

Programa de Acción:
Protección Contra Riesgos Sanitarios
Sistema Federal de Protección Sanitaria

Programa de Acción
Protección Contra Riesgos Sanitarios
Sistema Federal de Protección Sanitaria



Programa de Acción: **Protección Contra Riesgos Sanitarios.** *Sistema Federal de Protección Sanitaria.*

Primera Edición, 2003

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-129-6

La información de esta publicación se puede obtener como documento
Adobe® Acrobat® PDF en la página de Internet de la Secretaría de Salud:
www.salud.gob.mx



Índice

| | |
|---|------------|
| Presentación | 7 |
| Introducción | 11 |
| I. El entorno | 15 |
| La transición epidemiológica | 17 |
| La transición demográfica | 18 |
| La transición económica | 21 |
| La transición social | 24 |
| La transición de la regulación y fomento sanitarios | 28 |
| II. ¿En dónde estamos? | 31 |
| Los riesgos sanitarios | 33 |
| Principales fuentes de daño potencial | 33 |
| Servicios de salud | 46 |
| Producción y comercio de bienes e insumos para la salud | 47 |
| Efectos sociales y económicos de los riesgos sanitarios | 51 |
| III. ¿A dónde queremos llegar? | 53 |
| Misión | 56 |
| Visión | 56 |
| Valores y principios | 57 |
| La protección contra riesgos sanitarios | 58 |
| IV. ¿Qué camino vamos a seguir? | 61 |
| Políticas | 63 |
| Transparencia en rendición de cuentas | 68 |
| Estrategias y Líneas de Acción | 70 |
| Proyectos | 91 |
| V. ¿Cómo medimos los avances? | 95 |
| Indicadores | 98 |
| Medición de los avances | 99 |
| VI. Apéndice | 107 |
| Referencias | 109 |
| Glosario | 110 |

Presentación



Presentación

La salud es un valor compartido por todas las sociedades, todas las ideologías y por todas las organizaciones políticas. Para el gobierno del presidente Vicente Fox, proteger a la población contra riesgos sanitarios es además una prioridad.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de la población. Además, es una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades y un desarrollo humano pleno.

Los avances en materia de salud de los últimos cincuenta años en el país no tienen precedente. Sin embargo, existen aún rezagos inaceptables en diversas materias y como consecuencia de una profunda transición demográfica y epidemiológica han surgido nuevos retos.

Por ello, el gobierno del presidente Vicente Fox estableció un nuevo esquema que vincula los instrumentos de regulación, vigilancia y fomento sanitario, con el objetivo central de brindar protección contra riesgos sanitarios a toda la población, a través de una reforma estructural que modifica el paradigma de una gestión departamentalizada y centralista, por el de una basada en procesos y fundamentada en evidencias científicas, con la finalidad no sólo de proteger la salud de la población sino además apoyar al crecimiento económico nacional.

El Programa que se presenta responde a las necesidades de salud de la población para protegerla contra riesgos ocasionados por el uso o consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos e insumos médicos, productos de perfumería, aseo y belleza, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias a las que de manera involuntaria se encuentra expuesta la población, así como de los efectos del medio ambiente nocivos para la salud.

Asimismo, se busca combatir las prácticas publicitarias que amenazan la salud integral de la población; promover políticas públicas que favorezcan entornos saludables, y reforzar el poder de las comunidades en la búsqueda de su bienestar.

Las acciones del Programa tendrán además un efecto positivo importante en la economía nacional, al coadyuvar de manera sustancial en el comercio exterior, tanto a través del control sanitario de los productos de importación, como por el impulso de las exportaciones, en un marco de calidad, competitividad y transparencia.

Finalmente avanza hacia un federalismo en materia de protección sanitaria al integrar en un sólo sistema las políticas rectoras, responsabilidad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el ejercicio de las mismas por las entidades federativas, en un continuo que se sustenta en la cooperación y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.

Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Introducción



Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PLANADE) con un horizonte al 2025, establece como visión: lograr que México sea una nación plenamente democrática con alta calidad de vida en la que se hayan reducido los desequilibrios sociales extremos, que ofrezca a sus ciudadanos oportunidades de desarrollo humano integral y de convivencia basadas en el respeto a la legalidad y al ejercicio real de los derechos humanos.

Por su parte, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) recoge estos compromisos y plantea a la salud como una inversión para un desarrollo no sólo con oportunidades sino con seguridades. En este sentido el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de la población. El progreso general debe considerar un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos. A partir de estas premisas fundamentales se derivan tres retos: equidad, calidad y protección financiera y tres valores: justicia, autonomía y corresponsabilidad social.

Consecuentemente, es necesario construir un nuevo paradigma hacia el cual deben tender las acciones en materia sanitaria con el propósito de instrumentar, como política de Estado, las estrategias que coadyuven a la protección de la salud de la población mediante la prevención de aquellos factores que la amenacen, tales como: la exposición involuntaria a peligros biológicos, químicos y físicos; por consumo o uso de agua, alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas y otros productos, sustancias o agentes físicos, químicos o biológicos presentes en el medio ambiente o en el trabajo; y a mensajes publicitarios cuyos productos anunciados puedan alterar su salud. Por ello, es necesario que tanto la legislación como la normatividad en materia sanitaria se sustenten científicamente en la evaluación de riesgos, en su correlación con los daños a la salud, y en la vulnerabilidad de grupos objetivo. La difusión responsable de evidencias científicas sobre los efectos nocivos de productos o servicios en la salud propicia la participación corresponsable de los productores, comercializadores y consumidores, comprometiendo a la sociedad en la protección de la salud como un componente insustituible para el desarrollo nacional.

En este contexto, el Estado mexicano al elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, estableció las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas, correspondiendo al municipio la competencia en materia de salubridad local. Por su parte, la Ley General de Salud reglamentaria del artículo 4º Constitucional contiene, entre otras, las disposiciones sobre la regulación, el control y el fomento como los instrumentos de los que dispone el Ejecutivo en materia sanitaria. Por otra parte, el PRONASA establece la protección contra riesgos sanitarios como línea de acción de la estrategia para fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.

Así, ante el objetivo final de estas disposiciones que es la protección de la comunidad nacional contra riesgos sanitarios que pueden representar un peligro, el ámbito conferido anteriormente a la regulación,

el control y el fomento sanitarios no sólo se amplía conceptualmente, sino que se transforma de una política instrumental a una pública, es decir transita de ser un medio para convertirse en el propósito social del mismo, incluyendo otros instrumentos no regulatorios preservando con mayor eficiencia la salud de la población.

En este marco y a partir de una nueva visión de la salud pública, el Ejecutivo Federal adoptó las siguientes medidas:

- La creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con la finalidad de proteger la salud de la población, para lo cual integra el ejercicio de la totalidad de las funciones en la materia bajo un sólo mando, dando unidad y homogeneidad a las políticas que se definan así como autonomía técnica, administrativa y operativa a la Comisión.
- La creación del Sistema Federal de Protección Sanitaria como instancia de protección a la población contra riesgos sanitarios en todo el territorio nacional, reconociendo los factores de riesgo locales, estatales, regionales o nacionales y la estrecha vinculación entre los tres órdenes de gobierno.

Congruente con el PRONASA, este Programa de Acción (PROSA) contiene cinco partes. **El entorno:** Resume la caracterización básica de las transiciones epidemiológica, demográfica, económica y social por las que atraviesa el país y su relación con lo que se ha denominado el cambio de paradigma del control por el de la protección contra riesgos. **¿En dónde estamos?:** Presenta de manera sucinta los principales factores de riesgo con base en el conocimiento actual que se tiene sobre la materia y que sirven de sustento para las estrategias que abatirán los riesgos sanitarios y su impacto económico y social. **¿A dónde queremos llegar?:** Ubica el tránsito de paradigma entre la regulación, el control y el fomento sanitarios hacia el de protección contra los riesgos sanitarios, señalando las bases jurídicas y administrativas del modelo organizacional que sustenta al Sistema Federal de Protección Sanitaria, sus valores, visión y misión a la luz del federalismo cooperativo. **¿Qué camino vamos a seguir?:** Describe las políticas, las estrategias y las líneas de acción que buscan dar respuesta a los problemas planteados por las transiciones y que habrán de orientar toda la acción del Sistema Federal de Protección Sanitaria. **¿Cómo medimos los avances?:** Aborda los indicadores de impacto sanitario y de desempeño que servirán para informar sobre los avances y evaluar el cumplimiento de metas del Sistema Federal de Protección Sanitaria en su conjunto, a fin de fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas que demanda la sociedad mexicana.

I. El entorno



I. El entorno

A fin de comprender en el México actual el escenario de la salud de la población mexicana, en particular en lo que se refiere a la protección contra los riesgos sanitarios, es conveniente incluir en esta perspectiva de análisis los elementos que ofrecen la transición epidemiológica y demográfica, así como considerar en este contexto los cambios económicos y sociales que ocurrieron en los últimos 50 años.

La transición epidemiológica

Se caracteriza por el traslape de dos desafíos: los riesgos emergentes y el rezago en salud. En las últimas décadas del siglo XX se produjo en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, lo que refleja un incremento en los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. A esto hay que agregar la aparición de nuevas infecciones y la presencia de padecimientos relacionados con la contaminación ambiental y el empleo. Simultáneamente, se produjeron notables avances como la erradicación de la poliomielitis, la viruela, el sarampión y el control epidemiológico de otras enfermedades evitables por vacunación.

Sin embargo, las infecciones comunes, las enfermedades de la nutrición y de la reproducción, siguen conformando el grupo de padecimientos del rezago en salud concentrado en las poblaciones más pobres, convirtiéndose la desigualdad en uno de los rasgos distintivos de la transición epidemiológica del país. La población pobre además de sufrir de las mismas enfermedades que padecen otros grupos sociales, presenta en edades tempranas un mayor riesgo de mortalidad, lo que muestra una relación directa y más que proporcional entre riesgos a la salud y nivel de pobreza, así como una relación proporcional entre acceso al sistema formal de atención médica y nivel de pobreza. Por lo tanto, la causa fundamental del rezago en salud sigue siendo la miseria, que se evidencia en las comunidades rurales marginadas y en la periferia de las grandes ciudades.

En la segunda mitad del siglo XX, el porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles se redujo radicalmente. Mientras que en 1950 el 36% de las defunciones se debió a enfermedades respiratorias y gastrointestinales, en el año 2000 estas causas de mortalidad ocuparon el 7° y el 14° lugar respectivamente, representando en conjunto el 4.5% del total. En cambio, las enfermedades crónicas como los tumores malignos, la diabetes mellitus y las cardiovasculares llevan una tendencia ascendente, si se considera que en los años treinta sólo comprendían el 8% del total de la mortalidad, mientras que para el año 2000 tan sólo la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón abarcan respectivamente el 10.7 y 10.1% de las muertes. Se estima que para el año 2020 este grupo de padecimientos será responsable de casi el 60% de las defunciones.

En contraste a la notable polarización de la mortalidad y su tránsito de las enfermedades infecciosas a crónicas, poco más del 50% de los nuevos casos de enfermedades se refieren a infecciones respiratorias agudas, dejando en un segundo lugar a las enfermedades diarreicas.

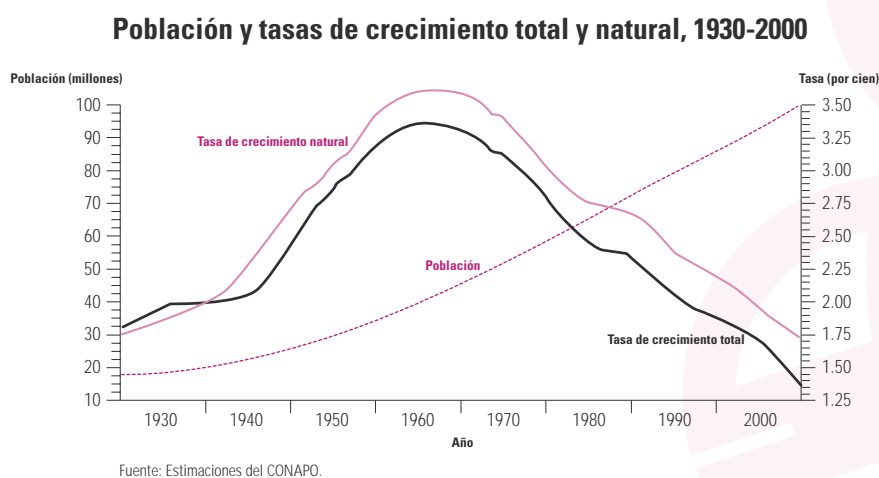
Sólo el análisis de la morbilidad de los adultos demuestra el incremento de los padecimientos crónicos, discapacidad y otros efectos tardíos de exposiciones laborales y ambientales, expresadas como enfermedad pulmonar crónica o cirrosis no dependiente del alcohol.

Si bien la esperanza de vida se ha incrementado, una de las consecuencias ha sido el aumento de diversas condiciones discapacitantes, como la osteoporosis, la osteoartritis, la hipoacusia y los trastornos mentales, que pueden provocar desintegración familiar y marginación; asimismo los discapacitados sufren una falta de equidad en la distribución de recursos. El ejemplo más claro lo tenemos en los casi mil hospitales públicos que sólo cuentan con 152 servicios de rehabilitación que suelen estar subequipados y atendidos por personal no especializado. Las personas con discapacidad tienen, además, mayor probabilidad de enfrentar gastos excesivos.

La transición demográfica

La transición demográfica es un proceso por el que atraviesan o han transitado casi todos los países del mundo, el cual alude al paso de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control hacia otro de bajos y controlados. A lo largo del siglo XX, México superó algunas etapas de este proceso y experimentó una profunda metamorfosis de su dinámica demográfica. En efecto, la población del país casi duplicó su tamaño entre 1930 y 1950; requirió de sólo veinte años más para duplicarse nuevamente; y volvió a multiplicarse por dos entre 1970 y 2000. En esta secuencia de ciclos, nuestra nación ingresó al nuevo milenio con cerca de 100 millones de habitantes, aunque con una dinámica demográfica significativamente diferente a las observadas cuatro décadas atrás (Figura 1).

Figura 1



El descenso notable de la fecundidad y la mortalidad sitúa a México en la última etapa de la transición demográfica, lo cual se advierte claramente al contrastar los niveles actuales con los registrados a mediados de los sesenta, cuando el crecimiento natural alcanzó presumiblemente su máximo histórico. Como resultado de las tasas actuales de mortalidad y natalidad se estima que en el 2001 nacieron 2.13

millones de mexicanos y fallecieron cerca de 430 mil, lo que implica un incremento anual de 1.7 millones y un crecimiento de poco menos de 1.7%; si se descuenta la migración internacional neta, la tasa es de alrededor del 1.4%.

En el caso de México la transición demográfica se caracteriza, también, por el paso de esperanza de vida al nacer de 50.8 años, para el período 1950-1955 a 75.3 en el 2000, (73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres). A partir de las nuevas tendencias se calcula que para el año 2050 se alcanzará el promedio de 83.7, correspondiendo 82 años para los varones y 85.5 para las mujeres.

Si se cumplieran las premisas establecidas para la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional, la población del país aumentaría de 99.6 millones en el 2000 a 112.2 en el 2010, 128.9 en el 2030 y a 131.6 millones en el 2050; la tasa de crecimiento total a su vez descendería de 1.44 registrada en el 2000 a 0.99 en 2010, 0.39 en 2030 y -0.20% en 2050 (Figura 2).

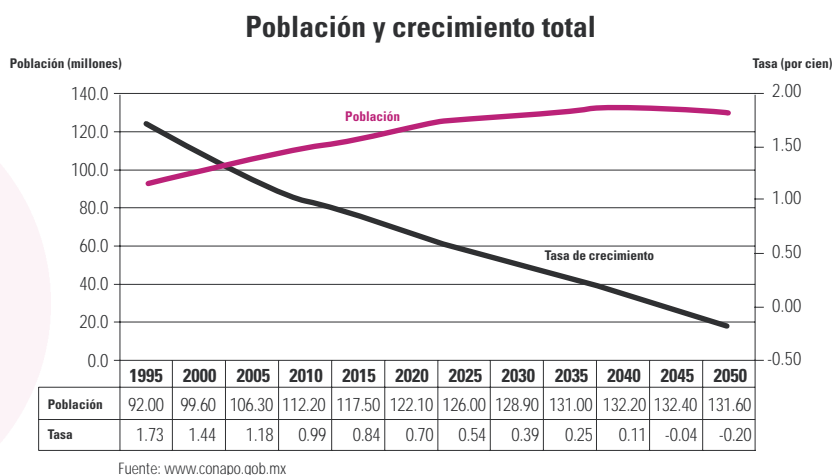
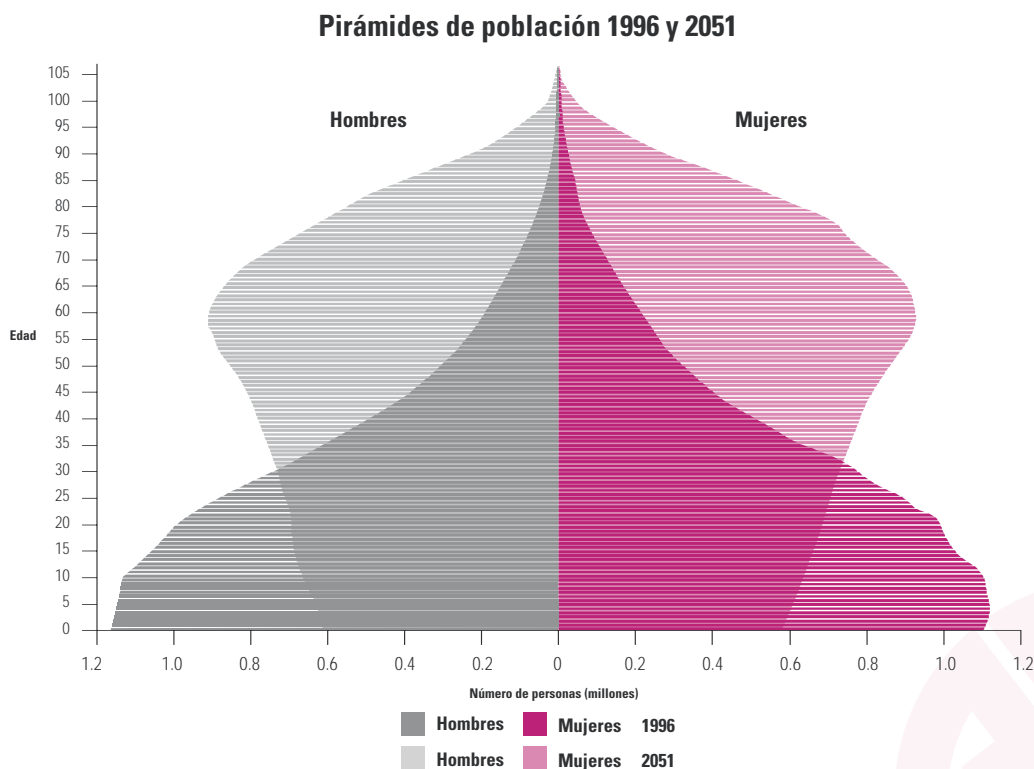


Figura 2

Por lo tanto los descensos de la mortalidad y de la fecundidad han tenido un fuerte impacto sobre el volumen y la estructura por edad de la población. Así, la participación relativa a los niños en edad preescolar se habrá reducido de los 13.0 registrados en el 2000, a 5.6% en 2050; la de aquellos que se encuentren en edad escolar disminuirá de 20.2 a 9.0% en el mismo período. Las poblaciones en edad de trabajar aumentará de 62.0% registrada en el 2000 a 67.1% en el 2010 y 68.1% en el 2030, para descender a 60.7% en el 2050 y los adultos de mayor edad abarcarán cada vez significativas proporciones de la población total, se incrementará de 4.8% en el 2000 a 24.6% en el 2050. Por otra parte, como consecuencia directa de la expectativa en la esperanza de vida de la población será el gradual aumento en la edad media de la población de 26.7 en el 2000 a 45.1 años en el 2050 y su exposición a diversos riesgos de muerte cada vez más vinculados a la edad biológica de los individuos y a la incesante influencia social sobre el estado de salud. Si en el pasado las muertes ocurrían primordialmente a edades tempranas, hoy observamos que el número de defunciones de mayores de 65 años crece constantemente (Figura 3).

Figura 3



Por otra parte, las previsiones muestran que el proceso de urbanización continuará avanzando, si bien cada vez de manera más lenta. La participación de la población de las zonas rurales -menor a 2 500 habitantes- en el total nacional seguirá disminuyendo en el futuro previsible (de 24.8% en 1995 a 21.7% en 2010). La pérdida de tres puntos porcentuales en el ámbito rural se transfiere prácticamente a los núcleos urbanos -15 000 o más habitantes-, al aumentar su participación de 63.9% en 1995 a 67.3% en 2010, en cambio apenas se modifica la contribución de las localidades mixtas -de 2 500 a 14 999 habitantes-. Estas desigualdades se reflejan inequívocamente en la distribución espacial de los daños a la salud, acentuándose en el medio rural y con mayor severidad en las entidades del sur del país, especialmente en las zonas indígenas, en contraste con lo observado en los estados del norte del país.

El mayor impacto en la transición demográfica ocurre en los fondos de pensiones, los cuales de no elevarse la edad de retiro, serán financieramente insostenibles. A nivel mundial ya ocurre el aumento en la edad de retiro lo que permitirá que la población de estas cohortes de 60 a 70 años continúen aportando producción y generando riqueza.

La transición económica

En México, en el período denominado desarrollo estabilizador, que abarca desde el inicio de los cincuenta hasta principios de la década de los setenta, el Producto Interno Bruto (PIB) de México creció al 6.5% anual lo que dio lugar a que el ingreso de la mayoría de la población aumentará de manera continua, mientras la economía se mantenía con una tasa de inflación entre 2 y 4% anual y el dólar mantuvo una paridad constante de \$12.50. En contraste con esos años, en el período 1971-1975, México, al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, se vio afectado por ciclos económicos -crisis, estabilización, crecimiento- recurrentes que ante una alta concentración de calidad laboral y educativa y de activos productivos condujeron hacia un agravamiento de la distribución desigual del ingreso. Durante los años de 1982-1995, el ahorro perdió una parte considerable de su valor real y fue sensible la disminución patrimonial de extensos sectores de la población; se agudizó la economía informal y el cierre de empresas o negocios familiares y el elevado costo del crédito para financiar negocios pequeños restringió la iniciativa emprendedora.

La firma de la carta de intención con el Fondo Monetario Internacional en 1982 marca el inicio de un nuevo modelo económico del país, dando fin a la etapa estatista y proteccionista para insertar a México en el ámbito de una economía de mercado y en la globalización. En ese momento se acordó la modificación de la participación del Gobierno en la economía, la reorientación de éste hacia las exportaciones, la privatización de las empresas estatales y la apertura gradual hacia las importaciones con el fin de permitir a la industria nacional actualizarse y ser competitiva internacionalmente. La instrumentación del cambio de modelo económico transformó la visión y de hecho el proyecto de país, pues al acrecentarse la vinculación con el exterior hubo que tomar en cuenta nuevas esferas de participación y variables que exigían cambios en las políticas internas para acceder a organizaciones multilaterales y en su momento, para lograr acuerdos de libre comercio.

Así, México se adhirió en 1986 al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT); en enero de 1994 entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), con el propósito de integrar las economías de México, Estados Unidos y Canadá, después de firmar dos acuerdos paralelos en materia ecológica y laboral. A la fecha, México es el país que ha suscrito el mayor número de acuerdos comerciales.

Las ventajas derivadas del TLCAN, son que México pasó de exportar mercancías en el año 1992 con un valor de 46 196 millones de dólares, a 158 443 millones de dólares en 2001, lo cual significa un aumento, de su participación en el PIB de 12.7 % a 25.6% en los años referidos (*Cuadro 1*).

Cuadro 1
Producto interno bruto, saldo en cuenta corriente,
exportaciones e importaciones de mercancías, 1991-2001
(millones de dólares corrientes)

| Concepto | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Producto Interno Bruto (PIB) | 314 506 | 363 656 | 403 247 | 420 776 | 286 185 |
| Exportación Mercancías / PIB (%) | 13.6 | 12.7 | 12.9 | 14.5 | 27.8 |
| Importación Mercancías / PIB (%) | 15.9 | 17.1 | 16.2 | 18.9 | 25.3 |
| Saldo en cuenta corriente / PIB (%) | -4.7 | -6.7 | -5.8 | -7.0 | -0.6 |
| Saldo en cuenta corriente | -14 647 | -24 439 | -23 399 | -29 662 | -1 577 |
| Exportación de mercancías | 42 688 | 46 196 | 51 886 | 60 882 | 79 542 |
| Importación de mercancías | 49 967 | 62 129 | 65 367 | 79 346 | 72 453 |

| Concepto | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Producto Interno Bruto (PIB) | 332 339 | 400 866 | 421 024 | 480 486 | 580 119 | 617 807 |
| Exportación Mercancías / PIB (%) | 28.9 | 27.5 | 27.9 | 28.4 | 28.7 | 25.6 |
| Importación Mercancías / PIB (%) | 26.9 | 27.4 | 29.8 | 29.5 | 30.1 | 27.3 |
| Saldo en cuenta corriente / PIB (%) | -0.7 | -1.9 | -3.8 | -2.9 | -3.1 | -2.9 |
| Saldo en cuenta corriente | -2 330 | -7 448 | -16 090 | -13 996 | -17 737 | -17 681 |
| Exportación de mercancías | 96 000 | 110 431 | 117 460 | 136 391 | 166 455 | 158 443 |
| Importación de mercancías | 89 469 | 109 808 | 125 373 | 141 975 | 174 458 | 168 397 |

Fuentes: INEGI, Balanza de pagos.

Es de destacar que gracias al TLCAN, la crisis de 1995 se superó y permitió una rápida recuperación y una tasa sostenida del PIB del 5.5% anual entre 1996 y 2000.

En las negociaciones iniciales el TLCAN no se incluyó el tema salud pública ni el de la seguridad social; sin embargo, en gestiones subsiguientes, se acordó que cada país es libre de retener o modificar su propio sistema de seguridad social. En lo que respecta a salud, se convino que sería posible otorgar permisos para establecer laboratorios, clínicas y servicios médicos privados, respetando los requisitos que cada país tiene para el otorgamiento de licencias y se incluyó en la agenda trinacional el tema de la protección del medio ambiente introduciendo medidas relacionadas con el aire, el agua y los desechos tóxicos.

Para la relación binacional con Estados Unidos, es de especial importancia la frontera entre los dos países, conformada por diez estados fronterizos en donde se localizan más de nueve millones de personas, de las cuales el 59% radica en el lado estadounidense y el restante en el mexicano, existiendo además una vasta población flotante en ambos lados de la frontera. Asimismo, desde el punto de vista

sanitario y económico es fundamental considerar los volúmenes de productos que a través de esa extensa frontera son importados y exportados diariamente.

Por su parte, la transición a la economía de mercado ha dado lugar al nacimiento de nuevas instituciones y reglas que facilitan la transacción entre agentes económicos y evitan la obtención de ganancias monopólicas. Así, han surgido la ley de competencia, el proceso desregulador y un nuevo marco legal; la liberalización y regulación del sector financiero, bancario y de seguros, la autonomía del Banco de México y el establecimiento de políticas fiscales y monetarias para disminuir el riesgo de crisis económicas y financieras provenientes de otras partes del mundo; y la sustitución del sistema de pensiones de pagos definidos por el de contribuciones definidas (AFORES). Quedan otros cambios por realizar, como son la reforma eléctrica y la fiscal entre otras.

La globalización se ha acelerado con la nueva economía basada en la tecnología de la información y las telecomunicaciones, apareciendo la brecha digital entre países. La productividad ha aumentado para aquellos usuarios de la nueva economía, alterando las ventajas entre productos y países. En el contexto general, la facilitación comercial resulta tanto o más importante que la liberación, por lo que la eliminación de barreras no cuantitativas y la armonización de normas entre ellas las sanitarias, disminuyen los costos de transacción, elevan la actividad comercial y el PIB. Por ejemplo en las economías de los países que integran el organismo de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC), una contracción del 5% de los costos de transacción generados por una mejoría en la facilitación comercial, crean un incremento del 1% del PIB de la región. Así, la globalización ha modificado la forma de producir, la fisonomía de los empleos disponibles y las fuentes de riqueza. La apertura comercial obligó a la estructura productiva a mantener permanente conexión con las normas multilaterales del comercio de bienes y servicios requiriendo que, sin menoscabo de los intereses nacionales, se armonicen las normas internas con las internacionales, se simplifique el cuerpo regulatorio importador y se aligere la excesiva revisión y en el futuro cercano se utilice la certificación por terceros autorizados.

El principal desafío de México, al igual que para otros países en vías de desarrollo, está en aprovechar al máximo las oportunidades y reducir al mínimo los riesgos que la globalización y la integración puedan traer para la salud de su población, siendo imprescindible, en este sentido, contar con normas claras y mutuamente acordadas que garanticen la calidad e inocuidad en el intercambio de bienes y servicios. Ante este reto, las partes deberán trabajar para armonizar la legislación sanitaria, los parámetros de calidad sanitaria de los productos y servicios y factores productivos del área de salud, así como sus instrumentos de fomento y de control sanitarios a fin de eliminar por un lado, aquellas disposiciones que se identifiquen como obstáculos técnicos a los flujos de comercio para lograr impulsar el proceso de integración regional y por el otro, fortalecer los programas de protección a la población contra riesgos sanitarios.

Transición social

La riqueza y prosperidad generada por el crecimiento económico y la globalización se han repartido desigualmente entre la población. Más aún, existen grupos sociales que han resultado perjudicados y que absorben el costo social impuesto por la liberalización de los mercados y el cambio estructural que se genera. Es por ello que, acompañando al proceso de liberalización, se deben crear un conjunto de políticas que minimicen los costos de transición, protegiendo a los grupos sociales que quedan en desventaja. Por lo tanto, dichas políticas tendrán que incorporar redes de protección social y estrategias de atención a los grupos en desventaja para disminuir el rezago y lograr que se integren al proceso productivo y de creación de riqueza nacional. En México, estos grupos se ubican dentro de los denominados de muy alta y alta marginación.

Conforme al Consejo Nacional de Población (CONAPO), la marginación es un fenómeno estructural que se expresa en la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país, y en la exclusión de grupos sociales del proceso de crecimiento y del disfrute de sus beneficios. En México, la marginación se mide a través de un indicador, el índice de marginación, que permite diferenciar entidades federativas y municipios según el impacto global de las carencias de la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relaciones con la residencia en localidades pequeñas.

Marginación municipal en 2000

La estimación del índice de marginación 2000 elaborado por CONAPO utilizó como fuente de información los resultados definitivos del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. El índice muestra que son tres los indicadores parciales más importantes del 2000: población analfabeta y sin primaria completa y el de comunidades en viviendas con piso de tierra.

En el 2000, la estratificación de marginación municipal permite identificar 247 municipios con grado muy bajo de marginación, 417 con bajo, 486 con medio, 906 con alto y 386 con grado muy alto. Este último conjunto presenta los mayores rezagos y demanda una atención prioritaria de las políticas públicas. Los valores de los nueve indicadores socioeconómicos, su índice y su grado de marginación, conforme los resultados del último censo de la población se presentan en el *cuadro 2*:

Cuadro 2
Estratificación del índice de marginación, 2000

| Grado de marginación | Número de municipios en el estrato | Límite del intervalo | |
|----------------------|------------------------------------|----------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Muy bajo | 247 | -2.44852 | -1.28088 |
| Bajo | 417 | -1.28088 | -0.69707 |
| Medio | 486 | -0.69707 | -0.11325 |
| Alto | 906 | -0.11325 | 1.05438 |
| Muy alto | 386 | 1.05438 | 3.38964 |

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Marginación por entidad federativa, 2000

- **Entidades con grado de marginación muy alto.** Se aprecia que Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz e Hidalgo presentan grado de marginación muy alto; ahí vive 20% de la población nacional. En Chiapas, el estado con mayor marginación en el año 2000 los índices son: analfabetismo, no terminó la primaria, viviendas sin energía eléctrica, drenaje y agua entubada. Una situación tan crítica como la del estado de Chiapas la comparten Guerrero y Oaxaca; en el primero tenemos: viviendas sin drenaje ni sanitario exclusivo. En Oaxaca, por su parte, padecen privaciones asociadas a la dispersión y el aislamiento. En Veracruz e Hidalgo los indicadores son: analfabetismo y no terminó la primaria; en Veracruz e Hidalgo la carencia de agua entubada y el piso de tierra en la vivienda compromete a casi uno de cada tres habitantes y en ambas entidades alrededor de dos de cada tres personas ocupadas ganan hasta dos salarios mínimos.
- **Entidades con grado de marginación alto.** Son nueve, en orden de importancia: San Luis Potosí, Puebla, Campeche, Tabasco, Michoacán, Yucatán, Zacatecas, Guanajuato y Nayarit, que conforman el 23% de la población nacional. Con relación a los índices son: rezago educativo, analfabetismo y la población de 15 o más años de edad que no terminó la primaria. Respecto a los déficits en las condiciones de las viviendas de las entidades con grado de marginación alto, algunas se sitúan por encima de los promedios nacionales, como Yucatán y Zacatecas, por no contar con drenaje ni sanitario exclusivo, seguidas por Campeche y Guanajuato. Por su parte, San Luis Potosí y Campeche tienen ocupantes en viviendas sin energía eléctrica, mientras que en Tabasco y San Luis Potosí el índice es no tener agua entubada; además en Puebla, San Luis Potosí y Michoacán un número importante de habitaciones son de piso de tierra.
- **Entidades con grado de marginación medio.** Estas entidades son: Quintana Roo, Sinaloa, Durango, Tlaxcala, Morelos y Querétaro, con el 9% de la población nacional. En este conjunto de entidades el rezago educativo es inferior al promedio nacional, sin embargo muestra población con primaria incompleta.
- **Entidades con grado de marginación bajo.** Son ocho: Tamaulipas, Sonora, Chihuahua, Baja California Sur, Estado de México, Colima, Jalisco y Aguascalientes, con el 30% de la población del país.

- **Entidades con grado de marginación muy bajo.** Son cuatro: Distrito Federal, Coahuila, Baja California y Nuevo León, que representan el 18% de la población nacional. En el Distrito Federal, la entidad con menor marginación del país, el 12% de la población de 15 o más años de edad no terminó la primaria -frente al 28% del promedio nacional-.

Cambios en la marginación por entidad federativa, 1995-2000

Al evaluar los cambios en la marginación, debe considerarse que el valor del índice, como toda medida relativa, puede variar si las condiciones sociales de una entidad federativa retroceden y las demás o algunas de ellas mejoran, permanecen constantes o se deterioran a menor velocidad. En los resultados obtenidos por CONAPO se puede observar que cinco entidades empeoraron en grado de marginación, mientras que el resto no ofreció cambios. En el primer grupo se encuentran las siguientes entidades: Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Morelos y Nayarit (*Cuadro 3*).

Estas enormes diferencias en el grado de “marginación” plantean riesgos sanitarios diferentes; a mayor marginación la exposición de la población se relaciona con enfermedades del rezago.



Cuadro 3
Índice y grado de marginación y cambio, 1995-2000

| Clave de la Entidad Federativa | Entidad Federativa | 2000 | | 1995 | | Mejóro | Empeoró | Sin cambio |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------|---------|------------|
| | | Índice de marginación | Grado de marginación | Índice de marginación | Grado de marginación | | | |
| 1 | Aguascalientes | -0.97340 | Bajo | -1.05 | Muy bajo | | • | |
| 2 | Baja California | -1.26849 | Muy bajo | -1.27 | Muy bajo | | | • |
| 3 | Baja California Sur | -0.80173 | Bajo | -0.84 | Bajo | | | • |
| 4 | Campeche | 0.70170 | Alto | 0.78 | Alto | | | • |
| 5 | Coahuila de Zaragoza | -1.20202 | Muy bajo | -1.18 | Muy bajo | | | • |
| 6 | Colima | -0.68709 | Bajo | -0.71 | Bajo | | | • |
| 7 | Chiapas | 2.25073 | Muy alto | 2.36 | Muy alto | | | • |
| 8 | Chihuahua | -0.87007 | Bajo | -0.78 | Bajo | | | • |
| 9 | Distrito Federal | -1.52944 | Muy bajo | -1.74 | Muy bajo | | | • |
| 10 | Durango | -0.11390 | Medio | 0.00 | Medio | | | • |
| 11 | Guanajuato | 0.07966 | Alto | 0.13 | Medio | | • | |
| 12 | Guerrero | 2.11781 | Muy alto | 1.91 | Muy alto | | | • |
| 13 | Hidalgo | 0.87701 | Muy alto | 1.00 | Alto | | • | |
| 14 | Jalisco | -0.76076 | Bajo | -0.60 | Bajo | | | • |
| 15 | México | -0.60460 | Bajo | -0.74 | Bajo | | | • |
| 16 | Michoacán de Ocampo | 0.44913 | Alto | 0.39 | Alto | | | • |
| 17 | Morelos | -0.35571 | Medio | -0.55 | Bajo | | • | |
| 18 | Nayarit | 0.05813 | Alto | 0.05 | Medio | | • | |
| 19 | Nuevo León | -1.39258 | Muy bajo | -1.50 | Muy bajo | | | • |
| 20 | Oaxaca | 2.07869 | Muy alto | 1.85 | Muy alto | | | • |
| 21 | Puebla | 0.72048 | Alto | 0.80 | Alto | | | • |
| 22 | Querétaro de Arteaga | -0.10726 | Medio | -0.19 | Medio | | | • |
| 23 | Quintana Roo | -0.35917 | Medio | -0.22 | Medio | | | • |
| 24 | San Luis Potosí | 0.72114 | Alto | 0.76 | Alto | | | • |
| 25 | Sinaloa | -0.09957 | Medio | -0.21 | Medio | | | • |
| 26 | Sonora | -0.75590 | Bajo | -0.85 | Bajo | | | • |
| 27 | Tabasco | 0.65540 | Alto | 0.67 | Alto | | | • |
| 28 | Tamaulipas | -0.69053 | Bajo | -0.58 | Bajo | | | • |
| 29 | Tlaxcala | -0.18493 | Medio | -0.23 | Medio | | | • |
| 30 | Veracruz-Llave | 1.27756 | Muy alto | 1.13 | Muy alto | | | • |
| 31 | Yucatán | 0.38133 | Alto | 0.80 | Alto | | | • |
| 32 | Zacatecas | 0.29837 | Alto | 0.60 | Alto | | | • |

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda, 2000.

La transición de la regulación y fomento sanitarios

Entre 1982 y 1988, ocurrió el denominado “cambio estructural para la atención de la salud” que comprendió una renovación legislativa y una reforma administrativa. Se promulgaron la Ley General de Salud, en sustitución del Código Sanitario, las leyes estatales de salud, los reglamentos y normas técnicas y las bases para la descentralización de los servicios. El derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dio a esta Ley rango propio, independiente de las prestaciones otorgadas por la seguridad social, universalizándola y haciéndola extensiva a todos los mexicanos, con un enfoque de prevención, participación comunitaria y corresponsabilidad de los individuos, como elementos fundamentales para alcanzar el objetivo de salud para todos.

Como parte de las respuestas de México ante la creciente importación de productos y la perspectiva de un entorno internacional de globalización, fue creada en 1987 la Comisión Intersecretarial para el Control de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas (CICOPLAFEST), para coordinar acciones en relación con la vigilancia y el control de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas. También, entraron en vigor 31 programas estatales de regulación sanitaria y se publicó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Bienes y Servicios.

El objetivo de la regulación sanitaria era evitar riesgos o daños a la salud de la población en general y en paralelo, fomentar las prácticas que repercutieran positivamente en la salud individual y colectiva. Hasta 1991 las interpretaciones subjetivas de la regulación se manifestaban en acciones empeñadas en la búsqueda de omisiones y fallas del personal en los establecimientos, con poco interés en acciones para dar soluciones y el ejercicio de la autoridad era poco flexible, con trámites y documentos tardados. Esa situación requirió de estrategias dirigidas a hacer transparentes y ágiles los trámites mediante una simplificación administrativa y la actualización de procedimientos, de las cuales se distinguen:

- Registro y licencia sanitarias únicamente para medicamentos, insumos para la salud, plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas.
- La cancelación de la emisión de las tarjetas de control sanitario.
- Disminución de autorizaciones de responsabilidad, permaneciendo sólo para la industria farmacéutica y en el caso de farmacias y boticas, cuando expendiesen psicotrópicos y estupefacientes.
- Obligación de consignar las características y propiedades de los bienes de consumo, las aplicaciones, los riesgos y los usos de los mismos para la orientación del consumidor, a través de un sistema único de etiquetado sanitario y comercial con información que identificaba el producto.
- Inclusión de la amonestación con apercibimiento e incremento en el monto de las sanciones.
- Sustitución de la inspección libre por la verificación sanitaria como acto jurídico que se ejerce para corroborar el cumplimiento de la normatividad que debe ser observada por los establecimientos y en los productos.

Con la emisión de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en julio de 1992, la Secretaría de Salud transformó las Normas Técnicas de Salubridad General, en Normas Oficiales Mexicanas (NOM),

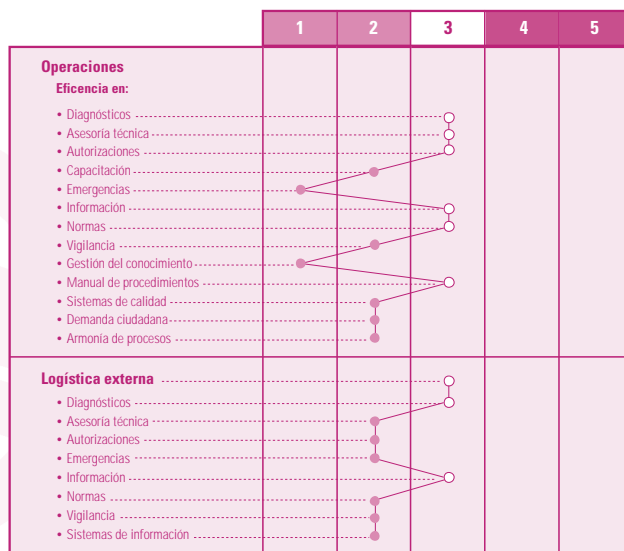
a fin de integrar todas las disposiciones a las que se sujetan tanto el Gobierno como productores, proveedores de bienes y servicios y todos quienes se encuentran relacionados o interesados con las materias objeto de las NOM. En ese mismo año se instaló formalmente el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario.

En 1993 se modificó el Reglamento de Control Sanitario de la Publicidad. En 1995 se reinició el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas. Entre 1995 y 1996 se publicaron dos acuerdos regulatorios que delimitaron el control de las áreas de mayor riesgo y se redujeron los trámites para las empresas. La certidumbre se convirtió en uno de los factores fundamentales en esa etapa de la regulación. En 1996 la Secretaría de Salud registró 115 trámites con su correspondiente justificación y base legal, que permitieron conocer, en forma precisa, los procesos de simplificación llevados a cabo en materia de regulación sanitaria y en 1998 se publicó el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

De 1995 a 2000, se coordinaron 6 revisiones al Acuerdo que establece la clasificación y codificación de mercancías sujetas a regulación por parte de las dependencias que integran la CICOPALFEST, se actualizaron criterios para incluir o excluir sustancias reguladas, se autorizaron registros de plaguicidas en sus modalidades de nuevos, modificaciones y renovaciones y nutrientes vegetales.

Sin embargo, el tradicional modelo de regulación sanitaria empezó a mostrar síntomas severos de agotamiento ante la debilidad de varias de sus partes fundamentales como el desarrollo tecnológico, la infraestructura, la capacitación y la descoordinación operativa entre la Federación y los estados, tal como lo muestra el análisis de fortalezas y debilidades (Figuras 4, 5 y 6).

Evaluación de la eficiencia de procesos



1) Muy deficiente, 2) Deficiente, 3) Suficiente, 4) Bien, 5) Muy Bien

Fuente: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) 2002.

Figura 4

Figura 5

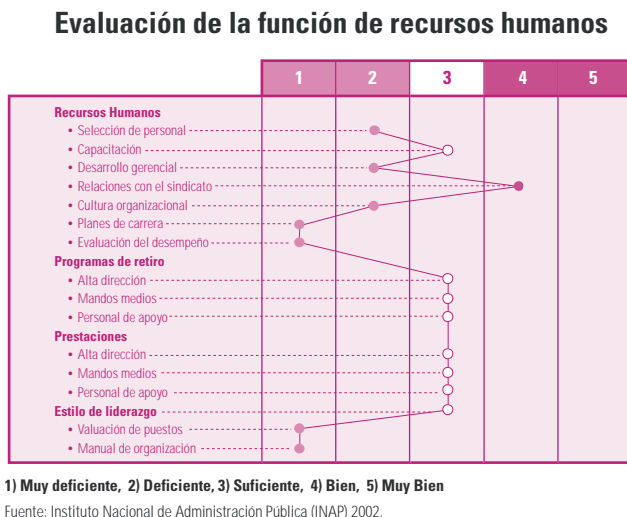
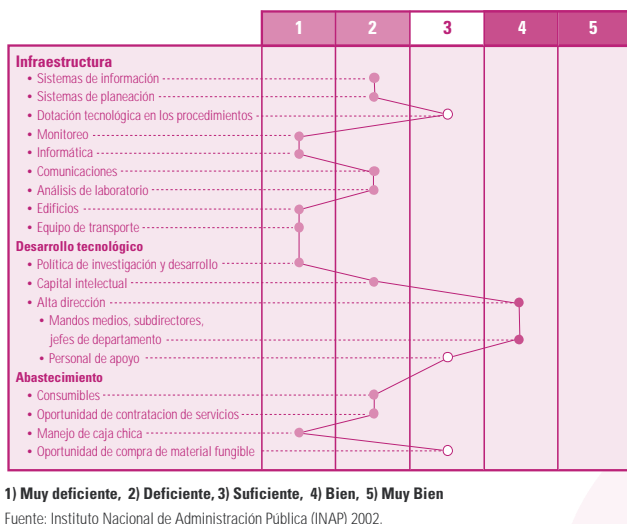


Figura 6

Evaluación de infraestructura, desarrollo tecnológico y función de abastecimiento



Por lo tanto, en el umbral de una nueva etapa, el 5 de julio de 2001, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la creación de la COFEPRIS, cuyas funciones básicas son: instrumentar la política nacional en materia de protección contra riesgos sanitarios; mejorar y ejercer la regulación, el control, la vigilancia sanitaria y la evaluación de riesgos a la salud derivados de los productos, actividades y establecimientos en materia de su competencia; y ejercer las atribuciones que actualmente tiene la Secretaría de Salud en materia de efectos del ambiente en salud, salud ocupacional, residuos peligrosos, saneamiento básico, accidentes que involucren sustancias tóxicas, peligrosas o radiaciones y sobre publicidad sanitaria. Estas funciones deberán estar articuladas con la operación de las entidades federativas a fin de integrar el Sistema Federal de Protección Sanitaria.

II. ¿En dónde estamos?



II. ¿En dónde estamos?

Los riesgos sanitarios

El riesgo sanitario es la expectativa resultante de la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso conocido o potencial a la salud y su severidad asociada; riesgos derivados de la exposición involuntaria de la población a peligros: biológicos, químicos y físicos por consumo o uso de agua, alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas y otros productos, sustancias o agentes físicos, químicos o biológicos presentes en el medio ambiente o en el trabajo y a mensajes publicitarios de productos cuyo consumo puedan alterar su salud.

El riesgo sanitario está asociado íntimamente a los hábitos culturales de nivel de vida y de desarrollo y al medio ambiente. Sus consecuencias son relevantes en el estado de salud de la población, en el desempeño económico y social del individuo y de la sociedad en su conjunto.

Actualmente no existe un diagnóstico integral de riesgos sanitarios en México. No obstante, el Sistema Federal de Protección Sanitaria está basado en el conocimiento presente de los riesgos, la identificación de algunos de los factores que los explican, al menos como hipótesis, y su localización geográfica. Sobre este conocimiento se sustentan las líneas de acción para reducir los principales riesgos en México.

En este contexto, también se ha considerado el principio precautorio según el cual la ausencia de certezas, teniendo en cuenta los conocimientos científicos y técnicos del momento, no debe retrasar la adopción de medidas efectivas y adecuadas con un costo económico razonable, para prevenir el riesgo de daños graves e irreversibles.

Principales fuentes de daño potencial

Son temas prioritarios en la agenda de reducción de fuentes de daño potencial, la contaminación de las aguas y el aire, el deficiente saneamiento básico, la adulteración de alimentos y productos de consumo, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la exposición a residuos tóxicos, los riesgos del trabajo y la vulnerabilidad a los desastres naturales y de seguridad química.

Agua

Uno de los principales problemas ambientales y de salud pública que enfrenta el país está relacionado con un deficiente saneamiento básico y una mala calidad del agua, con el agravante de la limitada disponibilidad de este recurso para una creciente población. Ingerir o lavar los alimentos con agua sucia puede provocar desde enfermedades del aparato digestivo, hasta afectaciones del sistema nervioso,

síndromes respiratorios, hepatitis e incluso padecimientos congénitos. Las enfermedades del aparato digestivo derivadas de consumir agua contaminada son la tercera causa más importante de muerte infantil en el país.

En la calidad del agua intervienen diferentes factores tales como: las fuentes de abastecimiento de las que se extrae (ríos o mantos acuíferos contaminados entre otros), el tratamiento en plantas potabilizadoras, la contaminación que puede ocurrir en depósitos domiciliarios (cisternas o tinacos), o a la presencia de metales ocasionada por la corrosión de los sistemas de tuberías de la red de distribución domiciliaria.

La actividad humana puede contaminar el agua de manera directa o indirecta: la primera consiste en verter sustancias nocivas en ella y la segunda, cuando los desechos que se depositan en el suelo se filtran y afectan así la pureza del líquido. Según el censo de población y vivienda INEGI 2000, el número de habitantes que cuenta con servicio de drenaje es de 72.7 millones de habitantes equivalente al 74% del total de la población del país, lo que representa que uno de cada cuatro habitantes no tiene servicio de drenaje. En cuanto al número de viviendas con drenaje, una de cada tres no cuenta con este servicio básico. Oaxaca, Guerrero, Yucatán, San Luis Potosí y Chiapas son las entidades con la cobertura más baja, cuyo valor oscila entre 40-60%.

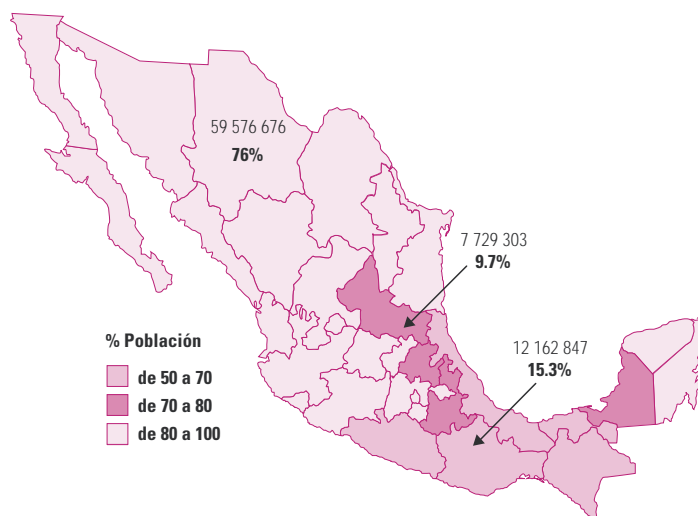
La Secretaría de Salud y SEMARNAT firmaron bases de cooperación para el cuidado sanitario de la calidad del agua. Por ello, entre los objetivos principales del convenio de cooperación destacan la promoción institucional de acciones para la identificación de agentes químicos, físicos y biológicos presentes en el agua de uso y consumo humano, así como la creación de un Sistema de Información Geográfico (SIG), que permita la ubicación de los agentes mencionados, además de conocer el origen de los cultivos regados con aguas residuales.

12 de septiembre del 2002

La contaminación fecal del agua potable puede incorporar una variedad de diversos organismos patógenos intestinales-bacterianos, virales y parasitarios cuya presencia está relacionada con enfermedades y portadores de tipo microbiano que puedan existir en ese momento en la comunidad. La presencia de estos organismos en el agua puede causar infecciones, sobre todo en aquellas personas cuyos mecanismos de defensa naturales, locales o generales, se hallan disminuidos. Esto es más probable que suceda en edad muy avanzada, de muy corta edad y pacientes hospitalizados, por ejemplo, por quemaduras, o sometidos a terapia inmunosupresiva.

Los sistemas de provisión de agua varían considerablemente en tamaño; desde los pequeños sistemas que sirven a familias aisladas hasta los que cubren a miles de consumidores. En el caso de los primeros y en algunas zonas de las áreas urbanas, el acceso al agua no es fácil, ni ésta satisface los requisitos sanitarios. Con frecuencia el control, la operación y el mantenimiento de los sistemas de abastecimiento es inadecuado, y por ello, la población puede estar expuesta a un mayor riesgo de enfermedades de origen hídrico. El INEGI reportó para el año 2000, 79.5 millones de habitantes abastecidos con agua entubada en el país, quedando 18 millones sin este servicio, representando casi el 20% de la población total (*Figura 7*).

Proporción de la población abastecida con agua entubada



Fuente: Primer diagnóstico nacional de salud ambiental y ocupacional, DGSA, COFEPRIS, 2002.

Figura 7

Los problemas relacionados con las sustancias químicas presentes en el agua para beber se deben sobre todo, a que éstas pueden afectar negativamente a la salud tras períodos de exposición prolongados; son motivo de especial inquietud los contaminantes con propiedades tóxicas acumulativas, como los metales pesados y las sustancias carcinógenas. El hidroarsenicismo puede afectar a poblaciones mayores como el caso de la Comarca Lagunera, que comprende comunidades del estado de Coahuila y de Durango, en donde se han reportado concentraciones de 0.09 a 0.59 mg/l de arsénico en el agua para uso y consumo humano, así como 0.37 a 1.0 mg/l en Zimapán Hidalgo, que por una exposición de largo plazo, pueden provocar, desde alteraciones en la pigmentación de la piel hasta cáncer de piel, pulmón, riñón y vejiga (Figura 8). Otro parámetro químico importante es la hidrofluorosis, que en entidades como San Luis Potosí presenta concentraciones de 1.6 a 4.6 mg/l, en Aguascalientes de 1.5 a 9.0 mg/l y Durango de 1.4 a 42.0 mg/l, encontrándose problemas en el sistema esquelético de la población, así como fluorosis dental.

Figura 8



Alimentos y productos de consumo

Los riesgos por exposición a peligros biológicos, químicos o físicos en los alimentos pueden ser agudos o de corta exposición, crónicos o de larga exposición. Los riesgos por virus, bacterias y protozoarios patógenos están considerados como relevantes dentro de los padecimientos agudos, seguido por los provocados por las toxinas de algas marinas, por ej. saxitoxina, y de una menor relevancia los provocados por residuos de medicamentos veterinarios. La exposición crónica a sustancias químicas tóxicas de origen natural como las micotoxinas en el maíz, a contaminantes antropogénicos como el plomo en dulces, a aditivos, o a residuos de plaguicidas, pueden dañar directa o indirectamente la habilidad del organismo para sobrevivir y reproducirse.

El grado de exposición de una población a los efectos adversos de bienes consumibles, depende de la frecuencia con la que los alimentos se encuentren contaminados y su nivel de afectación. Otro factor considerable son los patrones de consumo, los cuales están relacionados con preferencias del consumidor, aspectos socioeconómicos, regionales y culturales, características étnicas, estacionalidad, diferencias de edad y de comportamiento.

Los alimentos pueden alterarse o contaminarse durante las etapas de producción, cosecha, captura, transporte, procesamiento, suministro o almacenamiento provocando las denominadas enfermedades transmitidas por alimentos. Una fuente de contaminación importante es el agua que está en contacto con los alimentos en cualquiera de sus etapas de producción y suministro, por lo que es difícil distinguir el vehículo de transmisión de enfermedades tales como cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis, shigelosis, amibiasis intestinal, giardiasis y hepatitis A. Una gran proporción de las enfermedades transmitidas por alimentos se originan por malas prácticas higiénicas durante la preparación de los alimentos en restaurantes, escuelas, instituciones e incluso en el propio hogar.

RASTROS MUNICIPALES

Quizá uno de los problemas sanitarios que más destaca por la necesidad de incluirse en la agenda política, es el del manejo de los productos cárnicos de todo tipo, sean de la especie bovina, porcina, equina, ovina, caprina o aves.

En México existen dos mundos diferentes en cuanto al sacrificio y a la comercialización de la carne se refieren.

Por una parte, a raíz de la aparición de la fiebre aftosa en el período de 1947-1954 y debido a la necesidad que tenía el país de exportar los excedentes de carne a los Estados Unidos, fue necesario construir plantas empacadoras que exportaran carne cocida y enlatada que cumpliera con los requisitos sanitarios. Esta necesidad y exigencia dio origen al sistema conocido como Plantas tipo Inspección Federal, que quedó bajo la supervisión de la entonces Secretaría de Agricultura y Fomento y que hasta la fecha siguen siendo operadas bajo la supervisión de la SAGARPA. Durante algunos años la exportación de carne a los EEUU fue exclusivamente de carne cocida y enlatada, pero al erradicarse la epizootia de fiebre aftosa de México, la exportación cambió a carne deshuesada.

Por otra parte, el abasto nacional de manera tradicional se ha realizado a través del sacrificio de animales de distintas especies en rastros y mataderos municipales, que no cumplen en general con ninguna norma sanitaria, derivada entre otros de las siguientes situaciones:

- Los rastros aportan recursos económicos al municipio vía las cuotas de sacrificio que pagan al municipio; la inversión en mejora de las instalaciones es nula.
- El control sanitario de los rastros está acotado por aspectos políticos y sociales que permiten que se sacrifiquen animales enfermos cuya carne va directamente al consumidor.
- Es una práctica común el faenado de animales que llegan muertos y cuya carne se incorpora a los productos del sacrificio normal.

Con relación a los riesgos agudos, el análisis de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos de origen biológico identifican a la *Salmonella spp* y al *Staphylococcus aureus* como los peligros biológicos más frecuentes en platillos hechos con base en carne de ave, pescados y mariscos, quesos y productos lácteos y de res, cerdo, ovino y caprino.

Por otra parte, las enfermedades que comparte el hombre con los animales conocidas como zoonosis, son transmitidas al hombre en forma general por el consumo de alimentos o por convivir con animales enfermos en explotaciones pecuarias, rastros o fábricas de productos cárnicos o lácteos. La brucelosis y la teniasis-cisticercosis son zoonosis relevantes para la salud de la población.

Respecto a los riesgos agudos por toxinas químicas, los litorales del Golfo de México y del Océano Pacífico, se ven expuestos al fenómeno de marea roja, la cual puede tener efectos adversos a la salud del ser humano, siendo el más relevante la intoxicación resultante del consumo de moluscos marinos contaminados con saxitoxinas, que puede llegar a la muerte y de menor gravedad a la intoxicación con brevitoxinas.

Los aditivos para alimentos o cosméticos como conservadores, colorantes, acidulantes, antioxidantes, aromatizantes, saborizantes, entre otros, son sustancias que se incorporan directamente a estos productos durante su elaboración y es necesario garantizar que sean seguros, antes que les sea permitido su uso. También existen sustancias que de manera involuntaria se añaden a los alimentos a través del envase cuya evaluación es necesaria.

Deficiencias nutrimentales

El perfil de los requerimientos nutrimentales del ser humano se ha desarrollado durante un proceso evolutivo muy grande. Este tiene la necesidad de ingerir pequeñas cantidades de vitaminas y minerales esenciales para vivir; cuando no están disponibles en la cantidad necesaria por medio de la dieta cotidiana, pueden presentarse alteraciones fisiológicas que afectan la salud.

La anemia ferropriva, generalmente causada por la insuficiencia o baja disponibilidad de hierro en la dieta, es la deficiencia nutrimental mayor en el mundo, provoca pérdidas crónicas de sangre (menstruaciones excesivas o prolongadas, embarazos repetidos, infestación con parásitos o úlceras gastrointestinales) que afectan a las mujeres en edad fértil, a los preescolares, a los adolescentes y a las mujeres embarazadas.

Ante la prevalencia de algunos de los problemas de mala nutrición, la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, recomienda redoblar esfuerzos en los programas actuales de la Secretaría de Salud de combate a la desnutrición.

También, la obesidad conduce a mayor riesgo de presentar diabetes, enfermedades cardiovasculares y otros padecimientos crónicos que provocan muertes prematuras y pérdida de años de vida saludable, además de aumentar la demanda de servicios de salud de alto costo.

19 de febrero de 2002

La insuficiencia del ácido fólico es muy frecuente y afecta, en especial, a mujeres embarazadas, lactantes prematuros y ancianos. Afecta particularmente durante el embarazo ya que produce desórdenes en el desarrollo del sistema nervioso del embrión, como el cierre incompleto del ectodermo entre la 3ª y 4ª semanas de gestación. Otros efectos de la deficiencia es la anemia perniciosa que provoca trastornos neurológicos.

La deficiencia de yodo produce bocio; se manifiesta en el desarrollo neurológico de los individuos y se le relaciona con el cretinismo endémico. México ha logrado la meta de dotar al 90% de las familias con sal adecuadamente yodada. No obstante existen entidades federativas que aún registran un bajo nivel de yodación de la sal. En Colima, Sinaloa y Jalisco se comercializa sal extraída por métodos artesanales o sal para uso industrial que es desviada para consumo humano sin haber sido adicionada de yodo (*Figura 9*).

Nivel de yodación de sal en México, 2001

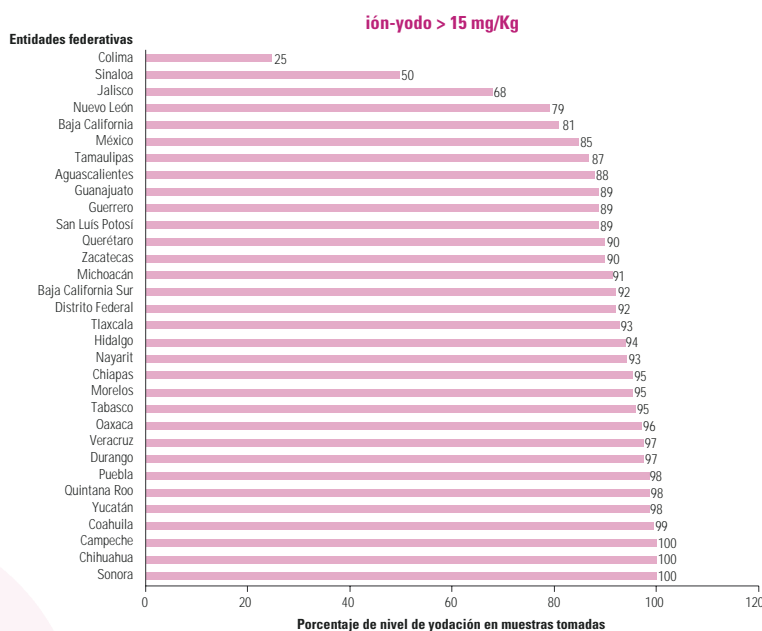


Figura 9

Fuente: DGCSPS, SSA.

Ahora bien, conforme a las guías OMS publicadas en 1984, el flúor es un efectivo agente para prevenir caries dental si se toma en cantidades “óptimas”. El efecto en la salud por altas concentraciones de flúor en agua de consumo, se conoce como fluorosis, que afecta principalmente a dientes y huesos. En México se considera que 6% de la población se encuentra expuesta a estos altos niveles de flúor lo que ha complicado la adición adecuada de flúor en sal. La regulación considera la no comercialización de sal con flúor en estas regiones, sin embargo existe suministro de sal fluorurada en donde no debería y viceversa lo cual se refleja en el cumplimiento no satisfactorio de la normatividad.

Productos obtenidos por biotecnología: organismos genéticamente modificados-OGM

Son aquellos a los que se les han manipulado sus genes por cruza, injertos o con ayuda de la ingeniería genética; esta manipulación incluso de otra especie del mismo reino o de otros, puede generar riesgos para la salud, los más comunes son:

- Proteínas nuevas que se expresan en los OGM, que pueden causar alergias en los consumidores.
- Cambios nutrimentales que pudieran ocurrir en los productos por la modificación genética.
- Sustancias tóxicas que por naturaleza contienen los alimentos y que podrían verse alteradas por la modificación genética y expresarse en mayor cantidad.

- Resistencia a los antibióticos. Antiguamente los OGM tenían marcadores de selección resistentes, por lo que se sospecha, pero no se tiene evidencia científica, que actualmente pudieran tener una mayor resistencia a éstos.

Como no existe en general historia de uso de estos productos, se requiere de un estricto seguimiento para disminuir posibles exposiciones a riesgos sanitarios; otros riesgos importantes que pudieran existir se refieren al ambiente, por el flujo genético que se presenta sobre todo en los países megadiversos.

Aire

Los contaminantes del aire tienen distinto potencial para producir daño a la salud humana dependiendo de sus propiedades físicas y químicas, de la dosis que se inhala, del tiempo y frecuencia de exposición y también de las características de la población expuesta. El ozono y las partículas suspendidas son los contaminantes más importantes, tanto por los efectos potenciales en la salud, como por la frecuencia con la que exceden las normas de calidad del aire y la población expuesta.

Los efectos que provocan se encuentran en enfermedades respiratorias crónicas y agudas; de manera relevante, las muertes asociadas con la contaminación atmosférica, la disminución de la capacidad respiratoria, los ataques de asma, los casos de enfermedades cardíacas y los cánceres pulmonares.

El nivel de riesgo individual está determinado por diversos factores que incluyen la predisposición genética, edad, estado nutricional, presencia y severidad de condiciones cardíacas y respiratorias y el uso de medicamentos, así como la actividad y el lugar de trabajo. En general, la población con mayor riesgo a la exposición de contaminantes la constituyen los niños menores de cinco años, las personas de la tercera edad (mayores de 65 años), los individuos con enfermedades cardíacas y respiratorias y los asmáticos. La exposición a los contaminantes se puede clasificar en aguda y crónica, de acuerdo con el período de exposición y a la concentración de contaminantes.

Ante representantes de la Comisión para la Cooperación Ambiental de Norteamérica, en la que participan México, Estados Unidos y Canadá, el secretario de Salud reveló que evidencias científicas demuestran que durante la infancia hay mayor susceptibilidad a la contaminación ambiental, en ocasiones con efectos irreversibles y limitantes de un desarrollo pleno.

21 de junio de 2001

El actual crecimiento demográfico, la densidad industrial, el incremento de los parques vehiculares, el elevado consumo de combustibles y los patrones inadecuados de movilidad urbana han traído consigo que la evolución del problema de la contaminación ambiental aumente en las grandes zonas metropolitanas, así como en las ciudades medias. La red de monitoreo atmosférico para cinco de las zonas metropolitanas que cuentan con este sistema, indica que el ozono y las PM₁₀ son los contaminantes que con mayor frecuencia exceden los límites normados. De acuerdo con información más reciente, se

considera que el problema de la contaminación del aire continúa siendo importante tanto en las zonas metropolitanas de la Ciudad de México (ZMCM), de Guadalajara (ZMG) y de Zacatecas (Zac.), mientras que en el Valle de Toluca (ZMVT) y en Monterrey (ZMM) la situación es menos severa (Figura 10).

Calidad de aire en zonas metropolitanas, 2000

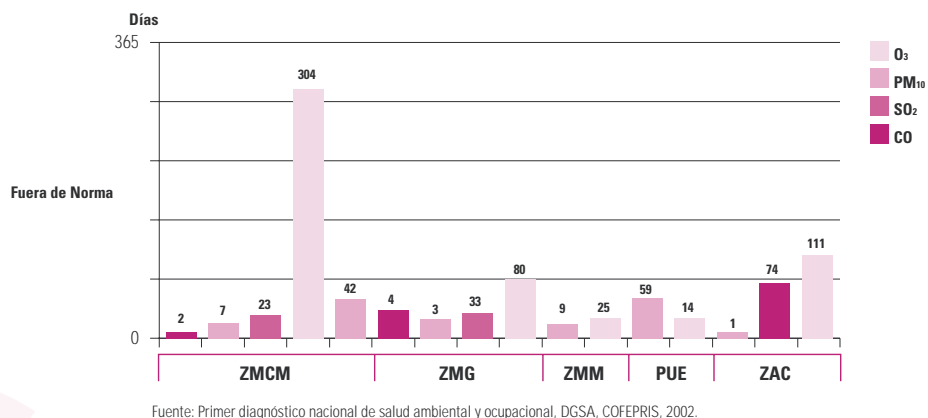


Figura 10

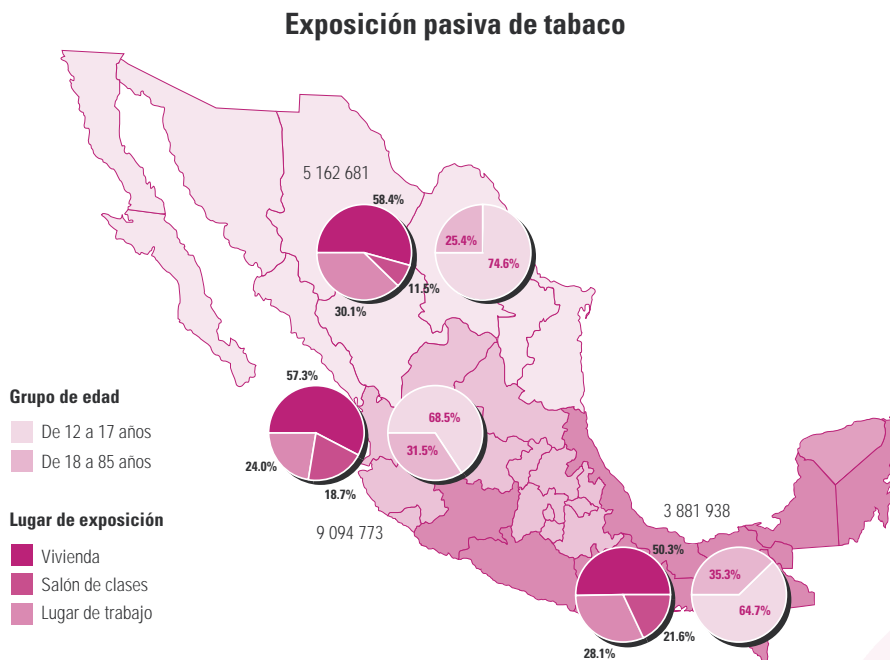
En la alfarería, existe la contaminación ambiental que se genera con el uso del combustible para la quema de la loza. FONART señala que la actividad se practica en 20 estados del país, en 122 comunidades en donde una parte importante son indígenas. El Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías (FONART), registra cuatro estados con mayor actividad alfarera; Guanajuato, Puebla, Michoacán y México. También la industria ladrillera es una de las principales fuentes de contaminación atmosférica, la cual es un problema ambiental, social y de salud.

“Para reducir sensiblemente el tabaquismo, se requiere una política que involucre educación, prevención, tratamiento y modificaciones fiscales para elevar los impuestos al tabaco y desalentar su consumo”. Julio Frenk Mora, secretario de Salud.

31 de mayo de 2001

El tabaquismo es la primera causa predecible de muerte en México y se relaciona con diversas enfermedades, como el cáncer de pulmón, algunos padecimientos respiratorios como neumonía, bronquitis y enfermedad cardiovascular; los niños expuestos involuntariamente al humo del tabaco son los que tienen mayor riesgo de enfermarse, especialmente a temprana edad, debido en mucho a la inmadurez de su sistema inmunológico. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1998, la región centro fue la que presentó una prevalencia de tabaquismo por arriba de la media nacional (32.3%). Cercana a ésta se encontró la región norte con 26.5% y por debajo del promedio nacional la sur con 18.5%. Los fumadores pasivos son 18.1 millones de habitantes; por región existen en la Norte 5.1 millones; en la Centro 9.1 millones y; en la región Sur 3.9 millones. Estos datos concuerdan con la proporción de fumadores descrita anteriormente (Figura 11).

Figura 11



Fuente: Primer diagnóstico nacional de salud ambiental y ocupacional, DGSA, COFEPRIS, 2002.

La contaminación del aire al interior de la vivienda ocasionada por la combustión de leña o carbón para cocinar constituye un problema de salud pública con repercusiones en la población menor de cinco años y mujeres en edad reproductiva, por su exposición a una concentración de 550 mg/m³ de partículas totales, aproximadamente 350 imecas, durante varias horas al día. Se estima que en el 2000, 18.7 millones de personas utilizaban estos combustibles en 3.7 millones de sus viviendas, lo que representa el 17% del total; destacan Oaxaca y Chiapas con cerca del 60% de las viviendas.

Exposiciones tóxicas

La información de la Comisión Nacional del Agua, refiere que la población de los centros urbanos genera un total de 250 m³/s y que de éstos se trata menos de la quinta parte (45.9 m³/s), lo que determina que la calidad de los cuerpos de agua en el país se encuentre notablemente deteriorada (Figura 12).

Distribución porcentual de la calidad del agua en 535 cuerpos superficiales. CNA 2002

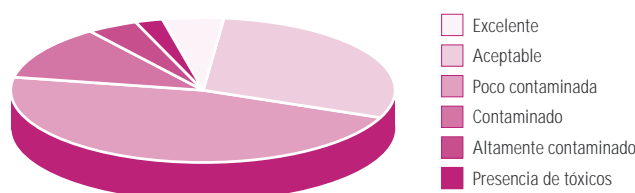


Figura 12

México enfrenta una serie de graves problemas relacionados con la generación, manejo y disposición final de los residuos sólidos municipales (RSM). En la actualidad se producen grandes cantidades -aproximadamente 30.6 millones de toneladas anuales de RSM-, superiores a los que pueden ser administrados adecuadamente por los municipios del país, de los cuales un poco más del 52% se eliminan de manera técnicamente adecuada, mientras que el restante se deposita en tiraderos a cielo abierto y clandestinos. Este manejo inadecuado genera un riesgo para la salud de la población, ya sea por el contacto directo con los residuos o por medios indirectos, como es la proliferación de fauna nociva, contaminación del suelo, agua y aire.

Adicionalmente aumentan en aproximadamente ocho millones de toneladas al año los residuos peligrosos, muchos de los cuales son eliminados clandestinamente o mal manejados debido a la falta de infraestructura y a la inadecuada distribución de depósitos en el territorio nacional.

La exposición a niveles elevados de plomo se asocia a efectos neurofisiológicos que se manifiestan en la disminución de la capacidad para aprender a leer y escribir, reducción de los niveles psicométricos de inteligencia y aparición de alteraciones del comportamiento de los infantes. El plomo puede ocasionar daño en concentraciones bajas y los niños son más sensibles que los adultos a sus efectos; actualmente las principales rutas de exposición de la población son el consumo de alimentos almacenados o cocinados en loza de barro vidriado elaborada a bajas temperaturas y la contaminación en el aire, agua o suelo para comunidades aledañas a industrias metalúrgica, minera, etc., sin adecuados controles de emisiones. El uso de loza de barro vidriado es una práctica común en la población, la Encuesta Nacional de Salud 2000 señala que cerca del 30% de la población guarda alimentos en recipientes de barro vidriado.

En 28 entidades federativas que identificaron riesgos por exposiciones tóxicas, éstos se agruparon en cuatro: metales, sustancias químicas, toxinas y emisiones volcánicas. En el mapa de riesgos, se muestran los cuatro grupos de agentes contaminantes, destacando por la severidad y población afectada, por metales: Zacatecas (mercurio, plomo); Coahuila, Nuevo León, Chihuahua, Morelos (plomo); Hidalgo (manganeso); plaguicidas: Nayarit, Jalisco, Sinaloa y Chiapas; la mayoría de las entidades tienen problemas por residuos peligrosos, y por emisiones volcánicas, principalmente Puebla y Colima (Figura 13).

Figura 13



En los países en desarrollo se ha referido que los plaguicidas son causantes de hasta un millón de casos de intoxicación y hasta 20 000 muertes anualmente. En México existen pocos datos sobre la epidemiología de la intoxicación por plaguicidas. Los escasos estudios señalan que la exposición puede ser comúnmente intencional, con fines suicidas. Sin embargo, es una situación motivo de preocupación, la exposición crónica de los trabajadores agrícolas.

Riesgos laborales

En México una gran cantidad de trabajadores está expuesta a riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales o ergonómicos en el lugar de trabajo. Para muchas de esas personas, a menudo existe el riesgo de exposición combinada como ruido, vibración, ionización y radiación no ionizante, calor y otras condiciones insalubres que pueden perjudicar la salud. Los productos químicos pueden representar una amenaza para la salud y en su caso, producir cáncer, enfermedades en la piel y de las vías respiratorias, así como efectos adversos sobre la función reproductiva. Diversos tipos de polvos como el sílice, asbesto y polvo del carbón provocan enfermedades pulmonares irreversibles que incluyen diferentes tipos de neumoconiosis. La silicosis puede predisponer a los trabajadores a la tuberculosis y cáncer pulmonar; es progresiva e incurable pero prevenible. Los polvos vegetales pueden causar diversas condiciones respiratorias como la bisinosis y reacciones alérgicas como el asma.

La tabla de enfermedades del trabajo, que es un problema de salud laboral, no se ha actualizado desde 1970, lo que ha implicado problemas para su interpretación por los trabajadores, las empresas y los analistas especializados, ya que al no contener criterios médicos y técnicos para la calificación de las patologías de trabajo, sino solamente la enunciación de la enfermedad, la presentación de la prueba médica y técnica a cargo de los peritos médicos presenta múltiples contradicciones.

Por otra parte, sobresale la problemática en las calificaciones de las enfermedades del trabajo y en su caso en la valoración de las incapacidades permanentes, al existir criterios médicos diversos en los juicios, con interpretaciones a veces contradictorias y sin sustento jurídico en las tablas contenidas en los artículos 513 y 514 de la Ley Federal de Trabajo, por lo que se requiere de reglas claras y precisas para tal fin y de su actualización y adecuación a los avances científicos.

Desastres ambientales

El territorio nacional está expuesto a innumerables fenómenos naturales; al estar dentro del Cinturón de Fuego del Pacífico se ve afectado por una actividad sísmica y volcánica importante. Su ubicación en una región intertropical lo hace sujeto de huracanes, ciclones y lluvias torrenciales, tanto del Océano Pacífico como del Atlántico; estos fenómenos no sólo impactan las costas sino que incluso llegan a penetrar el territorio, causando inundaciones y deslaves (*Figura 14*).

Mapa de peligros por incidencia de ciclones



Fuente: Atlas Nacional de Riesgos, CENAPRED, 2001.

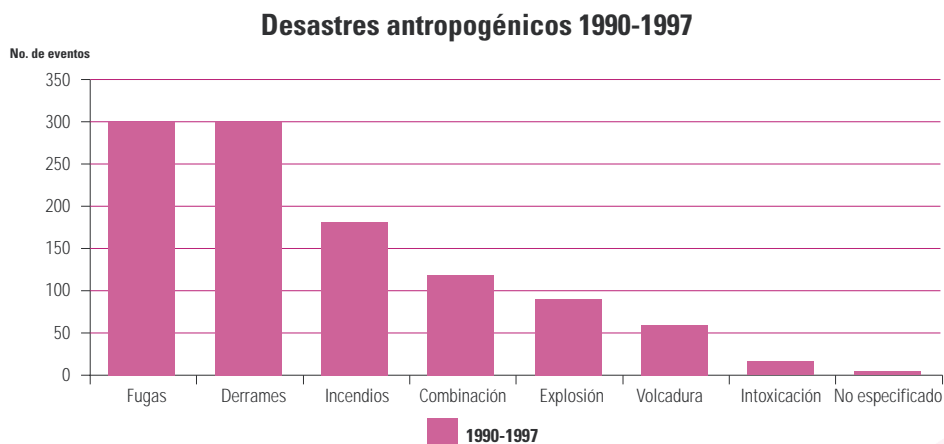
Figura 14

También se presentan lluvias de manera independiente a los ciclones que en muchas ocasiones llegan a ser más devastadoras que éstos, debido a los inadecuados asentamientos humanos alrededor de los cauces naturales de agua.

A consecuencia de los desastres naturales muchas comunidades ven deterioradas sus viviendas y cosechas, interrumpido el suministro de servicios básicos y comprometida la calidad sanitaria del agua y alimentos, provocando un riesgo a la salud de la población, principalmente en los grupos más vulnerables, niños, ancianos y personas enfermas.

Otro tipo de desastres son los propiciados por las actividades del hombre, principalmente la industria química y petrolera, los cuales involucran sustancias peligrosas, que contaminan el aire, el suelo y las fuentes de abastecimiento de agua, tanto superficiales como subterráneas; de entre éstos sobresalen las explosiones, los incendios, las fugas y los derrames de hidrocarburos (Figura 15).

Figura 15



Fuente: Primer diagnóstico nacional de salud ambiental y ocupacional, DGSA, COFEPRIS, 2002.

Servicios de salud

Los servicios de salud tienen dos componentes fundamentales: la prestación de servicios médicos y los de asistencia social. Los primeros a través de hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios y unidades médicas, y los segundos, por medio de albergues, orfanatos, centros de ayuda mutua o de atención de minusválidos, entre otros.

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios: las instituciones que atienden a la población no asegurada, distinguiéndose entre las más importantes a la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales y el Programa IMSS-Oportunidades; la de seguridad social, que comprenden al IMSS, al ISSSTE, las instituciones de las fuerzas armadas y de los trabajadores de PEMEX; y el sector privado formado por una gran diversidad de consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional. Los recursos físicos y humanos para la atención del sistema de salud se describen a continuación (Cuadro 4).

Cuadro 4
Recursos físicos y humanos del sistema de salud mexicano, 1999

| Recursos | Instituciones | | | Total |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------|---------|----------------------|
| | Públicas para no asegurados | Seguridad Social | Privada | |
| Hospitales | 509 | 478 | 447 | 1 434 ¹ |
| Camas de hospital | 35 616 | 41 698 | 16 094 | 93 408 ¹ |
| Clínicas y centros de salud | 13 912 | 3 436 | 2 355 | 19 703 ² |
| Médicos contratados | 59 200 ³ | 75 959 | 27 501 | 162 660 ⁴ |
| Enfermeras contratadas | 80 154 | 104 110 | 29 365 | 213 629 |

¹ Sólo se incluyen unidades con más de 15 camas.

² Se incluyen las unidades con menos de 15 camas, que en su conjunto suman 15 147 camas.

³ Las cifras de médicos se refieren a 1999, que informaron las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

⁴ La cifra de médicos privados incluye sólo los contratados en la unidad médica y que forman parte del personal de la misma, el total de médicos incluyendo los que tienen acuerdo especial en el sector privado es de 62 951.

Fuente: SSA, 1999.

La prestación de servicios de salud requiere de construcciones, de equipo, instrumental y otras tecnologías médicas; de manejo de medicamentos, reactivos y material de curación; de agua, aire y gases; material radioactivo, de laboratorio que cumplan con especificaciones para su adecuado funcionamiento y uso designado; de procedimientos de mantenimiento, limpieza y orden; disposición de residuos biológicos infecciosos, orgánicos, aguas residuales y basura, entre otros y un sistema que asegure que las especificaciones y disposiciones regulatorias sean aplicadas. Igual de importantes son las prácticas de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que deban estar calificados para la función que desempeñan y cumplan con requisitos mínimos obligatorios establecidos en la regulación y normatividad en vigor.

La certificación de la atención a la salud -diseño y seguimiento de las reglas para los distintos actores involucrados en la atención a la salud- ha quedado en manos de organismos no gubernamentales. Dicha certificación requiere que previamente se hayan satisfecho los requisitos mínimos obligatorios antes mencionados.

Los riesgos sanitarios generados por deficiencias en el funcionamiento o la capacidad técnica del personal de los servicios de salud son muchos y su impacto en la salud es diverso, ya que en los casos más graves, pueden incluso tener como consecuencia la defunción de los pacientes usuarios de los servicios, convirtiéndose así en una de las principales causas de mortalidad.

Producción y comercio de bienes e insumos para la salud

Los medicamentos, dispositivos médicos y material de curación, al igual que los órganos, tejidos y células de seres humanos, se consideran insumos para la salud. Cada uno con problemáticas y riesgos específicos.

Medicamentos

Son un insumo de primer orden para la atención de la salud. Deben garantizar su seguridad, su eficacia, su calidad terapéutica y el acceso equitativo de la población a los mismos y a sus beneficios. Es decir, se debe contar no solamente con medicamentos seguros, eficaces y de calidad, sino que además lleguen al menor costo a la comunidad que los necesita y los use racionalmente.

En el 2000 la industria farmacéutica mexicana tuvo ventas por cincuenta mil millones de pesos, 80% de las cuales se hicieron en el mercado privado y el 20 fueron ventas al gobierno. El 72% de los medicamentos fueron producidos por empresas de capital extranjero, y 28 por compañías mexicanas. Sólo 15% de éstos fueron genéricos.

El Diario Oficial de la Federación publicó el acuerdo en el cual se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables, siempre y cuando estén disponibles en el mercado nacional y con la garantía del Estado de las mejores condiciones a la población en cuanto a calidad, precio y oportunidad.

31 de mayo de 2001

El acceso a estos insumos es muy variable. Los derechohabientes de la seguridad social reciben los medicamentos que requieren sin pago de bolsillo pero actualmente con un serio problema de abasto. En las unidades de las instituciones para población no asegurada el problema es crónico. Una de las estrategias que se han diseñado para mejorar el acceso a los medicamentos es la política de genéricos, la cual cumple el papel importante de impulsar la competencia en el mercado y en la racionalización de los precios al consumidor, mejorando de esta manera el acceso a estos productos. A partir de 1997, esta estrategia fue asumida por la mayoría de los estados miembros de la OMS. Por ello, es de suma importancia seleccionar aquellos que realmente son esenciales para atender las principales patologías y ser la base terapéutica de la atención médica.

A efecto de garantizar a la población la calidad de los medicamentos genéricos es importante que la autoridad sanitaria se comprometa con la estrecha vigilancia de los requisitos técnicos que deben cumplir estos productos y específicamente los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia, así como la realización de una extensa difusión de los resultados.

Por su trascendencia para la integración regional de los mercados, en cuanto a los medicamentos, es conveniente señalar otros aspectos muy importantes, como son: la norma sobre las buenas prácticas de fabricación y el sistema de certificación de productos objeto de comercio internacional que han adoptado muchos países, en el cual las autoridades sanitarias de un país garantizan que el medicamento o insumo está registrado en el país de origen, que es fabricado con buenas prácticas de manufactura y que ésta es permanentemente vigilada.

Órganos y tejidos humanos

Al transferirlos de su sitio original a otro diferente funcionando, dentro de un mismo individuo o bien de un individuo a otro, se busca restaurar las funciones perdidas del mismo, sustituyéndolo por uno sano. Es importante destacar que hasta que los trasplantes con sujetos de otras especies o con órganos artificiales se hagan en forma recurrente, las únicas fuentes de órganos son humanas y por lo tanto se requiere de un donador vivo o de uno cadavérico. En la actualidad, superados muchos de los escollos técnicos, tratando de recurrir lo menos posible al donador vivo, un importante problema en casi todos los países del mundo lo representa la escasez de órganos frente al número de enfermos crónicos, algunos niños o jóvenes, que se encuentran en largas listas de espera, mientras día a día, ven mermar su salud y su calidad de vida.

En México, el primer trasplante renal se realizó en 1963; desde entonces se han abierto más de 85 centros de transferencia renal y más de 75 de córneas. Actualmente existen centros de trasplante de órganos en 26 de las 32 entidades federativas, y de acuerdo con los datos del Centro Nacional de Trasplantes de 1989 al 2002, se han efectuado 34 695 trasplantes cifra a todas luces insuficiente, ya que sólo en el año 2000 fallecieron 94 803 personas a consecuencia de enfermedades isquémicas del corazón y pulmonar obstructiva crónica; cirrosis y otras enfermedades del hígado, y nefritis y nefrosis.

La complejidad del proceso de donación y trasplante pone a prueba todos los estamentos sociales, por lo que es imprescindible la mayor precisión y transparencia en la regulación a la cual deben sujetarse los procedimientos legales, médicos, quirúrgicos y administrativos que implica la práctica de trasplantes. En este sentido compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes.

El 28 de abril del 2000 fue aprobada por el Poder Legislativo, la iniciativa que reformó la Ley General de Salud en materia de donación de órganos, en cuyo texto se destaca el propósito de fundamentar las normas relativas a los trasplantes. La iniciativa de reforma fue sustentada en cuatro elementos centrales: el respeto a determinados principios esenciales de contenido jurídico, social y moral; la donación; los trasplantes, y las precisiones técnicas sobre la pérdida de la vida.

El titular de Salud explicó que se hace un intenso trabajo con el Poder Legislativo para construir los consensos necesarios para un nuevo diseño jurídico que facilite la donación de órganos y, además, garantice el respeto de los valores y proteja a la población contra cualquier práctica ilícita vinculada al trasplante de órganos.

8 de octubre de 2002

Las actividades sujetas a control sanitario son: las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, las relacionadas con estos así como con los establecimientos que los

utilicen o manejen con fines de enseñanza o investigación además de la asignación de órganos, tejidos y células y la supervisión de los profesionales que intervengan en la extracción de órganos y tejidos o en trasplantes.

Los riesgos sanitarios presentes en esta materia, tanto para los donadores vivos como para los receptores de órganos, son tan diversos como variados son los componentes que en ellos participan, desde la compatibilidad de los órganos a ser trasplantados, la calificación del personal médico y paramédico que en ellos se ven involucrados, hasta la disponibilidad y acceso a los medicamentos inmunosupresores y la tecnología y equipamiento médico, entre otros.

Sangre y hemoderivados

La transfusión sanguínea es una importante alternativa en el arsenal terapéutico, sin embargo, puede ser un excelente vía para difundir o transmitir un gran número de infecciones tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis B y C, la tripanosomiasis americana o enfermedad de chagas, sífilis y paludismo, entre otras.

En la protección de la población contra el riesgo de adquirir un infección por la vía transfusional asegurando la calidad de la sangre y de los hemocomponentes que se van a transfundir, intervienen diversos factores que contribuyen a disminuir el riesgo y a elevar la calidad final de los bancos de sangre y servicios de hemoterapia. Entre estas medidas se destacan:

- Donación voluntaria y gratuita de sangre.
- Tamizaje clínico.
- Tamizaje serológico.
- Pruebas inmunohematológicas.
- Uso racional de la sangre y hemoderivados.

Conforme a la información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en todos los países de América excepto Cuba, se presenta un importante déficit de sangre. Según cálculos de la OMS, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Luna Roja, para que un país tenga suficiencia de sangre debe colectar el equivalente del 5% de la población. En América sólo Cuba cumple esta meta, Estados Unidos tiene 4.6%, Canadá 3.3%, Uruguay 3.5% y en el Caribe, Curazao alcanza 4.1% y Aruba 3.5%. El resto de los países de la región entre ellos México alcanza un nivel aproximado del 1%.

Las actividades sujetas a control sanitario son de manera general la disposición de sangre humana, sus componentes sanguíneos y de células progenitoras hematopoyéticas; así como las relacionadas con su disposición y de los establecimientos en donde son realizadas estas actividades.

Efectos sociales y económicos de los riesgos sanitarios

La estimación del efecto económico de los riesgos sanitarios debe de considerar el costo del tratamiento de la enfermedad, servicios médicos, medicinas y hospitalización; las pérdidas por horas hombre no laboradas, calculadas de acuerdo con el costo de oportunidad del trabajador antes de su enfermedad, el monto que cubre la sociedad por la disminución de las capacidades de los individuos enfermos, discapacitados y muertos prematuramente; la caída de competitividad en la industria, el comercio y el turismo; la reducción de puestos de trabajo; los impactos en el ahorro familiar y nacional; y las repercusiones en la inversión y en el producto interno bruto (PIB).

El aumento en la esperanza de vida de la población puede traer importantes transformaciones en las relaciones sociales, la demanda de servicios de salud y pensiones, así como en requerimientos asistenciales orientados a una creciente población de ancianos, discapacitados y pacientes terminales de enfermedades crónicas y degenerativas, que para su atención requieren de materiales de curación, medicamentos y tecnologías de alto costo, así como de recursos humanos especializados, lo que genera una presión presupuestal nunca antes vista, que recae sobre la población económicamente activa.

Las formas de organización social, que son inherentes a los procesos de industrialización y urbanización, también han provocado diversos estilos de vida que, sumados al creciente efecto de las intervenciones en salud, han cambiado la magnitud relativa de la exposición a riesgos sanitarios y en consecuencia las causas de enfermedad y muerte.

La población al tener mayores expectativas de vida, será más vulnerable a las consecuencias de la exposición prolongada a factores de riesgo crónicos. Haber aumentado la expectativa implica nuevos retos, como el de hacer que la edad avanzada sea disfrutable, con menores discapacidades y secuelas.

Es de subrayar que también se presenta un cambio en la oferta laboral al aumentar la necesaria participación de la mujer y la edad de retiro a nivel mundial. Los sistemas de pensiones y de salud tipo pagos definidos, están en crisis y atraen recursos fiscales crecientes para pensiones. Además, atender las condiciones de salud de la fuerza laboral tiene un impacto inmediato y directo sobre la economía nacional. Las pérdidas económicas totales causadas por enfermedades y lesiones ocupacionales son cuantiosas y representan una pesada carga. Por lo tanto, además de los aspectos de salud, el mejoramiento de las condiciones de trabajo constituyen una inversión económica.

La contaminación en playas, agua y en los alimentos suministrados a los turistas en hoteles y restaurantes generan desconfianza y afectan negativamente la competitividad de los destinos turísticos mexicanos. Asimismo, el intercambio internacional de alimentos impone la necesidad de asegurar la calidad sanitaria, desde su generación en donde quiera que esta ocurra, hasta su servicio y consumo. Dentro de los problemas que afectan el comercio internacional de alimentos y causan pérdidas económicas importantes, están las detenciones en destino, debido a diversas contaminaciones y la necesidad de aplicar controles a las importaciones de alimentos similares o equivalentes a las aplicadas a los nacionales. Las pérdidas de empleo y de ingreso de divisas consecuentes son relevantes.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios permitirá garantizar la protección de la salud frente a la apertura económica y tener maniobra, con todo rigor técnico, en la defensa nacional cuando otros países imponen barreras no arancelarias.

Julio Frenk Mora, 14 de diciembre de 2001

Por último y no por ello de menor importancia, los precios para el consumo de agua limpia han estado ampliamente subsidiados, lo que limita la inversión para el tratamiento y reciclado de aguas residuales. Como sólo el 23% de aguas recolectadas procedentes de localidades urbanas y el 15% de las descargas industriales reciben tratamiento, las aguas superficiales ya contaminadas no se pueden reutilizar. Esto ha hecho que la presión sobre los mantos acuíferos subterráneos crezca en forma más que proporcional al aumento de la población y de sus actividades. Para México, el asegurar el abasto de agua de calidad y en cantidad suficiente para atender las necesidades de la sociedad a y sus actividades económicas, ha adquirido tal prioridad que el agua se ha declarado "recurso estratégico y de seguridad nacional".

III. ¿A dónde queremos llegar?



III. ¿A dónde queremos llegar?

A fin de responder a los retos que plantean las transiciones, al inicio de la actual Administración se tomó la decisión de reformar el sistema de regulación sanitaria, además de vincularlo con metas de resultados en materia de salud pública.

Esta transformación de la capacidad rectora de las autoridades sanitarias implicó, entre otras cosas, replantear el lugar que ocupa la salud en el contexto de las tendencias sociales y económicas actuales, contrastarla con el modelo de desarrollo y convocar a una creciente participación en el quehacer sanitario de los tres órdenes de gobierno y de la sociedad.

Por lo tanto, se integraron todas las funciones propias de la regulación y el fomento sanitarios, en un sólo órgano que unificara y diera homogeneidad a las políticas en la materia y que contara con suficiente autonomía técnica, administrativa y operativa. Es así como surge la COFEPRIS, cuyo ámbito de competencia se muestra en la *figura 16*.

Ámbito de competencia de la COFEPRIS



Figura 16

En un sentido más amplio, la creación de la COFEPRIS es parte de las acciones para fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud tal como lo señala el PRONASA; responde al propósito de transitar de la vigilancia y el fomento sanitarios hacia la protección contra riesgos sanitarios que permita especializar las funciones regulatorias, para trabajar en forma sinérgica, integrando el ejercicio de las funciones de vigilancia y verificación sanitaria y encargándose de instrumentar la política nacional correspondiente.

El esquema que se utilizó en las dos últimas décadas para reducir y eliminar los efectos en la salud asociados a la calidad sanitaria de productos, servicios y factores ambientales y laborales, mediante el reforzamiento y la modernización de la regulación y el fomento sanitarios, tuvo importantes logros. No obstante, la evolución dinámica de la ciencia y la tecnología, y del entorno social, político y económico del país y el mundo, ha traído la necesidad de aplicar nuevos enfoques, que permitan avanzar más eficientemente hacia la consecución de los objetivos señalados para esta materia en el PRONASA.

Así, el reto de la equidad impone enfrentar con nuevos instrumentos los problemas del rezago acumulado, como las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la zoonosis y los problemas materno infantiles, que deben corregirse; pero al mismo tiempo, atender los eventos emergentes, como las enfermedades no transmisibles, los riesgos ocupacionales y ambientales y los efectos de la publicidad en la salud. La reducción y la eliminación de los riesgos sanitarios jugarán así un papel preponderante para disminuir los gastos excesivos en salud, que afectan principalmente a las clases más desprotegidas de la población.

Misión

Cuando la exposición a riesgos sanitarios es involuntaria a la población, quedan fuera de su control las medidas para protegerse de los mismos, por ello corresponde al Sistema Federal de Protección Sanitaria la responsabilidad de llevar a cabo las intervenciones pertinentes a fin de cuidarla; para facilitar su aplicación y éxito, se hace necesaria la corresponsabilidad de la sociedad.

Así, la misión del Sistema Federal de Protección Sanitaria es:

PROTEGER A LA POBLACIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Mediante la evaluación de riesgos sanitarios y la aplicación oportuna y eficaz de las medidas de intervención necesarias para prevenirlos, minimizarlos o eliminarlos, a partir de una adecuada comunicación de riesgos a la población que facilita la protección de su salud.

Visión

LOGRAR UNA SOCIEDAD SANA DEBIDAMENTE PROTEGIDA CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Alcanzar una cultura de la salud sustentada en el avance científico y desarrollo tecnológico, en valores y principios que propicien la corresponsabilidad de la sociedad con la autoridad sanitaria, y en acciones para proteger la salud de la población, mediante la eficiente caracterización de los riesgos sanitarios y la oportuna aplicación de intervenciones para prevenirlos, suprimirlos o erradicarlos. Esta visión se logrará al:

- Evaluar eficazmente los riesgos sanitarios.
- Disponer de programas y estrategias eficaces y eficientes.
- Mejorar la cantidad y calidad de los recursos.
- Aplicar con eficiencia y oportunidad las medidas de protección sanitaria.
- Articular el Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Comunicar eficazmente a la población los riesgos sanitarios y las intervenciones aplicables.
- Contar con la participación y corresponsabilidad de la sociedad.

Valores y principios

Para la protección contra riesgos sanitarios son fundamentales los valores contemplados en el PLANADE: legalidad, gobernabilidad democrática, federalismo y la transparencia y rendición de cuentas. Los valores del Sistema Federal de Protección Sanitaria soportan la misión, visión y objetivos con los que se fortalecerá la capacidad institucional para lograr el uso eficiente del presupuesto y la simplificación de procesos, al mismo tiempo que se modernizará el marco jurídico vigente a fin de cumplir con los objetivos estratégicos e instrumentar la normatividad. Con el PROSA se impulsará una cultura sanitaria que propicie la toma de conciencia entre los ciudadanos, y que contemple los siguientes valores y principios:

- **Equidad:** resarcir las brechas de desigualdad entre la población.
- **Honestidad:** proceder con rectitud, integridad y transparencia en todos los procesos y órdenes de gobierno.
- **Imparcialidad:** garantizar que las decisiones sean iguales para todos los usuarios que demanden servicio, a través de un trato objetivo y equitativo basado exclusivamente en la ley.
- **Responsabilidad:** cumplir con los retos que plantea el PROSA en tiempo, forma y calidad.
- **Espíritu de servicio:** el común denominador de todos los integrantes del Sistema Federal de Protección Sanitaria es servir al usuario y a la sociedad en general.
- **Eficacia:** vigilar los costos y fomentar el desempeño tanto general como individual.
- **Trabajo en equipo:** unificar talentos individuales y competencias distintivas entre los miembros del Sistema Federal de Protección Sanitaria para integrar esfuerzos en una sinergia de voluntades y capacidades organizacionales.
- **Desarrollo humano:** asumir un compromiso con la evolución de la competencia técnica y humana, para garantizar una gestión con base en méritos que estimule el compromiso individual y la excelencia técnica, así como;
- **Incorporar tecnología de punta:** en sistemas y procedimientos de evaluación, operación y comunicación de riesgos y la aplicación de reingeniería a los sistemas y procedimientos.

La protección contra riesgos sanitarios

La protección contra riesgos sanitarios, vista como una de las funciones esenciales de la salud pública, corresponde al conjunto de acciones que lleva a cabo el Estado para orientar la regulación, el control y el fomento sanitarios hacia un propósito que asegure la respuesta anticipada, ágil y eficiente de la autoridad sanitaria ante la identificación, caracterización y cuantificación de los riesgos para la salud, derivados de las condiciones sanitarias del hábitat humano, de los productos de uso o consumo, los establecimientos, los servicios, y la publicidad. La realización de esas actividades requerirá la articulación funcional y operativa de los diversos órdenes de gobierno responsables de los actos de autoridad sanitaria.

Los cuatro campos de acción

- **Evaluación y análisis de riesgos:** identifica los peligros, mide la exposición y dosis-respuesta, y de la caracterización del riesgo aplica oportuna y eficientemente las medidas más apropiadas de protección contra riesgos sanitarios. El análisis de riesgos se coloca así en el eje del proceso para proteger a la población dando marco a los campos del fomento, la regulación y el control sanitarios.
- **Fomento:** favorece el control de los peligros del entorno con acciones no regulatorias. En este contexto, es una de las principales herramientas del manejo de riesgo, ya que fortalece la corresponsabilidad de la participación de la comunidad y de las autoridades sanitarias en sus tres órdenes, propicia la mejora regulatoria y tiene un contexto eminentemente preventivo.
- **Regulación:** fundamenta las acciones de control sanitario y establece las políticas para la administración de los servicios, mediante leyes, reglamentos, normas, decretos, acuerdos y convenios. Incluye los estudios y dictámenes técnicos y lineamientos de organización administrativa y la normalización de las diversas materias del saneamiento básico, de la salud ambiental y ocupacional, de la sanidad internacional y de la publicidad sanitaria.
- **Control:** verifica que los establecimientos, servicios, actividades, productos, equipos y personas cumplan con los requisitos y condiciones establecidos por la legislación sanitaria. Además de garantizar la observancia de las disposiciones sanitarias de las personas sujetas a regulación.

Su operación a través de dos componentes: COFEPRIS y Sistema Federal de Protección Sanitaria

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

El esquema tradicional para ejercer la protección contra riesgos sanitarios estaba fraccionado por especialidades y a cargo de diversas unidades administrativas de la Secretaría de Salud; y aún cuando se encontraba dentro del marco jurídico, ocasionaba la instrumentación de políticas, estrategias y actividades administrativas muy diversas, lo cual conllevaba complicaciones en la relación entre la autoridad y los sectores productivos.

En ese sentido, se estimó que los establecimientos de salud, las empresas productivas y en consecuencia la población en general, se beneficiarían con la homogeneización en la operación, de las políticas, estrategias y mecanismos administrativos para el ejercicio de las funciones de regulación, fomento y control sanitario por darse la actuación de la autoridad en un ámbito de mayor transparencia y certidumbre especialmente si además, contara con el sustento correspondiente en la mejor y mayor evidencia técnica y científica disponibles.

En este contexto y para fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, el Congreso de la Unión analiza una iniciativa para incorporar a la COFEPRIS a la Ley General de Salud, mediante una reforma que adiciona tres aspectos fundamentales a su Artículo 17, a saber:

- Declaración de que corresponderá a la COFEPRIS ejercer las atribuciones de la Secretaría de Salud, en cuanto a Protección Contra Riesgos Sanitarios en las materias señaladas en el artículo 3° de la Ley General de Salud y descripción de las competencias de la COFEPRIS.
- Otorgamiento de la autonomía administrativa, técnica y operativa a la COFEPRIS y el origen de su presupuesto.
- Destino de los recursos que por concepto de derechos y aprovechamientos percibirá la COFEPRIS al mantenimiento, conservación y operación de los servicios que proporcione, conforme a lo que establezca el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Sistema Federal de Protección Sanitaria

La reforma jurídica que condujo a la creación de la COFEPRIS considera como uno de sus fundamentos el diseño de la política de Protección Contra Riesgos Sanitarios como de competencia exclusiva del Gobierno Federal; por lo tanto se encuentra centralizado en la Secretaría de Salud. Sin embargo, el ejercicio de las atribuciones en la materia se deberá coordinar con entidades federativas mediante acuerdos.

Este ejercicio de facultades por las entidades federativas debe ser congruente con sus capacidades y prioridades. En este sentido, la integración del Sistema Federal de Protección Sanitaria implica el ejercicio extenso y coexistente de facultades por el Gobierno Federal y las entidades federativas así como la construcción de la capacidad de respuesta, el financiamiento y la equidad para acometer de forma decidida los grandes retos nacionales en la materia. Ampliar la competencia bajo el modelo de coordinación con las entidades en cuanto a: análisis de riesgo estatal y jurisdiccional, fomento sanitario, autorizaciones, vigilancia, información y atención de emergencias, entre otros, es consistente con lo que postula el PRONASA para fortalecer el federalismo cooperativo preservando los principios de solidaridad y corresponsabilidad.

Desde la perspectiva de la salud, el federalismo cooperativo articula un sistema que da fuerza y solidez a la Federación. En un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes órdenes de gobierno y mediante un proceso de revisión dinámica, se hace la distribución equilibrada del ejercicio de facultades para responder a las necesidades cambiantes del Sistema Nacional de Salud. Con esto, se busca llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una reasignación más equitativa de oportunidades y seguridades entre los distintos órdenes de gobierno.

Esta contribución de las entidades federativas en la protección contra riesgos sanitarios está precedida de una larga tradición en acciones de regulación, control y fomento sanitarios. Son múltiples las evidencias de dicha participación, por ejemplo: en el control sanitario de establecimientos, servicios de la entidad de los productos elaborados y suministrados y de las importaciones en la atención de programas prioritarios y emergencias sanitarias y ambientales; por eso, el papel que desempeñan no sólo es necesario, sino insustituible, para la operación y el desarrollo del Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Si bien los instrumentos regulatorios continúan siendo indispensables para la legalidad de las acciones de control sanitario, se hace necesario ahora redefinir su desarrollo y aplicación, pero con una nueva perspectiva que basada en la adecuada evaluación de riesgos se enfoque hacia la oportuna y eficiente aplicación de las medidas de protección contra dichos riesgos. Para ello, hay que considerar que las características propias de los individuos, las familias y las comunidades, sus hábitos y costumbres, así como las condiciones de los lugares donde habitan y trabajan, son las que determinan sus patrones específicos de exposición y por ende, la probabilidad que tienen de enfermar o morir; por lo tanto, la capacidad que se desarrolle para medir esos riesgos proporcionará los medios para intervenir con medidas de protección que los reduzcan o los eliminen eficazmente.

En efecto, la evaluación de riesgos, busca la identificación anticipada de los factores que influyen en los individuos o en los grupos de población y cuantifica la probabilidad que tienen de enfermar, accidentarse o morir por una causa determinada. Para ese fin, es conveniente tomar en cuenta que la evaluación de riesgos es una disciplina en dinámico desarrollo por lo que aún no se tienen determinados todos los riesgos sanitarios; para ello es necesario además, transformar la estructura y los procesos existentes, así como fortalecer la capacidad técnica del personal y de la infraestructura para facilitar el orientar las acciones con ese nuevo enfoque.

La administración o manejo de riesgos se basa, por lo tanto, en la hipótesis de que cuanto más precisa es la medición del riesgo más claramente será comprendida la necesidad de ayuda y mejor (o más eficaz) será la respuesta. Tomando en cuenta que diversos factores de riesgo para la salud se originan por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias, así como por factores ambientales y ocupacionales y la publicidad, la evaluación de riesgos tendrá utilidad para:

- Identificar fuentes de daño potencial y poblaciones en riesgo.
- Dimensionar la probabilidad de que ocurran dichos daños.
- Medir la magnitud de sus consecuencias en la salud y en la economía.
- Anticipar las acciones, ya sean estas regulatorias o no regulatorias, preventivas o correctivas, para prevenir, reducir o eliminar los riesgos.

IV. ¿Qué camino vamos a seguir?



IV. ¿Qué camino vamos a seguir?

A partir de los objetivos del PRONASA, que buscan mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, el PROSA se plantea como objetivos estratégicos los siguientes:

- Proponer, instrumentar y evaluar la política nacional en materia de protección contra riesgos sanitarios.
- Mejorar el proceso de protección contra riesgos sanitarios.
- Ampliar su cobertura.
- Dar respuesta a las emergencias sanitarias.
- Crear una cultura sanitaria en la población.

Políticas

El ejercicio de las funciones de protección contra los riesgos sanitarios deberá coadyuvar al logro de sus objetivos bajo el esquema de: atención de necesidades prioritarias, apego a la normatividad y obtención de resultados, responsabilidad compartida con las entidades federativas y conocimiento público de los resultados a través de las políticas:

- Evidencia técnica y económica.
- Legalidad.
- Efectividad.
- Fortalecimiento del federalismo.
- Transparencia y rendición de cuentas.
- Enfoque integral.

Evidencias técnicas y económicas

El motor operativo del PROSA será su capacidad de determinar las medidas que mejor protejan la salud de la población, los procesos productivos y la economía nacional sustentadas en información científica. Así, la recopilación de evidencias técnicas y económicas y el análisis macro y micro-sanitario serán de vital importancia para sustentar la toma de decisiones para la solución de los problemas.

Análisis macro-sanitario

El PROSA tiene un enfoque descriptivo y de seguimiento de las condiciones de salud con el propósito de integrar los indicadores de morbilidad, mortalidad y otros globales, así como prever el entorno económico y las condiciones de salud que lo determinan y en el que influyen. Este tipo de análisis requiere de una actualización permanente y desarrollo a través de sistemas de vigilancia y encuestas que permitan:

- Valuación del impacto económico (producción nacional, importaciones e incorporación de exportaciones, entre otras).
- Estimación de basales a nivel nacional de agua y aire, peligros químicos y biológicos, riesgos atribuibles por alimentos, medicamentos, ambiente laboral y publicidad entre otros.

Análisis micro-sanitario

Mediante el enfoque causal de condiciones y efectos específicos en la salud, el Sistema Federal de Protección Sanitaria define criterios sanitarios de evaluación, análisis comparativo y diagnóstico del riesgo y dictámenes técnicos que sustenten la toma de decisiones. Este enfoque fortalecerá la realización de actividades determinadas a nivel regional y local, que aporte el dominio de la percepción de riesgo de la población. Esta será una actividad de construcción continua para determinar el patrón de exposición poblacional y con éste, la probabilidad de daño.

Legalidad

De acuerdo con el PLANADE y el PRONASA, en relación con el fortalecimiento del federalismo y con fundamento en el derecho a la protección a la salud, se busca la promoción ante el poder Legislativo de las modificaciones necesarias a la legislación vigente y un proceso de revisión de regulaciones. El marco jurídico que atañe a la calidad sanitaria se desarrollará y fortalecerá por medio de:

- Adecuaciones a la Ley General de Salud mediante una iniciativa de adiciones de los artículos 17° bis, 17° bis 1, 17° bis 2, y 17° bis 3 de la Ley General de Salud para incorporar su existencia institucional y atribuciones dentro de este ordenamiento. A través de estas reformas se adecuarán diversas disposiciones en materia de riesgos sanitarios: en lo relativo al control y vigilancia sanitaria de los establecimientos de salud, de transplante de órganos; tejidos y hemoderivados; a los derechos e ingresos que reciba el Sistema Federal de Protección Sanitaria y a la autonomía administrativa técnica y operativa del mismo.
- Emisión y revisión de normatividad a fin de contar con un marco regulatorio depurado y acorde con las demandas de la sociedad y el entorno actual.
- Acuerdos de Coordinación con los estados en donde se incluirá el apoyo a programas y proyectos.

Efectividad

La efectividad en los programas y líneas de acción está en relación con la nueva visión institucional y la reestructura orgánica orientada hacia los procesos, para proporcionar servicios de calidad.

- Modificación de la estructura organizacional con base en procesos.
- Consolidación ingreso-gasto.
- Integración del Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Capacitación y desarrollo del personal conforme con el diagnóstico de necesidades.
- Simplificación de trámites a los usuarios.
- Transformación de los sistemas de apoyo existentes.

Fortalecimiento del federalismo

El PROSA pretende ampliar la competencia y autonomía técnica mediante acuerdos de coordinación con las entidades federativas que apoyen y permitan conducir y operar los servicios de vigilancia de los establecimientos, productos, actividades y servicios para proteger a la población contra riesgos sanitarios, de tal manera que la actividad sanitaria esté al alcance de todos y sea congruente con las condiciones particulares sociales y económicas de cada localidad. De esta manera se hará efectivo el federalismo cooperativo y los programas preventivos derivados del PLANADE y del Sistema Nacional de Salud, que fundamentan su actuación en la corresponsabilidad y la colaboración de acciones teniendo como base:

- Integración de un Sistema Federal de Protección de Sanitaria en el marco de la legislación vigente y bajo el principio de colaboración y coordinación de acciones entre las entidades federativas y el Gobierno Federal.
- Innovación y desarrollo organizacional sustentados en la incorporación de técnicas y métodos de vanguardia que posibiliten una gestión acorde con las necesidades planteadas por el entorno y las particularidades de cada estado y municipio.
- Fortalecimiento de la capacidad financiera de cada entidad federativa en materia de protección contra riesgos sanitarios.

Federalización del sistema de protección

La coordinación del ejercicio de facultades consiste en el compromiso y la corresponsabilidad permanente de los gobiernos de los estados y la Federación para proteger, promover, restaurar y conservar la salud de la población, tomando en cuenta su intervención y motivando la participación ciudadana. Por lo tanto, los acuerdos de coordinación incorporarán, como mínimo, los siguientes compromisos.

SSA/COFEPRIS

- Establecer marco jurídico, políticas rectoras y procedimientos.
- Desarrollar sistemas electrónicos para el Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Absorber costo de estudios y equipos, capacitación y desarrollo del personal.
- Supervisar y vigilar el cumplimiento de metas e indicadores.

Estados/COFEPRIS

- Ejercer fomento y control sanitarios en establecimientos, productos y servicios.
- Incorporar un sistema automatizado para consulta pública.
- Gestionar actualización de trámites y servicios.
- Apoyar a terceros en el ejercicio de facultades.
- Verificar el cumplimiento de disposiciones técnicas y administrativas.
- Administrar trámites y recursos del Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Permitir la supervisión técnica para evaluar el cumplimiento.
- Alentar la participación de los municipios y de la comunidad.

COFEPRIS/Estados

- Realizar estudios de evaluación y análisis de riesgo.
- Impulsar la modernización y simplificación regulatoria y el desarrollo organizacional.
- Optimizar recursos, estandarizar y simplificar procesos.
- Fortalecer la infraestructura tecnológica y de apoyo del Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Agilizar y dar transparencia a las actividades.

Con la reestructuración organizacional del Sistema Federal de Protección Sanitaria se pretende unificar criterios para el diseño y la instrumentación de políticas, estrategias y mecanismos de administración con un enfoque de procesos a fin de dar respuesta eficaz y de calidad a las demandas de la población. En una primera etapa (2002-2003) la COFEPRIS se organizará bajo un esquema de administración en torno a cinco procesos básicos (*Figura 17*):



Figura 17

Estos procesos se sustentan en el diseño de sistemas de legalidad, información y apoyo administrativo.

- **Evidencia y Análisis de Riesgos.** Se revisarán los elementos que demuestren la existencia del riesgo, se procederá a analizarlos y a verificar los efectos nocivos para determinar la prioridad, su costo y el alcance del riesgo.
- **Fomento Sanitario.** Se aplicará el conjunto de medidas no regulatorias para promover la divulgación, capacitación en el cumplimiento de las disposiciones sanitarias y para mejorar así las condiciones de salud, con la colaboración y corresponsabilidad de los diversos sectores de la comunidad.
- **Evaluación y Autorizaciones Sanitarias.** Se instrumentarán estándares de medición de acuerdo con el giro de los establecimientos, productos o servicios para medir las consecuencias del riesgo y expedir los permisos y/o licencias correspondientes.
- **Operación Sanitaria.** Se verificará el cumplimiento de las políticas, normas y procedimientos para la operación de los establecimientos, productos y servicios sujetos a regulación sanitaria.
- **Constatación y Ampliación de Cobertura.** Se prestarán servicios de pruebas analíticas a las entidades federativas y a los establecimientos, productos y servicios sujetos a regulación sanitaria, y se ampliará la cobertura a través de la red federal de laboratorios de salud pública y de terceros autorizados.
- **Planeación y Sistema de Ventanilla.** Se integrarán y unificarán los servicios para una atención inmediata, tomando en cuenta el factor de exposición general de la población y del grado de riesgo que implique.
- **Registro e Información.** Se llevará un control para la evaluación de las demandas de atención emergentes, que contenga el historial desde su inicio hasta las medidas que se adopten para su respuesta, así como de la información que se proporcione sobre el avance.

En una segunda etapa (2003-2006), se estima que esta mejora de procesos deberá quedar implantada en las entidades federativas para la debida operación del Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Transparencia y rendición de cuentas

Asimismo el Sistema Federal de Protección Sanitaria deberá dar transparencia a sus acciones y rendir cuentas, vincular a la sociedad y reforzar el control interno.

Dar transparencia y rendición de cuentas

Con el fin de que la sociedad pueda evaluar las acciones y compromisos de gobierno, el Sistema Federal de Protección Sanitaria difundirá los resultados mediante la incorporación de un sistema de información y adoptando un modelo estratégico de administración y de reingeniería de procesos. Todo ello para ampliar la capacidad de respuesta gubernamental y fomentar la confianza ciudadana en las instituciones. La transición permitirá que la sociedad participe a través de vías permanentes de consulta social, también se promoverá la participación del Congreso de la Unión y de las legislaturas locales lo que propiciará la vinculación con la sociedad, el reforzamiento del control interno y la atención de áreas críticas de ilegalidad.

Vincular con la sociedad

Con el propósito de establecer vinculación con la comunidad el Sistema Federal de Protección Sanitaria contará con: un Consejo Interno que apoye la articulación de políticas públicas, integrado por secretarías de Estado vinculadas con la competencia del Sistema Federal de Protección Sanitaria y las secretarías de salud de las entidades federativas; un Consejo Consultivo Mixto que legitime las acciones, formado por organizaciones representativas de productores y organismos de profesionales; y un Consejo Científico compuesto por investigadores y académicos de distintas especialidades que ajustará sus decisiones a principios científicos y técnicos.

Reforzar el control interno

Es fundamental para verificar el cumplimiento del PROSA en su dimensión programática, financiera, presupuestal y de gestión que posibilite la evaluación y retroalimentación al sistema de administración estratégico del Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Enfoque integral en el sector salud

Es misión del Sistema Federal de Protección Sanitaria buscar la disminución de riesgos para proteger a la población. En este contexto, el enfoque estratégico sobre los temas de salud debe realizarse en tres niveles: el nacional, el regional y el multilateral.

Así, se contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral, fortalecer las conductas que la benefician, promover políticas públicas que favorezcan la salud, apoyar la creación de entornos saludables

y reforzar el poder de las comunidades. Asimismo, se plantea la necesidad de democratizar la atención de la salud, lo cual implica además del acceso universal a los servicios, una racional y eficiente protección contra riesgos relacionados con los procesos de producción de bienes y servicios y de los impactos al medio ambiente nocivos para la salud de la población.

La globalización y la nueva economía crean oportunidades para México de avanzar en su desarrollo, pero también presentan enormes riesgos que podrían recrudecer la situación actual de rezago económico y tecnológico. La competencia ha entrado en todos los ámbitos de la actividad económica permitiendo a personas de todo el mundo tener acceso a servicios y productos que anteriormente eran bienes no comerciables. En ese escenario la regulación de muchas actividades y sectores productivos resultaba excesiva y, en algunos casos, poco aplicable, además de imponer altos costos, limitar la competencia, discriminar entre diversos agentes económicos, desalentar la productividad y asignar de forma ineficiente los recursos provocando distorsiones en los mercados que castigaban a quienes disponían de menor capacidad de inversión y les obligaba a incumplir sistemáticamente la regulación o a utilizar instrumentos de economía subterránea o informal, situación que afectaba la actividad económica en general.

Comercio, inversión y política sanitaria tienen que ajustarse en una armonía que facilite la competitividad y la cooperación de manera que la política sanitaria cumpla con su cometido de proteger la salud de la población de potenciales riesgos, así como evitar que sea utilizada como instrumento ilegítimo de protección del comercio y desviación de inversiones.

Programas

Para reducir los riesgos sanitarios derivados de las transiciones epidemiológica, poblacional, económica y social descritas en el capítulo I y para responder a los retos de la protección contra riesgos sanitarios y a la visión y misión determinadas en los capítulos II y III, el camino que seguirá el Sistema Federal de Protección Sanitaria está descrito en programas, estrategias y líneas de acción. Los programas son el mecanismo para dar respuesta a las necesidades actuales; consideran los temas que la sociedad demanda atender, así como los recursos con los que se cuenta. De aquí que el PROSA tiene ocho programas básicos:

- 1. Rectoría:** incluye fundamento legal, vinculación con la sociedad, organización; capital humano; tecnología de constatación y verificación; de sistemas administrativos, informáticos, de investigación y vinculación, cobertura de servicio; mecanismos de rendición de cuentas y atención a riesgos emergentes.
- 2. Agua:** incluye los atributos de calidad microbiológica, química, física y manejo de aguas residuales.
- 3. Aire:** incluye su calidad en áreas urbanas; rurales; del aire interior afectada por el tabaquismo o por la combustión de leña y carbón.
- 4. Alimentos y otros productos de consumo:** incluye los atributos de calidad microbiológica, química y física; las zoonosis; el enriquecimiento nutricional de los alimentos; los aditivos y los organismos genéticamente modificados; las bebidas alcohólicas; los productos de belleza y; otros productos para uso y consumo humano.

5. **Comercio exterior:** incluye las importaciones y exportaciones.
6. **Productos y servicios para la salud:** comprende medicamentos, tecnologías y otros insumos para la salud; servicios médicos; servicios de asistencia social; órganos, tejidos y sangre segura.
7. **Riesgos del trabajo:** incluidos el trabajador en su entorno de trabajo y el proceso de trabajo, y su interrelación que puede dar lugar a efectos en la salud de los trabajadores, accidentes y enfermedades de trabajo.
8. **Sustancias tóxicas:** comprenden la exposición a sustancias tóxicas como metales y metaloides, residuos de plaguicidas o herbicidas, por diferentes vías y vehículos.

Estrategias y Líneas de Acción

Estrategias y líneas de acción son las vías que focalizan los programas en la población objetivo; es decir, aquellas se materializan a través de las estrategias. Las tres primeras: **“abatir el rezago”**, **“cobertura básica”** y **“previsión del desarrollo”**, son sustantivas para el Sistema Federal de Protección Sanitaria y se orientan a: abatir los riesgos derivados de la inequidad del desarrollo económico y social en México, proporcionar a la población la seguridad de una cobertura básica contra riesgos sanitarios y tomar previsiones para instrumentar un sistema que regule a la industria, el control de productos y procesos derivados de nuevas tecnologías y prevenga la transferencia internacional de riesgos resultado de la importación y exportación de productos y servicios.

La estrategia **“innovación y desarrollo tecnológico”** busca fortalecer al Sistema Federal de Protección Sanitaria en su organización, personal, tecnología, sistemas de información y para ampliar su capacidad técnica y profesional; con el objetivo de apoyar el compromiso de la Federación con el Sistema Federal de Protección Sanitaria, la estrategia de **“legalidad y transparencia”** tiene el propósito fundamental de rendir cuentas a la sociedad. Finalmente, la sexta estrategia **“Atención oportuna de riesgos”**, pretende crear una red de comunicación nacional e internacional para tener capacidad de respuesta oportuna y eficaz del Sistema Federal de Protección Sanitaria ante cualquier tipo de riesgo sanitario, incluidos los emergentes, como son los derivadas de desastres naturales, alertas sanitarias y quimio-terrorismo y pretende reducir sensiblemente los efectos de éstos en la salud de la población.

Las líneas de acción llevan a la fase de instrumentación los aspectos específicos y puntuales de las estrategias. Durante su construcción se involucró a las entidades federativas para iniciar la integración y establecimiento de basales e indicadores, que permitan encaminar los esfuerzos más inmediatos para disminuir los riesgos sanitarios. Las líneas de acción asociadas a cada estrategia reflejan los resultados obtenidos de la consulta al Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Estrategia 1: Abatir el rezago.

La transición epidemiológica por la que atraviesa el país, marca el descenso de las tasas de mortalidad y el incremento de la esperanza de vida en población adulta; sin embargo, los cambios en los estilos de vida y hábitos contribuyeron a incrementar las causas de muerte por enfermedades crónicas degenerativas.

Si bien las enfermedades transmisibles han sido controladas de manera que ya no representan fuertes cargas de mortalidad, las infecciosas y la desnutrición materno infantil aún prevalecen en las poblaciones menos favorecidas como son las de las zonas rurales y urbanas marginadas. Su causa fundamental sigue siendo la pobreza y su solución depende de la probabilidad de incrementar el nivel de bienestar de estas comunidades. Para abatir el rezago se plantean tres líneas de acción:

Línea de Acción 1.1.

Protección contra enfermedades diarreicas agudas, intoxicaciones de origen alimentario y zoonosis.

Las enfermedades diarreicas, las intoxicaciones de origen alimentario y las enfermedades zoonóticas tienen como mecanismos de transmisión relevantes, el uso y consumo de agua y alimentos contaminados con microorganismos patógenos. La cobertura de agua potable en México presenta diferencias de importancia; mientras que sólo dos terceras partes de la población rural tiene acceso a ella, en la urbana se llega a coberturas superiores al 95%. Tal situación representa un reto importante ya que la mayoría de los mexicanos no cuentan con ese servicio elemental vive en comunidades muy dispersas, menores de mil habitantes y en particular, en localidades entre uno y quinientos. Otro de los riesgos para la salud al que frecuentemente se enfrenta la población, es el que se deriva de la calidad de los alimentos, los cuales pueden alterarse o contaminarse debido a deficiencias en toda la cadena de producción, preparación y manejo de los mismos a través del uso de agua contaminada para el lavado de utensilios y preparación de alimentos, así como también de la cultura e higiene de la población. Por otra parte, las enfermedades zoonóticas, como la brucelosis y la teniasis-cisticercosis son padecimientos típicos del rezago y se asocian con las prácticas tradicionales de producción y consumo, malas condiciones sanitarias e higiénicas, ignorancia y marginación. Las actividades que habrán de instrumentarse:

Actividades

- Asegurar que la población cuente con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano, al fomentar la eficiencia de la cloración en sistemas formales de abastecimiento y promover el incremento de su cobertura (Figura 18).

Figura 18

Efectos a la salud por agua contaminada microbiológicamente



En las zonas donde la población presenta un nivel socioeconómico más alto, el servicio de agua es de mejor calidad y a menor costo, contrariamente a lo que pasa en las áreas suburbanas o rurales en donde el suministro de agua tiene un costo elevado y sus características sanitarias son deficientes. La incidencia de las enfermedades diarreicas, en general, es mayor en las entidades federativas más marginadas.

Los aspectos más relevantes derivados de las consultas a las entidades federativas sobre el proyecto para mejorar la calidad bacteriológica del agua fueron:

- Los comentarios, opiniones y manifestaciones de adhesión fueron más abundantes en relación con este proyecto. Dieciocho entidades federativas expresaron su interés por alcanzar entre el 60 y 90% de mejora en la calidad bacteriológica del agua en sistemas formales.
 - Reconocieron mayores limitaciones para mejorar la calidad bacteriológica en los sistemas no formales de abastecimiento.
 - Propusieron actividades novedosas de fomento para incidir en la participación de la población a través de medidas para mitigar la carencia de sistemas formales.
 - Propusieron la verificación de sistemas formales de abastecimiento.
-
- Prevenir infecciones e intoxicaciones alimentarias de origen bacteriano derivadas del consumo de alimentos contaminados, mediante la verificación del cumplimiento de las disposiciones sanitarias establecidas en la regulación, el fomento sanitario y otras actividades no regulatorias.

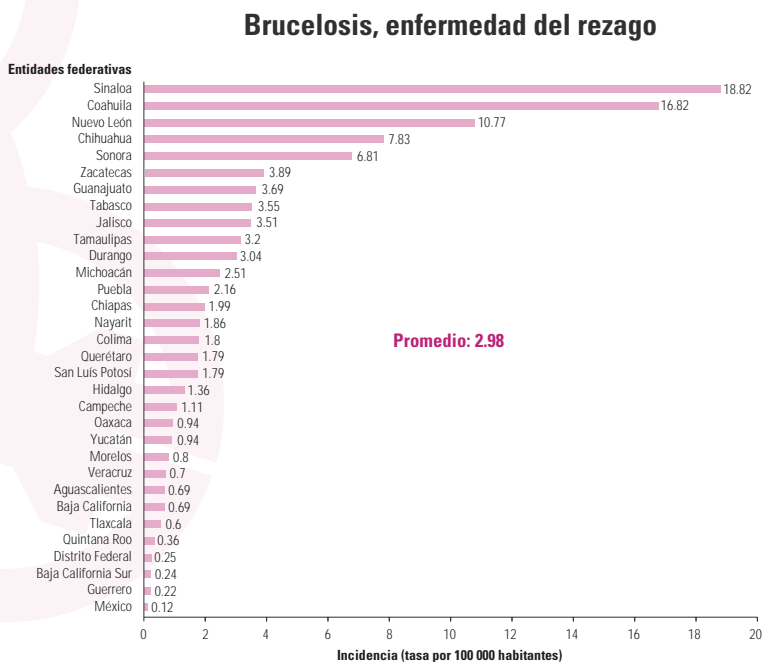
Como resultado de la consulta al proyecto para mejorar la calidad microbiológica de alimentos potencialmente peligrosos, se identificaron como más relevantes los siguientes aspectos:

- Más de la mitad de las entidades federativas acordaron apoyar con medidas para alcanzar la disminución del 5% anual de enfermedades gastrointestinales de origen alimentario.
- Consideraron verificaciones, muestreos y análisis conforme a los hábitos de consumo locales.

- Disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades zoonóticas, mediante la participación coordinada con la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) tanto en el ámbito federal como estatal para la aplicación de medidas preventivas y de control, como saneamiento básico, vacunación de animales, control y fomento sanitarios, entre otras.

Brucelosis, enfermedad zoonótica típica del rezago

Al ser la brucelosis una zoonosis, la fuente de infección la constituyen los animales infectados. El riesgo a enfermarse y la severidad del padecimiento están determinados por el tipo de brucella al cual el individuo se expone, sin dejar de considerar su estado nutricional e inmunológico, las vías de infección y el tamaño del inóculo. La tasa de incidencia es consistentemente superior al promedio en los estados del norte y centro de la República Mexicana por ser en donde se ubican las mayores poblaciones de caprinos (Figura 19).



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SSA.

Figura 19

Las observaciones más relevantes de las entidades federativas sobre el proyecto para combatir las enfermedades zoonóticas fueron:

- La discusión se centró en la brucelosis y se reconoció como un problema regional. Algunas entidades federativas consideraron que el problema en su región se debería enfocar al control del complejo teniasis-cisticercosis o a la tuberculosis.
- Debido a las características de las enfermedades zoonóticas, se hizo énfasis en la necesidad de la vinculación interinstitucional y las acciones de fomento para evitar el uso de la leche cruda en la fabricación de productos lácteos y de orientación al consumidor.

Línea de Acción 1.2.

Adición de nutrimentos en alimentos.

La prevalencia de la deficiencia de micronutrimentos se ha identificado como un problema de salud pública, que no sólo afecta a las poblaciones más pobres y a las localidades rurales, sino también en gran proporción a los habitantes de las zonas urbanas con mejores condiciones de bienestar. Estas deficiencias tienen consecuencias graves, por lo que resulta evidente que para mejorar la nutrición y el estado de salud es urgente diseñar intervenciones dirigidas a combatir la deficiencia de micronutrimentos como son: yodo, flúor, zinc y hierro, ácido fólico, y vitaminas, entre otros.

La anemia ferropriva producida por la deficiencia de hierro es la deficiencia nutrimental más frecuente en el mundo. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición (1999), la prevalencia de deficiencia de hierro en niños y mujeres en edad fértil es muy alta, especialmente en menores de dos años que son los que sufren la deficiencia de hierro en mayor proporción e intensidad. Las razones más importantes son la alta frecuencia de deficiencia de hierro en las mujeres embarazadas, que provocará reservas corporales de hierro muy limitadas en el feto. La leche materna no puede satisfacer los requerimientos diarios de hierro, aún en las mejores condiciones nutricias de la madre; y durante este período ocurre la transición de la lactancia a la dieta normal. En ella, los alimentos utilizados frecuentemente tienen baja densidad de energía y de micronutrimentos, muy especialmente de hierro.

Por otra parte, la asociación de la vitamina C con la ruptura de membranas y del ácido fólico con los defectos del cierre del tubo neural, son otros ejemplos dramáticos que justifican y fomentan la adición de micronutrimentos en alimentos de consumo general. En este sentido, se considera realizar las siguientes actividades:

Actividades

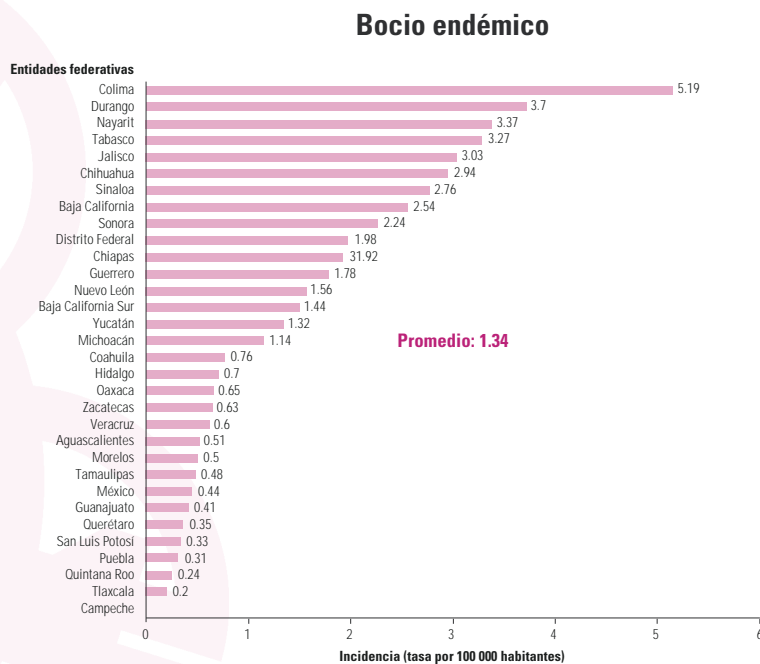
- Fortalecer la verificación de la yodación y fluoración de la sal para consumo humano, mediante la identificación de problemas específicos, delegación de funciones regulatorias a las entidades federativas e informar y orientar a la población a través de campañas de comunicación para facilitar la identificación de la sal yodada y/o fluorada a consumir según el lugar de residencia.
- Coadyuvar a la reducción de la prevalencia del nivel de anemias ferroprivas en la población y de casos de defectos del tubo neural al nacimiento, con la adición de hierro y ácido fólico en la harina de trigo, por medio de convenios con la industria para el cumplimiento de la normatividad.

Conforme se avance en estas actividades se irán incorporando otras actividades para atender deficiencias de otros micronutrientes.

Sobre el proyecto de sal yodada y fluorurada, las entidades federativas comentaron:

- Más de la mitad de las entidades federativas estuvieron de acuerdo con el proyecto y apoyaron las metas propuestas.
- Se indicó que las medidas debieran de reforzarse en aquellas entidades que tiene producción de sal y las demás continuarían realizando muestreos en los puntos de venta.

En la encuesta nacional de nutrición de 1999 no se encontraron prácticamente casos con riesgo grave por deficiencia de yodo en la población infantil. De acuerdo con las prevalencias encontradas, se determinó que la deficiencia de yodo ya no representa un problema de salud pública. La tasa de incidencia de bocio endémico indica una mayor incidencia en los estados del noroeste del país. Esta situación es coincidente con la identificación de sal no yodada proveniente de explotaciones artesanales y desviación de sal de uso industrial para consumo humano (Figura 20).



Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SSA.

Figura 20

Línea de Acción 1.3.

Disminución de las exposiciones tóxicas.

Muchos sectores de la población siguen expuestos a sustancias tóxicas en alimentos o en el interior de sus viviendas. El uso de utensilios de barro vidriado es tradicional entre la población. Como se mencionó anteriormente, en la Encuesta Nacional de Salud 2000 se obtuvo información que señala que cerca de 30% de la población tiene aún la costumbre de preparar, consumir o guardar alimentos en utensilios de barro vidriado a baja temperatura. Por otra parte, la población de algunas regiones del país aún depende de la biomasa (madera, residuos de cosechas, estiércol, ramas y hojas) para obtener energía doméstica. La combustión de estos productos suele hacerse en lumbres expuestas o en estufas de funcionamiento defectuoso, lo que provoca niveles muy altos de contaminantes aéreos en locales cerrados. La exposición a esa contaminación afecta principalmente a las mujeres y a los niños de corta edad, incrementando en ellos el riesgo de infecciones respiratorias agudas. Con el objetivo de disminuir la exposición de las comunidades rurales a las exposiciones tóxicas asociadas al rezago, se instrumentarán las siguientes actividades:

Actividades

- Disminuir la exposición de la población rural a las emisiones generadas por el consumo de leña y biomasa en el interior de las viviendas.
- Reducir el empleo de óxidos de plomo para el vidriado de artículos de loza utilizada para almacenamiento, cocción o consumo de alimentos y con ello lograr que esté libre de plomo (Figura 21).

Figura 21



Entidades Federativas con actividad Alfarera

De acuerdo con FONART la actividad alfarera se practica en 20 estados del país y existen aproximadamente 3.8 millones de habitantes expuestos a plomo por alfarería ubicados en 122 comunidades donde una parte importante son indígenas. FONART ha detectado cuatro estados con mayor actividad alfarera, estos son Puebla, Michoacán, Jalisco y Guanajuato.

En el proceso de consulta, el proyecto para reducir el contenido de plomo en loza vidriada a baja temperatura y el proyecto de disminución de la exposición a las emisiones por consumo de leña y biomasa en el interior de las viviendas, no fueron ampliamente identificados por las entidades federativas, con la excepción de una entidad, la cual indicó el número de establecimientos alfareros existentes, verificaciones realizadas y por realizar, así como las metas para el 2006, para el primer proyecto; y número de viviendas que cuentan ya con estufa Lorena y metas al 2006, para el segundo.

Estrategia 2: Cobertura básica.

La cobertura básica a todos los sectores de la población da continuidad a los postulados de protección y equidad, derivados del PLANADE. La escasez de oportunidades y servicios conduce a la búsqueda de mejores condiciones de vida, incrementando la migración de la gente del campo a la ciudad, provocando grandes asentamientos de grupos que se ven expuestos a la emisión de desechos tóxicos y gases contaminantes. La visión de lograr una sociedad sana debidamente protegida contra riesgos sanitarios se podrá conseguir extendiendo los servicios sanitarios hacia los sectores marginados y los productivos, aplicando las funciones de regulación, control y fomento sanitarios a los establecimientos, productos, actividades y servicios que inciden en la salud pública. Los proyectos para ampliar la cobertura básica se integran en cinco líneas de acción.

Línea de Acción 2.1.

Medicamentos seguros, eficaces y accesibles.

El PRONASA establece como una de sus líneas de acción la de reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos, tomando en cuenta que son un componente esencial de la atención de la salud; para ello se requiere que cumplan adecuadamente con su papel. Las medidas a tomar se resumen a continuación:

Actividades

- Promover una política de medicamentos que garantice su efectividad y seguridad, su abasto suficiente y oportuno, su prescripción racional y su venta en las presentaciones adecuadas y a un costo razonable.
- Llevar a cabo una farmacovigilancia efectiva en el país, para alcanzar el uso racional de los medicamentos, optimizar la terapéutica y reducir el número de consultas en el primer nivel de atención médica e ingresos hospitalarios debidos a reacciones adversas por consumo de medicamentos.
- Disminuir los riesgos para la salud asociados con el consumo de medicamentos de baja calidad, tanto de origen nacional como extranjero.

Los aspectos relevantes sobre el proyecto de farmacovigilancia fueron:

- Poco más de la tercera parte de las entidades federativas proporcionaron sus comentarios y manifestaron su compromiso.
- Las metas expresadas como número de notificaciones al año fueron muy variadas indicando la etapa naciente de la farmacovigilancia, algunas entidades mencionaron los planes y avances de sus respectivos Centros Estatales de Farmacovigilancia.

Línea de Acción 2.2.

Proteger a la población de la exposición a contaminantes tóxicos.

En el país las principales zonas urbanas están localizadas en áreas con limitado aporte de agua. De los 649 acuíferos contabilizados por la Comisión Nacional del Agua, 98 se encuentran sobreexplotados, y 18 tienen intrusión salina, principalmente en Baja California, Coahuila, Distrito Federal, Hidalgo y Sonora. La sobreexplotación determina la presencia de diversas sales, especialmente en la gran zona central del país en donde se encuentra la principal veta de arsénico.

Por otra parte, los efectos en la salud por los contaminantes aéreos han sido documentados en múltiples estudios. La asociación entre niveles elevados de contaminantes en el aire y la morbi-mortalidad debida a enfermedades respiratorias y cardiovasculares es bien conocida. El riesgo atribuible asociado con la contaminación atmosférica de la zona metropolitana del Valle de México ya ha sido calculado, por lo que es posible prever la ganancia en salud en caso de disminución de los niveles de contaminación.

Los plaguicidas y fertilizantes son útiles para el control de plagas y proporcionar nutrientes a las plantas; sin embargo, por su propia naturaleza son sustancias de toxicidad variable, cuyos efectos son mínimos si son producidos, almacenados, transportados y aplicados adecuadamente.

El manejo inadecuado de aguas residuales y de residuos municipales genera un riesgo para la salud de la población, ya sea por el contacto directo o por medios indirectos, como es la proliferación de fauna nociva, contaminación de suelo, agua y aire que entran en contacto con la población.

Actividades

- Proteger la salud de la población expuesta a contaminantes físico-químicos presentes en el agua que se distribuye por sistemas formales de abastecimiento.

Las observaciones sobre el proyecto para la reducción de exposición a contaminantes físico-químicos en el agua fueron proporcionadas por dos entidades federativas:

- Una lo presentó como proyecto de investigación para poder evaluar el riesgo y otra describió su proyecto de vigilancia y fomento sanitarios.

- Disminuir el valor actual con el que se activa la declaración de contingencias atmosféricas y la exposición de la población a partículas suspendidas y ozono en zonas urbano-industriales del país.

Los comentarios de las entidades federativas sobre el proyecto para la reducción de exposición a contaminantes atmosféricos fueron proporcionados por cinco entidades federativas:

- Indican que el problema está localizado en las ciudades de algunas entidades federativas.
- Están de acuerdo con las metas establecidas.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Entre los factores de riesgo aceptados para el aumento de la tasa de mortalidad por EPOC se encuentran los ocupacionales, como la exposición a polvo de carbón, sílice y cadmio en minas, los ambientales como los contaminantes atmosféricos generados por fuentes móviles y fijas y el tabaquismo entre otros. En la figura se observa que las entidades federativas que cuentan con una tasa de mortalidad por EPOC por arriba de la nacional, son las más industrializadas como el Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Chihuahua y Aguascalientes y algunas zonas mineras importantes como Coahuila y Zacatecas entre otras (Figura 22).

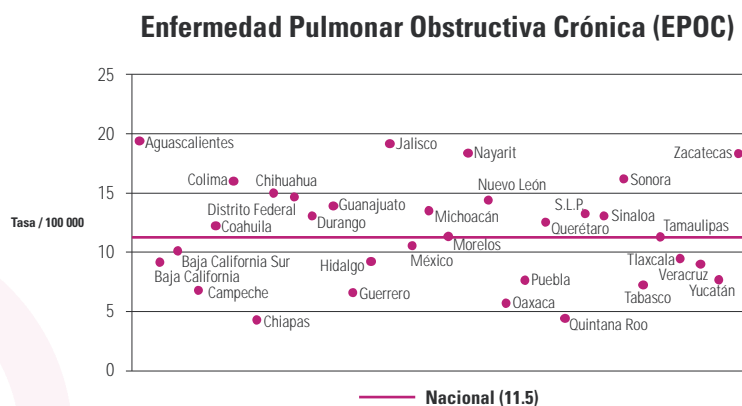


Figura 22

Fuente: Boletín de Información Estadística 1999.
Proyecciones de población CONAPO 1998-1999.

- Integrar el marco regulatorio para la prevención, vigilancia y disminución de efectos nocivos a la salud por la exposición a plaguicidas y fertilizantes y capacitar a los trabajadores agrícolas en su adecuado manejo.

Los comentarios sobre el proyecto para la reducción de exposición a residuos de plaguicidas provinieron de dos entidades federativas y hacen referencia al número de comercializadoras, a las acciones de verificación que realizan y a cursos de capacitación que se imparten por el Comité Estatal de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas (COESPLAFEST) sobre el uso y manejo de agroquímicos.

- Reducir el riesgo de exposición innecesaria o excesiva de la población a contaminantes presentes en aguas residuales, residuos municipales y residuos tóxicos.

Línea de Acción 2.3.

Control de servicios de salud.

En el país existen servicios de salud tanto públicos como privados. Los primeros los podemos dividir en los que van dirigidos a la población asegurada (IMSS, ISSSTE, Fuerzas Armadas, PEMEX) y los que se prestan a la población no asegurada. Cualquiera que sea el origen del servicio, se debe garantizar no sólo la adecuada atención médica, sino también que dichos servicios se otorguen con seguridad, es decir, que no representen un riesgo adicional al enfermo. Asimismo, se deben proteger posibles riesgos a la salud del personal médico y paramédico que brinda el servicio.

Dentro del control de los servicios de salud, se encuentran los de trasplante de órganos y tejidos y de transfusión de la sangre y sus derivados. En este sentido, el Sistema Federal de Protección Sanitaria tiene un papel fundamental para evitar riesgos a la salud, tanto del donante como del receptor.

Los riesgos se pueden originar tanto para los pacientes como para los trabajadores de la salud por instalaciones y tecnologías para la salud inadecuadas o en malas condiciones de mantenimiento, limpieza y esterilidad; medicamentos e insumos con manejo deficiente, manejo inadecuado de residuos biológicos y orgánicos; personal mal capacitados o sin adecuada supervisión.

Actividades

- Vigilar el cumplimiento de la regulación y de las normas oficiales mexicanas en materia de servicios de salud.
- Autorizar y verificar la operación y funcionamiento de los establecimientos que presten servicios de salud, incluidos los servicios de trasplantes de órganos y transfusión sanguínea y en su caso, imponer las sanciones y aplicar medidas de seguridad correspondientes.
- Estructurar las basales para conformar un hospital ambientalmente saludable.

Línea de Acción 2.4.

Control de ambientes laborales.

En la prevención de riesgos del trabajo existen dos campos definidos. Por un lado, está el trabajador en su entorno laboral y por el otro el propio proceso de trabajo con sus elementos, maquinaria, equipo, productos y organización. Ambos interrelacionados entre sí, pueden dar lugar a efectos en la salud de los trabajadores, accidentes y enfermedades de trabajo a través de diversos agentes como los mecánicos, físicos, químicos y psico-sociales, que derivan en dos esquemas de prevención: una enfocada al proceso del trabajo para evitar o prevenir daños a los trabajadores y la segunda a la promoción y vigilancia de la salud. Las actividades son:

Actividades

- Promover la expedición de las normas necesarias y supervisar su cumplimiento para proteger la salud de los trabajadores.
- Coadyuvar la actualización de la Tabla de Enfermedades de Trabajo, a fin de dar claridad a los criterios y procedimientos para la calificación de las enfermedades del trabajo en su relación causa-efecto.
- Fomentar la salud en el trabajo para la detección y diagnóstico oportuno de daños a la salud de los trabajadores.
- Verificar, dada la elevada prevalencia de tabaquismo entre la población y el riesgo que esto representa para los no fumadores, que los establecimientos públicos federales cumplan con el Reglamento sobre Consumo de Tabaco y promover que las entidades federativas emitan disposiciones semejantes.

Los comentarios sobre el proyecto para la promoción de establecimientos públicos libres de humo de tabaco provienen de un estado el cual indica número de verificaciones y pláticas, siendo estas últimas realizadas en colaboración con la Comisión Estatal contra las Adicciones.

Línea de Acción 2.5.

Información veraz, oportuna y de calidad.

La publicidad es un instrumento eficaz para difundir mensajes comerciales correctos; sin embargo también se recurre a ella para lanzar otros menos positivos. La publicidad de los insumos para la salud y de productos y servicios a los que se refiere la Ley General de Salud, es un instrumento que permite promover la venta, uso y consumo de productos y servicios a través de los diferentes medios de comunicación sin que impliquen riesgos a la salud de los consumidores por lo que la información debe ser clara, veraz y ética. Con el fin de proteger la salud pública, la autoridad sanitaria autoriza la publicidad para que no induzca engaño al consumidor y no implique riesgos a su salud. Las actividades a realizar dentro de esta línea de acción son:

Actividades

- Promover ante la industria y el comercio que la publicidad que emita cumpla con la legislación sanitaria en materia de publicidad, y llegar a la autorregulación a través de la firma de convenios de concertación de acciones y códigos de ética publicitaria.
- Disminuir fraudes a la población a través de la coordinación con otras entidades del Gobierno, para la promoción de uso de información veraz contenida en la publicidad de los productos, de tal manera que no implique riesgos a la salud del consumidor.
- Difundir responsablemente la protección contra riesgos sanitarios a través de cursos, manuales y videos, entre otros.

Estrategia 3: Previsión del desarrollo.

La regulación sanitaria se hace necesaria en lo que se refiere a la industria de proceso, de químicos esenciales y precursores químicos, de aditivos e ingredientes para la industria de alimentos, ondas electromagnéticas y al avance de organismos genéticamente modificados. Por lo tanto, requiere la instrumentación de un sistema que: apoye la intersectorialidad y correspondencia de acciones con los estados; regule los establecimientos y prevenga la transferencia internacional de riesgos, resultado de la globalización por la importación y exportación de productos y servicios. La previsión del desarrollo contempla cuatro líneas de acción.

Línea de Acción 3.1.

Control de productos químicos y químico-farmacéuticos.

El tráfico y el abuso de drogas ilícitas, junto con la desviación de químicos para la manufactura ilegal de drogas, constituyen serias amenazas a la estabilidad de las sociedades. Con esta línea de acción se pretende proteger la salud de la población a través de un estricto control sanitario de la producción, preparación, enajenación, adquisición, importación, exportación, transporte, almacenaje y distribución de los químicos esenciales y precursores químicos, que pueden ser desviados para la fabricación ilícita de narcóticos.

Por otra parte, se busca reducir la posibilidad que la población padezca alteraciones de salud derivadas del consumo de aditivos por arriba de los niveles que se han considerado seguros. Las actividades son:

Actividades

- Determinar la naturaleza ilícita de las transacciones comerciales antes de que tengan lugar.
- Fortalecer los vínculos de cooperación nacional e internacional para controlar los precursores y otros químicos controlados.
- Adoptar medidas para asegurar que la eliminación de precursores decomisados no dañe al medio ambiente.
- Determinar y verificar la concentración y la ingesta de aditivos críticos, para que ésta sea segura.

Línea de Acción 3.2.

Control de productos y procesos derivados de nuevas tecnologías.

Ante la aparición creciente de nuevos productos en el mercado, como los biotecnológicos, las exposiciones a campos electromagnéticos provenientes de la telefonía celular o las radiaciones ionizantes, es necesario tomar medidas y acciones para detectar y prevenir oportunamente los riesgos y daños a la salud que de ellos se pudieran originar y garantizar la seguridad en su uso. Las actividades que se contemplan son:

Actividades

- Evaluar el riesgo de productos y procesos conforme a la revisión y análisis de la información científica y técnica disponible.
- Crear, complementar o modificar el marco regulatorio conforme a evaluación del riesgo.
- Establecer las medidas de manejo de riesgo necesarias y específicas, conforme lo determine la evaluación de riesgo.
- Diseñar y difundir programas de comunicación de información al consumidor y a los usuarios sobre las características o definiciones de estos productos o actividades, la manera en que se regulan y precauciones para su consumo o uso.
- Desarrollar mecanismos de coordinación con las dependencias que se encuentran involucradas con estos insumos y productos en su control y regulación conforme a su ámbito de competencia.
- Impulsar esquemas de medidas no regulatorias para el control de éstos.

Línea de Acción 3.3.

Promoción de acciones no regulatorias.

Concertar acciones con los sectores privado y social a efecto de disminuir los riesgos derivados de factores que se encuentran en un sector representativo de la población, así como promover instrumentos fiscales, educativos y de autorregulación. Considera dos vertientes:

Actividades

- Proponer el cobro de derechos con base en los costos reales del Sistema Federal de Protección Sanitaria para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
- Propiciar políticas fiscales saludables y la utilización de mecanismos no regulatorios para fomentar acciones de salud, así como convenios de autorregulación y códigos de ética.

Línea de Acción 3.4.

Inocuidad de productos y fortalecimiento del comercio exterior.

Mediante esta línea de acción se ejercerá el control sanitario a que deberán sujetarse la importación y exportación de los productos de acuerdo con la legislación vigente en la materia. Por otra parte, en el mundo globalizado la interacción entre gobiernos contribuye a la construcción de acuerdos que equilibran las condiciones de negociación sobre temas que impactan directamente la economía y la salud en beneficio o detrimento de la población. Esta relación internacional obliga a establecer estándares de calidad para proteger la salud frente a productos de importación y exportación que puedan ocasionar un daño. Lograr mejorar y generar procedimientos y marcos reglamentarios convenientes a las circunstancias y necesidades nacionales, es una de las metas sustantivas que el PROSA contempla. Esta línea de acción comprende las siguientes actividades.

Actividades

- Fortalecer las medidas de control sanitario de los productos de importación y exportación que lo requieran, para asegurar que cumplan con las normas nacionales e internacionales vigentes.
- Reformar el sistema de verificación y control de establecimientos involucrados en el comercio exterior, tanto en el ámbito nacional como internacional.
- Vigilar que los productos de importación cumplan con los requisitos de calidad sanitaria.
- Pugnar por la armonización de la legislación sanitaria con nuestros socios comerciales.

Sobre el proyecto para fortalecer las medidas de control sanitario de los productos de importación y exportación, tres entidades federativas indican estar de acuerdo en coadyuvar en las metas del Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Estrategia 4: Innovación y desarrollo tecnológico.

Mediante una organización por procesos el Sistema Federal de Protección Sanitaria estará en posibilidad de orientar su función sustantiva a las necesidades del usuario, en la que se facilite la interrelación de sus áreas para que se lleven a cabo eficazmente los procesos de análisis, fomento, evaluación, operación y constatación sanitaria, mediante un sistema de ventanilla único que permita la simplificación de trámites y la evaluación de resultados.

Los recursos humanos son parte fundamental en la nueva visión del Sistema Federal de Protección Sanitaria; se fortalecerá su desarrollo para sustentar el diseño e instrumentación de normas y políticas y el análisis e interpretación de resultados en la investigación científica. Se impulsará, además, su capacitación en la utilización de técnicas administrativas y aplicación de pruebas e instrumentos de laboratorio. La elaboración de manuales de organización y de procedimientos se hará con base en la nueva estructura por procesos, con trámites ágiles y flexibles, que permitan que los procedimientos internos sean eficientes y de alta calidad.

La efectividad en los planes y programas del Sistema Federal de Protección Sanitaria, está en relación con la nueva visión institucional y la reestructura orgánica orientada hacia los procesos a fin de proporcionar servicios de calidad para la solución de la problemática sanitaria, satisfacer así las necesidades de los usuarios, estimar el impacto de las líneas de acción en la sociedad, evaluar si estos se acercan a lo esperado o de lo contrario ajustar las actividades de las líneas de acción o sustituirlas. Esta forma de evaluación por objetivos y deficiencias en los recursos asignados, guía a la administración para saber si lo que obtiene es lo esperado.

Se establecen tres líneas de acción:

Línea de Acción 4.1.

Desarrollo organizacional y humano.

Se facilitará el desarrollo administrativo integral del Sistema Federal de Protección Sanitaria, con el objeto de que el personal, los recursos financieros y los procedimientos técnicos se aprovechen y

apliquen adecuadamente, buscando la eficiencia, eficacia y orientación al usuario mediante estudios y análisis que contribuyan a la calidad y la innovación y apoyen al cumplimiento de los objetivos de protección contra riesgos sanitarios. Asimismo, se requiere simplificar y armonizar los trámites que son responsabilidad del Sistema Federal de Protección Sanitaria realizando estudios de su necesidad con base en el riesgo efectivo.

El PROSA reconoce los recursos humanos como el activo más significativo e importante en el corto, mediano y largo plazo, por la experiencia acumulada y el perfil profesional del mismo. Con la nueva visión institucional, los programas de capacitación se harán en función del diagnóstico de necesidades de capacitación y de competencias laborales; la línea a seguir favorecerá la interacción entre las áreas y la orientación hacia los procesos centrales, con el propósito de transformar la estructura tradicional para sustituirla por la de procesos. Se dará atención a la planeación de carrera del personal que labore en el Sistema Federal de Protección Sanitaria de tal forma que se tengan elementos suficientes para su promoción horizontal y ascendente. Las actividades que se instrumentarán son:

Actividades

- Elaborar la mejora permanente de procesos y simplificación de trámites.
- Establecer políticas de selección de personal de nuevo ingreso y de promoción bajo criterios de capacidad, experiencia, profesionalismo y competencias laborales demostradas.
- Capacitar y profesionalizar a los servidores públicos tanto de áreas sustantivas como administrativas de la COFEPRIS y del Sistema Federal de Protección Sanitaria, incorporando un sistema de evaluación permanente que demuestre la eficacia de la capacitación.
- Promover en el personal de la COFEPRIS y en apoyo al Sistema Federal de Protección Sanitaria, su sensibilización sobre la importancia de la actuación del servidor público.
- Mejorar las condiciones laborales, creando un clima que permita alcanzar una profunda renovación orientada a la promoción de nuevas actitudes, fomentando una cultura de servicio.

Línea de Acción 4.2.

Ampliar la cobertura y la capacidad técnica y profesional.

El crecimiento que ha tenido el país ha creado importantes polos de desarrollo que demandan la ampliación de la capacidad de respuesta de las instituciones públicas. La evolución de la ciencia y la tecnología ofrecen la posibilidad de contar con nuevos equipos y métodos analíticos para reforzar las actividades que realizan los laboratorios de salud pública, encargados de la evaluación de la calidad sanitaria de alimentos, medicamentos, cosméticos y productos biológicos. El desarrollo también incluye el administrativo a través de la armonización, tanto en la infraestructura como en las técnicas y métodos de trabajo.

La ampliación de la capacidad incluye también la verificación de productos, procesos y sistemas por terceros autorizados conforme a la regulación y normatividad vigente.

Actividades

- Incrementar el espectro analítico del Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP), acorde con los requerimientos del Sistema Federal de Protección Sanitaria, para fortalecer las actividades de vigilancia sanitaria y disminuir el tiempo de respuesta de las determinaciones que realiza actualmente.
- Desarrollar integralmente la red de laboratorios de salud pública en el país, mediante la coordinación técnica y operativa de la red.
- Armonizar los procedimientos y métodos analíticos que se utilizan en la determinación del contenido de sustancias activas, propiedades microbiológicas y fisicoquímicas de productos, sus componentes y sus residuos.
- Ampliar la cobertura a través de la autorización de terceros, para apoyar el otorgamiento de autorizaciones, certificados, etc.

Línea de Acción 4.3.

Desarrollo tecnológico y sistemas de información.

Para fortalecer la capacidad nacional en el manejo de riesgos sanitarios, a través de la investigación y la capacitación de técnicos y profesionales que agreguen valor a las competencias federales y estatales, resulta indispensable el desarrollo de un Sistema de Información Integral para la Protección contra Riesgos Sanitarios (SIIPRIS), que apoye al Sistema Federal de Protección Sanitaria en la operación cotidiana, concentre y analice los datos para la evaluación del desempeño, la determinación del rumbo del fomento sanitario y la toma de decisiones.

El contacto con las diversas tendencias y avances científicos constituye una fuente importante del sustento de la definición, orientación y fundamentación de los proyectos y acciones necesarios para mejorar las condiciones en poblaciones sensibles al riesgo sanitario. Al estrechar las actividades de asesoramiento y espacios de reflexión sobre los temas relevantes en la materia entre las diversas instancias académicas, científicas y públicas se otorgará al Sistema Federal de Protección Sanitaria mayores y valiosos argumentos para la ampliación del conocimiento y las diversas formas de abordar los problemas de salud, así como para resolver las deficiencias existentes en distintas áreas de especialidad. Las actividades contempladas en esta línea de acción son:

Actividades

- Diseñar e instrumentar el Sistema de Información Integral para la Protección contra Riesgos Sanitarios (SIIPRIS).
- Generar indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos de salud, sociales y económicos que se persiguen con las líneas de acción y que apoyen al Sistema Federal de Protección Sanitaria en el establecimiento de medidas correctivas y en una asignación de recursos eficientes.
- Determinar los efectos de los riesgos sanitarios y su magnitud en la pérdida de salud de los mexicanos, por grupos principales de enfermedades.
- Vincular al Sistema Federal de Protección Sanitaria con las instituciones académicas y de investigación, sociales y empresariales nacionales e internacionales para el desarrollo conjunto de proyectos.

Estrategia 5: Legalidad y transparencia.

Las reformas regulatorias estarán enfocadas a prevenir conductas irregulares que aporten beneficio personal y económico a los servidores públicos. Asimismo, se modernizará el proceso para la presupuestación anual y la rendición de cuentas, basadas en resultados y que al mismo tiempo se sustente en las disposiciones legales correspondientes. Por otra parte, se facilitará el acceso a datos relevantes en el avance de la gestión mediante sistemas de consulta pública para conocer resultados y detectar procesos críticos que impliquen riesgos sanitarios.

La legalidad y transparencia contempla básicamente dos líneas de acción.

Línea de Acción 5.1.

Revisión del marco jurídico.

Consiste en realizar integralmente la revisión de la legislación en materia sanitaria, incluyendo la Ley General de Salud, las disposiciones reglamentarias y las normas oficiales mexicanas (NOM), a fin de: eliminar regulaciones innecesarias y mejorar la calidad de las que quedan vigentes, asegurar la transparencia, la racionalidad de los procesos, la generación de beneficios superiores a su costo y el máximo beneficio para la sociedad bajo los principios de seguridad jurídica, eliminación de barreras innecesarias a la actividad económica, simplificación de trámites y requisitos, economía legislativa, depuración y codificación.

Línea de Acción 5.2.

Transparencia y rendición de cuentas.

Considera dos vertientes de acuerdo con la democratización y participación social en apego a la normatividad establecida. Se plantea la revisión de los procesos de verificación sanitaria y de otorgamiento o revocación de las autorizaciones y sanciones e incluye las siguientes actividades:

Actividades

- Fortalecer la transparencia de la gestión pública, y mejorar los niveles de calidad, particularmente en los procesos y servicios de áreas críticas del Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Ofrecer a los usuarios un servicio eficiente, de calidad, transparente y con certeza jurídica, disminuyendo así la posibilidad de conductas irregulares en los funcionarios públicos.
- Informar a la comunidad de los resultados y de la aplicación de los recursos de la COFEPRIS.
- Cumplir con la Ley Federal para la Transparencia y Acceso a la Información.

Estrategia 6: Atención oportuna de riesgos.

En el ámbito nacional, tiene como propósito establecer vínculos sólidos con las entidades federativas y con los sectores público, privado y social para concretar las políticas y prioridades de control y fomento y lograr operar de manera oportuna y eficiente las líneas de acción y servicios en todos los sectores de la población respecto de situaciones relacionadas con riesgos sanitarios. En el terreno internacional, posicionar al Sistema Federal de Protección Sanitaria como una sistema de clase mundial, con capacidad de respuesta para abatir riesgos sanitarios y que basa sus decisiones en la ciencia y, por otra parte lograr que las prioridades del Sistema Federal de Protección Sanitaria se inserten en las agendas internacionales. Esta estrategia contempla dos líneas de acción:

Línea de Acción 6.1.

Concertación intersectorial, federal e internacional.

La coordinación y vinculación tanto con los sectores público, privado y social, con las treinta y dos entidades federativas y con los países y organismos multilaterales, es de vital importancia para la toma de decisiones oportunas y eficaces a fin de dar respuesta inmediata y acertada a las necesidades planteadas; para tal efecto se considera llevar a cabo las siguientes actividades:

Actividades

- Vincular a los sectores público, privado y social, a través de asociaciones, agrupaciones, cámaras y confederaciones, para lograr una comunicación fluida que permita conocer sus necesidades y también las aportaciones que en materia de riesgos sanitarios pudieran hacer para concretar las políticas y prioridades relacionadas con su protección.
- Concientizar a las entidades federativas de la importancia de su papel en la eficacia del Sistema Federal de Protección Sanitaria y las implicaciones que esto tiene y reforzar la comunicación con las entidades federativas y trabajar de manera conjunta en los programas previamente establecidos para la obtención de resultados objetivos que trasciendan a la población del país.
- Fortalecer la capacidad de respuesta a requerimientos de organismos internacionales y de terceros países para la atención de situaciones relacionadas con riesgos sanitarios.
- En el ámbito internacional, definir los temas prioritarios e identificar los foros para negociarlos; fortalecer vínculos bilaterales con los principales socios comerciales y países líderes en la protección contra riesgos sanitarios, entre ellos Brasil, Canadá, Chile, Colombia, España y Estados Unidos; participar en foros multilaterales como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo; administrar los compromisos adquiridos como país en tratados y acuerdos internacionales y proponer nuevos acuerdos o temas.

Línea de Acción 6.2.

Atención de emergencias y alertas sanitarias.

Operar de manera oportuna los planes de acción y servicios a todos los sectores de la población en situaciones de emergencia: por desastres naturales como huracanes, terremotos; alertas sanitarias derivadas

de brotes de enfermedades transmitidas por productos y servicios, emergencias tecnológicas o químio-terrorismo o cualquier otro que represente un riesgo a la salud y pretende reducir considerablemente sus efectos mediante intervenciones sanitarias eficaces, la cual plantea las siguientes actividades.

Actividades

- Instalar centros de respuesta inmediata a fin de atender las emergencias, que cuente con equipo e infraestructura necesaria para operar de manera eficiente.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud pública en los ámbitos federal y estatal, mediante la conformación de brigadas de atención de emergencias.

Sobre el proyecto para fortalecer la capacidad de respuesta para la atención de emergencias, dos estados manifestaron su compromiso para desarrollar el proyecto en el corto plazo.

La interrelación entre estrategias, las líneas de acción y programas, se ilustra en el *cuadro 5*.

Cuadro 5

| Estrategias Líneas de Acción | Programas | | | | | | | |
|---|------------------------|------|------|---|----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| | Rectoría (COFEPRIS) | Agua | Aire | Alimentos y otros productos de consumo | Comercio exterior | Productos y servicios para la salud | Riesgo del trabajo | Sustancias tóxicas |
| I Abatir el rezago | | | | | | | | |
| 1.1. Protección contra enfermedades diarreicas agudas, intoxicaciones de origen alimentario y zoonosis. | | • | | • | | | | |
| 1.2. Nutrimientos. | | | | • | | | | |
| 1.3. Disminución de las exposiciones tóxicas. | | | • | | | | | • |
| II Cobertura básica | | | | | | | | |
| 2.1. Medicamentos seguros, eficaces y accesibles. | | | | | | • | | |
| 2.2. Proteger a la población de la exposición a contaminantes tóxicos. | | • | • | | | | • | • |
| 2.3. Control de servicios de salud. | | | | | | | • | |
| 2.4. Control de ambientes laborales. | | | | | | | • | |
| 2.5. Información veraz, oportuna y de calidad. | | | | • | | • | | |
| III Previsión del desarrollo | | | | | | | | |
| 3.1. Control de los productos químicos y químico-farmacéuticos. | | | | • | | • | | |
| 3.2. Control de productos y procesos derivados de nuevas tecnologías. | | | | • | | | | |
| 3.3. Promoción de acciones no regulatorias. | • | | | | | | | |
| 3.4. Inocuidad de productos y fortalecimiento del comercio exterior. | | | | | • | | | |
| IV Innovación y desarrollo tecnológico | | | | | | | | |
| 4.1. Desarrollo organizacional y humano. | • | | | | | | | |
| 4.2. Ampliar la cobertura y la capacidad técnica y profesional. | • | | | | | | | |
| 4.3. Desarrollo tecnológico y sistemas de información. | • | • | • | • | • | • | • | • |
| V Legalidad y transparencia | | | | | | | | |
| 5.1. Revisión del marco jurídico. | • | | | | | | | |
| 5.2. Transparencia y rendición de cuentas. | • | | | | | | | |
| VI Atención oportuna de riesgos | | | | | | | | |
| 6.1. Concertación intersectorial, federal e internacional. | • | • | • | • | • | • | • | • |
| 6.2. Atención de emergencias y alertas sanitarias. | • | • | • | • | • | • | • | • |

Proyectos

Los proyectos convierten en acciones específicas las líneas de acción. Requieren de información básica para determinar el punto de partida; definición de líderes; diagnóstico de la situación actual en el territorio nacional, integración de recursos y participación de las entidades federativas en donde existe el riesgo y la posibilidad de abatirlo; definición de indicadores; definición de proyectos, programación de actividades, presupuestación de recursos y negociación de apoyos para comprometer metas de proceso e impacto; y desarrollo de infraestructura. Los proyectos definidos hasta el momento se señalan en el *cuadro 6*.

Cuadro 6
Relación entre estrategias, líneas de acción y proyectos

| Estrategia 1. Abatir el rezago | | |
|--|----|---|
| Líneas de acción | Nº | Proyectos |
| Protección contra enfermedades diarreicas agudas, intoxicaciones de origen alimentario y zoonosis. | 1 | Agua de calidad bacteriológica |
| | 2 | Calidad microbiológica de alimentos potencialmente peligrosos |
| | 3 | Zoonosis |
| Adición de nutrimentos en alimentos. | 4 | Sal yodada y fluorurada |
| | 5 | Harina de trigo fortificada con hierro y ácido fólico |
| Disminución de las exposiciones tóxicas. | 6 | Plomo en la loza vidriada de baja temperatura |
| | 7 | Exposición intradomiciliaria a humo de leña |
| Estrategia 2. Cobertura básica | | |
| Líneas de acción | Nº | Proyectos |
| Medicamentos seguros, eficaces y accesibles. | 8 | Política farmacéutica |
| | 9 | Farmacovigilancia |
| | 10 | Farmacopea |
| Proteger a la población de la exposición a contaminantes tóxicos. | 11 | Agua química y físicamente limpia |
| | 12 | Exposición excesiva a contaminantes atmosféricos |
| | 13 | Ciclo de vida de sustancias químicas, en especial plaguicidas |
| | 14 | Manejo adecuado de residuos y aguas residuales |
| Control de servicios de salud. | 15 | Unidades médicas saludables |
| | 16 | Protección radiológica |
| Control de ambientes laborales. | 17 | Reducción de exposición laboral |
| | 18 | Humo de tabaco |
| Información veraz, oportuna y de calidad. | 19 | Autorregulación y ética en la publicidad |

Cuadro 6 (continuación)
Relación entre estrategias, líneas de acción y proyectos

| Estrategia 3. Previsión del desarrollo | | |
|---|-----------|---|
| Líneas de acción | Nº | Proyectos |
| Control de productos químicos y químico-farmacéuticos | 20 | Control de aditivos e ingredientes |
| | 21 | Control de estupefacientes, psicotrópicos, precursores químicos y químicos esenciales |
| Control de productos y procesos derivados de nuevas tecnologías | 22 | Inocuidad de productos biotecnológicos |
| | 23 | Protección radiológica |
| Promoción de acciones no regulatorias | PR-1 | Impuestos, derechos, estímulos y autorregulación |
| Inocuidad de productos y fortalecimiento del comercio exterior | 25 | Control sanitario de productos de importación y exportaciones |
| Estrategia 4. Innovación y desarrollo tecnológico | | |
| Líneas de acción | Nº | Proyectos |
| Desarrollo organizacional y humano | PR-3 | Reingeniería de procesos y simplificación de trámites |
| | PR-4 | Servicio de carrera |
| Ampliar la cobertura y la capacidad técnica y profesional | 24 | Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (COLABORAS) |
| | PR-2 | Sistema de terceros autorizados |
| Desarrollo tecnológico y sistemas de información | 27 | Sistema de Investigación y Vinculación con el Sistema Educativo |
| | 26 | Sistema de información para la Protección contra Riesgos Sanitarios |
| | PR-6 | Sistemas administrativos y de información gerencial |
| | 28 | Infraestructura de monitoreo y laboratorio |
| Estrategia 5. Legalidad y transparencia | | |
| Líneas de acción | Nº | Proyectos |
| Revisión del marco jurídico | PR-7 | Fortalecimiento y mejora regulatoria |
| Transparencia y rendición de cuentas | PR-8 | Rendición de cuentas |
| | PR-9 | Atención de áreas o procesos críticos |
| Estrategia 6. Atención oportuna de riesgos | | |
| Líneas de acción | Nº | Proyectos |
| Concertación intersectorial, federal e internacional | PR-10 | Coordinación intersectorial y federal |
| Atención de emergencias y alertas sanitarias | 32 | Atención de emergencias |

Las prioridades actuales, los recursos disponibles del Sistema Federal de Protección Sanitaria y las basales definidas, determinaron nueve proyectos para poner en operación, en el 2003. Las prioridades

involucran estrategias como abatir el rezago; y líneas de acción específicas, como inocuidad de los productos y fortalecimiento del comercio exterior, así como atención a emergencias y alertas sanitarias. Se inician proyectos en prácticamente todos los programas, aprovechando los recursos disponibles. Finalmente, las basales existentes capitalizaron la experiencia derivada del ejercicio de regulación y fomento sanitario de todo el Sistema Federal de Protección Sanitaria.

- 1.** Agua de calidad bacteriológica (2003).
- 2.** Calidad microbiológica de alimentos potencialmente peligrosos (2003).
- 3.** Zoonosis (2003).
- 4.** Sal yodada y fluorurada (2003).
- 6.** Plomo en la loza vidriada de baja temperatura (2003).
- 9.** Farmacovigilancia (2003).
- 12.** Exposición excesiva a contaminantes atmosféricos (2003).
- 25.** Control sanitario de productos de importación y exportaciones (2003).
- 32.** Atención de emergencias (2003).

Otros serán iniciados en la COFEPRIS y en su caso implantados posteriormente en el Sistema Federal de Protección Sanitaria:

- 13.** Humo de tabaco (2003).
- 19.** Autorregulación y ética en la publicidad (2003).
- 21.** Control de estupefacientes, psicotrópicos, precursores químicos y químicos esenciales (2003).

Finalmente los proyectos con los que la COFEPRIS apoyará al Sistema Federal de Protección Sanitaria en el 2003, son:

- 26.** Sistema de información para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2003).
- 28.** Infraestructura de monitoreo y laboratorio (2003).
- PR-1.** Impuestos, derechos, estímulos y autorregulación (2003), dividido en dos subproyectos: cobro de derechos y administración de recursos e; impuestos, estímulos y autorregulación.
- PR-2.** Sistema de terceros autorizados (2003).
- PR-3.** Reingeniería de procesos y simplificación de trámites (2003).
- PR-4.** Servicios de carrera (2003).
- PR-6.** Sistemas administrativos y de información gerencial (2003).
- PR-7.** Fortalecimiento y mejora regulatoria (2003).
- PR8.** Rendición de cuentas (2004).
- PR-9.** Atención de áreas o procesos críticos (2003).
- PR-10.** Coordinación intersectorial y federal (2003).

Los demás proyectos están en proceso de estructuración, empezando por la construcción de sus líneas basales. La posibilidad de ejecución en el 2004 dependerá de la asignación de recursos del 10% (deflactado) anual adicional a partir de los niveles del 2003.



V. ¿Cómo medimos los avances?



V. ¿Cómo medimos los avances?

La administración con enfoque de riesgo para la instrumentación de medidas regulatorias y no regulatorias, se realiza a través de un proceso que tiene cuatro componentes:

Actividades preparatorias: incluye el establecimiento de un perfil de riesgos o criterios de riesgo para enmarcar su potencial emergente y obtener la mayor cantidad de información para fijar las acciones procedentes y alimentar el proceso de toma de decisiones. La atención de riesgos sanitarios requiere de mecanismos para priorizar acciones; identificar si un riesgo potencial emergente es efectivamente relevante; su impacto, los beneficios de escenarios de manejo para su prevención o control; su inclusión dentro de las líneas de acciones existentes programadas o incluirse adicionalmente en la agenda del Sistema Federal de Protección Sanitaria. Muchos problemas pueden ser resueltos directamente a través de la aplicación de la regulación existente; evaluación de exposición, de riesgos cualitativa o adaptaciones a la realidad nacional de evaluaciones realizadas en otros países. Si una evaluación de riesgos es necesaria y posible, se puede decidir solicitarla a la Comisión de Evidencia y Análisis de Riesgos o contratarla externamente a universidades, centros de investigación, entre otros.

Evaluación de las opciones: es el análisis comparativo de las alternativas disponibles para reducir la exposición al riesgo a la luz de información científica útil. Una meta importante es la optimización de los recursos en términos de eficiencia, factibilidad tecnológica y viabilidad de las medidas de manejo seleccionadas. Cada línea de acción requiere la revisión continua, capitalizando las experiencias ganadas en su instrumentación y las nuevas evidencias científicas y económicas.

Instrumentación de las medidas seleccionadas: las cuales pueden ser regulatorias y no regulatorias. La flexibilidad en la selección de medidas a instrumentar por todos los involucrados a través de los cinco procesos básicos en la protección contra riesgos sanitarios es un elemento necesario, en función de su contribución al alcance de las metas.

Vigilancia y evaluación de resultados: es la recopilación y análisis de los datos para obtener una visión general de la exposición de riesgos resultante antes, durante y después de haber aplicado las medidas así como del estado de salud de la población. La vigilancia debiera identificar nuevos problemas de salud a medida que emergen. Cuando existe evidencia de que las metas de salud pública no se alcanzan, se requiere el rediseño de las medidas de manejo.

La administración de riesgos se ilustra como un proceso continuo e interactivo, en el cual la comunicación de riesgos atraviesa sus distintos componentes que integran su manejo; como proceso social, busca generar un cambio de actitud en la población para disminuir las posibles vías de exposición al riesgo sanitario y evitar crisis. Para modificar la percepción del riesgo y obtener una mejor disposición de la población, el diseño de los programas de comunicación debe obedecer a una estrategia integral de tratamiento del problema que actúe simultáneamente a la capacidad de respuesta institucional. Después de completar el ciclo, se necesita la evaluación de los resultados para corregir las desviaciones (*Figura 23*).

Figura 23

Proceso de administración con enfoque de riesgos



Indicadores

Los indicadores son un instrumento cardinal que permite conocer la situación de salud de los habitantes del país o la región en materia de enfermedades derivadas de riesgos sanitarios. Además ayudan a analizar si las líneas de acción modifican ese estado de salud y en qué proporción. Por ello, los indicadores son también una guía para saber el grado de sensibilidad de las mismas y su impacto contra los riesgos sanitarios y otros riesgos legítimos y contribuyen a determinar la medida en que se cumple con la política de salud. Es decir, se convierten en un instrumento de evaluación de líneas de acción y programas, que proporciona elementos cuantitativos y cualitativos más allá de los métodos usuales de la administración pública tradicional (eficacia, eficiencia y congruencia).

Los indicadores son de dos tipos: de proceso o de impacto. Los primeros miden el desempeño de las medidas instrumentadas como pueden ser: número de verificaciones, muestras tomadas, etc. Los segundos miden la repercusión de las medidas tomadas en la salud pública, ya sea indirectamente por la reducción a la exposición del factor de riesgo o directamente por su contribución en la disminución de la enfermedad. En principio es deseable que un indicador refleje la contribución que las diferentes líneas de acción y programas tienen en la salud de la población, que sea homogéneo, es decir que permita comparar resultados sobre una misma base y anticipar la sensibilidad de éstos y por tanto asignar mayores recursos a aquéllos que representan impactos más relevantes en la mejora de la salud de la población. Una actividad implícita en el fortalecimiento de la infraestructura del Sistema Federal de Protección Sanitaria es el desarrollo de un sistema de vigilancia de los resultados para determinar si las intervenciones realizadas logran las metas establecidas.

Medición de los avances

Estrategia 1: Abatir el rezago.

Línea de Acción 1.1.

Protección contra enfermedades diarreicas agudas, intoxicaciones de origen alimentario y zoonosis.

Indicador de proceso

- Porcentaje de la población con sistemas formales de abastecimiento de agua para uso y consumo humano que tenga agua de calidad bacteriológica.
- Porcentaje de determinaciones de cloro residual libre dentro o por arriba de norma.
- Porcentaje de muestras en productos cárnicos, lácteos y del mar con presencia de *S. aureus* por arriba de la normatividad.
- Porcentaje de muestras en productos cárnicos, lácteos y del mar, así como alimentos preparados con presencia de *Salmonella sp* por arriba de la normatividad.
- Porcentaje de muestras en cárnicos, lácteos, productos del mar y en agua purificada y hielo con presencia de coliformes totales o fecales por arriba de la normatividad.

Indicador de impacto

- Tasa de incidencia de enfermedades diarreicas.
- Tasa de incidencia de casos de Intoxicación bacteriana alimentaria y de paratifoidea y otras salmonelosis.
- Tasa de incidencia de casos de brucelosis.

Metas 2003-2006

- En el 2006, lograr que el 87% de la población con sistemas formales de abastecimiento tenga agua para uso y consumo humano con cloro residual dentro y por arriba de norma.
- En el 2003, se establecerán las basales de contaminación y con base en éstas, a partir del 2004 se fijarán las metas de reducción de la contaminación por coliformes totales o fecales (o *Salmonella sp*) y *S. aureus* en cárnicos, lácteos, productos del mar, agua purificada y hielo.
- Revertir la tendencia creciente y disminuir el 3% anual en el número de casos de brucelosis.

Línea de Acción 1.2.

Adición de nutrimentos en alimentos.

Indicadores de proceso

- Acido fólico: Porcentaje de muestras de harina de trigo con ácido fólico dentro de norma.
- Hierro: Porcentaje de muestras de harina de trigo con adición de hierro dentro de norma.
- Yodo: Porcentaje de muestras de sal con yodación superior a 15 mg/kg.
- Flúor: Porcentaje de muestras que cumplen con normatividad.

Indicadores de impacto

- Ácido fólico: Tasa de defectos del tubo neural al nacimiento.
- Hierro: Prevalencia de anemia ferropriva en niños menores de cinco años y mujeres gestantes.
- Yodo: Tasa de incidencia anual de bocio endémico.
- Flúor: Prevalencia de caries dental a los seis años de edad; índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años de edad.

Metas 2003-2006

- Yodo: 92.5% de muestras de sal con yodación superior a 15 mg/kg.
- Yodo: Prevalencia de bocio endémico 1.05 casos/100,000 habitantes (Se considera que la incidencia de bocio endémico debajo de 1.0 se debe a otros factores diferentes a la carencia de yodo).
- Flúor: 74% de muestras que cumplen con normatividad.
- Flúor: Contribuir en un 33% con el logro de la meta del PRONASA en materia de salud bucal (año 2006), que establece disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50% y obtener un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de 3 a los 12 años de edad.
- Ácido Fólico: 85% de las muestras de harina de trigo analizadas cumplirán con la adición de ácido fólico reglamentaria.
- Hierro: 80% de las muestras de harina de trigo analizadas cumplirán con la adición de hierro reglamentaria.

Línea de Acción 1.3.

Disminución de las exposiciones tóxicas.

Indicadores de proceso

- Participación de mercado de esmaltes para loza vidriada sin plomo.
- Emisión de la Norma Oficial Mexicana 004-SSA-1-1999.

Indicadores de impacto

- Tasa de prevalencia de plomo en sangre en población expuesta a loza vidriada antes y después de la aplicación del proyecto.

Meta 2003-2006

- Reducir la venta de esmaltes con plomo usados en loza vidriada en 70%.

Estrategia 2: Cobertura básica.

Línea de Acción 2.1.

Medicamentos seguros, eficaces y accesibles

Indicadores de proceso

- Fracción de boletines anuales realizados para difundir la información de las acciones regulatorias y actividades de farmacovigilancia con relación a los programados.

Indicadores de impacto

- Número de notificaciones anuales por reacciones adversas derivadas del consumo de medicamentos por cada 100, 000 habitantes.
- Elaborar 4 boletines anuales para difundir la información de las acciones regulatorias y actividades de farmacovigilancia.

Metas 2003-2006

- Incrementar la tasa de notificaciones por reacciones adversas derivadas del consumo de medicamentos en 33% anual durante el período.

Línea de Acción 2.2.

Proteger a la población de la exposición a contaminantes tóxicos.

Indicadores de impacto

- Porcentaje de la población en zonas urbanas con exposición por arriba de las normas a O3 y PM10.
- Número de días al año en que se cumplen las NOM para O3 y PM10, en zonas urbanas.
- Número de días con contingencias ambientales por O3 y PM10, en zonas urbanas.

Metas 2003-2006

- Disminuir en 20% el valor actual con el que se activa la declaración de contingencias atmosféricas.
- Disminuir en 10% la exposición de la población a partículas suspendidas y ozono en zonas urbano-industriales del país.

Línea de Acción 2.3.

Control de Servicios de Salud.

Indicadores de proceso

En proceso de desarrollo.

Indicadores de impacto

- En proceso de desarrollo

Metas 2003-2004

En proceso de desarrollo

Línea de Acción 2.4.

Control de ambientes laborales.

Indicadores de proceso

- NOM y documentos expedidos y revisados para proteger la salud de los trabajadores.
- Servicios preventivos de salud en el trabajo / establecimientos.

Indicadores de impacto

- Porcentaje de la población que labora en edificios públicos y que no está expuesta al humo del tabaco.
- Porcentaje de las enfermedades de origen ocupacional identificadas y atendidas.

Metas 2003-2006

- El 95% de las instituciones del sector salud deberán cumplir con el Reglamento sobre Consumo de Tabaco (2003).
- El 70% de los edificios del sector público federal deberán cumplir con el Reglamento sobre Consumo de Tabaco (2004).
- Al menos 30 entidades federativas contarán con reglamento en la materia (2006).
- Promover que se identifiquen y atiendan 65% de las enfermedades de origen ocupacional.
- Nueva Tabla de Enfermedades de Trabajo a fin de incorporar nuevas patologías o adecuar las existentes a las tecnologías actuales.
- Establecimiento de los criterios para la calificación de las enfermedades del trabajo en su relación causa-efecto.

Línea de Acción 2.5.

Información veraz, oportuna y de calidad.

Indicadores de proceso

- Porcentaje de ramas industriales relacionadas con productos cuya publicidad es objeto de control sanitario que firmaron convenios.
- Número de capacitados en temas de especialidad nacionales e internacionales.
- Número de comunicados difundidos en los medios.
- Número de campañas de comunicación de riesgos impresas y electrónicas.
- Número de manuales y videos instruccionales de comunicación de riesgo.
- Número de talleres de participación social.

Meta 2003-2006

- Firma de convenios con 30% de las ramas industriales.

Estrategia 3: Previsión del desarrollo.

Línea de Acción 3.1.

Control de productos químicos y químicos-farmacéuticos.

Indicadores de proceso

- Porcentaje de establecimientos que importen o exporten químicos esenciales o que los almacenen verificados anualmente.

Línea de Acción 3.2.

Control de productos y procesos derivados de nuevas tecnologías.

Meta 2004-2006

- Evaluar el riesgo de productos y procesos.
- Diseñar e implementar una estrategia a partir de los resultados de la evaluación.

Línea de Acción 3.3.

Promoción de acciones no regulatorias.

Metas 2003-2006

- Establecer los mecanismos de pago de derechos, estímulos y autorregulación por los servicios de la COFEPRIS.
- Proponer y gestionar ante la SHCP y el poder legislativo el cobro de derechos con base en los costos reales de operación del Sistema Federal de Protección Sanitaria y el riesgo sanitario.

Línea de Acción 3.4.

Inocuidad de productos y fortalecimiento del comercio exterior.

Indicadores de proceso

- Importaciones: porcentaje de plantas en el extranjero que exportan a México que están certificadas por el Sistema Federal de Protección Sanitaria.
- Exportaciones: porcentaje de plantas en el país que solicitan certificado para exportar, aprobadas por el Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Indicadores de impacto

- Fracción del volumen de importaciones totales que son supervisadas por el Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Metas 2003-2006

En proceso de desarrollo.

Estrategia 4: Innovación y desarrollo tecnológico.

Línea de Acción 4.1.

Desarrollo Organizacional.

Indicadores de proceso

- Número de procesos administrativos de la COFEPRIS.
- Número de trámites responsabilidad de la COFEPRIS.

Meta 2003-2006

- Consolidar el Centro Integral de Servicios.
- Rediseñar y mejorar el 100% de los procesos de la COFEPRIS y de los estados.
- Mejorar o simplificar el 100% de los trámites responsabilidad de la COFEPRIS y de los estados.

Línea de Acción 4.2.

Ampliar la cobertura y la capacidad técnica y profesional.

Indicadores de proceso

- Porcentaje de Laboratorios que integran la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública que emiten resultados confiables y oportunos.
- Número de laboratorios terceros autorizados.
- Número de unidades de verificación terceros autorizados.

Metas 2003-2006

- El 100% de los laboratorios que integran la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública estén armonizados.
- 100 laboratorios terceros autorizados.
- 400 unidades de verificación terceros autorizados.

Línea de Acción 4.3.

Desarrollo tecnológico y sistemas de información.

Indicadores de proceso

- Porcentaje de avance del Sistema de Información para la Protección contra Riesgos Sanitarios (SIIPRIS).
- Porcentaje de personal de la COFEPRIS usuario del SIIPRIS que está capacitado en su uso y aprovechamiento.
- Porcentaje de personal de las Entidades Federativas usuario del SIIPRIS que está capacitado en su uso y aprovechamiento.

Metas 2003-2006

- Construcción del SIIPRIS.
- Tener capacitado al 100% del personal de la COFEPRIS en su uso y aprovechamiento.
- Tener capacitado al 100% del personal de las Entidades Federativas en su uso y aprovechamiento.
- Transferencia del SIIPRIS a todas las Entidades Federativas.

Estrategia 5: Legalidad y transparencia.

Línea de Acción 5.1.

Revisión del marco jurídico.

Indicadores de proceso

- Número de Leyes revisadas.
- Número de Reglamentos revisados y elaborados.
- Número de Normas Oficiales Mexicanas (NOM) canceladas, ratificadas, modificadas y elaboradas.

Metas 2003-2006

- Cancelación de 60 NOM.
- Ratificación de 25 NOM.
- Modificación de 20 NOM.
- Elaboración de 35 nuevas NOM.
- Revisión quinquenal de 90 NOM a la luz del Programa de Mejora Regulatoria de la SSA.
- Revisión de las Leyes General de Salud y Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y/o comprimidos.
- Revisión del Reglamento de Insumos para la Salud y Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
- Elaboración del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Línea de Acción 5.2.

Transparencia y rendición de cuentas.

Indicadores de proceso

- Porcentaje de usuarios que conocen los requisitos por cumplir y el estado que guarda su solicitud.
- Porcentaje de los usuarios del servicio que percibe la emisión de autorizaciones como un proceso claro, transparente y con certeza jurídica.

Metas 2003-2006

- Informar a la comunidad los resultados y la aplicación de recursos de la COFEPRIS.
- Que más del 90% de los usuarios conozcan los requisitos por cumplir y el estado que guarda su solicitud.
- Que un 90% de los usuarios del servicio perciba la emisión de autorizaciones como un proceso claro, transparente y con certeza jurídica.
- Disminuir a 0% la posibilidad de conductas discrecionales.

Estrategia 6: Atención oportuna de riesgos.

Línea de Acción 6.1.

Concertación intersectorial, federal e internacional.

Indicador de proceso

- Porcentaje de los Consejos de la COFEPRIS que se encuentran instalados y operando.
- Porcentaje de organizaciones y asociaciones consideradas clave con las cuales se estableció contacto permanente.
- Porcentaje de reuniones nacionales realizadas, respecto a las programadas.

Metas 2003-2006

- Cumplir con el 100% de los compromisos internacionales contraídos por la COFEPRIS.
- Atender el 100% de las necesidades planteadas por las organizaciones que forman parte del Consejo Consultivo Mixto de la COFEPRIS.

Línea de Acción 6.2.

Atención de emergencias y alertas sanitarias.

Indicadores de proceso

- Porcentaje de las emergencias tecnológicas ocurridas que fueron atendidas.
- Porcentaje de los desastres naturales ocurridos que fueron atendidos.
- Porcentaje de brotes transmitidos por agua, alimentos, bebidas y otros productos de consumo que fueron atendidos en relación con los conocidos.

Metas 2003-2006

- Atender el 100% de las emergencias tecnológicas y desastres en el ámbito de competencia de la COFEPRIS.

VI. Apéndice

Referencias

Glosario



VI. Apéndice

Referencias

1. Azcona Cruz, M., et al, 2000, "Niveles de plomo en sangre en niños de 8 a 10 años y su relación con la alteración en el sistema visomotor y del equilibrio", Salud Pública, México 2000; 42: 279-287.
2. Bustamante M., Viseca C., Villaseñor F, Vargas A., Castañón R., Martínez, X., La Salud Pública en México 1959-1992.
3. COFEPRIS. Dirección General de Salud Ambiental. Primer diagnóstico nacional de salud ambiental y ocupacional. 2002. México.
4. Durán Nah J.J., Collí Quintal, J., Intoxicación aguda por plaguicidas. Salud Pública. México 2000; 42:53-55.
5. Frenk, M. J., La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, FCE, México, 1993.
6. García, M., Valdespino, J., 1993, "Importancia de Diagnóstico Etiológico de las Infecciones Gastrointestinales", Diagnóstico de Laboratorio de Infecciones Gastrointestinales, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de la Secretaría de Salud, México, D.F., p. 25.
7. Klein Schwartz W., Smith G. S. Agricultural and horticultural chemical poisoning. Mortality and morbidity in the United States. Ann Emerg Med 1997; 29: 232-238.
8. Kuiper Goodman, T. 1998. "Food safety: mycotoxins and phycotoxins in perspective". In M. Miraglia, H. Van Hegmond, C. Brera & Gilbert, eds. Mycotoxins an phycotoxins developments in chemistry, toxicology and food safety, Oxford, United Kingdom, International Union of Pure and Applied Chemistry.
9. Página electrónica www.conapo.gob.mx
10. Página electrónica www.france.diplomatie.fr
11. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, D.F. Presidencia de la República, 2001.
12. Secretaría de Salud. Historia de la Salud. Reseña histórica 1988-1994.
13. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 21 Septiembre, 2001. México.
14. Secretaría de Salud. Reseña testimonial 1988-1994, Tomo II, México 1994, Programa de modernización de la Regulación Sanitaria.
15. Sen, A. Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. Seminario internacional "Los desafíos éticos del desarrollo". Buenos Aires, Septiembre 5-6, 2002.
16. Soberón, G., Hacia un Sistema nacional de salud. SSA, 1983.
17. UNICEF, Fluoride in water. An overview, 2002.
18. Valdespino, J., García, M., Zolezzi, A., Salcedo, R., 1993, "Magnitud y trascendencia de las infecciones gastrointestinales. Medidas de intervención", Diagnóstico de Laboratorio de Infecciones Gastrointestinales, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de la Secretaría de Salud, México, D.F., p. 25.
19. Vance M.V. Pesticides. Emergency medicine. Concepts and clinical practice. 3a. de., Mosby year book, 1992; vol. III: 2630-2641.
20. Velázquez, O., Vargas, F., Gutiérrez, V., 2002. "Situación actual de la Brucelosis en México", Epidemiología No. 5, Vol. 19, semana 5, del 27 de enero al 2 de febrero del 2002, p.1.

Glosario

Acuerdos de coordinación. Convenios firmados entre la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas para que éstas coadyuven en el ámbito de su competencia en el funcionamiento del Sistema Federal de Protección Sanitaria.

Agua de calidad bacteriológica. Agua que cumple con los requerimientos microbiológicos que establece la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

Anemia ferropriva. Producida por deficiencia de hierro; se caracteriza por la presencia de eritrocitos pequeños (microcítica) y pálidos (hipocrómica).

Biodisponibilidad. Proporción de un fármaco o nutrimento que se libera y absorbe por el organismo y el tiempo que requiere para hacerlo.

Caracterización del riesgo. Estimación cualitativa o cuantitativa, incluidas las incertidumbres, de la probabilidad que se produzca un efecto nocivo, conocido o potencial, y de su gravedad para la salud de una determinada población, basada en la determinación del peligro, su caracterización y la evaluación de la exposición.

Certificación por terceros autorizados. Proceso por el cual el tercero autorizado, (como persona autorizada por la Secretaría de Salud) emitirá dictámenes con respecto al cumplimiento de requisitos establecidos por la misma para efectos de trámites o autorizaciones sanitarias.

COFEPRIS. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Dosis-respuesta. Relación entre la magnitud de la exposición a una sustancia química, biológica o física (dosis) y la magnitud o frecuencia y/o gravedad de efectos nocivos convexos (respuesta).

Emergencia tecnológica. Se presenta intencionalmente, accidentalmente o como actos de violencia o terrorismo; en ellas están involucradas materiales explosivos, inflamables, combustibles, corrosivos, oxidantes, tóxicos, infecciosos o radiactivos cuyo riesgo y peligrosidad pueden generar daños a la salud de las personas involucradas en su manejo, así como de la población en general, cuando se pierde el control durante su elaboración, almacenamiento, uso o transporte.

Enfermedad crónico-degenerativa. Aquella que se prolonga por largo tiempo, ocasiona la pérdida de las funciones del órgano o tejido afectado y puede provocar la muerte.

Evaluación de exposición. Evaluación cualitativa o cuantitativa de la posible ingestión o contacto con agentes biológicos, físicos o químicos a través de todas las fuentes y vías relevantes.

Evaluación de riesgos cuantitativa. Proceso de evaluación que utiliza escalas descriptivas para caracterizar la magnitud del riesgo implicado, se basa en conocimientos científicos y consta de las siguientes fases: i) Identificación de peligro, ii) Caracterización del peligro, iii) Evaluación de la exposición y iv) Caracterización del riesgo. Este tipo de evaluación utiliza valores numéricos en lugar de escalas cualitativas para estimar la probabilidad de ocurrencias de cada evento.

Farmacovigilancia. Actividades que permiten conocer el comportamiento de los medicamentos durante su comercialización, mediante la notificación, registro y evaluación sistemática de las reacciones adversas de los medicamentos.

Intoxicación bacteriana alimentaria. Alteraciones clínicas por la acción de toxinas por bacterias presentes en los alimentos y bebidas.

Manejo de riesgo. Conjunto de medidas que buscan reducir, mitigar o eliminar un riesgo para la salud de la población (también conocido como administración o gestión de riesgo).

Medida regulatoria. Disposición basada en leyes, reglamentos, acuerdos y normas oficiales sobre un producto o actividad, mismas que deben sujetarse a éste marco legal.

Morbilidad. Relación entre el número de casos de una enfermedad o accidente y la población susceptible para un período establecido.

Mortalidad. Relación entre el número de muertes de la población en un período establecido.

Organo desconcentrado. Unidad administrativa, en este caso perteneciente a la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa que tiene atribuciones conforme a la Ley General de Salud y demás ordenamientos aplicables.

Perfil de riesgos. Síntesis del problema y de su contexto, identificando el peligro y las características del agente, la probabilidad de ocurrencia y las potenciales consecuencias.

Prevalencia. Proporción de casos de una enfermedad en una población y periodo determinado de tiempo.

PROSA. Programa de Acción de Protección contra Riesgos Sanitarios.

Productos biotecnológicos. Alimentos, ingredientes, aditivos, materias primas, insumos para la salud, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas, y sus desechos, en cuyo proceso intervienen organismos vivos o parte de ellos, modificados por técnica tradicional o ingeniería genética.

Sistemas formales de abastecimiento. Sistemas que suministran agua a la población a través de tubería.

Tasa de incidencia. Proporción de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada en un periodo determinado de tiempo.

Tasa de natalidad. Número de nacimientos durante el año entre la población a la mitad del año por 1000.

Tasa global de fecundidad. Número de nacimientos durante el año entre el número de mujeres de 15-49 años a mitad del año por 1000.

Programa de Acción: **Protección Contra Riesgos Sanitarios.** *Sistema Federal de Protección Sanitaria.*
Primera edición: 1000 ejemplares
Se terminó de imprimir en marzo de 2003





Programa Nacional de Salud **2001-2006**

Estrategia

7 Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud



www.salud.gob.mx