.00
1993	0	0.00
1994	0	0.00
1995	0	0.00
1996	0	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	0	0.00
2001	0	0.00



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por tuberculosis pulmonar
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

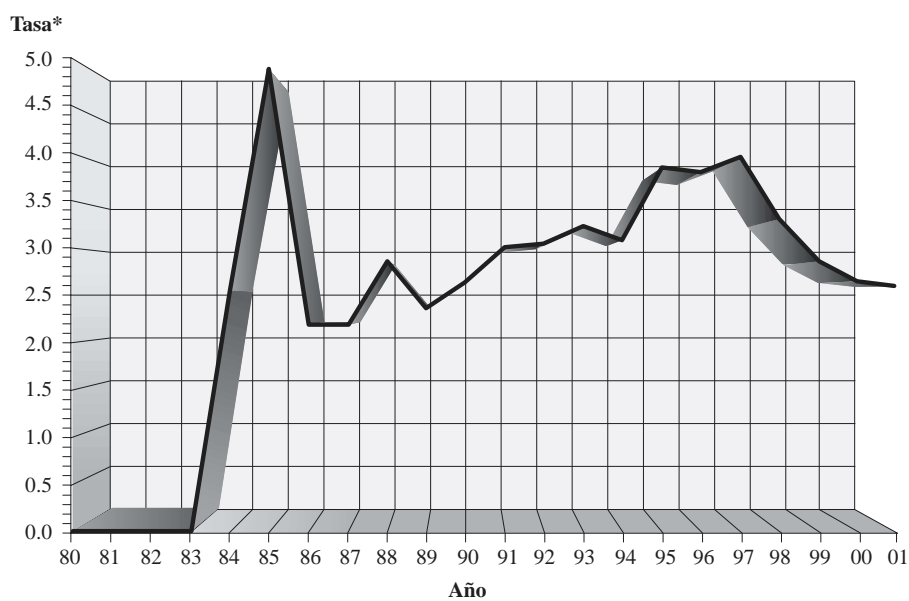
Año	Casos	Tasa*
1980	11,165	16.09
1981	12,651	17.72
1982	8,265	11.31
1983	11,506	15.40
1984	12,609	16.52
1985	11,211	14.38
1986	11,455	14.40
1987	12,906	15.91
1988	13,129	18.61
1989	13,406	18.43
1990	12,242	14.66
1991	12,554	14.74
1992	11,855	13.64
1993	12,370	13.94
1994	13,451	14.92
1995	17,157	18.65
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
2001	16,323	16.16



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por tuberculosis otras formas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

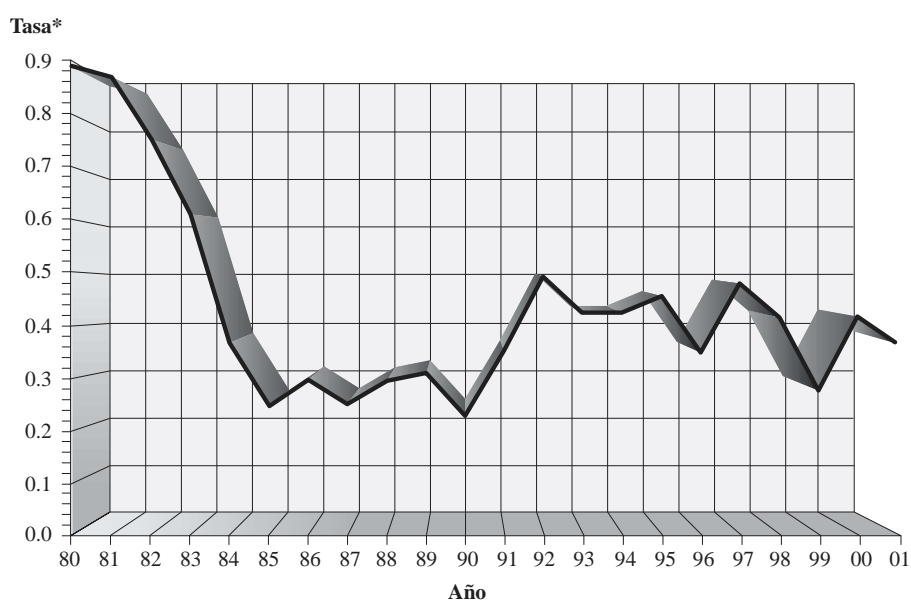
Año	Casos	Tasa*
1980	N.D.	-
1981	N.D.	-
1982	N.D.	-
1983	N.D.	-
1984	1,922	2.52
1985	3,806	4.88
1986	1,695	2.13
1987	1,725	2.13
1988	2,242	2.71
1989	2,083	2.47
1990	2,195	2.63
1991	2,555	3.00
1992	2,611	3.01
1993	2,775	3.14
1994	2,759	3.06
1995	3,576	3.89
1996	3,559	3.80
1997	3,798	3.99
1998	3,297	3.41
1999	2,782	2.83
2000	2,666	2.67
2001	2,422	2.40



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por lepra
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001

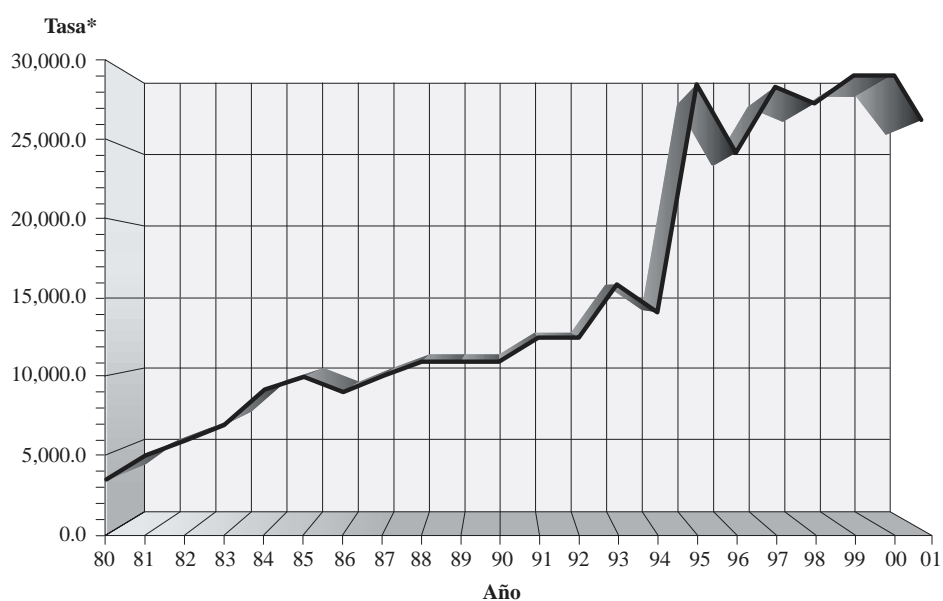
Año	Casos	Tasa*
1980	621	0.89
1981	632	0.89
1982	564	0.77
1983	465	0.62
1984	289	0.38
1985	204	0.26
1986	250	0.31
1987	213	0.26
1988	257	0.31
1989	267	0.32
1990	199	0.24
1991	310	0.36
1992	445	0.51
1993	388	0.44
1994	397	0.44
1995	433	0.47
1996	340	0.36
1997	470	0.49
1998	418	0.43
1999	283	0.29
2000	414	0.42
2001	365	0.37



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

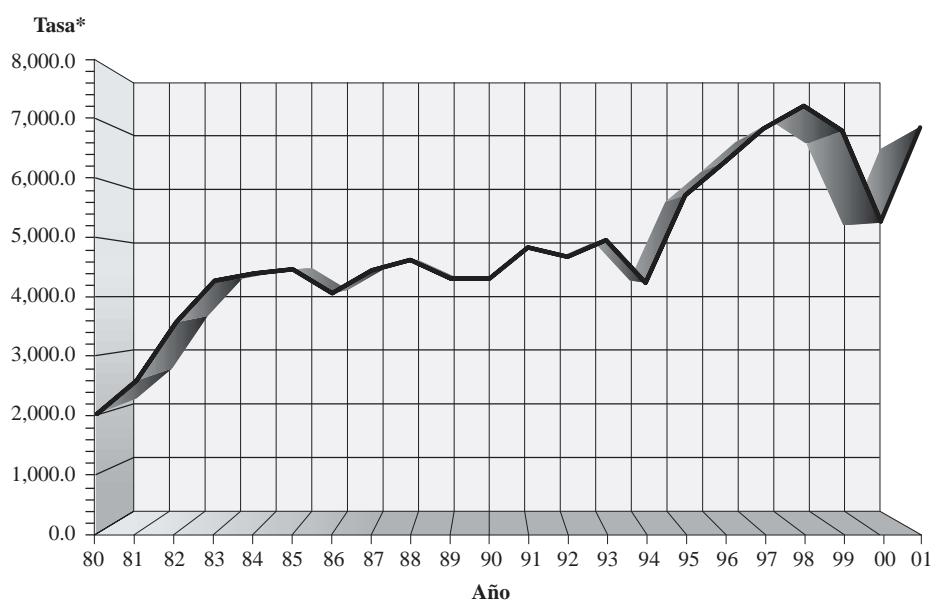
Año	Casos	Tasa*
1980	2'313,197	3,320.93
1981	4'025,442	5,638.76
1982	4'721,683	6,461.99
1983	5'799,483	7,762.98
1984	7'158,759	9,379.24
1985	8'502,817	10,909.68
1986	7'554,083	9,496.95
1987	8'700,519	10,722.93
1988	9'899,699	11,967.55
1989	9'668,848	11,473.33
1990	9'264,520	11,112.07
1991	11'723,215	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
2001	28'259,646	27,980.49



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por enfermedades diarreicas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

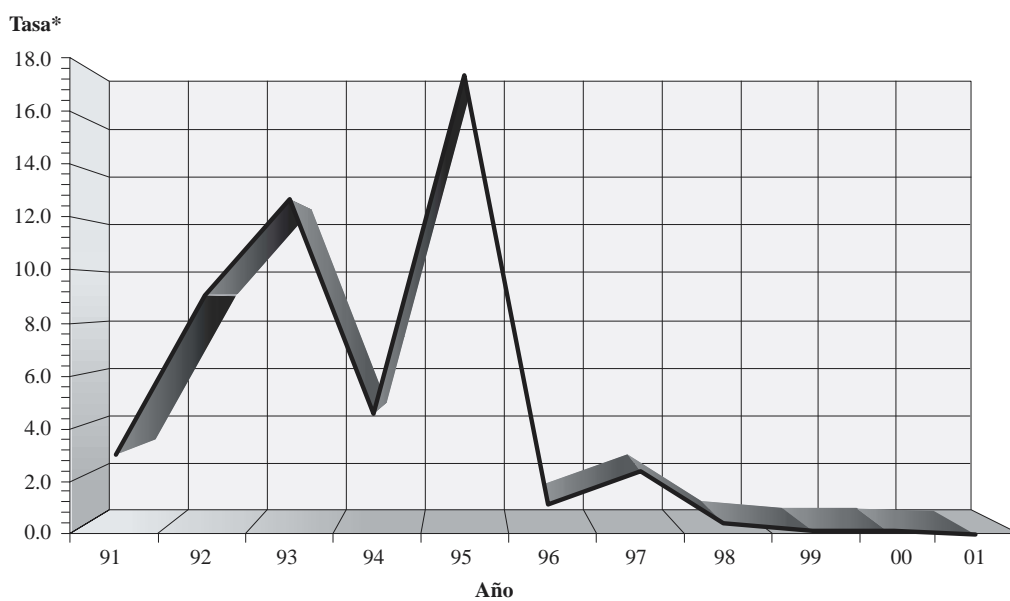
Año	Casos	Tasa*
1980	1'519,791	2,181.88
1981	1'919,292	2,688.50
1982	2'692,159	3,684.43
1983	3'184,523	4,262.69
1984	3'313,417	4,341.16
1985	3'528,500	4,527.30
1986	3'335,245	4,193.05
1987	3'721,826	4,586.95
1988	3'873,520	4,682.62
1989	3'707,434	4,399.35
1990	3'724,536	4,467.29
1991	4'236,261	4,981.29
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
2001	6'908,455	6,937.44



* Tasa por 100,000 habitantes.
No incluye absceso hepático amibiano (006.3, 9a. Rev. y AO6.4, 10a. Rev.).
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por cólera
Estados Unidos Mexicanos
 1991-2001

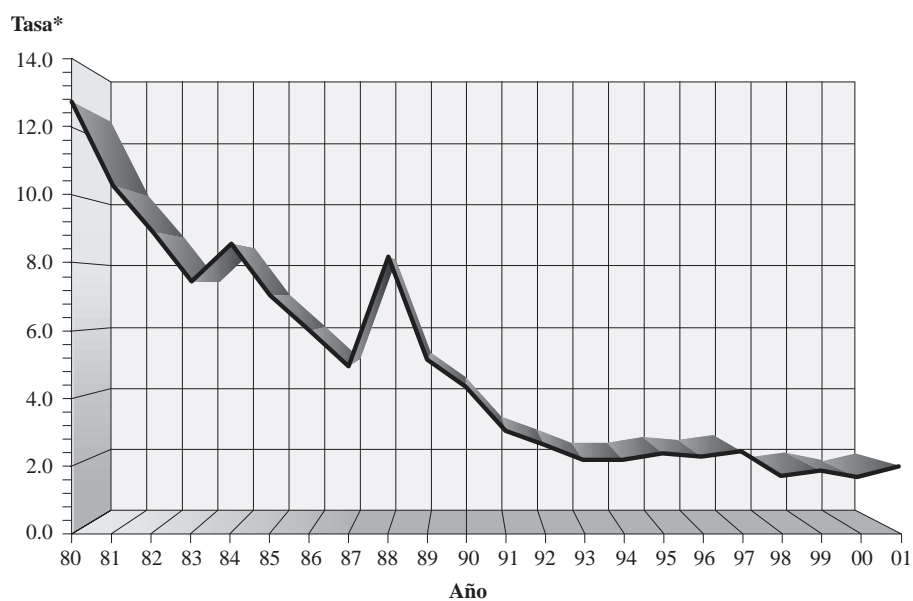
Año	Casos	Tasa*
1991	2,690	3.16
1992	8,162	9.41
1993	11,091	12.54
1994	4,075	4.52
1995	16,430	17.86
1996	1,088	1.16
1997	2,356	2.48
1998	71	0.07
1999	9	0.01
2000	5	0.01
2001	1	0.00



* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por sífilis adquirida
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

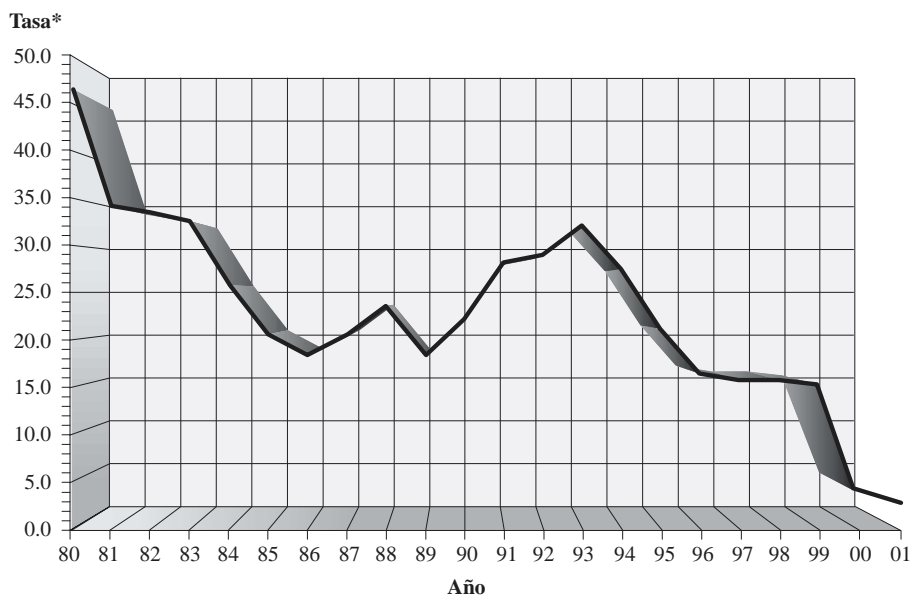
Año	Casos	Tasa*
1980	8,931	12.82
1981	7,376	10.33
1982	6,773	9.27
1983	5,176	6.93
1984	6,396	8.38
1985	5,547	7.12
1986	4,844	6.09
1987	4,109	5.06
1988	6,712	8.11
1989	4,294	5.10
1990	3,685	4.42
1991	2,632	3.09
1992	2,553	2.94
1993	1,947	2.20
1994	1,991	2.21
1995	2,204	2.40
1996	2,140	2.29
1997	2,322	2.44
1998	1,732	1.79
1999	1,821	1.86
2000	1,824	1.82
2001	1,876	1.86



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por infecciones gonocócicas
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001

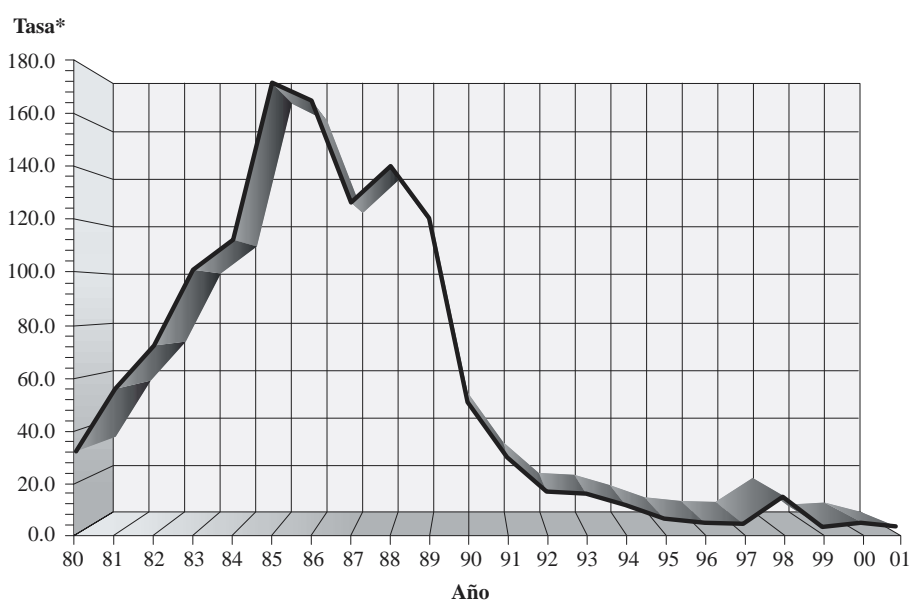
Año	Casos	Tasa*
1980	31,546	45.29
1981	24,924	34.91
1982	25,354	34.70
1983	24,868	33.29
1984	19,302	25.29
1985	16,534	21.21
1986	14,306	17.99
1987	17,259	21.27
1988	19,961	24.13
1989	16,558	19.65
1990	19,870	23.83
1991	24,335	28.61
1992	25,292	29.15
1993	29,439	33.28
1994	24,085	26.71
1995	20,027	21.77
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
2001	2,767	2.74



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por paludismo P. vivax
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

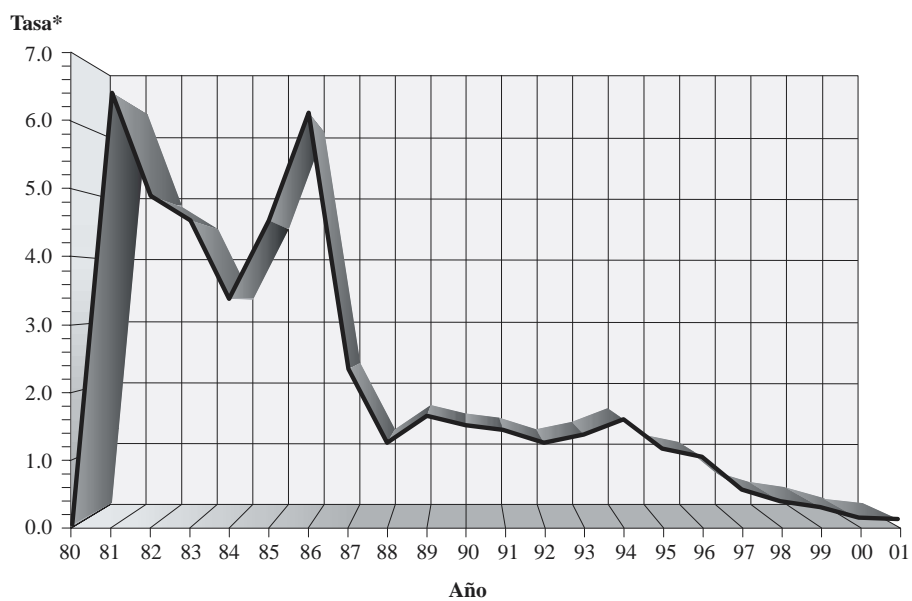
Año	Casos	Tasa*
1980	25,734	36.94
1981	42,104	58.98
1982	52,094	71.29
1983	75,029	100.43
1984	85,501	112.02
1985	133,698	171.54
1986	130,915	164.59
1987	102,938	126.87
1988	116,230	140.51
1989	101,241	120.14
1990	44,513	53.39
1991	26,565	30.44
1992	16,170	18.63
1993	15,793	17.85
1994	12,864	14.27
1995	7,330	7.97
1996	6,293	6.73
1997	4,743	5.03
1998	15,100	15.62
1999	6,402	6.52
2000	7,259	7.27
2001	4,927	4.88



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por oncocercosis
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

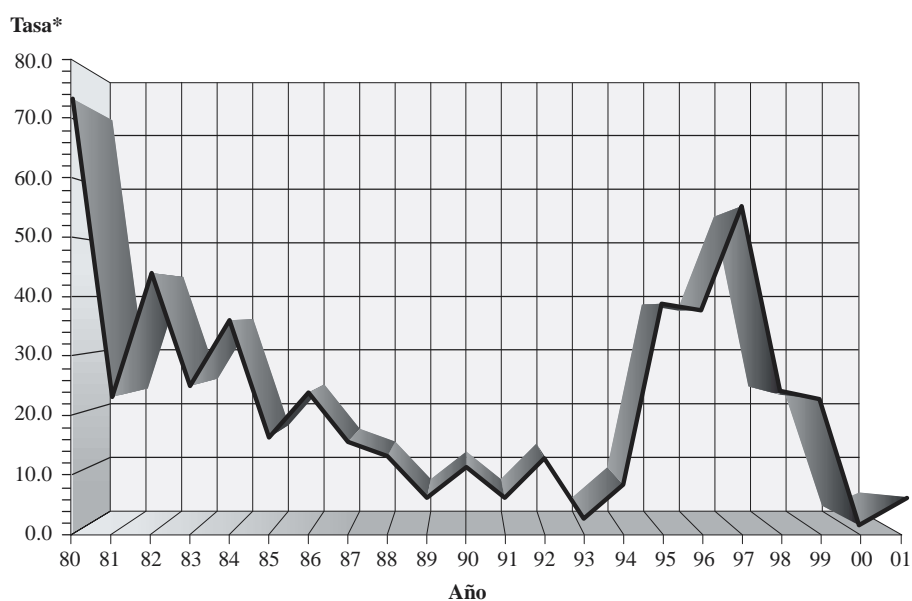
Año	Casos	Tasa*
1980	0	0.0
1981	3,107	6.4
1982	2,436	4.9
1983	2,169	4.5
1984	1,695	3.4
1985	2,264	4.5
1986	3,266	6.1
1987	1,358	2.4
1988	1,431	1.2
1989	1,395	1.6
1990	1,252	1.5
1991	1,238	1.4
1992	1,138	1.3
1993	1,234	1.4
1994	1,470	1.6
1995	989	1.1
1996	963	1.0
1997	579	0.6
1998	411	0.4
1999	274	0.3
2000	174	0.2
2001	139	0.1



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por dengue clásico
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

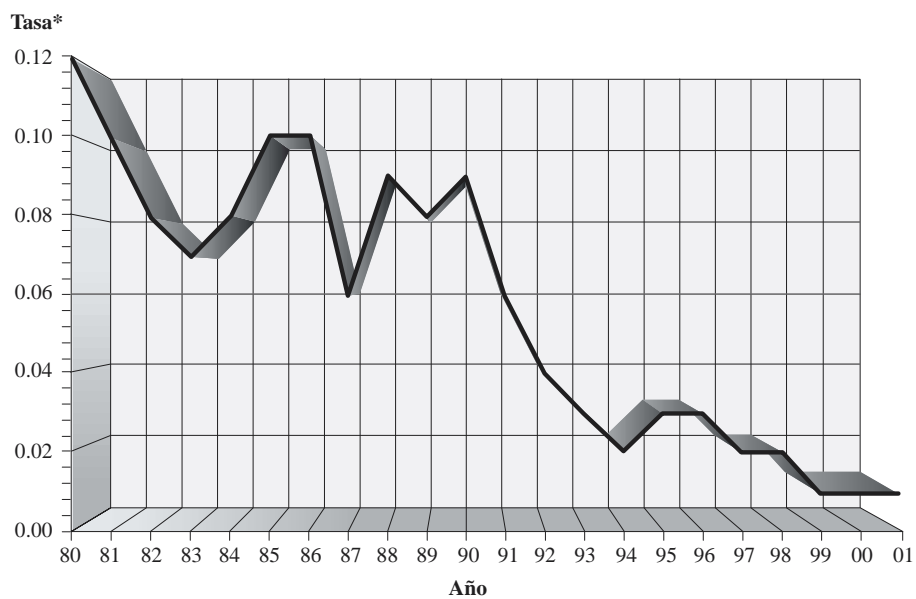
Año	Casos	Tasa*
1980	51,406	73.80
1981	17,046	23.88
1982	32,640	44.67
1983	19,028	25.47
1984	27,645	36.22
1985	13,688	17.56
1986	19,708	24.78
1987	13,371	16.48
1988	10,526	12.72
1989	7,120	6.20
1990	9,516	11.09
1991	5,863	6.72
1992	11,925	13.74
1993	2,899	3.28
1994	8,072	8.95
1995	36,029	39.17
1996	35,082	37.49
1997	52,561	55.25
1998	23,267	24.07
1999	22,982	23.42
2000	1,714	1.72
2001	4,643	4.60



* Tasa por 100,000 habitantes.
Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

Tendencia de la morbilidad por rabia
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001

Año	Casos ^{1/}	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
2001	7	0.01



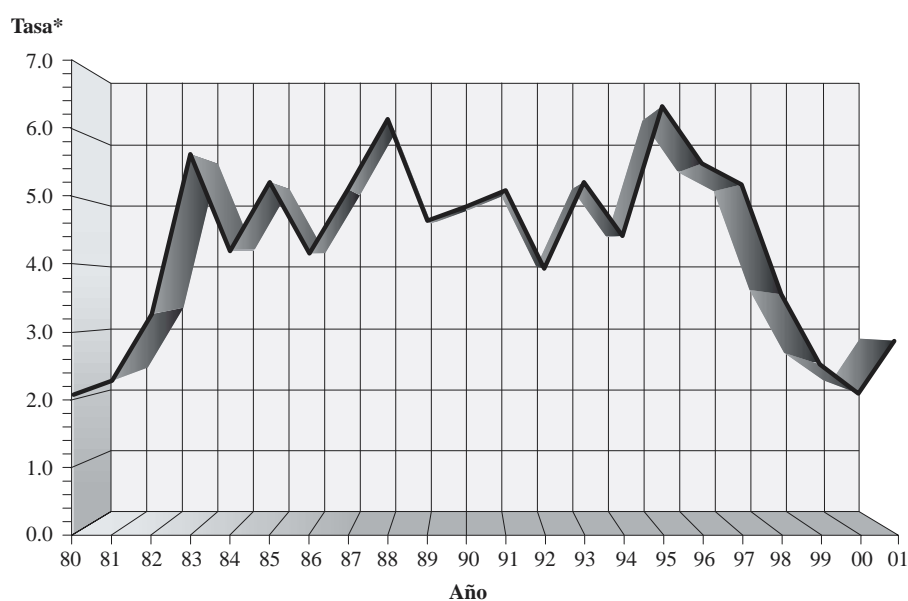
* Tasa por 100,000 habitantes.

^{1/} Casos de rabia transmitidos por fauna silvestre.

Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por brucelosis
Estados Unidos Mexicanos
1980-2001*

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
2001	3,013	2.98



* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: SSA. Dirección General de Epidemiología.

*Recursos humanos y físicos por entidad federativa
2001 ^{1/}*

Entidad Federativa	Médicos*	Camas censables*	Consultas por consultorios*
Nacional	1.14	0.74	23.31
Aguascalientes	1.41	0.76	25.51
Baja California	0.91	0.60	25.04
Baja California Sur	2.21	1.40	21.78
Campeche	1.42	0.90	21.98
Coahuila	1.22	0.92	29.47
Colima	1.61	0.87	17.53
Chiapas	0.77	0.41	19.02
Chihuahua	0.98	0.78	24.72
Distrito Federal	2.64	1.87	24.48
Durango	1.36	0.79	22.00
Guanajuato	0.78	0.50	23.62
Guerrero	0.99	0.49	16.95
Hidalgo	1.00	0.51	20.19
Jalisco	1.22	0.92	24.72
México	0.65	0.48	27.30
Michoacán	0.88	0.50	23.79
Morelos	1.08	0.52	21.74
Nayarit	1.32	0.67	20.48
Nuevo León	1.09	0.80	26.29
Oaxaca	0.86	0.49	16.80
Puebla	0.78	0.55	22.08
Querétaro	1.09	0.52	25.11
Quintana Roo	1.36	0.66	20.85
San Luis Potosí	0.94	0.56	24.08
Sinaloa	1.23	0.81	30.62
Sonora	1.30	0.97	24.28
Tabasco	1.28	0.60	21.00
Tamaulipas	1.31	0.89	24.82
Tlaxcala	1.17	0.55	22.59
Veracruz	0.98	0.57	20.84
Yucatán	1.30	0.88	36.49
Zacatecas	0.98	0.52	21.29

* Por 1,000 habitantes.

^{1/} Incluye sólo datos del sector público excepto PEMEX.

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Principales servicios proporcionados
2001-2002
Secretaría de Salud*

Servicios	2001	2002*	Variación porcentual
Consulta			
Externa General	60'694,095	64'773,500	6.7
Especializada	9'087,799	9'430,200	3.8
De Urgencias	5'166,614	5'615,300	8.7
De Planificación Familiar ^{1/}	8'016,296	8'434,500	5.2
Odontológica	4'755,255	4'848,400	2.0
Pláticas de Educación para la Salud	5'361,490	5'691,300	6.2
Hospitalización			
Intervenciones Quirúrgicas	905,972	938,700	3.6
Egresos	1'626,420	1'688,000	3.8

^{1/} Incluye información de estrategia de extensión de cobertura.

* Cifras estimadas.

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, SISPA Subsistema de Servicios.

*Porcentaje de nacimientos por cesárea por entidad federativa
2001*

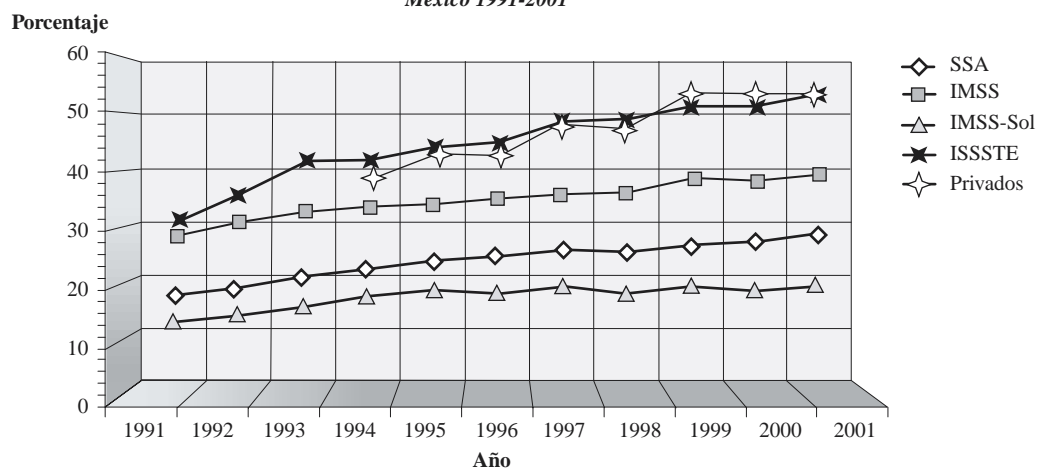
Entidad Federativa	Porcentaje
Nacional	36.15
Aguascalientes	36.69
Baja California	34.99
Baja California Sur	35.59
Campeche	33.70
Coahuila	36.08
Colima	38.05
Chiapas	28.20
Chihuahua	33.19
Distrito Federal	43.29
Durango	31.16
Guanajuato	34.58
Guerrero	27.53
Hidalgo	33.25
Jalisco	36.58
México	35.28
Michoacán	33.26
Morelos	39.63
Nayarit	29.74
Nuevo León	47.47
Oaxaca	31.42
Puebla	35.82
Querétaro	35.88
Quintana Roo	35.71
San Luis Potosí	28.84
Sinaloa	39.79
Sonora	36.17
Tabasco	34.83
Tamaulipas	37.75
Tlaxcala	33.53
Veracruz	34.34
Yucatán	40.50
Zacatecas	26.55

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Porcentaje de cesáreas por institución
1991-2001

Año	SSA	IMSS	IMSS-Sol	ISSSTE	Privados
1991	16.5	27.9	14.4	30.1	-
1992	18.0	29.6	14.9	34.6	-
1993	19.6	31.5	15.7	40.6	-
1994	20.5	32.3	16.3	41.7	39.0
1995	22.6	33.6	16.8	43.9	42.8
1996	23.2	34.7	16.6	45.6	43.2
1997	24.4	35.3	17.1	48.0	48.1
1998	24.4	35.8	16.3	48.9	48.2
1999	25.4	37.2	17.6	50.6	52.8
2000	25.6	37.5	17.0	51.6	53.2
2001	26.7	38.8	17.8	53.9	53.6

Comportamiento histórico del porcentaje de cesáreas por institución
México 1991-2001



Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas por entidad federativa
2000*

Entidad Federativa	Porcentaje
Nacional	86.40
Aguascalientes	96.80
Baja California	95.90
Baja California Sur	97.00
Campeche	80.80
Coahuila	96.50
Colima	95.60
Chiapas	45.40
Chihuahua	95.80
Distrito Federal	97.60
Durango	91.20
Guanajuato	93.40
Guerrero	69.70
Hidalgo	86.20
Jalisco	98.30
México	93.70
Michoacán	86.90
Morelos	85.10
Nayarit	89.80
Nuevo León	97.00
Oaxaca	59.00
Puebla	77.90
Querétaro	95.20
Quintana Roo	82.60
San Luis Potosí	89.00
Sinaloa	96.40
Sonora	95.30
Tabasco	70.40
Tamaulipas	92.90
Tlaxcala	89.30
Veracruz	75.20
Yucatán	78.30
Zacatecas	89.80

Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Cobertura de vacunación en niños de 1 año y en niños de 1 a 4 años
2001*

Entidad Federativa	% de niños de 1 año*	% de niños de 1-4 años*
Nacional	93.62	97.78
Aguascalientes	88.99	96.63
Baja California	93.00	97.29
Baja California Sur	89.38	95.03
Campeche	99.95	99.96
Coahuila	94.77	98.42
Colima	99.14	99.59
Chiapas	93.28	97.43
Chihuahua	95.61	98.64
Distrito Federal	66.54	88.61
Durango	94.28	98.14
Guanajuato	96.17	98.30
Guerrero	95.81	98.76
Hidalgo	99.67	99.89
Jalisco	89.67	96.75
México	90.17	96.93
Michoacán	98.20	99.48
Morelos	98.38	99.47
Nayarit	99.90	99.95
Nuevo León	94.57	97.99
Oaxaca	96.68	98.92
Puebla	96.78	98.83
Querétaro	97.42	98.89
Quintana Roo	94.92	98.37
San Luis Potosí	99.53	99.85
Sinaloa	98.56	99.57
Sonora	92.60	97.60
Tabasco	99.60	99.83
Tamaulipas	99.06	99.66
Tlaxcala	97.69	99.21
Veracruz	99.27	99.76
Yucatán	96.46	98.78
Zacatecas	98.66	99.61

* Esquema completo de vacunación.
Fuente: SSA. Consejo Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Tiempo de espera y porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera
2001*

Entidad Federativa	Tiempo de espera		% de usuarios satisfechos	
	1er. Nivel*	Urgencias*	1er. Nivel	Urgencias
Nacional	23.55	16.78	85.40	85.27
Aguascalientes	46.00	22.41	52.53	68.97
Baja California	30.65	18.57	72.63	62.38
Baja California Sur	19.09	20.17	88.65	90.21
Campeche	16.84	15.92	90.52	88.06
Coahuila	13.97	7.27	91.22	90.60
Colima**	-	-	-	-
Chiapas	26.67	14.93	85.32	87.78
Chihuahua**	-	-	-	-
Distrito Federal**	-	-	-	-
Durango	24.69	9.23	90.18	84.73
Guanajuato	38.92	39.25	74.59	74.98
Guerrero	25.11	13.29	84.74	85.72
Hidalgo	25.26	21.93	85.82	67.87
Jalisco	26.89	68.77	86.47	77.64
México	22.23	16.91	76.98	76.95
Michoacán	38.87	47.27	77.40	78.22
Morelos	23.65	5.62	86.68	80.78
Nayarit	20.32	8.23	91.64	91.14
Nuevo León	29.65	17.82	87.56	81.17
Oaxaca	24.55	26.00	77.82	64.49
Puebla	22.41	22.11	85.16	90.76
Querétaro	30.38	24.29	83.56	71.00
Quintana Roo	33.89	20.77	78.97	80.46
San Luis Potosí	26.60	16.68	91.12	91.44
Sinaloa	19.43	11.14	93.95	89.95
Sonora	17.50	11.00	91.26	87.72
Tabasco	25.21	30.66	84.85	82.59
Tamaulipas**	-	-	-	-
Tlaxcala	19.27	14.72	86.89	93.14
Veracruz	21.87	17.45	90.21	92.42
Yucatán	31.77	22.97	72.65	74.00
Zacatecas	16.13	8.38	96.09	96.32

* Tiempo promedio de espera en minutos.

** No participan en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Fuente: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto ^{1/}

Entidad Federativa	PIB
Nacional	2.8
Aguascalientes	3.0
Baja California	2.3
Baja California Sur	4.2
Campeche	2.3
Coahuila	2.7
Colima	3.6
Chiapas	4.2
Chihuahua	2.2
Distrito Federal	2.9
Durango	3.4
Guanajuato	3.0
Guerrero	3.7
Hidalgo	3.8
Jalisco	2.9
México	3.0
Michoacán	3.0
Morelos	3.0
Nayarit	4.9
Nuevo León	2.0
Oaxaca	4.0
Puebla	2.8
Querétaro	2.2
Quintana Roo	2.4
San Luis Potosí	3.1
Sinaloa	3.5
Sonora	3.0
Tabasco	5.5
Tamaulipas	3.2
Tlaxcala	4.2
Veracruz	4.0
Yucatán	4.2
Zacatecas	3.9

1/ El producto interno bruto por entidad federativa se estimó por medio de un prorrateo basado en años anteriores aplicado al producto interno bruto nacional del año 2001, una vez descontado el 8% correspondiente a impuestos netos de los productos. Información proporcionada por INEGI.
Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Relación entre las aportaciones estatales y federales ^{1/}
2001*

Entidad Federativa	Estatad	%	Federal	%
Nacional	12'087,978.2	21.8	43'450,217.6	78.2
Aguascalientes	146,533.6	24.4	455,238.1	75.6
Baja California	0.0		724,675.3	100.0
Baja California Sur	12,863.0	4.0	306,434.0	96.0
Campeche	80,422.7	12.9	543,234.7	87.1
Coahuila	123,703.0	15.4	719,015.2	84.6
Colima	13,985.7	4.0	336,053.6	96.0
Chiapas	18,508.6	0.7	2'543,430.3	99.3
Chihuahua	12,000.0	1.1	1'110,958.5	98.9
Distrito Federal	2'730,043.2	38.6	4'337,133.1	61.4
Durango	6,754.1	0.8	843,632.3	99.2
Guanajuato	336,047.7	18.5	1'478,639.9	81.5
Guerrero	20,366.6	1.1	1'934,853.0	98.9
Hidalgo	37,134.0	2.5	1'471,102.1	97.5
Jalisco	1'159,174.2	34.8	2'171,404.9	65.2
México	3'611,686.0	38.9	5'662,752.9	61.1
Michoacán	51,462.5	3.3	1'516,484.9	96.7
Morelos	101,319.0	12.9	685,364.7	87.1
Nayarit	18,274.0	2.2	546,887.6	97.8
Nuevo León	214,010.8	19.0	911,785.3	85.0
Oaxaca	36,700.0	1.7	2'137,085.7	98.3
Puebla	221,656.8	10.1	1'981,591.6	89.9
Querétaro	35,000.0	5.2	638,030.0	94.8
Quintana Roo	98,110.5	16.4	498,948.8	83.6
San Luis Potosí	73,679.4	6.3	1,'093,981.4	93.7
Sinaloa	227,758.1	19.3	950,347.6	80.7
Sonora	505,556.0	36.1	893,679.1	63.9
Tabasco	1'049,120.3	53.9	896,127.5	46.1
Tamaulipas	155,869.2	11.5	1'200,044.7	88.5
Tlaxcala	32,000.0	6.3	472,543.3	93.7
Veracruz	883,910.0	24.6	2'714,023.9	75.4
Yucatán	28,233.3	3.0	909,822.3	97.0
Zacatecas	46,095.9	5.7	764,911.2	94.3

1/ Cifras expresadas en miles de pesos de 2001. Los recursos federales corresponden al ramo 12 y ramo 33 de la SSA. La Información de las aportaciones estatales fue proporcionada por las áreas de planeación de los servicios de salud estatales.
Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento
2001*

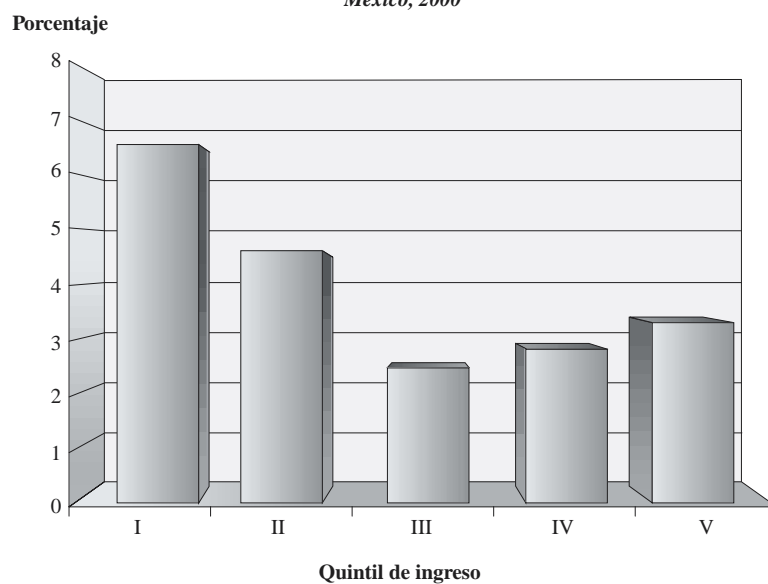
Entidad Federativa	Asegurados*	No asegurados*
Nacional	2,008.2	1,110.4
Aguascalientes	1,672.0	1,726.8
Baja California	1,929.6	881.4
Baja California Sur	3,123.8	2,443.2
Campeche	2,255.5	1,741.2
Coahuila	1,889.7	1,718.5
Colima	2,050.1	1,513.8
Chiapas	1,387.7	799.2
Chihuahua	1,716.7	1,119.8
Distrito Federal	4,928.6	2,330.0
Durango	1,581.9	1,363.5
Guanajuato	1,511.8	641.9
Guerrero	1,595.2	844.3
Hidalgo	1,482.1	1,012.4
Jalisco	1,751.1	1,143.3
México	984.3	1,476.3
Michoacán	1,445.7	547.2
Morelos	1,898.5	867.6
Nayarit	2,019.4	1,110.7
Nuevo León	1,937.0	1,253.5
Oaxaca	1,085.1	839.0
Puebla	1,652.2	630.3
Querétaro	1,513.2	1,043.6
Quintana Roo	2,107.5	1,639.0
San Luis Potosí	1,511.4	888.2
Sinaloa	1,631.3	1,295.5
Sonora	1,840.8	2,001.3
Tabasco	2,116.2	1,621.0
Tamaulipas	2,007.5	1,316.1
Tlaxcala	1,502.1	842.3
Veracruz	2,038.8	840.5
Yucatán	1,985.7	1,267.6
Zacatecas	1,456.6	909.4

* Población estimada por la DGIED a partir del Censo 2000. Poblaciones a final del período.
Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

*Porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud según nivel de ingreso
México, 2000*

Nivel de ingreso	%
I	6.7
II	4.5
III	2.3
IV	2.7
V	3.3

*Porcentaje de hogares con gasto catastrófico por motivos de salud según nivel de ingreso
México, 2000*



Nota: Información estimada únicamente al tercer trimestre con base en la ENIGH 2000.
Se utilizaron 2 dólares de Estados Unidos diarios por cada miembro del hogar como línea de pobreza.
Fuente: SSA. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

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. ANA 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
MTRO. GONZALO MOCTEZUMA BARRAGÁN	DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
LIC. GUSTAVO LOMELÍN CORNEJO	DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL
LIC. DAVID TREVIÑO PEÑA	CONTRALORÍA INTERNA
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
DR. 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 CHACÓN SOSA	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. GUILLERMO A. SOLÓMON SANTIBÁÑEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD
DR. CARLOS SANTOS BURGOA ZARNECKI	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL
LIC. ALFONSO CASO GONZÁLEZ	DIRECCIÓN DE CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD
BIOL. AÍDA ALBUERNE PIÑA	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 DE ACCIDENTES

Órganos Desconcentrados

DR. CARLOS TENA TAMAYO	COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DR. ARTURO DIB KURI	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	DIRECCIÓN GENERAL DE LOS 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. FERNANDO GABILONDO NAVARRO	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA NUTRICIÓN "DR. SALVADOR ZUBIRÁN"
DR. JULIO E. SOTELO MORALES	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"
DR. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ WEBER	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DR. JOSÉ ROBERTO AHUED AHUED	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DR. GERHARD HEINZE MARTIN	INSTITUTO NACIONAL 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)

Segundo Informe de Labores
Primero de septiembre de 2002
Secretaría de Salud

Esta edición consta de 1 300 ejemplares
Se terminó de imprimir en agosto de 2002

