

4º INFORME DE LABORES

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-202-0

www.salud.gob.mx

ÍNDICE

	Pág.
Presentación	7
Secretaría de Salud	11
Misión	13
Visión	13
Estructura Orgánica	13
1. Área del Secretario	15
Función	17
Estructura Orgánica	17
1.1 Dirección General de Asuntos Jurídicos	31
1.2 Dirección General de Comunicación Social	38
1.3 Comisión Nacional de Arbitraje Médico	41
1.4 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	47
1.5 Comisión Nacional de Protección Social en Salud	53
1.6 Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	55
1.7 Unidad de Análisis Económico	62
2. Subsecretaría de Innovación y Calidad	69
Función	71
Estructura Orgánica	71
2.1 Dirección General de Calidad y Educación en Salud	72
2.2 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	77
2.3 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica	81
2.4 Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia	83
2.5 Dirección General de Evaluación del Desempeño	87
2.6 Dirección General de Información en Salud	89
2.7 Hospital Juárez de México	91
3. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	95
Función	97
Estructura Orgánica	97
3.1 Dirección General de Promoción de la Salud	99
3.2 Consejo Nacional contra las Adicciones	102
3.3 Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	106
3.4 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA	124
3.5 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	128
3.6 Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia	136

	Pág.
4. Subsecretaría de Administración y Finanzas	141
Función	143
Estructura orgánica	143
4.1 Dirección General de Organización, Programación y Presupuesto	143
4.2 Dirección General de Tecnologías de la Información	151
4.3 Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	155
4.4 Dirección General de Recursos Humanos	156
4.5 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	169
4.6 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	171
5. Organismos Públicos Descentralizados	175
5.1 Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud	177
5.1.1 Dirección General de Coordinación y Desarrollo	177
5.1.2 Dirección General de Políticas de Investigación en Salud	179
5.1.3 Institutos Nacionales de Salud	181
5.1.3.1 Instituto Nacional de Cancerología	181
5.1.3.2 Instituto Nacional de Cardiología	185
5.1.3.3 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	191
5.1.3.4 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	195
5.1.3.5 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	199
5.1.3.6 Instituto Nacional de Pediatría	204
5.1.3.7 Instituto Nacional de Perinatología	208
5.1.3.8 Instituto Nacional de Psiquiatría	213
5.1.3.9 Instituto Nacional de Salud Pública	217
5.1.3.10 Hospital Infantil de México	221
5.1.3.11 Instituto Nacional de Medicina Genómica	226
5.2 Hospitales Generales	229
5.2.1 Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	229
5.2.2 Hospital General de México	232
5.3 Centros de Integración Juvenil, A.C.	235
5.4 Centro Nacional de Rehabilitación	240
5.5 Centro Nacional de Transfusión Sanguínea	244
5.6 Centro Nacional de Trasplantes	247
6. Programa IMSS-Oportunidades	251
7. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	259
8. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.	279
9. Consejo de Salubridad General	287

10. Anexo Estadístico	295
Esperanza de vida al nacer por entidad federativa, 2003	297
Diez principales causas de mortalidad general, 2003	298
Diez principales causas de mortalidad infantil, 2003	299
Mortalidad en la infancia por entidad federativa, 2003	300
Diez principales causas de mortalidad en edad preescolar, 2003	301
Diez principales causas de mortalidad en edad escolar, 2003	302
Diez principales causas de mortalidad en edad productiva, 2003	303
Diez principales causas de mortalidad en edad postproductiva, 2003	304
Mortalidad materna, 2003	305
Tendencias de la mortalidad según grupos de edad, 1980-2003	306
Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en < 5 años, 1990-2003	307
Mortalidad por diarreas en niños menores de 5 años por entidad federativa, 2003	308
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en < de 5 años, 1990-2003	309
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños < de 5 años, 2003	310
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990-2003	311
Mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más, 2003	312
Mortalidad por cáncer de mama, 1990-2003	313
Mortalidad por diabetes, según sexo, 1990-2003	314
Tasa de mortalidad por homicidios, 1990-2003	315
Mortalidad por suicidios, 1960-2003	316
Tendencia de la morbilidad por poliomeilitis aguda, 1980-2003	317
Tendencia de la morbilidad por sarampión, 1980-2003	318
Tendencia de la morbilidad por tos ferina, 1980-2003	319
Tendencia de la morbilidad por tétanos, 1980-2003	320
Tendencia de la morbilidad por difteria, 1980-2003	321
Tendencia de la morbilidad por tuberculosis pulmonar, 1980-2003	322
Tendencia de la morbilidad por tuberculosis otras formas, 1980-2003	323
Tendencia de la morbilidad por lepra, 1980-2003	324
Tendencia de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas, 1980-2003	325
Tendencia de la morbilidad por enfermedades diarreicas, 1980-2003	326
Tendencia de la morbilidad por cólera, 1991-2003	327
Tendencia de la morbilidad por sífilis adquirida, 1980-2003	328
Tendencia de la morbilidad por infecciones gonocócicas, 1980-2003	329
Tendencia de la morbilidad por paludismo P. vivax, 1980-2003	330
Tendencia de la morbilidad por oncocercosis, 1980-2003	331
Tendencia de la morbilidad por dengue clásico, 1980-2003	332
Tendencia de la morbilidad por rabia, 1980-2003	333
Tendencia de la morbilidad por brucelosis, 1980-2003	334
Recursos humanos y físicos por entidad federativa, 2003	335
Principales servicios proporcionados, 2003-2004	336
Porcentaje de nacimientos por cesárea por entidad federativa, 2003	337
Porcentaje de cesáreas por institución, 1991-2002	338
Cobertura de vacunación en niños de 1 año y en niños de 1 a 4 años, 2003	339
Tiempo de espera y porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera, 2003	340
Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto, 2003	341
Relación entre las aportaciones estatales y federales, 2003	342
Gasto público en salud per cápita por tipo de aseguramiento, 2003	343

Presentación

PRESENTACIÓN

Honorable Congreso de la Unión

Atendiendo a lo dispuesto por los Artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 80 de la Ley de Planeación, me permito hacer entrega a esa Soberanía del Informe de Labores de la Secretaría de Salud correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2003 y el 31 de agosto de 2004.

La información más reciente nos indica que las principales causas de muerte en el país no sólo se están modificando, sino que lo están haciendo a una velocidad notable. Entre 1950 y 2000 la proporción de muertes atribuibles a las enfermedades no transmisibles pasó de 44 a 73 por ciento y la proporción atribuible a las lesiones de 6 a 13 por ciento. Esto significa que el éxito en el combate a las enfermedades infecciosas nos impuso un nuevo reto: la atención de enfermedades no transmisibles y lesiones, que son mucho más costosas y difíciles de atender.

A pesar de este creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, las infecciones comunes, los eventos relacionados con la reproducción y la mala nutrición siguen generando importantes daños a la salud en los grupos de alta marginación. De ahí los esfuerzos dirigidos a atender el primer reto identificado por el *Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA 2001-2006)*: la equidad. En la atención de los grupos afectados por el rezago epidemiológico se continuaron realizando acciones a través de los programas Arranque Parejo en la Vida, Desarrollo Humano OPORTUNIDADES y de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.

Arranque Parejo en la Vida está presente en las 18 entidades federativas y 470 municipios donde se concentra la mayoría de las muertes maternas. Las acciones de este programa han permitido reducir en cerca de 15 por ciento las muertes maternas entre diciembre de 2000 y diciembre de 2003; en 17 por ciento las muertes en menores de 1 año y en 16 por ciento las muertes en menores de un mes.

En su componente de salud, el Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES adquirió, durante el periodo de este informe, 390.3 millones de dosis de suplemento alimenticio para niños menores de 5 años y 138.9 millones para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Estas acciones se están reflejando en la reducción de las cifras de anemia entre las mujeres en edad reproductiva y en el aumento en la talla de los niños de 12 a 36 meses, entre otros indicadores.

Las acciones del Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas se desarrollaron en 594 municipios indígenas de 21 entidades federativas. A través de estas acciones se administraron multivitamínicos y minerales a 330 144 niños de seis a 24 meses y 183 731 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA representan un problema de la más alta prioridad. Por eso en 2003 se incrementó a 89 el número de centros de atención a padecimientos de transmisión sexual y se contó con los servicios de 120 unidades de detección y consejería de SIDA. El número de pacientes con VIH-SIDA atendido en este periodo ascendió a 28 mil, de los cuales 25.4 por

ciento correspondieron a la Secretaría de Salud, 10.5 por ciento a las entidades federativas y 64.1 por ciento al IMSS y el ISSSTE. Con esto se alcanzó la cobertura universal de pacientes con VIH/SIDA, meta que estaba programada para 2006.

México mantuvo además el esquema más completo de vacunación de América Latina, tanto por el número de vacunas que lo integran (10 vacunas) y los grupos de población a los que beneficia (menores de 10 años, adolescentes de 10 a 19 años y mujeres de 12 a 45 años) como por las coberturas alcanzadas. En el periodo de este informe la cobertura de vacunación en niños de un año alcanzó, por primera vez en la historia del país, la cifra de 95.5 por ciento, que es una de las mejores cifras de cobertura del mundo.

Para enfrentar el segundo reto identificado por el *PRONASA 2001-2006* se siguieron fortaleciendo las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, incluyendo las iniciativas para mejorar los tiempos de espera, el surtimiento de recetas y la seguridad de los pacientes. Hasta junio de 2004 se habían incorporado a la Cruzada 6 396 unidades de todas las instituciones de salud.

Finalmente, como parte de las acciones dirigidas a enfrentar el reto de la protección financiera, en enero de 2004 entró en vigor el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular. Al finalizar el primer semestre de 2004, este innovador seguro había afiliado a 799 902 familias en 29 entidades federativas. Cabe destacar que más del 95 por ciento de estas familias pertenecen a los tres deciles de menores ingresos. Además, dos de cada tres familias afiliadas están encabezadas por mujeres, lo que le da un profundo sentido de equidad de género al Seguro Popular.

Señoras y señores legisladores:

El sistema de salud de México vive un momento histórico. Después de dos años de intensa discusión, en abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó una reforma a la Ley General de Salud que permitirá extender el derecho a la protección de la salud a todos los mexicanos y mexicanas. Los primeros resultados de esta transformación estructural, que se plasman en este Informe de Labores, son muy alentadores y apuntan hacia la consolidación de una democracia integral en nuestro país, que incluye, junto a los derechos políticos y civiles, el ejercicio pleno de los derechos sociales.

Julio Frenk Mora

Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD

Misión

La *Secretaría de Salud* y su principal marco operativo, el *Programa Nacional de Salud (PRONASA 2001-2006)*, tienen como misión contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

Visión

El *PRONASA 2001-2006* anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

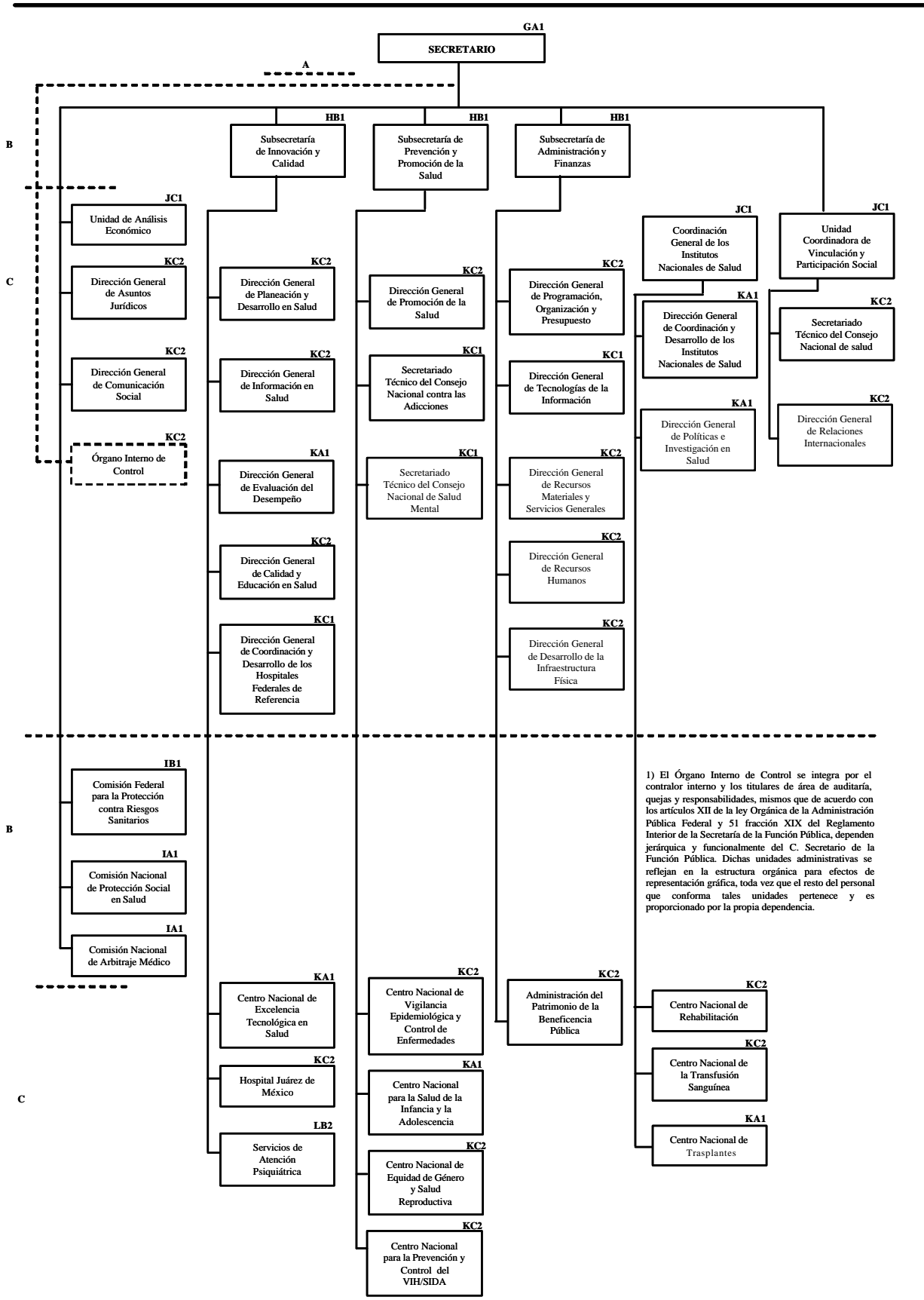
Estructura Orgánica

El 19 de enero de 2004 se expide el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud con el cual quedan concluidas las actividades de reestructuración de la Secretaría de Salud. La estructura ha sido readecuada para fortalecer la operación en materia de los principales retos del *PRONASA 2001-2006*: equidad, calidad y protección financiera.

Secretaría de Salud

Estructura Básica

Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud
Vigencia: 2004



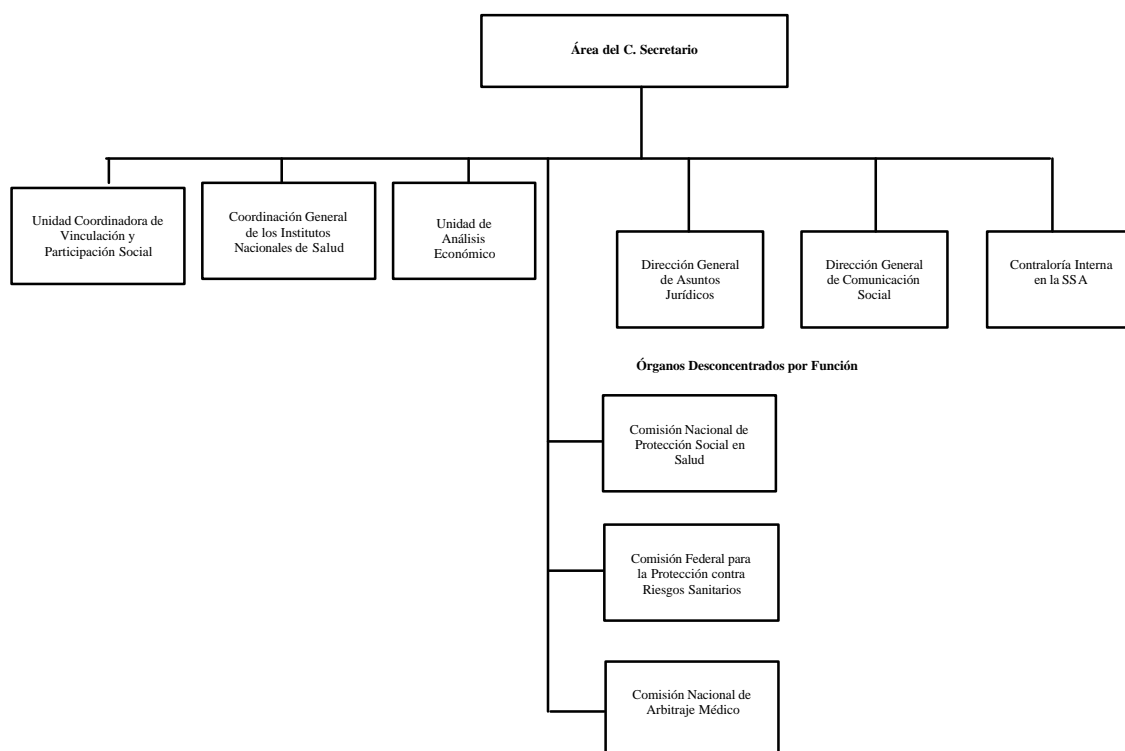
Capítulo 1

Área del Secretario

1. ÁREA DEL C. SECRETARIO

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

Entre las funciones a su cargo se encuentran: establecer, dirigir y controlar las políticas de la Secretaría, así como coordinar y evaluar las de las entidades paraestatales del sector coordinado; aprobar el anteproyecto de presupuesto anual de egresos de la Secretaría, así como evaluar el de las entidades paraestatales del sector coordinado y el que se asigne a los organismos descentralizados de las entidades federativas; aprobar, controlar y evaluar los programas de salud, así como coordinar la programación y presupuestación de las entidades agrupadas administrativamente en el sector coordinado; someter al acuerdo del Presidente de la República los asuntos encomendados a la Secretaría y al Sector Salud que lo ameriten y desempeñar las comisiones y funciones especiales que el Presidente de la República le confiera, así como mantenerlo informado sobre el desarrollo de las mismas.



A partir de la aprobación de las modificaciones a la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud se dio a la tarea de ajustar su estructura organizacional para fortalecer la atención a la salud de la población no asegurada. Las unidades que operan en el área del Secretario son las siguientes: Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, Unidad de Análisis Económico, Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección General de Comunicación Social, y los órganos desconcentrados por función: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios y Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Adicionalmente, la oficina del Secretario cuenta con la Coordinación de Asesores del Secretario, una Secretaría Particular

y una Coordinación Administrativa.

En el periodo de este informe la Oficina del Secretario atendió los asuntos relacionados con: el poder legislativo, el gabinete presidencial, las unidades coordinadas, las entidades federativas, los organismos nacionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad en general. Las actividades relevantes llevadas a cabo se mencionan en cada una de las unidades referidas. A manera de resumen destacaremos parte de los resultados obtenidos:

El *PRONASA 2001-2006* parte del concepto de que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población. El programa plantea cuatro premisas fundamentales:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y de las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
- Dado el valor que en sí misma tiene y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública, para empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; así, se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables.
- La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

El *PRONASA 2001-2006* fue diseñado para atender los retos que enfrenta el sistema mexicano de salud: la equidad, la calidad y la protección financiera. Para su atención se diseñaron políticas específicas que están asociadas con cinco objetivos fundamentales: (1) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; (2) abatir las desigualdades en salud; (3) mejorar la capacidad de respuesta de los servicios públicos y privados; (4) asegurar justicia en el financiamiento en materia de salud, y (5) fortalecer el sistema de salud, especialmente las instituciones públicas.

- En el periodo de este informe, la Secretaría de Salud, a través de su Titular, continuó con sus funciones de rectoría, seguimiento y evaluación en materia de salud. Para ello, en atención al reto de *la equidad*, se reforzó el blindaje sanitario principalmente para la atención de los problemas de salud asociados al rezago, que están relacionados con una nutrición insuficiente, con infecciones comunes y con las afecciones de la reproducción, los cuales afectan principalmente a la población más desprotegida, la que habita en comunidades remotas y a los miembros de comunidades indígenas.

Para la atención de estos grupos se continuaron realizando acciones a través del Programa Arranque Parejo en la Vida en 18 entidades federativas y 470 municipios. En estos se ha dado atención a más de 492 mil mujeres embarazadas, más de 299 mil recién nacidos y casi 696 mil menores de dos años, con el

apoyo de 17 576 médicos, 29 101 enfermeras y 4 979 paramédicos.

Arranque Parejo en la Vida cuenta con 31 Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada en 10 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán, así como 145 redes sociales activas de atención. Además, la red de servicios cuenta con 102 Hospitales y 149 Clínicas Sí Mujer, y 1 050 equipos donados por la Fundación Telmex. Para la prevención de la discapacidad se realizaron 877 mil pruebas de tamiz neonatal y se distribuyeron 59 mil frascos de ácido fólico a mujeres en edad fértil.

Las acciones de Arranque Parejo en la Vida han contribuido a reducir en 15 por ciento las muertes maternas entre diciembre de 2000 y 2003; en 17 por ciento las muertes de niños menores de un año, y en 16 por ciento las muertes en menores de un mes. Estas cifras significan que, durante los últimos tres años, cada mes se ha evitado la muerte de 10 mujeres por problemas asociados a la maternidad, 327 niños y 178 recién nacidos.

En las áreas rurales, a través del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES en su componente de salud, de 1997 a 2002 las consultas de nutrición para niños menores de cinco años se incrementaron 49 por ciento, y entre 1998 y 1999 la talla de los niños de 12 a 36 meses se incrementó 16 por ciento, mientras que la incidencia de enfermedades en los niños menores de cinco años se redujo 12 por ciento.

Para continuar con las acciones de este programa, en 2003 se adquirieron 390.3 millones de dosis de suplemento alimenticio para niños menores de cinco años y 138.9 millones para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, con lo que se favoreció a 566 977 menores de dos años, 352 349 infantes de dos a cinco años, 196 254 mujeres en lactancia, y 111 065 mujeres embarazadas. Estos suplementos alimenticios de consumo diario proporcionan el 100 por ciento de los micronutrientes requeridos por día y el 20 por ciento de las necesidades calóricas.

Las acciones del Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas se desarrollaron en 594 municipios indígenas de 21 entidades federativas, en las que se administraron multivitamínicos y minerales a 330 144 niños de seis a 24 meses y 183 731 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA representan un problema de salud pública en nuestro país. Para su atención, en 2003 se contó con 89 servicios especializados para la atención del VIH/SIDA en todo el país, así como con 120 servicios de detección y consejería del SIDA y otras ITS en 24 estados. El presupuesto asignado en este año fue de 367 millones de pesos para la compra de antirretrovirales, para dar cobertura a los pacientes de continuidad, lista de espera y los que perdieron la seguridad social. El número de pacientes atendidos ascendió a 28 000, de los cuales 25.4 por ciento correspondieron a la SSA, 10.5 a las entidades federativas y 64.1 por ciento al IMSS e ISSSTE, logrando con ello la cobertura universal de los pacientes con VIH/SIDA, meta que se tenía programada para finales de 2006.

Para enfrentar el reto de la *calidad*, se fortalecieron las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo propósito radica en elevar la calidad de la atención a niveles aceptables en todo el país y que sean claramente percibidos por los usuarios. Se instalaron Comisiones Estatales de Calidad en todas las entidades federativas, comisiones que, en coordinación con el Comité Coordinador Sectorial y el Equipo Consultor Sectorial, dan cauce a los esfuerzos en el ámbito de la

calidad, con la participación de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE. Hasta junio de 2004 se encontraban incorporadas a la Cruzada 6 396 unidades del Sector Salud.

A finales de 2003 los indicadores de trato digno del sistema Indica de la Cruzada Nacional por la Calidad mostraron que 82 por ciento de los usuarios de los servicios de salud esperan 30 minutos o menos en el primer nivel de atención y 65 por ciento esperan 15 minutos o menos para recibir atención en los servicios de urgencias. Respecto a la dotación de medicamentos, el promedio ponderado de las instituciones de salud indicó que 91.1 por ciento de los pacientes contaron con recetas surtidas en forma completa.

Durante 2003 el catálogo de medicamentos genéricos intercambiables se incrementó en 28 por ciento con respecto al año anterior, al pasar de 1 868 a 2 383. Este catálogo incluye 340 denominaciones. Este programa ha contribuido a lograr una reducción promedio de 57 por ciento en el precio del medicamento en comparación con las marcas líder en el mercado.

Para atender el reto de la *protección financiera*, a partir del primero de enero de 2004 entró en vigor el Sistema de Protección Social en Salud que ofrece acceso a un seguro público de salud y cumple así con el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos, independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral. Es así como la reforma responde a los retos de disminuir los gastos de bolsillo de los hogares, reducir la ocurrencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura de aseguramiento en salud.

En 2001 se implantó la etapa piloto del Seguro Popular de Salud y a finales de 2003 este seguro contó con 622 819 familias afiliadas en 24 de los 32 estados de la federación. Para el 2004 se han firmado 29 convenios con igual número de entidades federativas, con una expectativa de atención de 1.5 millones de familias.

Estas y otras acciones que se detallan en este informe, forman parte de las acciones de coordinación que realizan todos los días trabajadores de la salud en beneficio de la población.

Otras actividades de la Oficina del Secretario

Seminarios Técnicos

Con la finalidad de propiciar entre los mandos directivos de la institución el conocimiento, actualización, análisis y discusión de las acciones, resultados y avances de los programas de la Secretaría, se establecieron desde el inicio de la presente administración los “Seminarios Técnicos”, con un programa anual de dos seminarios por mes. Entre los temas programados para el presente año están: Agenda de Buen Gobierno, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, Medicina Genómica, Medicamentos Genéricos Intercambiables, Arranque Parejo en la Vida, Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, Certificación de Establecimientos en Atención Médica, Institutos Nacionales de Salud y Sistema Integral de Acciones de Conservación y Mantenimiento para Unidades Hospitalarias.

Por la importancia y trascendencia de los temas tratados, a partir de octubre de 2003 los seminarios se transmiten por Internet en tiempo real a través de la página *web* de la Secretaría (www.salud.gob.mx), en donde también se puede consultar el archivo histórico de las presentaciones anteriores.

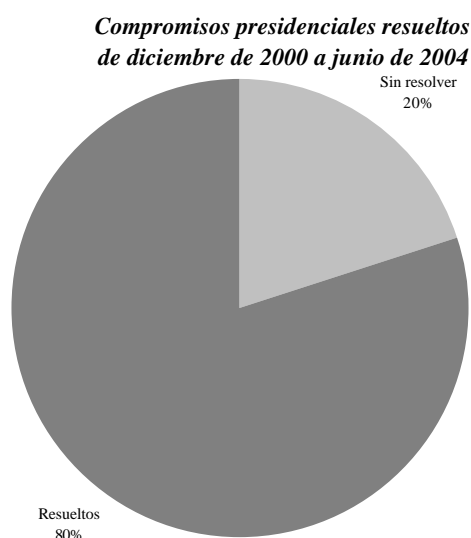
Hasta julio del año en curso se han realizado 11 seminarios con una asistencia promedio de 90 personas en el auditorio y 220 accesos remotos vía Internet.

Compromisos Presidenciales Específicos

La Secretaría de Salud recibió, del primero de diciembre de 2000 al 31 de diciembre de 2003, un total de 50 solicitudes derivadas de peticiones generadas durante eventos, reuniones y giras de trabajo en las cuales participa el Presidente de la República. De este total de solicitudes, a la fecha se han resuelto 45 y cinco se encuentran en proceso.

Del 1° de enero al 30 de junio de 2004 se recibieron diez solicitudes nuevas, de las cuales tres ya han sido resueltas, quedando siete en proceso.

Se están realizando acciones para concluir los 12 compromisos presidenciales específicos que se encuentran en proceso.



Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción

El objetivo de este programa es mejorar los procesos que limitan e inhiben actividades y actitudes que benefician de manera inadecuada a los servidores públicos.

En 2003 este programa consolidó sus acciones y obtuvo los siguientes resultados:

- Se comprometieron siete procesos con 877 acciones específicas y la atención de los acuerdos que se derivan de las reuniones de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción. Las acciones se aplican tanto en el nivel central como en los públicos descentralizados, BIRMEX y DIF.

Procesos	Acciones
Adquisiciones/Almacenes	229
Servicios subrogados	78
Obra pública	144
Recursos humanos	122
Atención médica	234
Asuntos jurídicos	122
Regulación sanitaria	9
Total	938

En todos las acciones participan las direcciones generales de las áreas centrales, quienes coordinan acciones con los órganos desconcentrados por función.

- Las 938 acciones específicas se distribuyeron de la siguiente manera: 145 en áreas centrales, 20 en BIRMEX y 602 en organismos públicos descentralizados.
- Al 31 de diciembre hay 602 acciones concluidas, equivalentes a 69 por ciento del total.
- Hay 16 acuerdos comprometidos en los que participan las Áreas Centrales y los Organismos Descentralizados.
 - Se dio seguimiento a los 16 Acuerdos de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción CITCC:

Programa de reconocimiento en integridad	Código de conducta
Mejora regulatoria interna	Mecanismos rigurosos de selección
Programa de Usuario Simulado	Difusión de resultados del PNCCFTDA
Participación externa en la elaboración de bases previas de licitación	Trámites y servicios electrónicos
Difusión de bases previas de licitación	Capacitación en valores
Evaluación de usuarios	Batería de valores en selección
Difusión de información pública en Internet	Compromisos para la transparencia con terceros
Licitaciones por vía electrónica	Estándares de servicios y atención ciudadana

- Entre los principales avances de 2003 en materia de mejora regulatoria se encuentran la puesta en operación de la Comisión de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) y los avances en la integración de la Normateca Electrónica. Por su parte, la COFEPRIS cumplió en el mes de mayo de 2003 con la totalidad de los trámites y servicios registrados en el Registro Federal de Trámites y Servicios.
- Con relación a la difusión de información pública en Internet, al cierre del año se encontraba

publicada en la página www.salud.gob.mx/transparencia toda la información relacionada con el Art. 7o. de la LFTAIPG. Además, se difundieron los resultados del Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción con el montaje de una mampara con logros 2002-2003 exhibida en la Plaza Juárez de la Secretaría de la Función Pública y posteriormente exhibida en la entrada principal del edificio sede de la Secretaría de Salud.

- Para la adquisición de bienes y contratación de servicios, se pusieron a disposición de los interesados las bases previas de 28 licitaciones de un total de 42 y para la contratación de obra y servicios relacionados con la misma se pusieron a disposición de los interesados las bases previas de licitación de dos procedimientos. Cabe hacer mención que las bases que se utilizaron para estos dos procedimientos son de aplicación general, una de obra pública y otras de servicios relacionados con las mismas. Además, se realizaron licitaciones a través de medios remotos.
- Respecto al Código de Conducta de la Secretaría de Salud, éste se encuentra disponible en la página electrónica www.salud.gob.mx para consulta de los trabajadores y de la ciudadanía.
- Para la selección del personal, se cuenta en la Secretaría de Salud con mecanismos y baterías rigurosas que utilizan herramientas y exámenes estándares vigentes, acordes a los requerimientos de esta institución. Este sistema es aplicado al personal de nuevo ingreso excepto mandos medios.
- En materia de estándares de servicios y atención ciudadana se fortaleció la operación del Centro Integral de Servicios (CIS) de la COFEPRIS, a través de la ampliación de las instalaciones, instalación de una línea 01 800, instalación y operación de buzones para quejas y sugerencias e instalación del turno electrónico en las áreas de entrega y recepción de trámites.
- Algunos otros están referidos en los avances del Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción.

Resultados

Avances relevantes del Programa Operativo para la Transparencia y el Combate a la Corrupción

Regulación Sanitaria

- Se ha mejorado la atención al público y se ha eliminado el contacto entre el evaluador y los usuarios:
 - Se desarrolló la reingeniería de procesos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
 - Actualmente opera el Centro Integral de Servicios (CIS), en el cual se atienden 120 trámites en una sola área. En este centro se atienden entre 450 y 700 usuarios diariamente, para un total de 140 mil trámites al año.

- En 2002 y 2003 se simplificaron 61 Normas Oficiales Mexicanas:
 - 20 mejoradas y modificadas;
 - nueve subtituladas;
 - 29 reagrupadas, y
 - tres canceladas.
- Se incorporaron ocho de 14 trámites de regulación sanitaria al sistema electrónico TRAMITANET.
- Está en proceso la liberación del trámite de Aviso de Funcionamiento de Salud Ambiental.
- En los dos últimos años se simplificaron o eliminaron 71 trámites.
- En 2003 se distribuyó la “Carta de Derechos de los Visitados” al 89 por ciento de los establecimientos. Con esta acción se permite que el usuario regulado conozca sus derechos y el objetivo de la verificación, evitando que haya desviaciones en el objetivo de ésta.
- Mediante la asignación de 4 412 visitas aleatorias a los establecimientos sujetos a control sanitario, se ha logrado que las verificaciones sean equitativas y libres de discrecionalidad. Esta acción involucra a más de 61 por ciento del total de visitas realizadas.

Adquisiciones

- Se obtuvieron sustanciales ahorros en compra conjunta de vacunas y otros productos farmacéuticos.
 - En los dos últimos años se han realizado dos compras consolidadas de vacunas en las que participaron la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y PEMEX, logrando ahorros de más de 139 millones de pesos.
 - Con la participación de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, se logró la incorporación de 40 por ciento más de laboratorios para licitación de suplementos alimenticios, lo que representó un ahorro de 192.3 millones de pesos.
 - En el período 2001-2003 las compras directas se mantuvieron entre dos y cuatro por ciento del total de adquisiciones a nivel central.
 - En total se ha logrado economizar 598.4 millones de pesos en compras en los tres últimos años.

Atención médica

- Mejora en la calidad de los servicios de salud.
 - Se realizaron casi 31 mil encuestas de satisfacción a usuarios de los servicios de salud de los Institutos Nacionales y Hospitales de Referencia, identificando que 88 por ciento de los entrevistados reportan sentirse satisfechos con la atención recibida.
 - Casi 90 por ciento de las áreas de atención al público cuenta con tableros de información, señalización de los servicios y con buzones de quejas y sugerencias.
 - Se recibieron casi 1 400 quejas, analizándose 94 por ciento de éstas e informándose de la resolución a 82 por ciento de los quejosos.
 - Se capacitó a más de 11 mil trabajadores de las áreas de atención médica.
- Mejora en la relación médico paciente.
 - Con el modelo único de arbitraje médico de la CONAMED, todos los asuntos recibidos fueron asignados aleatoriamente para su atención.
 - En la CONAMED se aplicaron encuestas a más de 19 mil promoventes y prestadores de los servicios médicos: los resultados de estas encuestas mostraron que 97 por ciento de los encuestados de manera directa y 89 por ciento de los encuestados por vía telefónica se reportaron satisfechos con los servicios proporcionados.
 - En diciembre de 2003 la CONAMED recibió la cuarta recertificación ISO 9001-2000.
- Estrategia Usuario Simulado.
 - En 2003 se realizaron más de mil visitas de evaluación y seguimiento a través de la estrategia de usuario simulado en 51 unidades de atención médica y administrativas con ventanilla de atención al público.
 - Se enviaron más de 800 observaciones a las unidades médicas y administrativas. Se observaron mejoras en:
 - tableros de información con horarios de atención, servicios que se proporcionan y directorio, entre otros;
 - difusión de los derechos de los pacientes;
 - uso de gafetes del personal;
 - trato y desempeño de los trabajadores;
 - colocación de buzones para quejas y sugerencias;
 - control de zonas de acceso de personal y usuarios, y
 - respuesta a quejas y sugerencias.
 - En ninguna visita hubo solicitud de dádiva para agilizar algún trámite o servicio.

En el año 2004, cuarto año de aplicación de este programa, se consolidó esta estrategia en las actividades que implican mayor contacto con la ciudadanía, como son: adquisiciones-obras públicas (que incluye acciones de almacén y finanzas), recursos humanos, atención médica y regulación sanitaria.

Al igual que en años anteriores, se comprometieron acciones similares y específicas en las áreas centrales, órganos desconcentrados por función, organismos públicos descentralizados y BIRMEX. Los compromisos fueron definidos como retos para superar lo establecido en la normatividad, con el fin de que los servidores públicos desarrollen un esfuerzo adicional en beneficio de la transparencia y de la atención y percepción de los usuarios y de la sociedad en general.

Acuerdos de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción

Procesos	Acciones
Adquisiciones/obras	235
Atención médica	69
Recursos humanos	80
Regulación sanitaria	8
Total	392

Metas de Gobierno

El Gobierno Federal estableció al inicio de esta administración la evaluación de los principales compromisos de cada una de las dependencias y entidades que integran la Administración Pública Federal, a través de un sistema que integra las metas que se analizan en el Gabinete Presidencial.

La Secretaría de Salud, dentro del marco de compromisos establecidos en el *PRONASA 2001-2006*, definió 51 metas que dieran respuesta a las preocupaciones manifestadas por la población, así como otras que permitieran evaluar el quehacer institucional.

Las metas para 2003 se dividieron en tres grandes componentes: Metas de Operación, Buen Gobierno y Evaluación del Cliente. Estos se ponderaron de acuerdo a la relevancia e impacto que tienen en la operación institucional.

	Total	Ponderación %
Metas de Operación	18	59
Buen Gobierno	21	29
Evaluación del Cliente	12	12
Total	51	100

Metas de Operación

Las metas de operación evalúan acciones en materia de salud pública que dan continuidad a las metas comprometidas y evaluadas en años anteriores, y que permiten dar seguimiento a compromisos del *PRONASA 2001-2006* como los siguientes:

-
- 1.1 Reducir la mortalidad en menores de cinco años de edad
 - 1.2 Reducir la mortalidad materna
 - 1.3 Elevar la cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año de edad
 - 1.4 Incrementar los partos atendidos por personal calificado en población no asegurada
 - 1.5 Otorgar apoyo nutricional a la población indígena
-

Los resultados a la fecha muestran resultados satisfactorios que evidencian una tendencia favorable para alcanzar las metas propuestas.

En este mismo sentido, se integraron metas que permiten observar la respuesta institucional en la prestación de los servicios:

-
- 1.8 Disminuir los tiempos de espera para recibir atención médica en unidades de primer nivel para población no asegurada
 - 1.9 Disminuir los tiempos de espera para recibir atención médica en los servicios de urgencias de unidades de segundo nivel para población no asegurada
 - 1.10 Mejorar la satisfacción de la población no asegurada con el surtimiento de medicamentos prescritos
 - 1.11 Mejorar la eficiencia del proceso arbitral
-

Existe además el reto de ampliar la oferta de servicios, al cual se le da seguimiento mediante las metas siguientes, en las cuales se rebasó la expectativa planteada:

-
- 1.13 Inicio de construcción de unidades de especialidad médica
 - 1.14 Incrementar la incorporación de un mayor número de familias al Seguro Popular de Salud
-

Buen Gobierno

Las metas de buen gobierno tienen como premisa manifestar los avances en materia de administración de recursos materiales, humanos y financieros en seis estrategias de gobierno: que cueste menos, de calidad, profesional, digital, desregulado, honesto y transparente.

Los resultados muestran que, al término del 2003, se cumplió de manera satisfactoria con los compromisos:

-
- 2.1.1 Cumplir con las obligaciones de reducción del presupuesto instruidas en el Decreto de Presupuesto 2003
 - 2.2.2 Número de procesos a certificar
 - 2.3.1 Implementar y administrar una base de datos integral del personal que permita contar con información actualizada y confiable
 - 2.3.2 Garantizar que todos los servidores públicos de la dependencia o entidad reciban por lo menos un curso de capacitación para el mejor desempeño del puesto
 - 2.3.3 Mejorar los resultados de la Encuesta de Clima Organizacional
 - 2.4.1 Entrega de Servicios Electrónicos- eServicios
 - 2.4.2 Uso de los servicios electrónicos y liderar el canal SALUD en el Portal Ciudadano www.gob.mx (Definir los contenidos del canal, mantenerlos actualizados y coordinar a las dependencias que aportan contenidos al mismo)
 - 2.5.1 Contar con una normoteca electrónica de disposiciones internas actualizadas,
 - 2.5.2 Contar con una Comisión de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) cuya función será: 1. simplificar la normatividad interna y 2. discutir y aprobar nuevas disposiciones internas que se pretendan implementar, entre otros.
-

Se continúa con la certificación de procesos de alto impacto en las unidades operativas del nivel central y de la certificación de las unidades médicas tanto públicas como privadas que garantizan una mayor calidad de los servicios que se ofrecen a la población.

Evaluación del Cliente

El resultado de la evaluación de los clientes, llevada a cabo de manera externa a través de las Oficinas de la Presidencia de la República, fue positiva, derivado de los avances importantes de los programas de acción en salud establecidos en esta administración y a una mayor atención a los diferentes sectores que son usuarios de los servicios de salud, realizan trámites o tienen contacto con la operación diaria de la Secretaría de Salud.

Los clientes evaluados fueron: la población asegurada y no asegurada; los prestadores de servicios – IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX–; los responsables de los Organismos Públicos Descentralizados de las entidades federativas y de los Organismos Públicos Descentralizados de Salud del Gobierno Federal, los funcionarios de las industrias químico-farmacéuticas, de insumos para la salud, agropecuaria y pesquera, y alimentos y bebidas; representantes del Poder Legislativo de la Federación y de las organizaciones de la sociedad civil, así como integrantes del gabinete del Poder Ejecutivo Federal.

Para el año 2004 se fortaleció el Sistema de Metas Presidenciales, al establecer prioridades vinculadas con las unidades administrativas responsables de su implementación, dividiéndose en dos grandes grupos:

- Primer Nivel.- que integra los compromisos con mayor impacto, a los cuales se deba dar seguimiento.
- Segundo Nivel.- compromisos que dan seguimiento a las tareas sustantivas al interior de las dependencias o entidades, identificadas con las responsabilidades de las áreas mayores, en este caso de la Secretaría de Salud.

Integración de compromisos:

Metas	Primer Nivel	Segundo Nivel	T o t a l
Metas de Operación	11	21	32
Buen Gobierno	12	-	12
Evaluación del Cliente	2	-	2
<i>Total</i>	25	21	46

Las *Metas de Operación* se relacionan con los principales programas y proyectos de la institución, y permiten valorar cualitativa y cuantitativamente sus resultados.

Las *Metas de Buen Gobierno* son las metas orientadas a impulsar la Agenda de Buen Gobierno, tendientes a la mejora de los procesos, de sus recursos humanos y materiales, en un ambiente de rendición de cuentas, transparencia, orden y respeto.

En *Evaluación del Cliente* se ubican las metas relacionadas con la prestación de servicios que ofrece la institución, comprometiendo una mejora constante en la percepción de los usuarios, clientes y/o beneficiarios.

De manera enunciativa relacionaremos las metas comprometidas para 2004, muchas de las cuales dan continuidad a lo establecido en años anteriores, destacando las relacionadas con infraestructura física, equipamiento y unidades médicas de alta especialidad, como prioridad de lo que resta de la administración 2001-2006.

Primer Nivel

- 1.1 Brindar protección financiera a las familias a través del Seguro Popular
- 1.2 Equipamiento de alta tecnología médica
- 1.4 Hospitales regionales de alta especialidad
- 1.5 Nuevas unidades de especialidades médicas
- 1.7 Hospitales generales y comunitarios
- 1.9 Mejorar la satisfacción de la población no asegurada con el surtimiento de medicamentos prescritos

Buen Gobierno

- 2.1 Trámites y servicios de alto impacto ciudadano mejorados que contribuyen al crecimiento económico y al desarrollo social
- 2.2 MODELO INTRAGOBI

Evaluación del Cliente

- 3.1 Acreditación y percepción ciudadana de los logros obtenidos
- 3.2 Promedio general de Clima Organizacional

Segundo Nivel

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- 1.2 Desarrollo e implementación del Sistema Integral de Información de Protección de Riesgos Sanitarios SIIPRIS
- 1.3 Simplificación de Normas Oficiales Mexicanas NOM's
- 1.4 Población protegida contra riesgos sanitarios de origen bacteriano en el agua para uso y consumo humanos

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

- 1.2 Fortalecer la madurez institucional a través del Modelo de Innovación Gubernamental
- 1.3 Mejorar la eficiencia del proceso arbitral

Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud

- 1.1 Familias afiliadas que se reafilian al Sistema de Protección Social en Salud
- 1.2 Otorgar apoyo nutricional a la población indígena

Subsecretaría de Innovación y Calidad

- 1.2 Disminuir el porcentaje de pacientes de cirugía general que se operan después de siete días de solicitada la cirugía electiva en unidades de segundo nivel (Secretaría de Salud e IMSS-OP), incorporadas a la Cruzada Nacional por la Calidad
- 1.3 Incrementar el número de unidades médicas de primero y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud), incorporadas a la Cruzada Nacional por la Calidad

Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud

- 1.1 Reducir la mortalidad en menores de 5 años de edad
- 1.2 Reducir la tasa de mortalidad materna
- 1.3 Cobertura de tratamiento con antirretrovirales en población no derechohabiente

Subsecretaría de Administración y Finanzas

- 1.1 Indicador de seguimiento del Programa Operativo para la Transparencia y el Combate a la Corrupción
-

1.1 Dirección General de Asuntos Jurídicos

La Dirección General de Asuntos Jurídicos provee asesoría y consultoría jurídica en general, está encargada de la defensa de los intereses patrimoniales de la Secretaría de Salud y del Sector coordinado por ésta, y es el componente de la Secretaría de Salud que orienta, asesora y realiza análisis y propuestas jurídicas para proveer los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud.

En este contexto, la Dirección General de Asuntos Jurídicos participa en las acciones y estrategias que el *PRONASA 2001-2006* ha instrumentado en materia de salud, coadyuvando en el compromiso del gobierno federal y de la dependencia con la salud de los mexicanos.

En este orden de ideas, en apoyo a dichas premisas se realizaron las siguientes acciones:

Sistema de Protección Social en Salud

En apoyo a la consolidación y promoción del Sistema de Protección Social en Salud, se revisaron y en su caso elaboraron, los ordenamientos que sustentan al Sistema, coadyuvando en su implementación y estructuración legal, así como en la firma de los Acuerdos respectivos con las entidades federativas y en la revisión de diversos convenios y acuerdos interinstitucionales para el mejoramiento del Sistema de Protección Social en Salud, el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y la reestructuración organizativa de los servicios estatales de salud:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud.
- Acuerdo por el que se establece la comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.
- Firma de los Acuerdos de Coordinación para Ejecutar el Sistema de Protección Social en Salud con los estados de: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Análisis, revisión y elaboración jurídica del contrato de fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud y de sus Reglas de Operación.

Formulación de ordenamientos

Se participó en la revisión y/o elaboración de 57 ordenamientos: seis Decretos, cuatro Reglamentos, siete Acuerdos y 40 Normas Oficiales Mexicanas. En este sentido, son de destacarse los siguientes:

- Decreto por el que se reforma y adiciona el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

- Decreto por el que se adiciona una fracción y un capítulo de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para crear el Instituto Nacional de Medicina Genómica
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
- Acuerdo Presidencial por el que se reforma el diverso que crea el Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior
- Acuerdo por el que se crea el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud
- Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud
- Acuerdo por el que se establece la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos
- Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interna encargada de la conservación del inmueble sede de la Secretaría de Salud
- Normas Oficiales Mexicanas, en distintas etapas de su proceso de expedición: proyecto, respuesta a comentarios, norma definitiva

La Dirección General de Asuntos Jurídicos está llevando a cabo los trámites legales necesarios para la instalación de un nuevo Comité Consultivo Nacional de Normalización que emita las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas a las materias que regula la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Publicaciones en el Diario Oficial de la Federación

En apoyo a las actividades sustantivas de las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, y en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud para revisar y remitir los documentos que requieran ser publicados en el Diario Oficial de la Federación, se han difundido, durante el periodo que nos ocupa: seis Reglamentos, cinco Decretos, 69 Acuerdos, 40 Normas Oficiales Mexicanas y 33 Actualizaciones de los Cuadros Básicos, lo que hace un total de 153 ordenamientos, mismos que han sido publicados en el Diario Oficial de la Federación, para que produzcan sus efectos jurídicos en términos del artículo 4º de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, destacando además de los señalados en los rubros anteriores, los siguientes:

- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en relación a la publicidad del tabaco
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud
- Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud

- Acuerdo por el que se Establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa de Comunidades Saludables
- Acuerdo por el que se reduce el tiempo de respuesta por parte de la Secretaría de Salud para resolver las solicitudes de permiso de publicidad
- Acuerdo por el que se emite recomendación a fin de proteger la salud de los no fumadores por la exposición involuntaria al humo de tabaco
- Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)
- Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)
- Acuerdos Específicos de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios
- Actualizaciones del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables
- Actualizaciones del Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico
- Actualizaciones del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud
- Actualizaciones del Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico
- Actualizaciones del Cuadro Básico y Catálogo de Manual de Curación

Instrumentos consensuales

Se revisaron 118 Acuerdos, 16 Bases de Colaboración, 11 Cartas de intención, 10 Contratos, 138 Convenios, dos Declaraciones conjuntas y dos Memorándums.

Se suscribieron diversos acuerdos relativos al Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), Programa Mujer y Salud (PROMSA) y el Sistema de Protección Social en Salud, inscritos en el marco general de estrategias de apoyo a la política de protección social del Gobierno Federal y a la de innovación de los servicios de salud.

De igual manera se pueden destacar los instrumentos consensuales siguientes:

- Carta de Intención a celebrarse entre el IMSS, el ISSSTE, y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Convenio de Colaboración Interinstitucional por el que se establecen las bases de integración y operación del Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud.
- Bases de colaboración para promover la superación de la pobreza y fomentar el desarrollo integral sustentable en las microrregiones.

En materia Internacional se revisaron 20 instrumentos jurídicos.

Registro

Se registraron: cinco reglamentos, 11 Decretos, 17 acuerdos, dos cartas de intención, 240 convenios, 440 contratos, 37 nombramientos y 120 firmas y rúbricas de servidores públicos de mandos medios y superiores al servicio de la Secretaría, mismas que fueron remitidas a la Secretaría de Gobernación, para efectos del registro de firmas de funcionarios federales.

Metas Presidenciales

Comité de Mejora Regulatoria Interna “COMERI”

El Comité de Mejora Regulatoria Interna “COMERI”, cuya presidencia se encuentra a cargo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha llevado a cabo 17 sesiones ordinarias y constantemente se evalúa el avance en la implantación de las herramientas de simplificación y mejora regulatoria.

El COMERI ha implantado mejores prácticas que emanan de las mesas de simplificación regulatoria, y ha detectado las áreas de oportunidad de la Secretaría de Salud para la mejora regulatoria, aprobando en su pleno 55 ordenamientos internos de diversa índole, los que conforme a la normatividad aplicable se han incluido para su consulta en página de la Normateca Interna de la Dependencia.

De igual manera esta Dirección General lleva a cabo el mantenimiento y la actualización constante de la Normateca Interna de la Dependencia, cuyo acceso se encuentra disponible en la página *web* de la Secretaría de Salud, y en el portal de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, en el cual se puede acceder a otras disposiciones que facilitan la labor de las unidades administrativas, como es el caso de la normatividad en materia de adquisiciones, que se encuentra disponible para consulta en dicho sitio electrónico e incorporando herramientas que facilitan la búsqueda y acceso a las disposiciones de la Secretaría de Salud y del Consejo de Salubridad General publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

En este rubro se ha participado activamente, junto con la Secretaría de la Función Pública, en la “Evaluación del avance en la implantación de las herramientas de simplificación regulatoria”, obteniendo “semáforo verde” en los cuatro apartados que la integran, a decir:

- Estatus de la Secretaría de Salud, sobre la Normateca Federal;
- Estatus de la Secretaría de Salud, sobre la Normateca Interna;
- Estatus de la Secretaría de Salud, sobre el COMERI, y
- Estatus de la Secretaría de Salud, sobre las mejores prácticas.

Por lo que es de destacarse la participación de la Dirección General en los procesos arriba citados y de los cuales lleva la Presidencia y la representación de la Secretaría.

Comité de información

Por otra parte, en cuanto a las metas de transparencia e información que ha instrumentado el Gobierno actual, destaca el Comité de Información que se ha instituido en las dependencias de la Administración Pública Federal.

El Comité de Información de la Secretaría de Salud, presidido por la Dirección General de Asuntos Jurídicos, ha sesionado 17 ocasiones, en el periodo del 1° de septiembre de 2003 al 31 de julio de 2004. En dicho periodo, se recibieron para revisión del Comité 42 solicitudes de información, mismas que fueron resueltas y tramitadas, en términos de los artículos 45 y 46 de la Ley de la Materia.

Se interpusieron 14 Recursos de Revisión ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI), conteniendo el siguiente status: dos sobreseídos, seis resoluciones confirmadas, cuatro resoluciones revocadas o modificadas y dos pendientes por resolver.

Asimismo, el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, otorgó a esta Secretaría una calificación de 80.50 en el cumplimiento de las obligaciones de transparencia y acceso a la información.

Consultas y dictamen de iniciativas

En el periodo que se indica, se dictaminaron 103 iniciativas en estudio en el H. Congreso de la Unión, sobresaliendo las siguientes:

- Iniciativa de Decreto por el que se adiciona un párrafo tercero a la fracción XXI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; se reforman las fracciones XXVII y XXVIII del artículo 3°, la fracción I del apartado B del artículo 13 y el artículo 18; se adicionan una fracción XXIX al artículo 3°; un segundo párrafo al artículo 204 y el Capítulo VII al Título Décimo Octavo, y los artículos 473 a 480, todos de la Ley General de Salud y se derogan los párrafos segundo y tercero del artículo 195 y el artículo 199, ambos del Código Penal Federal, para perseguir el narcomenudeo
- Minuta con Proyecto de decreto que adiciona un segundo párrafo al artículo 329 y reforma los artículos 333 fracción VI, 461, 462, 462 bis de la Ley General de Salud en materia de trasplantes
- Proyecto de Decreto que reforma y adiciona los artículos 464, 464 bis, 464 tercero de la Ley General de Salud y 194 del Código Federal de Procedimientos Penales, en materia de alteración de bebidas alcohólicas

Se atendieron 60 consultas realizadas por unidades administrativas y órganos desconcentrados de esta Secretaría, entidades coordinadas por el Sector, así como de la Administración Pública en general y de particulares.

Independientemente de los Comités mencionados en los rubros anteriores y de la participación de esta Dirección General en los Comités de Adquisiciones y Obras Públicas a los que se hará referencia más adelante, se participó en reuniones de la Fiscalía Especializada para la atención de Delitos Electorales, llevando la representación de la Secretaría para efectos de las Bases de Colaboración, donde se ha participado activamente en los procesos electorales de los Estados de Chihuahua, Durango, Yucatán y Zacatecas.

Se participó en las subcomisiones de derechos humanos de los migrantes; derechos civiles y políticos; derechos económicos, sociales y culturales; derechos de la niñez y de grupos vulnerables, así como en la Comisión de Política Gubernamental en materia de Derechos Humanos, destacando los trabajos en la Unidad para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos en el tema de la llamada “Guerra Sucia”.

No se omite señalar que se llevó a cabo el trámite ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR) para obtener el certificado de reserva de “Salud. Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud”.

Acuerdo Nacional para el Campo

Esta Dirección General participó en reuniones con diversas entidades de la Administración Pública Federal, así como con representantes de organizaciones campesinas, coordinando la elaboración de la propuesta en materia de salud, así como la participación en las acciones inherentes a esta Dependencia, que coadyuven en el cumplimiento del Acuerdo para el Desarrollo Rural Sustentable y en el mejoramiento del nivel de vida de los campesinos; la cual se sometió a consideración de los miembros de la Comisión de Desarrollo Social y posteriormente del Consejo Mexicano para el Desarrollo Rural Sustentable.

En este sentido esta Dirección General participa con la representación de la Secretaría en los siguientes órganos colegiados:

- Comisión de Desarrollo Social, 16 reuniones;
- Consejo Mexicano para el Desarrollo Rural Sustentable, siete reuniones;
- Comisión Intersecretarial para el Desarrollo Rural Sustentable, dos reuniones;
- Grupo Operativo de la Comisión Intersecretarial para el Desarrollo Rural Sustentable, cinco reuniones, y
- Desarrollo Económico, 1 reunión.

Contencioso

En defensa de los intereses patrimoniales de la Secretaría se han desarrollado durante el periodo que se informa las siguientes acciones:

- Se encuentran en trámite un total de 410 juicios laborales; de septiembre de 2003 a la fecha se han dictado 10 laudos absolutorios, lo cual representa un ahorro a esta Secretaría de 4.8 millones de pesos. La Dirección General de Asuntos Jurídicos tiene un balance del 80 por ciento de juicios laborales ganados.
- Se han recibido 238 juicios de amparo en el periodo de septiembre de 2003 a la fecha, de los cuales 189 se encuentran en trámite; 60 por ciento de las resoluciones han sido favorables y el resto corresponden a refrendos.
- En materia administrativa, se tienen en trámite 489 juicios de nulidad fiscal, siete de ellos son

sobre contratos de obra pública, cuyo valor total es por la cantidad de 244 millones de pesos; en uno de ellos la Secretaría podrá hacer efectivas las fianzas hasta por la cantidad de 10 millones.

- Se ganaron dos controversias constitucionales a favor de la Federación por reclamaciones económicas del Gobierno del Distrito Federal y la aplicación por el Gobierno de Michoacán de un impuesto local al trabajo asalariado de la salud, que implican el ahorro de alrededor de 100 millones de pesos.
- De igual manera, se destacan diversas sentencias favorables obtenidas por esta área jurídica, por reclamaciones de particulares entre las que se distinguen: una demanda por USD \$20.9 millones, más intereses, vinculada con el Centro Nacional de Rehabilitación, en que se tiene sentencia favorable de primera instancia que podría permitir a esta Secretaría recuperar de la empresa alrededor de once millones de dólares. Asimismo, se litigó contra la Tesorería de la Federación, en que se obtuvo la recuperación de pagos hechos en exceso por esta Secretaría en las retenciones del ISR, por un monto aproximado de diez millones de pesos.
- Existen diversos juicios relevantes que en su conjunto suman algunos cientos de millones de pesos, en que derivado de la participación de esta unidad jurídica, se han recuperado diversas cantidades al erario y se han evitado pagos cuantiosos.
- Se han iniciado 38 averiguaciones previas, por diversos delitos cometidos en perjuicio de esta Secretaría, recuperándose de septiembre a la fecha tres vehículos, mismos que se encontraban afectos a diversas indagatorias.
- En materia civil, se absolvió a esta Secretaría de las prestaciones que reclamaba un particular por una cantidad de hasta 350 000 pesos.
- Se desahogaron 450 consultas de carácter laboral.

Adquisiciones y obras públicas

En materia de adquisiciones y obras públicas se atendieron los siguientes asuntos:

Se asistió a 129 sesiones de los distintos órganos colegiados de la dependencia, revisando desde el punto de vista jurídico un total de 402 operaciones durante los trabajos de éstas.

Asimismo, se otorgó asesoría jurídica en materia de adquisiciones en 69 asuntos, entre los que destacan:

- adquisición de vacunas, comodato y donaciones, en apoyo de las compras consolidadas;
- proceso de mejora en materia de adquisiciones, delegación de funciones y creación de subcomités de adquisiciones;
- entrega recepción de bienes de BIRMEX, que permitió la consolidación patrimonial del organismo;
- modelos de bases, inconformidades, políticas, bases y lineamientos, audiencias de conciliación, manuales de integración y funcionamiento de los subcomités;
- contratos de obra pública, adquisición de bienes para instrumental médico, convenios de colaboración;

- seguro de responsabilidad profesional, contratos bancarios, y
- logotipo del Hospital de la Mujer.

Se desahogaron 53 consultas atendidas mediante reuniones de trabajo:

- problemática entrega-recepción de bienes BIRMEX de laboratorio Toxoide Tetánico;
- apoyo jurídico para el impulso de alianzas estratégicas en materia comercial de BIRMEX;
- Taller de Mejora de Procesos de Adquisiciones de la DGRM y SG;
- proyectos de prestación de servicios PPS, evaluación económica para el desarrollo de nueve proyectos de hospitales regionales, y políticas, bases y lineamientos en materia de obra pública;
- reuniones de trabajo Grupo 1 del Taller de Mejora de Procesos;
- apoyo jurídico para la implantación del Servicio Civil de Carrera;
- análisis para la DGTI de incumplimientos en el contrato Avantel, S.A., y
- planteamiento de la DGRM sobre reforzamiento de medidas de seguridad en instalaciones e inmuebles de la Secretaría.

Es importante destacar que además se desarrollan trabajos paralelos sustantivos respecto del acervo normativo vigente en materia de adquisiciones y obras públicas, que como se señaló está disponible en el portal de la Secretaría de Salud, relacionado con la legislación aplicable al Sector Salud. Asimismo se ha coadyuvado de manera importante en el logro de metas institucionales como el Seguro de Responsabilidad Profesional para el Personal Médico, además de que la actuación de esta unidad jurídica ha incidido en el mejoramiento de los instrumentos y documentos inherentes a los procesos de adquisiciones en beneficio de los intereses de la Secretaría.

1.2 Dirección General de Comunicación Social

La Dirección General de Comunicación Social (DGCS) tiene como una de sus principales funciones, mantener informada a la población sobre el desarrollo de los programas de la Secretaría y contribuir a la difusión homogénea de las actividades del Sector Salud, de conformidad con las disposiciones emitidas por la Secretaría de Gobernación en materia de comunicación social. Para el cumplimiento de sus funciones, la DGCS cuenta con una dirección general y tres direcciones de área.

Durante el período comprendido entre el 1° de septiembre de 2003 y el 31 de agosto de 2004 se proporcionó apoyo a los programas sustantivos a través de la producción y transmisión de 32 campañas nacionales y cinco regionales, con una cobertura de 31 estados y el Distrito Federal. El número de campañas de comunicación disminuyó en un cinco por ciento comparado con las elaboradas durante el mismo periodo inmediato anterior (1° de septiembre de 2002 al 31 de agosto de 2003) al pasar de 39 a 37 campañas difundidas.

Durante el año pasado se produjeron 37 *spots* de radio y 29 de televisión que fueron transmitidos en 890 radiodifusoras y permisionarias y en 99 canales de televisión, respectivamente, con cinco impactos

diarios para cada campaña en cada una de las radiodifusoras y tres impactos diarios por cada televisora del país. En el presente año, debido a la reducción de tiempos fiscales se otorgaron dos impactos por cada televisora y tres por cada radiodifusora.

Se produjeron *spots* de radio y televisión atractivos para la población, se elaboraron materiales audiovisuales de impacto y se emplearon las señales de las televisoras y radiodifusoras más selectas para la difusión de mensajes a través de transmisiones regionalizadas o nacionales en tiempos oficiales de radio y televisión. Es importante señalar que en la producción de todos los *spots* de televisión elaborados durante el periodo reportado, se utilizaron formatos de 35 y 16 mm.

Se produjeron 17 videos de capacitación correspondientes a las siguientes áreas: cuatro para el programa Oportunidades, dos para el programa Salud Reproductiva, seis para los programas del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, tres para el Seguro Popular y dos para el programa Salud y Mujer.

Se elaboraron 78 materiales impresos con un tiraje global de 30 millones de ejemplares, de los cuales 83 por ciento se destinaron a campañas, 15 por ciento a programas de educación y dos por ciento a documentos oficiales como son los certificados de defunción y muerte fetal.

Los materiales impresos fueron elaborados con diseños acordes a las características de la población objetivo del mensaje. En comparación con el periodo anterior, se registra un decremento en el número de productos comunicativos impresos debido a que algunos materiales se trabajaron de manera intersectorial.

Con base en el perfil epidemiológico de nuestro país y con el propósito de satisfacer las demandas de las distintas áreas de la Secretaría de Salud, 61 por ciento de las campañas se dedicaron a prevención y control; 18 por ciento a educación; 12 por ciento a planeación estratégica; tres por ciento a control, y seis por ciento a calidad.

Durante el periodo que se informa, se emitieron 236 comunicados de prensa, se realizó la cobertura de 264 eventos de carácter informativo y se llevaron a cabo 37 conferencias de prensa. Se concedieron 1 214 entrevistas a programas de radio y 866 de televisión, así como 836 a medios impresos. En comparación con el periodo anterior se emitieron 14 por ciento más comunicados; se concedieron 23 por ciento más entrevistas a medios impresos y electrónicos, y se cubrieron 10 por ciento más eventos informativos y 29 por ciento más conferencias de prensa.

En términos generales, el impacto en estas acciones se observó en una mayor presencia de las acciones de la Secretaría en los medios de comunicación, de ahí que en el periodo que comprende del 1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto del 2004 se registraron 13 442 notas, siendo positivas el 36 por ciento; negativas el 12 por ciento y neutras el 52 por ciento.

A fin de difundir información oportunamente, la DGCS dio cobertura audiovisual a 81 actos públicos de la Secretaría, de su titular y de sus funcionarios (12 en diversas entidades del país y 69 en el área metropolitana de la Ciudad de México). Entre los principales destacan: Día de la Enfermera, Día Mundial de la Salud, inauguración de unidades médicas del Sistema de Protección Social en Salud, Conferencia Internacional de Innovaciones en el Financiamiento de la Salud y Tercer Foro Ciudadano de la Salud.

Con el objetivo de facilitar el acceso y estimular tanto la participación ciudadana como la democratización

de la información, la sala de prensa de la página Internet de la Secretaría de Salud se mantuvo actualizada y puso a disposición de los medios de comunicación y de la población interesada 184 fotografías, 62 discursos y 236 comunicados de prensa.

Se distribuyeron 11 números de la gaceta *Salud*, órgano de comunicación interna de la Secretaría de Salud, con un tiraje de 131 mil ejemplares. Cabe mencionar que a partir de abril de 2004 se incrementó el tiraje de cinco a 20 mil ejemplares por la gran demanda y satisfacción de los usuarios con este medio de comunicación.

Se gestionaron 1 018 solicitudes de atención médica en hospitales e institutos de la Secretaría de Salud, 614 por escrito y 404 por vía telefónica.

Logros

- En un esfuerzo permanente por mejorar la calidad de la comunicación, se desarrollaron diversas actividades como:
 - orientar, asesorar y realizar propuestas para proveer de los elementos gráficos a las diversas áreas de la secretaría, para continuar con el posicionamiento de la identificación gráfica del sector salud y de la estrategia del Ejecutivo Federal de desarrollo social *Contigo*;
 - integrar la perspectiva de género en todos los mensajes que se difunden entre la población, independientemente del tema que nos ocupe;
 - mantener el impacto de los productos comunicativos que se generan, y
 - sensibilizar a la población para que modifiquen su conducta respecto al autocuidado de la salud.
- Debido a la reducción de tiempos fiscales para la difusión de las campañas de salud se ha trabajado en la búsqueda de alternativas en los medios electrónicos. En este sentido se logró obtener espacios en la cadena PCTV, la mayor empresa de televisión por cable en el país (487 televisoras) sin costo en los programas “Cien por ciento Mujer” y el Noticiero Vespertino.
- Con el fin de lograr mayor difusión se cuenta actualmente con un espacio en EDUSAT para establecer una barra sobre temas de salud. En este caso se está trabajando en la programación con las diferentes áreas de la Secretaría de Salud que se interesan por este espacio. La cobertura de la red de EDUSAT cuenta con más de 30 mil sitios de recepción satelital.
- Con la PROFECO se estableció un convenio para la información sobre campañas, así como espacios para entrevistas con expertos y médicos para tratar los diferentes temas de salud.
- Se está reestructurando el Departamento de Radio y Televisión con la finalidad de ser autosuficientes en la producción, grabación, edición y postproducción de los productos audiovisuales solicitados por las áreas de la Secretaría de Salud. Esto reducirá los costos de producción derivando sólo en caso necesario la producción de los mismos a empresas externas.
- Se está integrando un banco de imágenes ya que actualmente no se cuenta con uno.
- Durante el primer semestre de 2004 se implantó un proyecto de mejora continua en la calidad

informativa y cantidad de comunicados de prensa dirigidos a los medios de comunicación, lo que permitió un importante crecimiento en el número de impactos en los medios haciendo mucho más efectiva la difusión de información de la Secretaría, sin costo para la misma.

- A fines de junio del 2004 se puso en operación el servicio de síntesis informativa electrónica por Internet, con cobertura de medios nacionales, estatales e internacionales, incorporando al monitoreo de medios electrónicos testigos de audio y video de las noticias del Sector.
- Aumentó el número de usuarios del servicio de síntesis informativa de 28 servidores públicos (síntesis en papel) a 396 servidores públicos a través de síntesis electrónica.
- Se rediseñó y reestructuró la página *web* de la Secretaría de Salud para darle una imagen institucional fresca y atractiva y un acceso más rápido, fácil y amable para la población en general y el personal de salud.
- Se consolidó el Sistema Nacional de Comunicación Social en Salud con la participación de las 32 entidades federativas en materia de salud.
- Se instauró el Premio Nacional de Periodismo para la Salud en colaboración con Merck Sharp & Dohme, logrando la participación de más de 360 trabajos de diferentes estados de la República para el primer certamen.

1.3 Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Para reforzar y consolidar el arbitraje médico, de conformidad con lo que señala el *PRONASA 2001-2006*, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) continuó la aplicación de acciones y estrategias que han permitido avanzar en la consolidación de un modelo único de atención de inconformidades, para influir en la mejora de la práctica de la medicina y propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, lo que se lleva a cabo, fundamentalmente, con la aplicación de métodos alternos a la disputa judicial, a través del proceso arbitral, en sus etapas conciliatoria y decisoria.

El proceso arbitral médico tiene como propósito esencial la búsqueda de la verdad respecto del acto médico reclamado y favorecer la avenencia de las partes, el diálogo directo y la buena fe, a través de una atención especializada, objetiva, confidencial e imparcial.

Así, la CONAMED desempeña una importante labor al coadyuvar con los órganos internos de control de las instituciones públicas de salud y con las instancias de procuración y administración de justicia en el desarrollo de procesos y procedimientos ventilados ante ellos, a través de la elaboración de dictámenes médicos, cuyo fin es ilustrar a la autoridad en una materia tan especializada para que cuenten con elementos que le permitan determinar las probables responsabilidades derivadas del acto médico, en sus diversas manifestaciones y modalidades.

De manera general se puede otorgar a la CONAMED el título de metaevaluador, es decir, una institución especializada en la investigación de servicios de salud para retroalimentar, a través de la opinión, recomendación, mediación, peritaje y pronunciamiento arbitral, al Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, la CONAMED atiende una necesidad de la ciudadanía, coadyuvando a resolver un problema social, previniendo la fractura de la relación médico-paciente, evitando la medicina defensiva y promoviendo mejores estándares de calidad de los servicios de salud, limitando, con esto, el incremento de

las denuncias penales por responsabilidad profesional médica al encontrar en la institución una forma de resolver este tipo de controversias.

Con base en los objetivos estratégicos, metas, líneas y programas de acción que se establecen en el programa: Consolidación del Arbitraje Médico 2001-2006, el cual constituye el eje rector del quehacer institucional, se alcanzaron los siguientes resultados en el periodo que se informa:

Principales acciones realizadas y resultados alcanzados

Consolidar el modelo de atención de inconformidades para ser el centro nacional de referencia

En la consolidación del arbitraje médico destacan dos estrategias: *promover la creación de comisiones estatales de arbitraje médico en las entidades federativas en donde no existan, y homologar el modelo CONAMED en todo el país.*

- La CONAMED ha promovido, con pleno respeto a la decisión y soberanía de los estados, la creación de 25 comisiones estatales, de las cuales 22 se encuentran formalmente constituidas y funcionando (Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán). En fecha próxima iniciarán su operación Quintana Roo, Zacatecas y posiblemente Coahuila.
- A instancias de la CONAMED, continuaron los trabajos del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, creado en 2002, en el que participan los comisionados y comisionadas estatales. A través de este esquema federalista y participativo se discutieron y analizaron temas de gran interés, entre los que podemos mencionar “El consentimiento válidamente informado”, “El peritaje institucional”, “La amigable composición” y “La violación a los derechos humanos en salud”.
- Derivado de acuerdos de dicho Consejo, se realizó el Tercer Taller de Homologación del Modelo de Arbitraje Médico, al que asistieron representantes de todas las comisiones estatales. Los resultados de estos talleres han permitido avanzar en el fortalecimiento y homologación del modelo mexicano de arbitraje médico en el ámbito nacional, logrando que dos comisiones estatales más (Guerrero y Nayarit) cumplieran la primera etapa de homologación (documental) con los procedimientos de la CONAMED, por lo que al mes de agosto de 2004 diez comisiones (Guanajuato, Guerrero, México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Tlaxcala y Veracruz) han conseguido alcanzar dicho objetivo.
- Se continúa trabajando en un marco de respeto y consenso con las comisiones estatales con el objeto de que logren alcanzar la segunda etapa (funcional) del modelo de arbitraje médico, lo que permitirá en el corto y mediano plazo iniciar un proceso programado, secuencial y responsable para la desconcentración de la atención de los asuntos federales a las comisiones estatales. Con la participación de las instituciones de salud federal, en especial el IMSS y el ISSSTE, se definirá el papel de cada uno de los actores, correspondiendo a la CONAMED operar como centro nacional de referencia en la materia y coadyuvar en la resolución de los problemas en el ámbito en donde se generaron, asegurando el respeto a la ciencia médica, la ética y la normativa.

La meta última de esta estrategia es operar con un proceso arbitral único y homologado en todo el país, que sea producto de la discusión de las políticas en esta materia en el seno del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, permitiendo su perfeccionamiento continuo, la creación de referentes y la ubicación de la Comisión como el Centro Nacional de Referencia, cumpliendo con una de las metas planteadas en el Programa de Consolidación del Arbitraje Médico.

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

La CONAMED ha conservado la certificación integral de sus procesos conforme a la Norma ISO 9001:2000, la cual es un factor que permite asegurar la calidad de los servicios brindados a la sociedad, mismos que han sido considerados por 96.7 por ciento de los usuarios como excelentes o buenos en el trato, imparcialidad y tiempos.

El Sistema de Gestión de Calidad implementado por CONAMED ha sido diseñado para garantizar el logro de los objetivos de crecimiento en el Modelo de Calidad INTRAGOB (satisfacción del cliente, liderazgo, desarrollo del personal y capital intelectual, administración de la información y la tecnología, planeación, gestión de procesos, impacto en la sociedad y resultados) y, a su vez, la consolidación de una cultura de calidad en la administración pública federal.

En ese sentido, y de acuerdo con el Reporte de Retroalimentación del Proceso de Evaluación de Avances: *Gobierno de Calidad*, la CONAMED logró un grado de madurez en sus sistemas de calidad de 390 puntos, resultado avalado por la Oficina de Innovación Gubernamental de la Presidencia, esperando al término del 2004 alcanzar 450 puntos.

Asuntos atendidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asuntos	2000	2001	2002	2003	Metas 2004		Porcentaje de avance respecto a lo programado
					Programada	Alcanzada	
					Anual	Enero-Agosto e/	
Total	16 006	13 498	15 149	24 435	23 000	15 623	67.9
Orientaciones	10 342	7 537	9 071	17 864	16 530	11 020	66.7
Asesorías							
Especializadas	1 672	2 464	2 849	3 145	2 800	1 867	66.7
Quejas	2 689	2 284	1 976	2 250	2 420	1 650	68.2
Dictámenes Médico							
Periciales	742	473	664	443	450	307	68.2
En proceso de análisis al término del periodo	561	740	589	733	800	779	97.4

e/ Cifras estimadas

- En 2003 se atendieron 24 435 asuntos, de los cuales 5 838 requirieron atención médico-jurídica especializada (asesorías, quejas y dictámenes médico-periciales) que reflejan el cumplimiento e incluso la superación en 8.8 por ciento de la meta programada.
- Respecto a los resultados alcanzados durante el periodo del 1º. de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004, se aprecia de manera global un incremento de 11.6 por ciento en el total de asuntos atendidos (23 821), comparativamente con los obtenidos en el mismo periodo anterior (21 352).

- El número de asuntos que recibieron atención médico-jurídica especializada (5 974) se incrementó 7.1 por ciento respecto a lo alcanzado en el mismo periodo anterior (5 549).
- Considerando a las orientaciones (17 068), asesorías especializadas (3 039) e inconformidades resueltas mediante gestión inmediata (922), podemos afirmar que se atendieron poco más de 91 por ciento del total de asuntos concluidos (23 042), obteniendo una respuesta y, en algunos casos, resolución, en un plazo no mayor a 48 horas.
- Durante el periodo enero – agosto 2004, se atendieron 14 844 asuntos, de los cuales 3 824 recibieron una atención médico – jurídica especializada, cifra superior en 3.6 por ciento a la alcanzada en el mismo periodo del año anterior (3 688). El avance promedio respecto a lo programado es de 67 por ciento.
- De acuerdo con estimaciones, al término de 2004 la CONAMED recibirá cerca de 23 mil asuntos, distribuidos como sigue: 16 530 orientaciones, 2 800 asesorías especializadas y 2 420 inconformidades (950 gestiones inmediatas y 1 470 quejas ingresarán al proceso arbitral en sus etapas conciliatoria y decisoria). Asimismo, se elaborarán 450 dictámenes médico – periciales, quedando en proceso de análisis 800 asuntos.

Influir en la mejora de la práctica de la medicina

Con la finalidad de retroalimentar al Sistema Nacional de Salud, prevenir los actos de mala práctica y contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos, se trabajó en la realización de acciones institucionales para influir en la mejoría de la práctica de la medicina a través de la emisión de recomendaciones basadas en el análisis del acto médico de todos los casos de queja, la información de documentos elaborados por la institución y la revisión de la literatura internacional.

Se elaboraron las recomendaciones de Gineco – Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Neonatología y Enfermería. En su elaboración participaron los titulares y representantes de los principales consejos de especialidad, asociaciones y colegios médicos del ramo, así como instituciones del Sector Salud, lo que facilitó la aceptación, aplicación y difusión de dichas recomendaciones entre el gremio. Respecto a las Recomendaciones para Mejorar la Atención en Enfermería, destaca la participación directa de la Comisión Interinstitucional de Enfermería.

Asuntos atendidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Año	Total	Orien- tación	Asesoría	Atención de Quejas							Dictamen médico pericial	En proceso de análisis
				Total	Gestión Inmediata	Conci- liación	Emisión de laudo	Casos no conciliados		Otras modali- dades 1/		
								Con Propuesta de Arreglo	Sin Propuesta de Arreglo			
1996	2 907		1 597	665	72	309	0	0	92	192	44	601
1997	4 381		1 935	1 898	352	750	12	0	532	252	138	410
1998	18 468	13 665	2 017	1 907	468	742	29	0	543	125	275	604
1999	17 062	11 695	1 850	2 222	579	809	43	0	624	167	554	741
2000	16 006	10 342	1 672	2 689	692	947	29	0	854	167	742	561
2001	13 498	7 537	2 464	2 284	738	763	33	0	592	158	473	740
2002	15 149	9 071	2 849	1 976	862	570	19	38	341	146	664	589
2003	24 435	17 864	3 145	2 250	941	704	29	33	285	258	443	733
2004e/	23 000	16 530	2 800	2 420	950	700	35	80	340	315	450	800

1/ Incluye desistimiento, improcedencia y sobreseimiento, entre otras.

e/ Cifras estimadas.

Entre las acciones dirigidas a influir en la mejoría de la práctica de la medicina, destacan, por el impacto que tuvieron en la sociedad, los hechos acontecidos en el Hospital Regional “1° de Octubre” del ISSSTE, en los que la CONAMED decidió intervenir de oficio al tratarse de un asunto de interés general y público, en la esfera de su competencia. Dicha intervención generó la emisión de una opinión técnica, cuyo objetivo práctico fue llegar a la verdad, ilustrar a la sociedad respecto de los hechos y proponer, con autonomía técnica, soluciones viables, dirigidas a todos los involucrados, con base en una actuación objetiva, imparcial y especializada, sustentada en la ciencia médica, la normativa aplicable y la participación de asesores externos reconocidos como expertos en la materia.

Se propusieron recomendaciones y medidas para el mejoramiento de la calidad de la atención médica al propio Hospital Regional “1° de Octubre”, la Dirección General del ISSSTE y la Secretaría de Salud. Uno de los resultados inmediatos de estas recomendaciones fue la publicación de la *Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-022 SSA2-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales* en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de noviembre de 2003.

Además, en el seno del Consejo Nacional de Salud y en el Consejo de Salubridad General se realizaron los acuerdos que ubican el tema de la prevención y atención de infecciones nosocomiales como una prioridad, y se generaron acciones y compromisos sectoriales en la materia.

La Dirección General del ISSSTE cumplió cabalmente las recomendaciones contenidas en la opinión técnica de referencia, en tanto que el Hospital Regional “1° de Octubre” del ISSSTE ha atendido en forma gradual y programada la recomendación, a lo que se ha dado seguimiento puntual por parte de la CONAMED.

Asimismo, la CONAMED, en los casos en los cuales detecta evidencias de mala práctica con responsabilidad institucional, elabora comunicados técnicos dirigidos al o los responsables directivos y operativos, con la finalidad de que no se vuelvan a repetir las fallas u omisiones.

En los casos en donde se encuentran violaciones, omisiones o deficiencias en materia de Regulación Sanitaria en la atención médica prestada, del ámbito público o privado, se solicita la intervención de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de conformidad con lo que señala el Decreto por el que se crea la CONAMED, su Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como las Bases de Colaboración para la Mejoría en la Prestación de los Servicios de Atención Médica suscritas por la COFEPRIS y CONAMED el 7 de noviembre de 2003. Se han enviado más de veinte comunicados, los cuales derivaron en sanciones, multas o clausuras del establecimiento, hasta la suspensión temporal o definitiva del servicio.

De esta forma, la institución coadyuva al cumplimiento de la normativa sanitaria del país, funcionando como monitor y evaluador especializado de los servicios médicos tutelando de esta manera el derecho a la protección de la salud de la población.

Proyectar en los contextos nacional e internacional el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social

Para propiciar el acercamiento de los médicos especialistas, se continuó el proceso de vinculación institucional, se suscribieron convenios con la Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, Centro Nacional de Rehabilitación y Sociedad Médica del Hospital General de México, con lo que suman 14 convenios de colaboración de esta naturaleza.

Mención especial merece la labor educativa y de comunicación que ha establecido la CONAMED con las instituciones de salud, escuelas y facultades de medicina y el gremio en general, a fin de establecer una política preventiva del conflicto médico.

- Se suscribió un convenio con la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) para integrar en el programa de estudios de la carrera de medicina temas para prevenir el conflicto médico.
- Se ha trabajado en forma conjunta con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que la Comisión funge como centro de educación médica continua con autorización para otorgar créditos académicos universitarios en todas las actividades educativas que lleva a cabo.
- Se realizó el VIII Simposio Internacional CONAMED titulado “La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario”, los días 27 y 28 de noviembre en el Centro Nacional de Rehabilitación, lográndose además por primera vez, la transmisión vía satélite y por Internet del evento, incrementando su difusión en puntos remotos.
- Se aplicó la encuesta telefónica para identificar el conocimiento de la población en relación con la CONAMED, cuyo resultado durante el año 2003 asciende a 34.2 por ciento.
- En la medida de las posibilidades institucionales, se han distribuido los materiales impresos de difusión, como son la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y la de los Médicos,

folletos de la CONAMED, carteles promocionales, así como las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina y las de especialidades que ya se han emitido, en las instituciones de atención a la salud.

1.4 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

El *PRONASA 2001-2006* considera a la salud como una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades. Asimismo señala como uno de los objetivos principales de gobierno el elevar el nivel de salud de la población y reconoce la existencia de riesgos potenciales a la salud ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, productos de perfumería y belleza; plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas, medicamentos e insumos para la salud, tabaco, estupefacientes y psicotrópicos; productos biotecnológicos, y eventos relacionados con los establecimientos de salud, disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, además de los efectos nocivos de factores ambientales y ocupacionales.

En este contexto, el Estado asume la responsabilidad de proteger a la sociedad a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la cual tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitario en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Con la participación de los servicios estatales de salud, se llevan a cabo proyectos sustantivos orientados a abatir los riesgos derivados de la inequidad del desarrollo económico y social en el país, proporcionar a la población la seguridad de la cobertura básica contra riesgos sanitarios y tomar previsiones para instrumentar un sistema que regule la industria, el control de los productos y procesos derivados de nuevas tecnologías y prevenga la transferencia internacional de riesgos. Al mismo tiempo que se realizan acciones orientadas a fortalecer el Sistema Federal Sanitario en su organización, personal, tecnología y sistemas de información y se crea una red de comunicación para tener capacidad de respuesta ante cualquier tipo de riesgo sanitario.

Estructura Orgánica

Actualmente la Comisión trabaja bajo una estructura por procesos que facilita la interacción de las áreas, permite establecer estándares de desempeño, ayuda a ofrecer mejores servicios a los usuarios, permite el aprovechamiento eficiente de los recursos asignados, y orienta los esfuerzos de la Comisión al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante un servicio integral de calidad.

La COFEPRIS, conforme en lo establecido a su Reglamento Interno (D.O.F. 13/04/2004) está integrada por cinco Comisiones (Evidencia y Manejo de Riesgos, Fomento Sanitario, Autorización Sanitaria, Operación Sanitaria y Control Analítico y Ampliación de Cobertura), dos Coordinaciones Generales (del Sistema Federal Sanitario y Jurídica y Consultiva) y una Secretaría General.

Marco Regulatorio

- Se publicó el Decreto (D.O.F. 30/06/2003) por el que se adicionan los artículos 17, 313 y 340 de la Ley General de Salud, a través de los cuales se señala que la COFEPRIS ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario de donaciones y trasplantes de órganos y tejidos y células de seres humanos, así como de establecimientos de salud.

- Se publicó en el D.O.F. (13/04/2004) el Reglamento de la COFEPRIS a través del cual se distribuyen entre sus unidades administrativas las facultades que le confiere el artículo 17 bis de la Ley General de Salud a este órgano desconcentrado.
- Se publicaron en el D.O.F., los decretos de reformas a la Ley General de Salud que a continuación se mencionan, y que la COFEPRIS tuvo interés en impulsar su aprobación ante el Congreso de la Unión:

Decreto	Beneficio
Decreto por el que se reforma el artículo 260 de la Ley General de Salud, con relación a los responsables sanitarios en farmacias y boticas	Amplia el universo de profesionales vinculados en el ámbito farmacéutico que podrán fungir como responsables de las farmacias que vendan medicamentos que contengan estupefacientes
Decreto por el que se reforman los artículos 114, 115 fracción IV, 210 y 212 de la Ley General de Salud	Da certeza al público consumidor del contenido nutricional de alimentos y bebidas, así como en su caso los probables efectos adversos que producirían a la salud, reivindicando el derecho de la población a ser informada de lo que consume
Decreto por el que se reforma el artículo 258 de la Ley General de Salud, en lo referente a la farmacopea nacional de los Estados Unidos Mexicanos	Disminuye gastos a las farmacias al establecerse sólo como obligatorio el contar con los suplementos que estrictamente se relacionan con las actividades específicas que realizan
Decreto por el que se adicionan los artículos 17 bis, 17 bis 1, 17 bis 2 y se reforman los artículos 313 fracción I y 340 a la Ley General de Salud	Otorga un estatuto jurídico definitivo a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, lo que le permitirá cumplir eficazmente con las atribuciones que tiene conferidas en materia de prevención y control sanitarios

- Se dio seguimiento a todo lo concerniente a la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, con el fin de evitar una sobrerregulación en lo relativo a los productos biotecnológicos que actualmente se rigen por la Ley General de Salud, así como delimitar las competencias de las dependencias que estarían involucradas en su aplicación.
- Se concluyó el acuerdo por el que se transfieren a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios la responsabilidad en la atención de los asuntos jurídicos de su competencia (D.O.F. 29/05/03).
- Se publicó el acuerdo por el que se establecen medidas de protección en materia de salud humana para prevenir el alcoholismo y evitar la ingesta de alcohol etílico (D.O.F. 06/07/2004).

La COFEPRIS plantea en su Programa de Acción seis estrategias para la protección contra riesgos sanitarios:

1. *Abatir el rezago.* Atender las causas de enfermedades consideradas producto del rezago; diarreas agudas, intoxicaciones de origen y zoonosis, así como las enfermedades carenciales y promover la disminución de las exposiciones a factores de riesgo.
2. *Cobertura básica.* Garantizar a la población la existencia de medicamentos y servicios de salud seguros, protegerla de la exposición a sustancias tóxicas y favorecer ambientes laborales sanos.

3. *Previsión del desarrollo.* Reforzar el sistema federal de protección contra riesgos sanitarios; proteger contra riesgos generados por nuevas tecnologías; mejorar la capacidad técnica y profesional de la COFEPRIS, y ampliar la cobertura.
4. *Innovación y desarrollo tecnológico.* Hacer que la COFEPRIS sea permanentemente innovadora y se encuentre a la vanguardia.
5. *Legalidad y transparencia.* Actualizar y fortalecer el marco jurídico para la protección contra riesgos sanitarios e implantar un sistema de rendición de cuentas y de evaluación del desempeño.
6. *Atención oportuna de riesgos.* Robustecer la coordinación entre los tres órdenes de gobierno para una respuesta eficaz y contundente; favorecer la participación social en el uso de instrumentos de autoprotección.

En el rubro de las acciones orientadas a mejorar la nutrición, se continuó trabajando en la realización de intervenciones dirigidas a combatir la deficiencia de micronutrientes en alimentos como el yodo, flúor, zinc, hierro y ácido fólico entre otros. Destacan dentro de ellas las siguientes:

- Diversas acciones dirigidas a llevar el promedio nacional de yodo en sal niveles superiores a 15 mg/kg a más de 90 por ciento.
- La modificación a la NOM-040-SSA1 relacionada con la distribución de sal por colores y se excluye al 20 por ciento de la población del país de recibir sal adicionada de flúor.
- La atención integral del sector productivo artesanal de la sal, con la participación conjunta de autoridades sanitarias locales, la Asociación Nacional de la Industria Salinera, A.C. y el sector académico para resolver la problemática que enfrenta la adición de yodo y flúor.
- La presentación de una propuesta que replantea el nivel de adición y tipo de hierro, lográndose consenso para la apertura y revisión de la NOM-147-SSA1-1996, y la incorporación la harina de maíz al esquema de fortificación de hierro y ácido fólico.
- La organización de reuniones con el sector industrial harinero para establecer las disposiciones que habrán de incorporarse a la norma revisada, así como diversas estrategias para promover su cumplimiento.

Las medidas tomadas para reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos fueron las siguientes:

- El impulso al Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables, cuyo objetivo es poner al alcance de la población medicamentos de calidad comprobada pero a menor precio. Así, durante el periodo septiembre 2003 – agosto 2004, se autorizaron 492 medicamentos genéricos intercambiables.
- La puesta en marcha del Sistema de Notificación de Centros Estatales (SINIES) y la inauguración del Centro Institucional de Farmacovigilancia de Jalisco.
- La organización de pláticas de fomento del programa de farmacovigilancia con la industria farmacéutica, la Unidad de Especialidades Odontológicas de la SENDENA, CEDECAN y las

áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.

- La elaboración de las Reglas de Registro de Plaguicidas, próximas a publicarse en el D.O.F. y la realización del proyecto de simplificación normativa 2004 – 2006.
- Dentro del Programa de Atención de Alertas y Emergencias sanitarias, la atención de 321 emergencias, originadas por desastres naturales, y exposición a otros agentes y brotes por enfermedades emergentes y/o infectocontagiosas.
- En materia de apoyos para la atención de condiciones de emergencias derivadas de fenómenos naturales, la coordinación del envío de plantas potabilizadoras a Durango, Estado de México y Michoacán.
- En concordancia con el apoyo internacional ofrecido por la presente administración a República Dominicana y Haití por las inundaciones presentadas en el mes de mayo de 2004, la COFEPRIS conformó una brigada especializada de cinco técnicos para asistir a esos dos países fundamentalmente en acciones de saneamiento básico y preparación higiénica de alimentos en albergues y campamentos.
- La atención de alertas sanitarias originadas por la encefalopatía espongiforme bovina en materia de alimentos, tilapea de China contaminada por coniformes fecales y quesos contaminados por salmonella.

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

- Durante el periodo septiembre 2003 – agosto 2004 se realizaron 3 995 visitas de verificación a establecimientos relacionados con medicamentos, dispositivos médicos, productos y servicios, riesgos ambientales, y salud ocupacional.
- Como parte de las acciones relevantes dedicadas a atacar y desincentivar actividades ilícitas en la fabricación, distribución y comercialización de productos riesgosos, se llevaron a cabo seis operativos que representan el doble de los realizados en el periodo inmediato anterior, relacionados con el aseguramiento de productos alcohólicos cuyas materias primas eran de dudosa procedencia; venta de medicamentos reportados como robados, medicamentos controlados sin licencia y venta de muestras médicas; suspensión de actividades y servicios en establecimientos que suministraban bebidas alcohólicas a menores de edad, y riesgos derivados de producciones ilícitas que no cumplían con las disposiciones señaladas en la legislación sanitaria vigente.
- Se fortalecieron los laboratorios estatales para incrementar el número de pruebas analíticas que pueden realizar de manera local. Además se amplió el contacto con terceros autorizados que apoyan en la realización de estos análisis.
- Se integró la red de laboratorios estatales de salud pública que cubre a las 31 entidades federativas del país a fin de ampliar la cobertura de las acciones de control sanitario con calidad y oportunidad a través de una red de laboratorios y unidades de verificación autorizados.

En seguimiento a las acciones orientadas a lograr un federalismo en materia de protección contra riesgos sanitarios, se realizó lo siguiente:

- Reuniones regionales con las entidades federativas en las que se acordaron medidas para facilitar y fortalecer el control de psicotrópicos, control de tabaco y alcohol, procedimientos de trámites y autorizaciones, y la sistematización de la atención prehospitalaria de las urgencias médicas.
- Una reunión específica de protección contra riesgos sanitarios con la asistencia del Secretario de Salud, y los secretarios de salud y directores de Regulación Sanitaria de las entidades federativas. En dicha reunión se reconoció la creación del Sistema Federal de Protección Sanitaria como instancia de protección a la población contra riesgos en todo el territorio nacional.
- La firma, por parte de 30 entidades federativas, del Acuerdo de Coordinación Específico para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitario.
- El desarrollo del Sistema Integral de Información para la Protección contra Riesgos Sanitarios (SIIPRIS), que apoyará la operación cotidiana tanto de la COFEPRIS como de las áreas de regulación sanitaria en las entidades federativas. Este desarrollo permitirá ir concentrando información de todos los eventos que se generen en materia de atención de trámites, vigilancia sanitaria y control analítico, la cual podrá ser utilizada en la toma de decisiones y la identificación de riesgos, y orientará el rumbo del fomento sanitario. El primer módulo de este sistema, cuya finalidad es proporcionar mecanismos ágiles de atención de trámites y emisión de resoluciones, operará a partir de septiembre del presente año.
- El fortalecimiento del sistema de comunicaciones con las entidades federativas que integra el Sistema Federal Sanitario, a través de la adquisición de equipos de teleconferencias que comenzarán a operar en el segundo semestre del 2004.
- La instalación del Consejo Consultivo de la Publicidad en materia de salud como órgano de asesoría y consulta de la Secretaría de Salud en materia de control sanitario de la publicidad de empresas, productos, servicios y actividades a que se refieren la Ley General de Salud y Reglamentos, el cual tiene por objeto establecer las políticas públicas de control sanitario de la publicidad y proponer acciones para su cumplimiento.
- La firma del Acuerdo con el sector farmacéutico a través del cual se otorga un plazo de 30 días para agotar existencias de cigarrillos y desistirse de los amparos interpuestos en contra de la Reforma al Art. 227 de la Ley General de Salud.
- El establecimiento de tres centros de evaluación en las entidades federativas para la certificación de competencia laboral con la participación de instructores autorizados del Programa Política Farmacéutica (uso racional de medicamentos).

En el marco de las acciones orientadas a establecer esquemas de autorregulación con la industria, durante el periodo que se reporta, se efectuaron acciones como las siguientes:

- La firma de convenios con la Asociación Mexicana de la Industria del Juguete (AMIJU) y la Asociación de Tiendas de Autoservicio.
- Acciones de negociación para ampliar la cobertura de los convenios firmados con la Asociación

de Fabricantes de Medicamentos de Libre Acceso (AFAMELA) y el Convenio para Establecer Restricciones Adicionales a la Regulación y Legislación de Productos de Tabaco.

- La firma del Convenio de Concertación de Acciones entre CONADI, FISAC, la Comisión para la Industria de Vinos y Licores (CIVYL) y la COFEPRIS con el propósito de establecer los términos bajo los cuales se llevarán a cabo acciones necesarias para coadyuvar en la prevención del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, la disminución de accidentes viales y hechos de violencia asociados al consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
- Acciones para abatir la publicidad que provoca daños reales o potenciales a la salud mediante la no difusión de anuncios en radio y televisión en materia de tabaco y en materia de bebidas alcohólicas de alta graduación, y la eliminación de la publicidad dirigida a menores o que induce al consumo en exceso.
- Reuniones con el Consejo Consultivo Mixto (conformado por organizaciones y asociaciones empresariales) y de la Publicidad (empresas y asociaciones de publicidad) que tienen como objetivo fungir como órganos de consulta y opinión de la COFEPRIS.
- Organización de 38 eventos de capacitación en el Distrito Federal y las entidades federativas en rubros como: verificación y dictaminación sanitaria; simplificación de formatos, manejo y dispensación de farmacias, y uso de plaguicidas, entre otros.
- Con motivo de la publicación en el D.O.F. (23/09/03) de la modificación a la NOM-040-SSA1, la atención de diversas inquietudes del sector salinero para orientar y facilitar la puesta en operación de las nuevas disposiciones normativas.
- En lo que respecta al contexto internacional, y en relación al Convenio de Cooperación Trilateral, el seguimiento de acuerdos de la reunión de Baltimore, entre ellos, el desarrollo de una base de datos para intercambio de información sobre productos fraudulentos, realización de inspecciones conjuntas, y acciones orientadas a mejorar la cooperación entre laboratorios y de capacitación.
- En el marco del TWG del TLC, la organización, el 3 y 4 de junio del presente, de la reunión anual del Grupo Técnico de Trabajo sobre Plaguicidas del Tratado de Libre Comercio, en la que se revisaron los avances de los proyectos trilaterales que se están trabajando en los subcomités como: residuos en alimentos, efectos adversos, menor uso de plaguicidas, implantación de la etiqueta NAFTA para plaguicidas de uso no agrícola y armonización de requerimientos para registro de productos no agrícolas, entre otros.
- Preparación de la postura de COFEPRIS para la ratificación del PIC (Convenio de Rotterdam sobre el procedimiento de consentimiento fundamentado previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos, objeto de comercio internacional) en coordinación con las secretarías de Relaciones Exteriores y Economía.
- Organización de reuniones con representantes de las agencias gubernamentales en materia de alimentos y medicamentos de Argentina, Brasil y España, con las cuales se han iniciado acciones sobre análisis comparativo de marcos normativos y propuestas de capacitación encaminadas a lograr armonización de trámites, reconocimiento mutuo, y programas de capacitación a mediano y largo plazo.

- Seguimiento a las acciones de coordinación con diferentes organismos o instancias internacionales como: Codex Alimentarius (FAO), Protocolo de Montreal, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Convenio de Basilea, Alertas Sanitarias de la Comunidad Europea, Convenio de Estocolmo, Cooperación con China, Cooperación técnica con Cuba, FDA, entre otras.
- Dentro de la ceremonia de los premios de honor 2004, celebrada por la FDA el 7 de mayo, en la categoría Actividades Internacionales e Iniciativas Estratégicas, la entrega a México de un reconocimiento por la buena labor en equipo realizada para lograr la firma del Memorando de Entendimiento y la reapertura de la frontera a los moluscos bivalvos.
- La segunda estandarización para un técnico de COFEPRIS por parte de la FDA, con lo cual este organismo reconoce a otro punto de contacto en el país para el desarrollo del Programa Mexicano de Sanidad de Moluscos Bivalvos.

1.5 Comisión Nacional de Protección Social en Salud

En la reforma a la Ley General de Salud publicada el 15 de mayo de 2003 se establece la creación de un órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Este órgano encuentra su creación formal en las reformas al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicadas el 19 de enero del presente año. Su Reglamento Interno fue publicado el 27 de febrero del año en curso y en él se señala que esta Comisión estará encabezada por un Comisionado Nacional de Protección Social en Salud y se compondrá de tres direcciones generales: Financiamiento, Afiliación y Operación y Gestión de Servicios de Salud, además de la Oficina del Comisionado. Además, al ser uno de los objetivos del Sistema de Protección Social en Salud la alineación de los diversos programas de combate a la pobreza que encabeza la Secretaría, se integraron a la Comisión tres de ellos: OPORTUNIDADES en su componente de salud, Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, y Cirugía Extramuros.

Acciones relevantes y principales resultados

En el primer semestre de 2002 se puso en marcha el Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), el cual brinda protección financiera en materia de salud a las familias no derechohabientes de la seguridad social bajo un esquema de aseguramiento público y voluntario. La prueba piloto en ese año se realizó en cinco entidades federativas. Para el segundo semestre del mismo año, el Programa se fortaleció mediante la incorporación de 16 entidades federativas más. Derivado de lo anterior, y en virtud de su esquema de financiamiento, el Programa se instrumentó mediante las Reglas de Operación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud) 2002 y la firma de los correspondientes Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Programa.

Los principales propósitos del programa en esa fase fueron reducir los gastos de bolsillo en que incurren las familias por atender su salud y fomentar el aseguramiento en salud. Su esquema de financiamiento consistía en un subsidio federal y cuotas progresivas que pagaban los beneficiarios por concepto de afiliación, las cuales tomaron en cuenta el nivel de ingreso de las familias. La cuota de afiliación se estableció como progresiva con la finalidad de sustituir el pago de cuotas de recuperación por concepto de servicios médicos.

En 2003 se publicaron nuevas Reglas de Operación y se firmaron Acuerdos de Coordinación con 24 entidades federativas, lográndose afiliar al cierre del cuarto trimestre de ese año a 613 938 familias. En este mismo año, el 98 por ciento de las familias afiliadas se ubicaron en los cuatro primeros deciles de ingreso. La cobertura del programa se otorgó mediante el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), el cual proporcionaba 78 servicios médicos y sus medicamentos asociados. De los subsidios otorgados a las entidades federativas el 43 por ciento se aplicó en la adquisición de medicamentos; el 23 por ciento el pago al personal médico, el 17 por ciento a la compra de equipo básico, el 12 por ciento a infraestructura y el 5 por ciento se utilizó en campañas de capacitación y difusión.

A través de un proceso de diálogo con los legisladores, los partidos políticos y el Poder Ejecutivo, por medio del cual se pretendía diseñar soluciones a los desequilibrios estructurales que afectaban el funcionamiento del Sistema de Salud, se aprobó la reforma a la Ley General de Salud, que estableció el Sistema de Protección Social en Salud. Dicha reforma se publicó el 15 de mayo de 2003 en el D.O.F.

La reforma antes mencionada permite el ejercicio efectivo y sin discriminación del derecho a la protección de la salud consagrado en el Artículo 4 de nuestra Constitución. Además, dicha reforma trascenderá los límites de una sola administración de gobierno, pues se implementará de manera gradual hasta completarse en el año 2010.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso a servicios de salud sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación para las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.

Con las modificaciones a la Ley General de Salud se busca evitar el empobrecimiento de las familias mexicanas por gastos inesperados en salud y se procura una asignación equitativa de los recursos públicos entre los derechohabientes de la seguridad social y el resto de la población, así como entre las entidades federativas.

Derivado de la reforma mencionada en los párrafos anteriores, el 5 de abril de 2004 se publicó en el D.O.F. el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. Es este Reglamento el que le da operatividad a las reformas de la Ley, por lo que derivado de él se están elaborando lineamientos como los de Afiliación y Operación y los relativos al Fideicomiso para Gastos Catastróficos. Otro punto que cabe destacar de este Reglamento son las previsiones para fortalecer la inversión en infraestructura y equipamiento, con lo cual se busca el desarrollo de un Sistema de Salud Universal.

A la fecha se encuentran firmados entre la Federación y las entidades federativas 29 Acuerdos de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que se habían programado

para finales del año pasado. Esto garantiza que la meta programada de afiliación de 1.5 millones de familias, podrá realizarse con base en los citados acuerdos. Al cierre del segundo trimestre se tienen afiliadas a 799 902 familias, lo que representa un poco más de la mitad de la meta.

La reforma establece una aportación solidaria compartida entre los niveles de gobierno estatal y federal, mediante una fórmula que corrige las desigualdades regionales. Además, establece una aportación familiar, la cual se define con base en su capacidad contributiva. Esto permite hacer realidad en nuestro país el principio básico de la justicia financiera en salud. Se ha creado, además, un régimen no contributivo destinado a exentar de la cuota de aportación familiar a las personas que carecen de recursos.

La oferta de los servicios de salud se realiza mediante un Catálogo de Servicios Esenciales (CASES), el cual se compone de 91 servicios y sus medicamentos asociados.

Es importante señalar que en el presente año se prevé la operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos destinado a cubrir, mediante un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, los gastos catastróficos en salud en que incurran las familias protegidas por el Sistema de Protección Social en Salud. Entre las intervenciones contempladas para cubrirse por este Fondo se encuentran algunas relacionadas con el virus del VIH (SIDA) y tres de los tipos más comunes de cáncer.

1.6 Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud

En el ejercicio que se informa se realizaron cuatro reuniones del Consejo Nacional de Salud (CNS): una extraordinaria y tres ordinarias. En estas reuniones ordinarias se presentaron los informes de las Comisiones Permanentes: Jurídica y Administrativa, Salud Pública y Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y del Grupo Permanente del Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo se trataron diversos temas relacionados con la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud y el Foro de Innovación en Salud.

Cabe hacer especial mención de la realización de talleres para el análisis y definición de aspectos relacionados con el Sistema de Protección Social en Salud, entre ellos: Alineamiento del Catálogo de Servicios Esenciales a los Programas de Prevención y Promoción de la Salud, Regímenes Estatales y Unidades de Gestión; Fondo de Gastos Catastróficos; Alineación y Creación para el Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud; Revisión de la Distribución Presupuestal entre FASSA C y FASSA P, y Surtimiento de Medicamentos en el Sistema. Punto relevante fue la aplicación de recursos a este Sistema toda vez que la ley que le dio origen entró en vigor el 1° de enero del presente año.

Del 8 de enero de 2001 a la fecha, se han tomado 238 acuerdos en el seno del CNS, de los cuales se ha dado cumplimiento a 162, quedando 76 en proceso. Cabe hacer mención que 20 de estos últimos corresponden a la XIII Reunión Ordinaria del CNS efectuada en marzo de 2004 y los acuerdos fueron enviados a los responsables de su cumplimiento en fechas recientes.

En las reuniones llevadas a cabo en el periodo que se reporta, de los acuerdos tomados destacan:

- la implantación de la estrategia *Promoción de la salud durante la línea de vida* y la entrega de las cartillas nacionales;

- la implantación de actividades en cada unidad hospitalaria que coadyuven a la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales;
- la aprobación del catálogo de servicios mínimos garantizados para el Sistema de Protección Social en Salud;
- la promoción y aplicación de medidas de prevención y de protección para la disminución del impacto de los accidentes de tránsito;
- el fortalecimiento de la certificación y recertificación de los establecimientos de atención médica;
- los lineamientos para la programación presupuestal y los calendarios de las licitaciones de insumos médicos para el año 2005;
- el fortalecimiento del programa de salud reproductiva a través de capacitación, la garantía de abasto de métodos anticonceptivos y la atención a adolescentes, y
- la certificación de áreas libres de paludismo y de áreas con eliminación de transmisión de rabia canina.

Con el fin de coadyuvar al cumplimiento de los acuerdos del Consejo, se han realizado 32 visitas a las entidades federativas en el periodo señalado.

Los titulares de los servicios estatales de salud se adscriben al CNS con carácter de Consejeros, por lo que el Secretariado ha implementado un seminario de interacción de los titulares de servicios de salud de las entidades federativas de reciente nombramiento con las áreas centrales de la Secretaría de Salud, con el objeto de informar la misión, visión, programas, proyectos y estrategias prioritarias de la Secretaría de Salud.

En este periodo se realizaron tres seminarios de interacción: noviembre 2003, y febrero y marzo de 2004 dirigidos a los titulares de los Servicios Estatales de Salud de Campeche, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Colima y Zacatecas.

El Secretariado Técnico del CNS, por su relación con las diferentes entidades federativas, recibe las peticiones ciudadanas que se efectúan al Señor Presidente de la República, Lic. Vicente Fox Quesada y al Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora. Estas son remitidas para su atención a las entidades federativas que corresponden. En el periodo que se reporta se han recibido y tramitado 1515 peticiones.

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y eficacia de las reuniones de los Organismos Públicos Desconcentrados (OPD), el Secretariado Técnico del CNS, diseñó y sometió a consenso con los Secretarios Técnicos de cada OPD, una agenda con 11 temas básicos para ser tratados en cada reunión, además de los que fueran necesarios a juicio del estado. La agenda despliega información sobre: seguimiento de acuerdos del Órgano de Gobierno; autorización de programación y presupuesto; avance de programas prioritarios como Arranque Parejo en la Vida, Seguro Popular, Línea de Vida y Cruzada por la Calidad de los Servicios; funcionamiento del Comité de Control y Administración; distribución de plazas; programa de Adquisición, Abasto y Distribución de Medicamentos; infraestructura física; pendientes de la descentralización; seguimiento de acuerdos del CNS y aprobación de convenios y contratos diversos.

En promedio cada año, los 32 OPD programan y realizan más de 100 reuniones ordinarias y

extraordinarias. En el periodo del primero de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004 se han realizado 102 reuniones: 8 extraordinarias y 94 ordinarias, con un promedio mensual de 8.5 reuniones.

Un reporte de las actividades sustantivas programadas y su cumplimiento se muestra a continuación:

Actividad	Avance	Cumplimiento
Propuesta de nuevo modelo de agenda para ser utilizado en las reuniones de los Órganos de Gobierno	Entre febrero y abril de 2004 se difundió el modelo con todos los Secretarios Técnicos de los Órganos de Gobierno	100
Programar cuatro reuniones con los Secretarios Técnicos de los Órganos de Gobierno	Se realizaron cuatro reuniones con los Secretarios Técnicos de los Órganos de Gobierno	100
Asistencia en calidad de representante federal a 102 reuniones de los Órganos de Gobierno	Se asistió en calidad de representante federal a 98 reuniones de los Órganos de Gobierno	95.1
Elaboración 102 informes ejecutivos de las reuniones de los Órganos de Gobierno	Se elaboraron 102 informes ejecutivos de las reuniones de los Órganos de Gobierno	100.0
Elaboración de 61 notas informativas para unidades administrativas de la Secretaría de Salud	Se elaboraron 61 notas informativas para unidades administrativas de la Secretaría de Salud	100.0
Elaboración de informe de actividades 2003	Se elaboró un informe de actividades 2003	100.0
Programación de las reuniones de los Órganos de Gobierno para el 2004	Se realizó la programación de las reuniones de los Órganos de Gobierno para el 2004	100.0

Dirección General Adjunta de Vinculación Social

Agenda legislativa de la Secretaría de Salud

Se mantuvo un canal de comunicación permanente con la Secretaría de Gobernación y con el Poder Legislativo para lograr incidir en asuntos legislativos de interés para la Secretaría, principalmente en:

- iniciativa de reformas a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para imponerles al Instituto Nacional de Perinatología el nombre de “Isidro Espinosa de los Reyes”;
- proyecto de decreto por el que se adiciona una fracción V bis al artículo 5 y un artículo 7 bis al Capítulo I del Título Segundo de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud para crear el Instituto Nacional de Medicina Genómica;
- convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco;
- proyecto de decreto que adiciona la fracción IX bis al artículo 3º, adiciona un Título Quinto bis y su Capítulo Único, denominado El Genoma Humano, y el artículo 421 bis a la Ley General de Salud, y
- otras reformas a la Ley General de Salud en materia de regulación sanitaria.

Actividad legislativa del Congreso de la Unión en materia de salud

Se dio puntual seguimiento a la actividad legislativa en materia de salud, notificando a las áreas sustantivas

y órganos desconcentrados de la Secretaría sobre las iniciativas y los puntos de acuerdo emitidos por el Congreso de la Unión y Congresos Locales correspondientes al ámbito de sus atribuciones, a fin de generar la información necesaria para su análisis y desahogo.

Enlace oficial ante la Secretaría de Gobernación

La Secretaría de Salud nombró a la Dirección General Adjunta de Vinculación Social como contacto ante la Secretaría de Gobernación para auxiliar al desahogo de los asuntos legislativos de esta Secretaría y sumarse a la Red de Enlaces constituida por enlaces oficiales y operativos de cada dependencia de la Administración Pública Federal. Así, el área participó en 55 reuniones de trabajo convocadas por la Secretaría de Gobernación.

Fomento a la transparencia en la rendición de cuentas a la ciudadanía

En agosto de 2004 se celebró el Tercer Foro Ciudadano de la Salud donde el Secretario de Salud presentó a la sociedad el documento *Salud: México 2003* informando acerca del estado en que se encontraba el Sistema Nacional de Salud en ese año. Posteriormente intervinieron los representantes de diversos sectores de la sociedad civil relacionados con la salud para exponer sus puntos de vista acerca de la participación ciudadana en programas y acciones en materia de salud. Este evento significó un esfuerzo, tanto de autoridades federales como estatales, ya que en algunas entidades federativas también se realizaron foros ciudadanos, con lo que se implementó un canal innovador de información a la ciudadanía sobre el estado del sector en México, complementando así los mecanismos formales de información del Poder Ejecutivo. Se contó con una asistencia aproximada de 500 personas, destacándose la participación de organizaciones sociales que vienen trabajando con la Secretaría de Salud, así como autoridades del Sistema Nacional de Salud, académicos e investigadores y legisladores, entre otros. En el marco de este foro, y como parte integral de él, se realizaron también cinco mesas de discusión abiertas a la participación ciudadana, que se centraron en los temas que nutren los ejes de la salud en México y los objetivos del *PRONASA 2001-2006*: “Equidad y Servicios de Salud a la Comunidad”, “Calidad”, “Protección Financiera de la Salud”, “Protección contra Riesgos Sanitarios” e “Investigación, Enseñanza y Desarrollo Tecnológico”. Además, se montó un área de exhibición del material de difusión que promueven 50 organizaciones sociales que trabajan estrechamente con la Secretaría.

Dirección General de Relaciones Internacionales

La Dirección General de Relaciones Internacionales continuó desarrollando las actividades de representación ante gobiernos e instituciones; de seguimiento a los compromisos del país en materia sanitaria; de promoción de convenios de cooperación; de identificación y negociación de financiamiento externo para apoyar el desarrollo de programas estratégicos de salud de la Secretaría; de difusión de información científica y técnica; de promoción del intercambio de especialistas y becarios para el enriquecimiento de estrategias y políticas nacionales de salud, así como actividades de apoyo y asesoría a los servidores públicos de la Secretaría en comisiones oficiales al exterior.

Durante el periodo de referencia, destacan las siguientes actividades desarrolladas por esta Dirección General, con los resultados más relevantes en cada una de ellas:

- Se asistió a la Reunión del Consejo Consultivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

los días 24 al 27 de mayo del 2004. A partir del Consejo de enero del presente año, los países observadores, entre ellos nuestro país, tienen derecho a voz. En este sentido, se destaca la participación de México, a través del GRULAC, en el tema de los antirretrovirales, donde se consideró que países que ya exportan antirretrovirales genéricos a otros países en desarrollo deberían tener un control o garantía internacional, tal vez avalada por la propia OMS.

- Se presentó la Candidatura de México al Consejo Ejecutivo para ocupar un asiento en el periodo 2005-2008. Actualmente se cuenta con el apoyo, por escrito, de 11 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Cuba, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Venezuela.
- Los días 12 y 13 de mayo del presente año se realizó el Foro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), donde el Dr. Frenk participó como panelista y como moderador en los paneles: *“Aging and Health”* y *“Equity and Access to Health Care”*, respectivamente.
- Los días 13 y 14 de mayo de 2004 se llevó a cabo la Reunión Ministerial de Salud (RMS) en la sede de la OCDE en París, Francia. En esta reunión se contó con la participación de los titulares de salud de los países miembros y fue presidida por el Secretario de Salud de México. Los objetivos de la RMS fueron: analizar el informe final del Proyecto de Salud OCDE; analizar y discutir los principales retos en materia de política de salud para los próximos años, e identificar áreas donde el trabajo futuro de la OCDE en el tema de salud pueda ser útil para informar opciones de política.
- Se desarrolló la Estrategia de Atención Centrada en los Países (CCS) a petición del C. Secretario de Salud de México como un ejercicio para configurar la cooperación técnica de OPS/OMS para los próximos cinco años. De diciembre de 2003 a la fecha se han atendido los trabajos de tres misiones de funcionarios de OPS/OMS que han visitado México para desarrollar los trabajos respectivos.
- En materia de bioterrorismo, se participó en la Reunión del Grupo de Acción Global de Seguridad en Salud, (GHSAG), en Ottawa, Canadá, el 10 y 11 del junio del 2003, con la participación de representantes de los gobiernos de México, los Estados Unidos de América, Canadá, Francia, Reino Unido, Japón, Alemania e Italia, así como representantes de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la reunión se identificaron las prioridades y líneas de trabajo a seguir en preparación para la Reunión Ministerial de la Iniciativa Global de Seguridad en Salud (GHSI por sus siglas en inglés) a celebrarse en Paris, Francia en el mes de diciembre del 2004.
- Los días 16 y 17 de junio del 2004 se realizó en la Ciudad de México la reunión del Grupo de trabajo *“Workshop in best practices and coordination in field epidemiology & outbreak investigation”*, a la cual asistieron representantes del G-7, México, la Unión Europea y la OMS.

En cuanto a la coordinación y vinculación con las actividades llevadas a cabo por unidades administrativas se participó en las siguientes convenciones:

- Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. El Dr. Julio Frenk Mora, secretario de Salud, a nombre del Gobierno de México, suscribió dicho instrumento el 12 de agosto del 2003,

en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Gracias al apoyo que el Senado de la República ha dado a este tema, fue posible su depósito ante dicho organismo internacional el día 28 de mayo de 2004, siendo México el primer país de América que lleva a cabo la ratificación de este tratado, cuya aplicación beneficiará a la población mexicana.

- Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción, el Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción (CAQ). De acuerdo a los compromisos adquiridos por México en esta Convención, se apoyó la realización de la inspección de la instalación Bayer de México, S.A. de C.V., ubicada en Santa Clara, Municipio de Ecatepec, Estado de México.

Esta Dirección General participó en siete reuniones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destacando la participación del Dr. Julio Frenk Mora en la 44ª Sesión del Consejo Directivo de la OPS con la presentación del tema “Protección Social Universal” y del documento “Una OPS para el Siglo XXI” que fue elaborado por la Secretaría de Salud y derivado del cual se aprobó la resolución CD44.R14. Además, se conformó un Grupo de Trabajo Intersecretarial con el objetivo de iniciar un proceso de discusión de la posición que deberá asumir el Gobierno de México respecto al Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Se elaboró un documento que incluye observaciones generales y específicas que reflejan las inquietudes del grupo de trabajo en relación al texto del RSI. Dichas observaciones fueron remitidas a la Organización Mundial de la Salud, a fin de que sean consideradas en la formulación del nuevo RSI.

En materia de Cooperación Regional, esta Dirección General asistió a nueve reuniones en las cuales se abordó una gran cantidad de temas. Destacó la participación en las negociaciones de los proyectos del sector salud que formarán parte del Programa Mesoamericano de Cooperación 2005-2006 y la Reunión para la Instalación del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación (COTSE), así como la instalación del Grupo de Alto Nivel (GAN), durante la Reunión de Cancilleres del Grupo de los Tres.

De la misma manera, se llevaron a cabo distintas reuniones de Cooperación Bilateral con Costa Rica, Colombia, Cuba, Guatemala, Belice y el Reino Unido y se suscribieron los siguientes acuerdos internacionales:

- Memorandum de Entendimiento del Componente de Salud de la Iniciativa Mesoamericana de Desarrollo Humano del Plan Puebla-Panamá, suscrito el 23 de septiembre de 2003 en la ciudad de Washington, D.C., por los Ministros de Salud de Centroamérica y México.
- Acuerdo de Cooperación en materia de salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República Popular China, suscrito en la Ciudad de México el 12 de diciembre de 2003.
- Acuerdo Complementario de Cooperación en Materia de Salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Costa Rica, suscrito el 24 de febrero de 2004 en la ciudad de México, por los titulares de salud de ambos países.
- Registro de discusiones del proyecto para la creación del Hospital de la Amistad, México-Corea, en Mérida, Yucatán.
- Acuerdo Complementario de Cooperación en Materia de Salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y la Secretaría de Salud de la República de Honduras, suscrito en

la ciudad de Tegucigalpa el 24 de marzo de 2004, por los titulares de salud de ambos países.

- Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia para el Establecimiento de la “Cátedra Juan Luis Londoño de la Cuesta”, suscrito en la Ciudad de México el 20 de abril de 2004, por los titulares de salud de ambos países.

Dirección General Adjunta de Salud y Atención a Migrantes

Dentro de las acciones desarrolladas para contribuir al mejoramiento de la salud de los migrantes, se participó activamente en las reuniones de la Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos. Dentro de los logros se destacan: la conformación del documento de Frontera Saludable 2010; el anuncio del Secretario Tommy Thompson en el marco de la reunión anual en Saltillo, Coahuila, relativa a la canalización de 5.4 millones de dólares a través de la Comisión para fortalecer el sistema de detección temprana de enfermedades transmisibles en la frontera. Asimismo, se participó en la reunión del Consejo Directivo de “Diez Contra la Tuberculosis”, grupo técnico asesor en materia de tuberculosis de la Comisión de Salud Fronteriza, llevada a cabo el 11 de septiembre en Laredo, Texas, y se ha dado seguimiento a la conformación del Plan Estratégico en diversas conferencias telefónicas y reuniones.

Como parte de las acciones de apoyo a la salud de los migrantes, en conjunto con la Secretaría de Relaciones Exteriores se brinda la asistencia necesaria a los connacionales enfermos que requieren ser repatriados a su lugar de origen. Durante el periodo referido, se proporcionó asistencia a 92 connacionales enfermos, los cuales fueron repatriados.

En lo referente al Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México - Canadá, se llevaron a cabo diversas reuniones intersecretariales previas a la Reunión Intergubernamental de Evaluación de la temporada 2003, la cual tuvo verificativo el 11 y 12 de diciembre de 2003 en Ottawa, Canadá, a través de la cual se conformó un documento de posición de México ante la inclusión de la prueba de VIH/SIDA en los exámenes médicos que se practican a los trabajadores antes de viajar a Canadá.

La XX Reunión Comisión Binacional México - Estados Unidos tuvo verificativo el 12 de noviembre de 2003 en la ciudad de Washington, D. C. La Secretaría de Salud participó con el informe de conclusiones del Grupo de Trabajo de Salud, sin embargo, éste no sesionó en el marco de esta reunión sino en ocasión de la “Reunión Anual de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos” llevada a cabo el 11 de diciembre de 2003 en Saltillo, Coahuila. Se destaca que el día 12 de diciembre los Secretarios de Salud de México y Estados Unidos firmaron la Carta de Intención para la colaboración entre el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA).

Junto con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME) se organizaron las siguientes reuniones: “Reunión de Coordinación entre el IME y la Secretaría de Salud para presentar las recomendaciones del Consejo Consultivo”, en febrero de 2004 en la Ciudad de México; “III Reunión Ordinaria del Consejo Consultivo del IME”, en Atlanta, Georgia, en mayo de 2004, con el objetivo de escuchar y orientar los planteamientos de los consejeros, y las “Jornadas Informativas para Profesionales de la Salud”, en la Ciudad de México, septiembre de 2003 y Guadalajara, Jalisco, en junio de 2004, con el objetivo de informar a los prestadores de servicios de salud en Estados Unidos sobre el sistema de salud mexicano.

Junto con la Asociación Fronteriza México-Estados Unidos de Salud (AFMES), se participó activamente

en la Reunión del Comité Ejecutivo de la AFMES en El Paso, Texas, para la presentación del nuevo Director Ejecutivo y para dar a conocer su plan de trabajo, así como para dar seguimiento al proceso de autonomía de la Asociación.

En octubre se llevó a cabo la III Semana Binacional de Salud en Los Ángeles, California, donde 59 621 personas recibieron atención de salud. Participaron 22 condados de California, se realizaron 224 eventos de salud con la participación de 334 agencias de salud en Estados Unidos, y se distribuyeron al menos 1 200 000 ejemplares de materiales educativos. Asimismo, se coordinó el Foro Binacional de Políticas Públicas de Salud y Migración en el marco de la III Semana Binacional para identificar los retos y oportunidades para trabajar de forma binacional y complementaria a favor de la salud de los migrantes, así como para establecer mecanismos de coordinación operativa entre las autoridades y grupos que trabajan con migrantes en México y en Estados Unidos.

A través de la Iniciativa México – California, formada por la University of California y el Gobierno de México, se convocó a investigadores de ambos países para que participen en proyectos de investigación sobre migración y salud en México y California, con el objetivo de mejorar el conocimiento y la comprensión de los factores relacionados con la migración y salud de los trabajadores de origen mexicano y sus familias. Se participó también en el Foro del Proyecto de Investigación, realizado en Oakland, California en mayo 2004, donde los investigadores intercambiaron sus resultados y se expusieron los retos y oportunidades de las investigaciones. Se participó también en la Reunión del Consejo Consultivo de la Iniciativa México – California, en Oaxaca en mayo del 2004, con el objetivo de presentar el Informe de actividades del ISMECAL, planear la Semana Binacional de Salud y presentar nuevas iniciativas.

Se continuó trabajando en la promoción y prevención de la salud de los migrantes mexicanos a través de las Ventanillas de Salud en los Consulados mexicanos de Los Ángeles y San Diego: se inauguraron 8 Ventanillas de Salud en las instalaciones de un número igual de consulados a través de las cuales se ofrecen información y asesoría sobre aspectos relacionados con la salud, a fin de que los connacionales puedan acceder a una atención médica oportuna, independientemente de su status migratorio.

Por último, junto con la Dirección General de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, se gestionó el apoyo económico para la realización de estudios en el extranjero a 11 trabajadores del sector salud en el periodo 2003-2004, coadyuvando así en la formación de recursos humanos para los temas prioritarios en materia de salud. A través de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón, se otorgaron cinco becas; cuatro para funcionarios mexicanos en el tema calidad de servicios de salud local y una en salud reproductiva.

1.7 Unidad de Análisis Económico

A partir del 15 de julio de 2003, la Coordinación General de Planeación Estratégica, se transformó en la Unidad de Análisis Económico, siendo autorizada y registrada mediante oficio número 2252, de fecha 28 de agosto de 2003, signado por la Subsecretaría de Administración y Finanzas. Las atribuciones que le corresponden quedaron formalmente establecidas mediante la publicación del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004.

Para el ejercicio de sus funciones, la Unidad de Análisis Económico cuenta con dos direcciones generales adjuntas, la de Políticas de Financiamiento, y la de Economía y Salud.

Las actividades más destacadas y principales resultados, con apego a las estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, alcanzados del 1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004 son los siguientes:

Vincular la salud con el desarrollo económico y social

Dentro del marco de la política respecto al consumo de tabaco, la Unidad de Análisis Económico procedió a analizar la viabilidad de establecer un gravamen sobre el consumo de este producto y que los recursos generados por el mismo fuesen destinados a financiar los padecimientos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Debido a dificultades jurídicas para imponer un destino específico a la recaudación por concepto de impuestos, se recomendó adoptar alguna otra forma recaudatoria de fácil etiquetación. Se proyectaron los posibles flujos de recaudación bajo distintos escenarios, así como el impacto esperado sobre el consumo legal e ilegal.

La conjunción de este apoyo técnico y las negociaciones realizadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios derivaron en el compromiso por parte de las principales compañías tabacaleras para realizar aportaciones voluntarias al FPGC, esto en los términos del acuerdo firmado el día 18 de junio del presente año. Asimismo, se revisaron los términos del decreto presidencial que exenta a las compañías firmantes del pago del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) y el Impuesto al Valor Agregado (IVA) que se deriven del incremento al precio de los productos de tabaco, siempre y cuando los recursos provenientes de tal incremento sean aportados al FPGC.

Impulsar políticas fiscales saludables

Dentro del marco de una política fiscal saludable, se analizaron distintas alternativas para una posible eliminación del trato fiscal preferencial del que actualmente gozan las aguas saborizadas, los refrescos y sus concentrados, con respecto a los edulcorantes no nutritivos. Se analizó también la factibilidad de establecer un aprovechamiento sobre el consumo de bebidas alcohólicas, cuya recaudación sería destinada al FPGC con el fin de resarcir al Sistema Nacional de Salud por la carga financiera incurrida en el tratamiento de padecimientos relacionados al uso excesivo de dicho producto.

Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud

El trabajo de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS) está dirigido a estudiar en profundidad la relación entre la salud y el desarrollo económico en México. En este sentido, la CMMS estudia alternativas que coadyuvan a lograr consistencia entre las políticas económicas, de salud y la identificación de sinergias entre éste y otros sectores. La Unidad de Análisis Económico se encuentra concentrada en la realización de los trabajos de investigación conducentes a la presentación del informe final de la CMMS. Sus cinco grupos de trabajo —(1) Diagnóstico sobre el sistema de salud y el estado de salud en México con miras al cumplimiento de los objetivos de desarrollo de la Organización de las Naciones Unidas para el milenio, (2) Salud, desarrollo económico y reducción de la pobreza en México, (3) Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud, (4) Aseguramiento en salud y protección social, (5) Bienes públicos globales y regionales en el campo de la salud— han presentado los primeros borradores de sus investigaciones, las cuales deberán culminar en el mes de agosto.

Además del trabajo de sus grupos, la CMMS ha desarrollado otras actividades tales como encuentros plenarios periódicos en los cuales se congregan sus miembros a fin de discutir los avances de los grupos

de trabajo, futuras actividades y temas administrativos. Asimismo, los grupos de trabajo se reúnen con el objeto de facilitar la coordinación de sus actividades de investigación.

En noviembre del presente año, en el marco del Foro 8 de Investigación en Salud y la Cumbre de Ministros de Salud a realizarse en la Ciudad de México, se presentará el Informe Final de la CMMS. Ambas reuniones proveen de un marco ideal para dar a conocer los resultados de sus trabajos ya que se contará con la presencia de numerosos académicos y altos funcionarios del sector salud de más de treinta diferentes países.

Actividades de coordinación para el Estudio Comparativo de Eficiencia Hospitalaria

Durante el periodo reportado, se coordinaron las tareas correspondientes a la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE con relación al proyecto denominado *Reestructuración Institucional y Coordinación: Estudio Comparativo de Eficiencia Hospitalaria*. Este estudio, financiado y operado por el Banco Mundial y elaborado por consultores, representa un primer esfuerzo para establecer una metodología que permita comparar el desempeño de las unidades hospitalarias de las tres principales instituciones de salud del país. El estudio incluyó una muestra de 17 hospitales de las instituciones mencionadas.

Dentro de estas actividades se llevó a cabo el Taller de Diseminación de los Resultados del Proyecto, con la participación de funcionarios de los hospitales participantes, así como de funcionarios de las instituciones de salud.

Articular el marco de aseguramiento en salud

En abril de 2003 el Congreso aprobó un conjunto de reformas a la Ley General de Salud mediante las cuales se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La creación del SPSS significa un paso fundamental para consolidar el programa Seguro Popular de Salud como la principal estrategia para promover la incorporación de la población sin acceso a la seguridad social a un esquema público de aseguramiento en salud.

En seguimiento a dichas reformas, la Unidad colaboró en la elaboración del Reglamento en materia de Protección Social en Salud. Este reglamento fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril del 2004, y en él se especifican con mayor detalle los principales elementos operativos y financieros que dan sustento al SPSS.

Asimismo, la Unidad ha participado también en la elaboración de documentos técnicos de apoyo y análisis cuantitativo, específicamente en lo que se refiere al esquema de financiamiento del SPSS y la reingeniería presupuestal necesaria para hacer efectiva la alineación de recursos bajo el nuevo esquema de financiamiento. Estas actividades han tenido como objeto informar las decisiones respecto a la instrumentación del sistema a partir del 1° de enero del 2004, fecha en que entró en vigor la reforma a la Ley General de Salud señalada anteriormente.

Por otro lado, como parte de la fase de instrumentación, la Unidad ha realizado tareas de difusión de la reforma en diferentes foros, como son grupos de trabajo del Consejo Nacional de Salud, de Funcionarios Fiscales, organismos internacionales y el sector académico. Además, la Unidad compiló y sintetizó los trabajos realizados por las áreas normativas y operativas de la Secretaría involucradas en el diseño e

implantación del SPSS. Dicha compilación y síntesis fue la base para elaborar el documento “Marco Conceptual y Operativo del Sistema de Protección Social en Salud”.

Finalmente, la Unidad también colaboró estrechamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en la parte conceptual de las Reglas de Operación que regirán al Fideicomiso del SPSS, así como en el diseño de metodologías que permitan establecer la operación y el seguimiento tanto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, como del Fondo de la Previsión Presupuestal Anual.

Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

La Unidad de Análisis Económico ha participado activamente en la Primera Convención Nacional Hacendaria (CNH) mediante el impulso de una propuesta en materia de salud como parte de los trabajos de la Mesa de Gasto Público. La propuesta considera los órdenes de gobierno a los que hace referencia la Estrategia 6 del Programa Nacional de Salud: federal, estatal, municipal y regional y consiste en redistribuir las competencias entre órdenes de gobierno de acuerdo a la naturaleza de los bienes de la salud y las funciones que realiza el sistema de salud.

Específicamente, se otorga la responsabilidad primaria al Gobierno Federal en la rectoría, el financiamiento y prestación de aquellos bienes y servicios que se caracterizan por: i) estar dirigidos a toda la población, independientemente de su condición de aseguramiento; ii) deben ser provistos aún cuando la población no los demande explícitamente; iii) su provisión tiene un impacto que rebasa el ámbito estatal y iv) no se agotan cuando los consume un individuo. Asimismo, se determina como responsabilidad de los gobiernos estatales la provisión de los servicios de salud a la persona (atención médica) y se abre la posibilidad a los gobiernos municipales de que puedan ejercer esta misma competencia.

Nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos

Como parte de los trabajos que ha realizado la Unidad de Análisis Económico desde 2001 para establecer mecanismos de asignación de recursos que promuevan una mayor equidad en el financiamiento para la población no asegurada, y en congruencia con el esquema de financiamiento establecido en la reforma a la Ley General de Salud (abril 2003), se incorporaron en el Reglamento en materia de Protección Social en Salud dos fórmulas de asignación de recursos.

La fórmula de asignación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona toma en cuenta el número de familias beneficiarias del SPSS, las necesidades de salud de la población, las aportaciones adicionales que realicen las entidades federativas al financiamiento de los servicios de salud para los beneficiarios del SPSS, y el desempeño de los servicios estatales.

Esta fórmula constituye el punto de partida para la estimación del monto que por concepto de Aportación Solidaria Federal corresponde a cada estado, y con ello el primer paso para promover una asignación más equitativa de los recursos que actualmente se canalizan a las entidades a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del ramo 33.

Mediante una mayor participación del gasto estatal, se busca incrementar la cantidad de recursos disponibles para la salud. Se busca también que en el ámbito de la descentralización, tanto la Federación como las entidades prioricen la inversión en salud, y al mismo tiempo, que haya un compromiso más homogéneo por parte de todas las entidades en el financiamiento de los servicios. Es decir, se busca promover que tanto la Federación y las entidades federativas inviertan de manera conjunta en salud.

Descentralización de la Secretaría de Salud

Una de las implicaciones inmediatas de la reforma es la adhesión de las entidades federativas al Sistema de Protección Social en Salud mediante la firma del acuerdo de coordinación correspondiente. La Unidad, en apoyo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, trabajó en la elaboración del documento modelo utilizado para el diálogo e intercambio con las entidades federativas como parte del proceso de firma de los acuerdos de coordinación.

Como parte de este trabajo, se incorporaron al acuerdo de coordinación los elementos necesarios para promover una mayor certidumbre y transparencia en la asignación de recursos, así como una mayor flexibilidad en el uso de los mismos a nivel local mediante la vinculación de la asignación con la consecución de objetivos claros en materia de salud. Lo anterior, en un marco que establece lineamientos claros para la acreditación de unidades de salud y promueve la evaluación del desempeño de los servicios, conforme a los objetivos planteados en el nuevo título Tercero Bis de la Ley General de Salud y el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La Unidad coordinó uno de los tres equipos de negociación de los acuerdos de coordinación con las entidades federativas. En las sesiones de negociación se trabajó directamente con personal de los gobiernos estatales de las áreas de finanzas y de salud, obteniendo éxito en la suscripción de dichos acuerdos. Asimismo, apoyó en la realización de los cálculos necesarios para determinar los requerimientos financieros para el ingreso de cada una de las entidades federativas al Sistema de Protección Social en Salud.

Municipalización de los servicios de salud

Se impulsó una propuesta en materia de salud en la Convención Nacional Hacendaria, en la que se mantiene plena congruencia con esta línea de acción, ya que se propone que los municipios adquieran competencia en la provisión e infraestructura en salud. En este sentido, se busca que las entidades federativas, dentro de su ámbito de competencia realicen las modificaciones pertinentes a sus legislaciones en materia de salud, con el fin de incorporar a los gobiernos municipales en la provisión de servicios de salud a la persona o atención médica. Esto complementaría la competencia que los estados tienen en la materia.

Convenio de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad de Harvard

El objeto del Convenio de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad de Harvard es realizar, en colaboración de las tres instituciones, una evaluación global de las condiciones de salud y del sistema de salud en México. Este proyecto cuenta con cuatro secciones:

Medición en Salud. Este primer componente del convenio se dará a la tarea de analizar, para el caso de México, los siguientes temas: (1) análisis comparativo de riesgos, (2) cobertura efectiva, (3) capacidad de respuesta del sistema de salud, (4) inequidades en salud, (5), desempeño subnacional, (6) calidad de los servicios hospitalarios y (7) gastos catastróficos.

Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El objetivo de esta sección es

evaluar el desempeño gerencial y el impacto del SPSS, con el fin de generar información útil para su ajuste y rediseño, y para alimentar las actividades de rendición de cuentas.

Prioridades en salud. El objetivo de este componente es realizar investigaciones sobre modelos específicos por enfermedad, análisis costo-efectividad y evaluación de necesidades de tecnología. Se priorizarán intervenciones utilizando criterios tales como riesgos a la salud y peso de la enfermedad, teniendo en cuenta cuestiones de equidad y otras de interés para los tomadores de decisiones en el sector salud.

Fortalecimiento de capacidades. Esta área de trabajo está pensada con el fin de aprovechar los recursos de los que dispone el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad de Harvard con el objeto de capacitar a profesionales mexicanos en temas de salud relacionados con los trabajos de investigación que se realizarán en el marco de este Convenio.

Participación en foros nacionales e internacionales

Una de las funciones de la Unidad de Análisis Económico consiste en representar a la Secretaría de Salud en los diversos foros nacionales e internacionales en materia de salud y desarrollo económico. En este sentido se ha participado activamente en diversos foros, con temas que abarcan desde la regulación económica del sector salud, hasta las implicaciones que el proceso de globalización tiene para las políticas del sector. Entre estas participaciones destaca la elaboración de un artículo técnico sobre competencia económica y regulación en el mercado de servicios médicos, y que forma parte de un libro editado por la Comisión Federal de Competencia.

Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos

La Unidad, mediante el trabajo conjunto con la Secretaría de Economía (SE), apoyó el análisis y definición de un esquema alternativo de regulación de precios de medicamentos en el sector privado; lo anterior con objeto de promover un esquema regulatorio que permita la convergencia de los objetivos de la política de salud y de regulación económica del mercado farmacéutico. Específicamente, se realizó el análisis del marco regulatorio actual, se llevó a cabo la evaluación de esquemas alternativos y se elaboró una propuesta que permitirá contar con un esquema de control de precios más actualizado y eficaz.

Como resultado de estos trabajos, se cuenta actualmente con una propuesta negociada con la industria para modificar el esquema de control de precios vigente. La propuesta se sustenta en un “Acuerdo Marco de las Modificaciones a la Nueva Política de Precios de Medicamentos”, el cual será firmado próximamente por la SE y la CANIFARMA. Derivado de este acuerdo, cada empresa procedería a firmar un convenio específico con la SE.

Mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas

En materia de costos, se conformó un subgrupo de trabajo en el que han participado diferentes expertos de la Secretaría de Salud y del IMSS, cuyo principal resultado fue la definición de un conjunto o lista de servicios facturables que puedan ser utilizados como punto de partida para la estimación de costos comparables entre instituciones. Asimismo, se identificaron elementos y criterios metodológicos de costeo

para lograr comparar los resultados entre las instituciones.

Como resultado, se ha elaborado un marco general para la estimación de costos asociados a la lista de productos facturables, se han obtenido estimaciones de costos que podrán ser utilizadas como marco de referencia, y se han identificado aquellas áreas en las que se deberá trabajar en un futuro inmediato con las unidades a fin de desarrollar sistemas de costeo.

En seguimiento a estos trabajos, la Unidad coordinó el proyecto “Estimación de Costos de la Actividad Hospitalaria” cuyo propósito fundamental fue generar una herramienta metodológica capaz de ser replicada por diferentes hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Los productos arrojados por el proyecto fueron un diagnóstico del estado de la información, una estimación de productos facturables y la herramienta metodológica de costeo. El proyecto contó con la participación de hospitales generales de las siguientes entidades federativas: San Luis Potosí, Yucatán, Distrito Federal, Estado de México, Chihuahua, Hidalgo y Guanajuato.

Otras actividades

Como parte de la participación de la Secretaría de Salud en los proyectos de salud realizados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la Unidad participó en la culminación del Proyecto de Salud de la OCDE, cuyo principal producto es el informe “Hacia Sistemas de Salud de Alto Desempeño”.

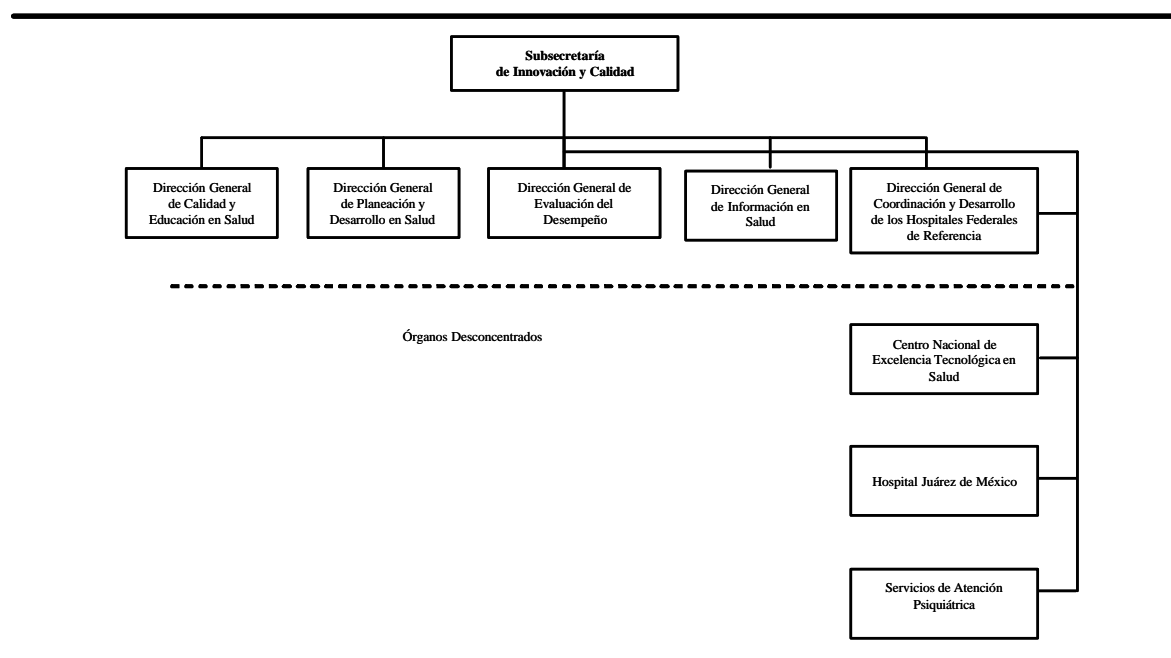
Asimismo, se apoyaron los trabajos previos a la primera Reunión Ministerial de Salud de la OCDE (mayo 2004), la cual fue presidida por el Secretario de Salud. En dicha reunión, los ministros de salud analizaron alternativas para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, así como la agenda de trabajo a futuro de la OCDE en temas de salud.

Durante este periodo también se ha trabajado en la coordinación de un estudio sobre el sistema de salud mexicano a cargo de la OCDE. Mediante este estudio se prevé contar con información que permita analizar la situación que guarda actualmente nuestro sistema de salud en relación al acceso equitativo a los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos. Asimismo, este estudio permitirá vislumbrar el camino que en el futuro podría seguir nuestro sistema de salud, y en particular identificar áreas de oportunidad para promover un mejor uso de los recursos dentro del sistema, un mayor nivel de calidad en la atención brindada y una mayor equidad tanto en las condiciones de salud como en el financiamiento y el acceso a los servicios.

Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD



La Subsecretaría de Innovación y Calidad, en congruencia con los objetivos generales de la Secretaría de Salud adquiere mayor especificidad hacia las acciones de calidad e innovación en materia de salud, reflejándose en cambios en su estructura orgánica:

- La Dirección General de Equidad y Desarrollo se reestructura constituyéndose la Dirección General de Planeación y Desarrollo.
- Se conforman e integran a esta Subsecretaría la Dirección General de Información en Salud, la Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia.
- Se incorporan a su estructura como órganos desconcentrados, los Servicios de Atención Psiquiátrica y el Hospital Juárez de México.
- Se constituye oficialmente el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud como órgano desconcentrado.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad propone, con el apoyo de sus áreas adscritas, la política nacional para elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica y asistencia social; establece los instrumentos para la innovación y modernización de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud; establece la coordinación entre los sectores salud y educativo para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; establece las políticas y estrategias que permitan optimizar y garantizar la equidad en la asignación de recursos financieros para la atención a la salud; coordina la operación y mejora continua de los hospitales adscritos, así como su inclusión y participación en la red

nacional de prestación de atención médica; dirige el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud; establece las políticas y normas sobre información estadística; conduce el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud; dirige el Sistema de Indicadores de Salud; coordina la generación de información para la rendición de cuentas a todos los sectores de la sociedad; coordina la generación y difusión de la información sobre mejores prácticas clínicas y tecnologías en salud en términos de su costo-efectividad; promueve la participación de las organizaciones de la sociedad civil para la realización de acciones conjuntas y suma de esfuerzos en favor de la calidad de los servicios de salud, y promueve la organización entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo profesional y la participación del personal de enfermería y demás personal de salud.

Las oficinas de la Subsecretaría de Innovación y Calidad recibieron el pasado 17 de febrero del presente año el certificado ISO 9001:2000 y promueve que las demás áreas cuenten con esta Certificación Internacional.

2.1 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Esta Dirección propone las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional para elevar la calidad de los servicios de salud, y la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, así como el establecimiento y desarrollo de modelos educativos y de atención a la salud.

Para el desarrollo de sus funciones esta área cuenta con una dirección general, una dirección general adjunta, cuatro direcciones de área, 13 subdirecciones (incluida la coordinación administrativa) y 19 jefaturas de departamento. Es importante mencionar que la estructura orgánica de la dirección cambió con respecto a la del año pasado cuando se contaba con siete direcciones de área, 11 subdirecciones, una coordinación administrativa y 17 jefaturas de departamento.

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Para garantizar un trato digno e incrementar la calidad y eficiencia en los servicios de salud, de manera que sean aceptables en todo el país y que sean claramente percibidos por todos los usuarios, a inicios de 2001 el Gobierno de la República implantó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS).

Las políticas nacionales establecidas en el *PRONASA 2001-2006* han conjuntado esfuerzos para brindar protección financiera en materia de salud, permitiendo constituir el Sistema de Protección Social en Salud, el cual determina la necesidad de acreditar los establecimientos públicos de prestación de servicios de atención médica que ingresarán como parte de la red que atenderá a los afiliados al Seguro Popular de Salud.

Principales resultados

La acreditación se concibe como un elemento de evaluación de la capacidad, seguridad y calidad, para la prestación de los servicios que integran el Catálogo de Servicios Esenciales en Salud (CASES). En el periodo de este informe, los pasos seguidos para la acreditación fueron los siguientes:

- Se elaboró el Manual de Acreditación en septiembre de 2003.

- Se impartió un curso de capacitación a 150 evaluadores de 31 entidades federativas (excepto el D. F.) en noviembre de 2003.
- Se inició el proceso de autoevaluación en las 31 entidades federativas, aplicándose a unidades de primero y segundo niveles de atención, inscritas en el Seguro Popular con base en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud en enero de 2004.
- Se cuenta en total con 1 376 unidades autoevaluadas.
- Se inició el proceso de evaluación en los estados, trabajándose en el Estado de México, Sinaloa, Tabasco, Aguascalientes y Zacatecas en mayo de 2004. Actualmente se tienen 200 unidades evaluadas.

Por otro lado, el Premio Nacional de Calidad 2003 se otorgó al Hospital Psiquiátrico en Villahermosa, Tabasco; al Hospital General en San Juan del Río, Querétaro; un Centro de Salud Urbano en Michoacán y un Centro de Salud Rural en Sinaloa. Para el Premio Nacional de Calidad 2004 se emitieron dos convocatorias; una para participar en la emisión del Premio 2004 y la otra para formar evaluadores institucionales que retroalimenten a las unidades aplicativas reconociendo sus fortalezas y orientándolos en sus oportunidades de mejora.

En la emisión del presente año, se obtuvo una respuesta que sobrepasó las expectativas de 250 reportes breves, recibándose un total de 668 procedentes de unidades de salud de 27 entidades federativas, clasificadas en ocho categorías, dos más que en la anterior emisión, considerando a los laboratorios estatales de salud pública y al hospital de tercer nivel de atención en sus diferentes especialidades.

En cuanto a la convocatoria para formar evaluadores, se obtuvo una respuesta de 91 aspirantes de unidades administrativas centrales y operativas de 25 entidades del país, conformándose un grupo interdisciplinario cuya función será analizar los ocho criterios que evalúan el grado de madurez en la implantación del Modelo de Gestión de la Calidad, así como fortalecer y dar continuidad al reconocimiento a los equipos de mejora de la calidad.

Para fortalecer la cultura de calidad en la implantación del Modelo de Gestión de Calidad y el grado de madurez que pueda ser alcanzado en sus sistemas, se estructuró un curso de capacitación para profesionales de salud de la Secretaría de Salud y formarlos como asesores y promotores del Premio Nacional de Calidad, teniendo representación de todos los servicios de salud del país en un grupo de 72 asistentes.

Para dar cumplimiento al establecimiento de Comités de Calidad se incorporaron organizaciones sociales en 22 de los Comités Estatales del país a las que se les han conferido funciones de validación ciudadana de los indicadores de trato digno, objeto de monitoreo de la Cruzada.

En consideración a los cambios en las estructuras de los gobiernos de 10 estados del país, que se prevé ocasionarán relevos en la Secretaría de Salud, se ha dispuesto una estrategia de inducción y fortalecimiento de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para las diferentes instituciones que conforman el Comité Estatal y su presidencia.

De acuerdo con el establecimiento de programas de educación sobre, para y de calidad para los profesionales de la salud en los que se enfatizan valores, métodos y actitudes del programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se diseñó el Plan Nacional de Capacitación en Calidad con los siguientes resultados: se logró la formación de 617 directivos en varios temas para la gestión de la

calidad, 1 772 operativos en diversos proyectos específicos de calidad y 789 instructores y facilitadores en diversos temas para la mejora continua de la calidad. Se espera que estos 3 178 trabajadores repliquen la capacitación a 44 000 trabajadores de la salud.

Con respecto a la divulgación de los indicadores básicos de calidad, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se consolidó la operación del Sistema de Información para el Monitoreo Bimestral de Indicadores de Calidad, de carácter sectorial con una aplicación computarizada *ad hoc*, denominada Sistema INDICA. Durante su proceso de implantación se reinició la incorporación de unidades bajo este sistema con una metodología estadística más estricta y también se incorporaron nuevas unidades al proceso de gestión de calidad.
- Hasta el segundo bimestre de 2004 se tuvo la participación de 5 805 unidades médicas de primer nivel de atención y 591 hospitales, que registraron sus resultados de los indicadores de la CNCSS al sistema INDICA, mismos que pueden ser consultados por cualquier usuario en la siguiente página electrónica: (www.calidadensalud.gob.mx).
- El monitoreo de los indicadores en las unidades médicas registró las siguientes variaciones con respecto al año anterior:
 - El promedio de tiempo de espera en el primer nivel de atención disminuyó en 1.3 minutos; para el segundo nivel de atención se incrementó en 1.4 minutos.
 - El porcentaje de recetas surtidas en forma completa en el primer nivel se incrementó en 1.8 por ciento.
 - La satisfacción de los usuarios con respecto a la información sobre su diagnóstico aumentó 0.5 por ciento en el primer nivel y 0.4 por ciento en el segundo nivel. La satisfacción con la información sobre su tratamiento aumentó 0.3 y 0.1 por ciento, respectivamente.
 - El tiempo de espera promedio en la consulta externa se redujo en 1.8 minutos con respecto a las cifras de 2000 y en los servicios de urgencias, en 1.6 minutos.
 - En la consulta externa la satisfacción de los usuarios con la información que reciben respecto a su diagnóstico se incrementó 24.2 por ciento en el primer nivel y 9 por ciento en el segundo nivel de atención.
 - El porcentaje de usuarios satisfechos con la información que reciben sobre su tratamiento se incrementó 23.7 por ciento en el primer nivel y 8.1 por ciento en el segundo nivel de atención.
 - La mejora y estandarización de los procesos relacionados con los indicadores y una mayor información a los usuarios influyó en la mejora de los resultados.
 - Se operacionalizó la medición de nuevos indicadores de atención médica efectiva al Sistema de Monitoreo INDICA.
 - En los servicios hospitalarios se incluyó el monitoreo del porcentaje de nacimientos por cesárea, el porcentaje de infecciones nosocomiales y el diferimiento quirúrgico en cirugía general.

Aunado a lo anterior, se identificó la oportunidad de desarrollar proyectos de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Con este fin se establecieron vínculos de colaboración entre la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en alguno de los procedimientos.

Para determinar la situación que, en materia de calidad en enfermería, existía en las unidades médicas, y como punto de referencia para este proyecto, se identificaron y visitaron instituciones tanto públicas como privadas del Sistema Nacional de Salud en el Distrito Federal que hubieran desarrollado algún sistema, programa o proyecto de evaluación específico de la calidad de los servicios de enfermería. Con estos resultados, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la Comisión interinstitucional de enfermería definieron tres indicadores:

- cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral,
- vigilancia y control de venoclisis instalada, y
- trato digno.

En esta primera medición reportaron 71 unidades de la Secretaría de Salud, nueve unidades del ISSSTE, dos unidades del IMSS, cuatro del IMSS Oportunidades, 11 de PEMEX, tres de SEDEMAR, un privado, y una del gobierno del estado, totalizando 103 unidades participantes en el monitoreo de los 3 indicadores.

Se generó la intervención denominada Sistema de Urgencias con Mejora en Atención y Respeto (SUMAR). Esta intervención contribuyó a la instrumentación de la estrategia en los servicios de urgencias en el Distrito Federal en cinco hospitales generales del ISSSTE, once unidades hospitalarias (dos hospitales generales, cuatro pediátricos y cinco materno infantiles) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, abatiendo significativamente los tiempos de espera y acercándolos al estándar de 15 minutos. Asimismo, se realiza seguimiento continuo a la estrategia actuando en coordinación con los responsables de oficinas centrales de cada institución.

Se organizó el segundo Foro Nacional por la Calidad en Salud, difundándose experiencias exitosas de unidades operativas, seleccionando 240 carteles expuestos con una participación de más de 1 200 asistentes.

Se contribuyó con apoyos técnicos y financieros otorgados a través del sistema de apoyos a la investigación operativa orientada a calidad, financiando 157 investigaciones operativas por un monto de casi 8.5 millones de pesos en 30 entidades federativas. Las intervenciones estuvieron dirigidas a mejorar los indicadores en las siguientes categorías: trato digno, 24 por ciento; atención médica efectiva, 58 por ciento; organización de servicios, 11 por ciento; y otros en 7 por ciento.

Formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud

La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, ha decidido como una estrategia más de aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, garantizar la seguridad de los pacientes, las instalaciones y el equipo que interactúan con los alumnos de medicina, a lo

largo de su procesos formativo en los campos clínicos del sector salud, estableciendo una política trascendente de asignación de campos clínicos, exclusiva a facultades y escuelas de medicina, con planes y programas educativos acreditados y en proceso de acreditación, además de impulsar, desde sus atribuciones como autoridad sanitaria, la calidad de la formación de médicos durante los ciclos clínicos y de internado médico. Durante el periodo de este informe, los principales resultados en la materia fueron:

- Al mes de agosto de 2004, 47 por ciento de las 79 facultades y escuelas que imparten la carrera de medicina han acreditado sus planes y programas.
- En el periodo que se informa se incorporó al sitio web de la Secretaría de Salud, el Observatorio de los Recursos Humanos en Salud, con el objeto de solventar las necesidades de información que tienen en la materia los tomadores de decisiones, los hacedores de políticas y todos aquellos interesados en poner en el centro de acciones a las personas que pueden cambiar el rumbo de la salud de nuestro país.
- Se realizaron dos reuniones a nivel nacional de responsables de educación y capacitación del área médica y se inició la planeación del Foro Nacional de Capacitación para propiciar la participación de los actores de la capacitación, incluyendo a la representación sindical, a fin de consolidar el Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud, e identificar las estrategias y procedimientos para establecer la vinculación de la capacitación con procesos externos a la misma.
- Se elaboraron los “Criterios Generales para Dictaminar Solicitudes de Eventos de Capacitación con Costo”, a fin de normar la autorización de este tipo de acciones en la institución, vigilando su pertinencia, coherencia, equidad, calidad y seguimiento.
- Se desarrolló un programa de apoyo a la capacitación dirigido a los profesionales de la salud de las ramas médica, paramédica y afín, con el objetivo de contribuir a la prestación de servicios de salud equitativos y de calidad. Durante el periodo se realizaron 22 eventos, en temas estratégicos, tales como calidad en la atención médica, prevención de infecciones nosocomiales con un total de 915 participantes y un total de 515 horas de capacitación.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud otorgó aval a eventos de capacitación realizados por proveedores del sector público, social o privado del área de la salud, aplicando los “Lineamientos para el Otorgamiento del Aval a Eventos de Capacitación de Recursos Humanos en Salud”. Durante el periodo que se informa se avalaron seis eventos con un total de 225 participantes.

El Internado Médico de Pregrado cubrió un total de 5 518 becas para igual número de alumnos que se desempeñan en los hospitales de la Secretaría de Salud y de otras instituciones en ambas promociones.

En el Servicio Social al igual que el internado medico hay dos promociones al año, en el mes de febrero y en el mes de agosto, que incluyen las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Regulación Sanitaria y Atención Médica.

Para la promoción de febrero se otorgaron 2 807 becas para Medicina: 1 512 para Enfermería, 857 para Odontología, 261 para Psicología, 319 para Trabajo Social, 574 para Atención Médica, y 3 153 para Regulación Sanitaria 3 153, para un total de la promoción de 9 483 becas.

Para la promoción de agosto, la distribución fue la siguiente: para Medicina 6 898, para Enfermería 14 149, para Odontología 2 720, para Psicología 587, para Trabajo Social 504, para Atención Médica 2 274, y para Regulación Sanitaria 2 630, para un total de la promoción de 29 762. En total de las dos promociones fueron 39 245 becas, siendo la de agosto la que tuvo el mayor número.

Teniendo como objetivo contribuir en la formación de personal altamente calificado que con los más recientes adelantos de la ciencia y la tecnología logren adquirir la excelencia para beneficio de la población nacional, se programaron un total de 5 345 becas para médicos residentes en las diversas especialidades. Se extendieron 1 240 constancias de terminación. Cabe destacar que en la actualidad las 99 sedes y subsedes cuentan con el reconocimiento de una institución de educación superior y los 5 345 médicos residentes se encuentran inscritos en 25 universidades del país.

Se cuenta con 146 médicos extranjeros en 12 hospitales de la Secretaría de Salud. Los tres países que envían mayor número de médicos a especializarse son Colombia, Costa Rica y Guatemala.

Actualmente se tiene un total de 120 sedes de servicio social profesional donde participan durante cuatro meses un total de 930 residentes de tercero y cuarto año de las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar y Pediatría.

En el Programa de Maestrías y Doctorados en el área médica, se participó en forma conjunta con la Universidad Nacional Autónoma de México en la formación de 13 médicos en maestrías y seis en doctorado.

Asimismo, se llevaron a efecto 109 cursos de posgrado para médicos especialistas en 15 sedes a los que se les asignó un total de 116 becas.

Con la formación de este tipo de recursos humanos para la salud se contribuye de manera importante en la preparación de los futuros profesionales que harán frente a las condiciones epidemiológicas prevalentes y las que por los cambios demográficos y de desarrollo socioeconómico habrán de presentarse en las próximas décadas.

2.2 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPlaDeS), antes Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud (DGEDS), surge en el contexto de una reestructuración de la Secretaría de Salud para responder a las necesidades no satisfechas de la población, así como aquellas necesidades vinculadas con la organización y los sistemas de salud que la atienden.

La DGPlaDeS tiene como función plantear el diseño, desarrollo e implantación de propuestas innovadoras que coadyuven a mejorar la calidad y la seguridad de los servicios de salud, además de fortalecer de forma sustantiva la oferta de servicios de salud sustentables y pertinentes a las necesidades de la población.

Para el desarrollo de sus funciones, esta dirección cuenta con una dirección general, dos direcciones generales adjuntas, seis direcciones de área, 17 subdirecciones y tres jefaturas de departamento.

Para garantizar la oferta de los servicios de salud, establecer acciones específicas de bajo costo y alta efectividad para la atención de los grupos vulnerables, y apoyar los esfuerzos de otros programas de la

Secretaría de Salud comprendidos en las diferentes líneas de acción y estrategias del *PRONASA 2001-2006*, de Salud, la DGPlaDeS tiene bajo su responsabilidad la ejecución de los siguientes programas:

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

El Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) es un programa de financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud. En este sentido, el PROCEDES garantiza una plataforma de recursos destinados a fortalecer programas para la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos serán canalizados a microrregiones, municipios y áreas en donde se concentran la mayor marginación y los menores índices de bienestar social.

Derivado de los acuerdos tomados por el Comité de Crédito Externo (COTEIP), en el mes de abril de 2003, se acordó la reducción líquida del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en poco más de 190 millones de pesos para ser transferidos al PROCEDES y con ello cumplir con los compromisos establecidos entre el Gobierno Federal y el Banco Mundial.

Con la entrada en vigor del Sistema de Protección Social en Salud, el PROCEDES tiene como principal objetivo ser el eje rector en materia de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud para garantizar la sustentabilidad de las modificaciones a la Ley General de Salud y con ello apoyar la estrategia del Seguro Popular. Asimismo, el PROCEDES, dentro de sus componentes y estrategias, incluye el mejoramiento de la capacidad organizacional en el nivel federal y estatal, mediante la innovación y fortalecimiento de los procesos gerenciales administrativos de la Secretaría de Salud para dar respuesta efectiva a las necesidades de atención a la población.

Integración de la Educación para la Salud del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES con la Superación del Rezago Educativo de la Población Beneficiaria

El programa de Integración de la Educación para la Salud del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES con la Superación del Rezago Educativo de la Población Beneficiaria tiene como objetivo que las titulares beneficiarias del programa que se encuentren en condiciones de rezago educativo puedan alfabetizarse y concluir su educación básica, al tiempo que adquieren los conocimientos para el autocuidado de su salud y la utilización adecuada de los servicios que brinda el sector.

Como parte de las acciones desarrolladas por el programa se encuentran: la sustitución de las sesiones educativas en salud de OPORTUNIDADES por la educación básica a cargo del INEA, cubriendo los contenidos de salud; el cambio de la corresponsabilidad de las titulares de asistir a las sesiones de salud por participar en el proceso educativo del INEA, transfiriendo a esta dependencia la certificación del cumplimiento de esta nueva corresponsabilidad de las titulares.

Se actualizó el contenido de salud de los módulos de Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo y actualmente se está elaborando un módulo específico que complementa los contenidos de salud previstos en el programa Oportunidades.

Se realizó una prueba piloto en cinco entidades (Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Zacatecas) en una población de 11 459 madres de familia beneficiarias de OPORTUNIDADES, obteniendo resultados favorables. Actualmente, el programa se encuentra en la fase de extensión y aplicación en otras entidades.

Seguridad del paciente

Este programa tiene como objetivo brindar al personal de salud las herramientas que le permitan prevenir, atender y controlar los eventos adversos que ponen en riesgo la seguridad del paciente. Para esto, el programa contempla el análisis de los procesos de atención médica, identificando los riesgos y planteando alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo.

Como parte de las acciones llevadas a cabo desde que empezó a operar el programa en septiembre del 2003, se encuentra el diseño e impartición del curso de conceptos básicos de seguridad del paciente a las siguientes regiones: Región 1, que incluye a los estado de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa, Sonora y Nayarit; Región 2, que incluye a los estados de Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, San Luis Potosí, Zacatecas y Aguascalientes; Región 3, que abarca a los estados de Jalisco, Colima, Guanajuato, Querétaro, Michoacán y Guerrero; Región 4, que incluye el Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla, y la Región 5, que incluye a las entidades de Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. Por otro lado, se llevaron a cabo acciones de capacitación en el 100 por ciento de los hospitales del estado de Morelos y actualmente se está trabajando con las instituciones de salud de Tabasco.

2.2.4 Abasto de insumos para la salud

El abasto de insumos para la salud tiene como una de sus líneas de acción reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos. El programa abarca las siguientes cuatro áreas de eficiencia en la cadena de abasto: planeación de la demanda, prescripción, compra y distribución de medicamentos a las unidades de consumo.

- Se realizó un taller de mejoras rápidas en el que participaron 32 entidades y del que se obtuvieron 14 líneas de acción para optimizar los procesos de adquisición de medicamentos.
- Se impartió un curso a distancia para capacitar al personal de los 32 estados en procesos de planeación de la demanda y administración de inventarios en el que participaron más de 800 personas.
- Se dispuso de la página de abasto de medicamentos para realizar la capacitación de control de prescripción a los estados de Nayarit, México, Morelos, Tabasco y Oaxaca, llegando a un total aproximado de 200 personas, con cargo de responsabilidad operativo en la cadena de suministros.
- Se realizó un taller de cierre de actividades del entrenamiento a distancia, contando con la participación de 96 participantes de toda la República en diciembre de 2003.
- Se llevaron a cabo trabajos para fomentar la coordinación interna de los servicios de salud estatales y su participación en la cadena de suministro, considerando desde la planeación de la demanda hasta la entrega al paciente o usuario del servicio.
- Se coordinó una compra anticipada de medicamentos para el 2004, contando con la participación de seis entidades federativas (Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Jalisco, Michoacán y Zacatecas), y 1 hospital (Gea González), obteniendo una reducción en las claves desiertas del 33 por ciento en promedio.
- Se llevó a cabo un estudio piloto de entrega directa en nueve puntos de mayor consumo en el

estado de Campeche. Si bien los resultados indican que el incremento por el servicio fue de siete por ciento, se registró una ganancia en la oportunidad de entrega del medicamento a los usuarios del servicio.

- Se desarrolló un mecanismo gracias al cual, al mes de diciembre de 2003, se habían distribuido un total de 45 claves de acceso al sistema de traspaso, aumentando a la fecha a 1 500 claves aproximadamente de medicamento faltante y sobrante.
- Se ha hecho un seguimiento mensual a los indicadores de la Cadena de Abasto de Medicamentos y del surtimiento de recetas con un promedio de 27 estados que los reportan. Cabe resaltar que el indicador de surtimiento de recetas completas pasó de 65.1 por ciento en el mes de septiembre del 2003 a 74.6 por ciento en el mes de junio del 2004, lo que representa un incremento real de 9.5 puntos porcentuales. Para finales de este año se tiene previsto un promedio de 77 por ciento de recetas surtidas completas, con lo cual se tendrá un panorama favorable para alcanzar la meta al 2006 de que las instituciones del sector salud presenten, de manera permanente, un 90 por ciento de abasto de medicamentos.

Medicina tradicional

El programa de medicina tradicional propone diseñar e implantar modelos y procesos innovadores para el establecimiento de un modelo intercultural complementario de atención dentro del Sistema Nacional de Salud que permita fortalecer y desarrollar servicios de salud con sensibilidad cultural y fortalecer la medicina tradicional.

- Se elaboraron indicadores de calidad con enfoque intercultural bajo la perspectiva poblacional indígena, mismos que serán incorporados al sistema INDICA.
- Se integró la propuesta de *Competencias sobre salud intercultural*.
- Se definieron y elaboraron los contenidos de Política Pública sobre Salud Intercultural.
- Se impartió un taller nacional de sensibilización para docentes de antropología médica.
- Se definieron los lineamientos de interrelación de la medicina tradicional con los servicios de salud de la Secretaría, mismos que se utilizaron para la modulación del ejercicio de la medicina tradicional dentro de los servicios de salud.
- Se desarrolló una propuesta para la adecuación de una política coordinada de medicina tradicional
- Se elaboró el documento diagnóstico en torno a la cosmovisión de las medicinas alternativas y complementarias, proponiendo un modelo para incorporar el servicio de homeopatía en las unidades de salud.

Modelo Integrado de Atención a la Salud

El Programa Nacional de Salud plantea la adopción de un nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) dirigido a la comunidad para brindarle una atención integral basada en compromisos, orientada al usuario y en la que se articule el cuidado profesional con el autocuidado. Dado lo anterior, el MIDAS propone que en el corto plazo se cuente con una gerencia estratégica, moderna y eficiente de los servicios

de salud públicos de todo el país.

Para ello se han definido dos etapas de operación del programa. En la primera, conocida como el MIDAS Operativo, se incluyen las propuestas de herramientas gerenciales, gerencia estratégica de la unidades de atención médica, reorganización estructural de los servicios de salud, redefinición de la función de la jurisdicción sanitaria y rediseño de procesos, entre otros.

Algunos de los productos concretos de esta etapa, cuya obtención está proyectada para diciembre de este año, incluirán: guías básicas de gerencia estratégica para unidades de especialidades médicas, el catálogo de herramientas gerenciales de unidades de servicios de salud, el certificado de necesidades para el Plan Maestro de Infraestructura y la propuesta de trabajo en red de los servicios de salud del país.

En lo referente a la segunda etapa, conocida como MIDAS prospectivo, se desarrollará la conceptualización de cómo deben estar organizados los servicios de salud entre las instituciones y al interior de las mismas, además de que se analizarán los escenarios futuros de la atención a la salud desde un enfoque multidisciplinario que considerará elementos de población, tendencias epidemiológicas y arquitectónicas, escenarios económicos y desarrollos tecnológicos entre otros. Como resultado de esta fase, se contará con una publicación de los escenarios y tendencias para cada uno de los ejes temáticos utilizados en el desarrollo del proyecto.

Plan Maestro de Infraestructura en Salud

El Plan Maestro de Infraestructura en Salud (PMIFS) tiene como objetivo general ser el instrumento rector para la promoción, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura de los servicios estatales de salud con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión y la operación sustentable.

Diseñado para cubrir las necesidades de información en infraestructura para periodos de 10 años, el PMIFS está caracterizado por orientar la toma de decisiones con relación al desarrollo de infraestructura física; definir la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios de salud, mediante una red nacional de cobertura real y virtual para todo el territorio; aportar propuestas y recomendaciones para la optimización y fortalecimiento de la infraestructura institucional existente; identificar los criterios necesarios para priorizar los requerimientos de infraestructura física en función del perfil de salud de la población y el porcentaje de cobertura; y promover la coordinación y suma de recursos y esfuerzos evitando duplicidades e ineficiencias en una perspectiva de colaboración sectorial.

Para la integración del PMIFS se realizaron cuatro talleres de trabajo con los estados. Como resultado se obtuvieron los cuadros de la infraestructura consensuada de las entidades federativas y del Distrito Federal, se establecieron los límites geográficos virtuales de las 18 redes resultantes y se elaboraron los mapas correspondientes.

2.3 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica

Este es el primer informe de labores que se presenta, ya que formalmente el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) inició sus actividades a partir de la publicación el Diario Oficial de la Federación del 19 de enero de 2004. El CENETEC tiene como objetivo brindar información confiable, científica, basada en evidencia y estudios de costo efectividad a cerca de las diversas tecnologías en salud, para lograr que la toma de decisiones respecto a dichas tecnologías tenga una base sólida, pertinente

y oportuna.

EL CENETEC tiene una estructura orgánica conformada por una dirección de área, tres subdirecciones y cuatro jefaturas de departamento, además de una coordinación administrativa.

En el periodo de evaluación el CENETEC desarrolló el diseño de la página del centro a fin de poner a disposición de las unidades administrativas, entidades federativas y del público las actividades y contenidos referentes a las tecnologías en salud.

Banco de Información de Tecnologías (BITS)

Una de las prioridades para el Centro la constituye el desarrollo del Banco de Información de Tecnologías (BITS), cuyo objetivo es el de contar con instrumentos para la evaluación, introducción, adopción, difusión y utilización de las tecnologías, de acuerdo a criterios de eficacia, seguridad, costo efectividad y cumplimiento de la normatividad. En él se pondrán a disposición de los interesados diversos contenidos para la toma de decisiones, por lo que se incluyen Guías Tecnológicas que contienen cédulas de especificaciones técnicas de equipos biomédicos, guías de equipamiento que integran especificaciones completas para servicios médicos (ambulatorios y hospitalarios) y otros aspectos relevantes de tecnologías en salud.

Respecto a las guías tecnológicas, se cuenta con 120 cédulas de especificaciones técnicas y 10 guías completas en prensa y ya pueden ser consultadas en la página *web* del Centro. En cuanto a las Guías de equipamiento, se generaron los materiales completos para los servicios de hemodiálisis, cirugía ambulatoria, laboratorio, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, imagenología y urgencias.

Telemedicina

Para avanzar en la cobertura de consulta a poblaciones aisladas y en particular el acceso a consulta especializada, se propuso la implementación del programa de telemedicina. En 2003 se desarrollaron los proyectos piloto de los estados de Guerrero y Puebla. Se instalaron equipos de telemedicina en el estado de Puebla que interconectan el Hospital General de la ciudad de Puebla con el Hospital Integral de Ciudad Serdán. En Guerrero, los equipos operan parcialmente, interconectando el hospital de Chilpancingo con los Hospitales Integrales de Tixtla, Chilapa y Zumpango.

A partir de estos proyectos se han generado conocimientos que facilitarán la identificación y resolución de las principales problemáticas, así como las necesidades más urgentes a cubrir en la operación y administración cotidiana de los servicios médicos que se brindan a través de estos importantes adelantos tecnológicos.

En coordinación con e-México, se inició la primera etapa de conformación de las redes estatales de telemedicina con 164 Centros Comunitarios Digitales instalados en unidades de salud. En este aspecto se integró la primera red y se inicia la instalación de la segunda y tercera redes en el mes de septiembre, con las que se tendrán un total de 916 centros al servicio de las comunidades en enero de 2005.

Durante el lapso considerado en este informe se han realizado reuniones periódicas del Comité Interinstitucional de e-Salud con lo que se contribuyó el desarrollo del portal e-Salud, rediseñándolo y revisando los materiales que se publicarían en él.

En el mes de abril, dentro del Segundo Foro Nacional por la Calidad en Salud, se llevó a cabo el Primer

Seminario e-Salud sobre Tele-educación con la participación de representantes funcionarios de los sectores público, privado y académico.

En cuanto al Sistema de Evaluación de Tecnologías, se está desarrollando la metodología para llevar a cabo dichas evaluaciones y en particular la referente a los servicios de telemedicina, con lo que se podrá contar con indicadores que faciliten la toma de decisiones en este tipo de atención.

Otras actividades

El CENETEC participó en las actividades llevadas a cabo para apoyar el Sistema de Protección Social en Salud, en lo que respecta al fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud, tanto en los talleres organizados para este efecto como en el seguimiento de la información remitida por las entidades federativas en cuanto a sus necesidades de equipamiento.

El inicio de la integración del Plan Maestro de Equipamiento fue una de las tareas más importantes concluida en su versión preliminar en el mes de junio y presentado al Consejo Nacional de Salud. Este plan se conformó con los datos de las necesidades tanto de las entidades federativas como de los organismos descentralizados; además se determinaron los costos para poder asignar prioridades y montos a los planteamientos del plan.

Para cumplir con las solicitudes de apoyo de los estados para la incorporación de tecnología en los servicios de salud, se generó un modelo para la matriz de equipamiento para el Hospital Regional de Alta Especialidad que se utiliza para la planeación de las diversas áreas que lo conforman de manera más ágil y sencilla. Se ha brindado asesoría a los estados de Oaxaca, Zacatecas, Yucatán, Guanajuato y Sinaloa para los hospitales generales y especializados que se construyen o remodelan en diversas ciudades.

2.4 Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia

Función

Durante los meses de octubre de 2003 y febrero de 2004 hubo cambios en la Dirección General de Coordinación y Desarrollo que motivaron una nueva vocación, con nuevas atribuciones y funciones, así como responsabilidades que tienen como soporte la siguiente estructura dictaminada por la Secretaría de Salud: con una dirección general, dos direcciones generales adjuntas, cuatro direcciones de área, seis subdirecciones y tres hospitales psiquiátricos.

Principales actividades

Se elaboró, piloteó e implantó el Modelo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes dentro del corporativo de los Hospitales Federales de Referencia para la conformación de la Red de Apoyo Médico Eje Norte, Centro y Sur de la Ciudad de México, con el objeto de hacer más ágil el flujo de pacientes y la optimización de los recursos hospitalarios.

Se concluyó la primera etapa de descentralización del Hospital Juárez de México en materia de recursos humanos, materiales y financieros.

En materia de calidad, se instaló el Comité Corporativo de Calidad que dirige las acciones de los Comités de Mejora Continua de los Hospitales que integran la red y se inició el monitoreo de indicadores mediante el Sistema INDICA. Con esta acción se han incorporado a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud ocho hospitales federales de referencia.

Cada unidad médica ha instalado un Comité de Mejora Continua que desarrolla el Programa de Mejora Continua bajo el marco conceptual del “Ciclo de Gestión” y la metodología de “Ruta de Calidad”, con los que se han mejorado entre otros, los procesos de urgencias, egreso hospitalario, programación quirúrgica y distribución interna de medicamentos, mediante la capacitación y asesoría de equipos de mejora integrados por personal operativo y directivo de los Hospitales Federales de Referencia.

El resultado ha sido el mejoramiento en los indicadores que monitorea la Cruzada y que se enuncian a continuación:

- La tasa promedio de cesáreas en todo el corporativo es de 34.8 por ciento, en el periodo que se informa. El estándar es de 30 por ciento, que se explica considerando la naturaleza de estos hospitales de concentración y enseñanza.
- La tasa promedio de infecciones nosocomiales (2.33 por ciento) permanece muy por debajo del estándar que es de 15 por ciento con respecto al total de egresos hospitalarios.
- En cuanto a la satisfacción con el tiempo de espera en urgencias, en el Hospital “Dr. Manuel Gea González” se observó un ascenso de 68 a 72 por ciento de usuarios satisfechos en el periodo como resultado de la aplicación de la estrategia SUMAR (Servicios de Urgencias con Mejora en la Atención y el Respeto). El 9 de junio se instaló el Aval Ciudadano del Hospital como parte de las actividades de la Cruzada.
- En el Hospital de la Mujer, como resultado de la aplicación del Programa de Mejora Continua, el tiempo de espera para pasar a consulta externa se redujo de 104 a 25 minutos y en urgencias de 20 a 15 minutos, por lo tanto la satisfacción de los usuarios en dichos servicios aumentó en consulta externa de 78.2 a 91.5 por ciento con un estándar de 85 por ciento y en urgencias de 90.7 a 98.1 por ciento contra el parámetro de 90 por ciento.
- En diferimiento quirúrgico, pasó de 92 a 53 por ciento, es decir, disminuyó en un 39 por ciento en diez meses.
- Derivado también del Programa de Mejora Continua, el Hospital Nacional Homeopático inició con un 85 por ciento de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias que aumentó a 92.8 por ciento. En este hospital el indicador de diferimiento quirúrgico se mantiene en cero por ciento, por lo que se determinó trabajar sobre la programación quirúrgica, obteniendo una disminución en el indicador de retraso en la realización de las cirugías de 55 a 25 minutos de octubre a la fecha.
- El tiempo promedio para pasar a consulta en urgencias disminuyó de 22 a 14 minutos y el porcentaje de usuarios que esperan el tiempo estándar (15 minutos) se incrementó de 49 a 70 por ciento.

- El Hospital General de México cuenta con un programa de citas vía telefónica que desde su inicio ha programado 18 489 citas, 14 327 de las cuales se han otorgado, lo que representa un 77.5 por ciento de eficiencia. El nivel de satisfacción con la atención y la información proporcionada por los médicos presentó un aumento de 2.8 por ciento en las consultas subsecuentes y de 5 por ciento en hospitalización con relación a la encuesta aplicada en octubre del 2003. El 93 por ciento de los pacientes sí recomendarían la utilización de los servicios que otorga el hospital.
- En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” dio inicio el Programa de Mejora Continua, con el que se optimizarán los procesos de atención en cajas, consulta externa, admisión, urgencias, hospitalización e información al usuario. Asimismo, se elaboraron dos programas de calidad: control hospitalario y planeación estratégica. Se impartió un curso de protocolos de atención; se han atendido el 100 por ciento de felicitaciones, quejas y sugerencias recibidas en los buzones, y se realizan encuestas a usuarios y prestadores de servicios periódicamente. 92 por ciento de los usuarios opinan que son tratados, amablemente y que el médico demuestra interés por el paciente. Con respecto a los prestadores, 76 por ciento se sienten satisfechos con su trabajo y con la toma de decisiones en lo referente a su área.
- En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se aplican rutinariamente encuestas a familiares y usuarios que muestran los siguientes resultados a diciembre de 2003: 85 por ciento de los pacientes se encuentran satisfechos con la puntualidad en la atención; 92 por ciento opinan que el trato recibido es amable y respetuoso y 96 por ciento están satisfechos con la atención médica en consulta externa. De la evaluación de expedientes se obtuvo una calificación de 8.1 en marzo, que ha ascendido a 9.1 posterior a la aplicación de medidas correctivas en su integración.
- El abasto promedio de medicamentos en ocho de los hospitales ascendió de 73 por ciento al 81 por ciento de agosto a la fecha, destacándose los Hospitales Psiquiátricos “Dr. Juan N. Navarro” y “Fray Bernardino Álvarez”, el General “Dr. Manuel Gea González” y el Nacional Homeopático.

En cuanto a la promoción y apoyo para la certificación de los hospitales por el Consejo de Salubridad General, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y el Hospital Juárez de México se encuentran en un 97 por ciento y 60 por ciento de avance en las actividades programadas para tal fin respectivamente. El Hospital General de México programa su certificación para octubre de este año y el resto de unidades se encuentra en proceso de capacitación y documentación de procesos. En el año se ha capacitado en el Consejo de Salubridad General a 19 enfermeras y médicos de los hospitales del Corporativo como auditores internos que asesoran el desarrollo del proceso previo a la certificación.

Se ha establecido coordinación interinstitucional y estandarización en la recepción de pacientes en los servicios de urgencias de los Hospitales Juárez de México, General de México, de la Mujer y “Dr. Manuel Gea González” por medio de la instalación de un equipo de radiocomunicación conectado a un centro regulador.

Se han realizado mejoras importantes en mantenimiento y conservación, y adquisición de equipos de alta tecnología ya sea con recursos de los propios hospitales o a través de donaciones o financiamientos, acciones orientadas a elevar la capacidad diagnóstica y de tratamiento integral de la población usuaria de los servicios. Dentro de las acciones en este rubro destacan:

- La adquisición de acelerador lineal y de un litotriptor de última generación, para el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.
- El fortalecimiento del Departamento de Neuropediatria de este último hospital con la adecuación de un área para la realización de estudios de sueño, que será el primero de esta naturaleza dentro de una unidad especializada en trastornos mentales infantiles y de la adolescencia en México. También se dio mantenimiento y conservación a cuatro unidades de varones y mujeres; se equipó un área del nosocomio como taller de computación para reforzar las actividades de rehabilitación integral de los pacientes, y se ampliaron y acondicionaron instalaciones específicas (consultorios, área de exploración y electroencefalografía).
- En el Hospital Juárez de México se adquirió un equipo Eximer TecnoPlas.
- En el Hospital “Dr. Manuel Gea González” y en el Hospital Nacional Homeopático se abrió un área de tococirugía. En el Hospital de la Mujer se iniciaron trabajos de rehabilitación en las áreas de tococirugía, vestidores y en el quirófano del primer piso. El total de recursos asignados a la compra de equipos, mantenimiento y remodelación de hospitales asciende a poco más de 128 millones de pesos.

Servicios de Atención Psiquiátrica

- En coordinación con el Consejo de Salubridad General (CSG) se establecieron los criterios para la certificación de hospitales psiquiátricos con la finalidad de contar con procedimientos que garanticen el otorgamiento de servicios en condiciones de seguridad, eficacia y calidad.
- Se gestionó con el CSG la actualización y ampliación del Cuadro Básico de Medicamentos con el propósito de favorecer el acceso de la población a recursos de tratamiento innovadores, iniciativa que culminó con su aprobación, misma que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación.
- Se diseñó e impartió el curso de “Divulgación y Uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”, instrumento normativo de la Organización Mundial de la Salud, en la cual participaron representantes de diferentes hospitales psiquiátricos públicos del país.
- Se actualizó el diagnóstico situacional de la población institucionalizada en condición de estancia prolongada en 29 hospitales psiquiátricos públicos del país con la finalidad de diseñar las estrategias para mejorar sus condiciones de calidad de vida y promover su reinserción a la comunidad a través de diferentes estrategias de rehabilitación. La población institucionalizada reportada fue de 1 969 pacientes, concentrada principalmente en seis hospitales de cuatro entidades federativas (Estado de México, Puebla, Distrito Federal y Jalisco) en donde hay 1 441 pacientes (73.2 por ciento), de los cuales 1 031 son varones y 938 son mujeres. Los padecimientos más frecuentes

son retardo mental 731 casos; trastornos mentales orgánicos. 636 casos, y esquizofrenias, 600. Sólo 32.3 por ciento de los pacientes cuentan con apoyo familiar. El promedio de años de internamiento es de 16 años, con una varianza de 33 años como máximo y dos como mínimo.

- Se concluyó el documento normativo denominado “Guía Técnica para la Conformación de un Hospital Parcial en la Unidades Hospitalarias Psiquiátricas”, el cual favorecerá la aplicación de técnicas innovadoras en la mejora y rehabilitación del enfermo mental crónico.
- Para potenciar el desempeño y capacidades de los Hospitales Psiquiátricos: “Fray Bernardino Álvarez” y “Dr. Juan N. Navarro”, estas unidades se incorporaron a la Red de Hospitales Federales de Referencia, la cual se integra con nueve hospitales de especialidades médicas, dentro de una organización corporativa que potenciará su coordinación y desarrollo.
- La productividad alcanzada en las unidades médicas de los Servicios de Atención Psiquiátrica, aumentó de manera significativa: en 25 por ciento en consultas otorgadas; 33 por ciento en egresos hospitalarios; en 30 por ciento en urgencias atendidas; y en 12 por ciento en porcentaje de ocupación hospitalaria.
- En los hospitales psiquiátricos concluyeron su formación académica como médicos especialistas en psiquiatría general 28 profesionistas y en la subespecialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia se graduaron 12 psiquiatras. Las actividades de investigación científica generaron un total de 13 publicaciones.
- Se inició el proceso para transferir la operación y administración de los tres Centros Comunitarios de Salud Mental a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, cuya productividad en el último año fue superior a las 60 mil consultas especializadas.

2.5 Dirección General de Evaluación del Desempeño

Esta Dirección se propone apoyar las acciones de evaluación de servicios, programas, políticas y la evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, aportando con ello información relevante para la definición y conducción de políticas de salud, la toma de decisiones en los niveles local y federal, y la rendición de cuentas.

Para el desarrollo de sus funciones, esta Dirección cuenta con una dirección general, tres direcciones de área, seis subdirecciones y una coordinación administrativa comisionada por la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) sustituyó a la Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud que se ubicaba en la Coordinación General de Planeación Estratégica y cambia de adscripción a la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Para el 2003 la DGED identificó las siguientes prioridades: el Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud, el Sistema de Información Comparativa del Desempeño Hospitalario y la Certificación en ISO 9001-2000.

El Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud incluye el seguimiento de los Indicadores

de Resultado (IR) aprobados por el CNS; el seguimiento de metas del *PRONASA 2001-2006* y la elaboración del informe anual *Salud: México*.

Los avances obtenidos para el Sistema de Evaluación del Desempeño de los Sistemas Nacional y Estatales de Salud fueron los siguientes:

Indicadores de Resultado. De acuerdo con lo programado, en mayo del presente año se incorporaron los valores estatales y nacionales 2002 al sitio de evaluación del desempeño de la página *web* de la Secretaría de Salud. Estos indicadores proporcionan información relacionada con los atributos deseables del sistema de salud: efectividad, disponibilidad, accesibilidad, calidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. Además, durante este periodo se incorporaron a este sitio los IR por institución de salud pública y entidad federativa, proporcionando mayores elementos a las autoridades de salud en los estados para apoyar sus procesos de planeación, toma de decisiones y gestión de servicios. Cabe señalar que los valores de dichos indicadores fueron conocidos, revisados y validados por las autoridades estatales de salud antes de su difusión.

Metas del *PRONASA 2001-2006*. A consecuencia del proceso de reestructuración que experimentó la Secretaría de Salud en 2003, la DGED trabaja en la redefinición de las áreas responsables del seguimiento y cumplimiento de las metas del *PRONASA 2001-2006*. A partir de ello se están elaborando los formatos para el seguimiento, mismos que serán turnados a cada una de las áreas involucradas para que proporcionen la información correspondiente. Este proceso se prevé realizarlo en el mes de julio del presente año. Con la información recabada, la DGED elaborará el documento: “Seguimiento de Metas 2003” y lo difundirá a través del sitio de evaluación del desempeño de la página *web* de la Secretaría de Salud a finales del mes de agosto.

Informe *Salud: México 2003*. En esta ocasión, al igual que en el informe 2002, el documento estuvo constituido por tres capítulos: el primero dedicado a analizar aspectos relacionados con las condiciones de salud de la población y del sistema de atención; el segundo dedicado a resaltar los mejores desempeños en los programas de atención médica y salud pública, reconociendo los esfuerzos de unidades, instituciones y entidades federativas, y el tercero —que resalta temas novedosos— presentó en esta ocasión algunos de los resultados obtenidos con la implantación del Sistema de Información Comparativa del Desempeño Hospitalario en diversos hospitales de la Secretaría de Salud de nivel nacional. Este documento se presentó dentro del Foro Ciudadano de la Salud, con la presencia del Presidente de la República y las más altas autoridades del país en materia de salud y con representantes de la sociedad y de los medios de comunicación.

El Sistema de Información Comparativa del Desempeño Hospitalario constituye otra de las prioridades definidas por la DGED. Su principal producto es el Observatorio del Desempeño Hospitalario. Los principales avances de este sistema son los siguientes:

Durante el primer trimestre del año se concluyó la propuesta final de la metodología de evaluación del desempeño hospitalario, en la cual se incorporaron las propuestas emitidas en las reuniones de trabajo con las diferentes Direcciones Generales de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, así como en las reuniones con directores de Hospitales de la Secretaría de Salud en cinco estados del país (Jalisco, Chiapas, Puebla, Oaxaca y los hospitales de referencia del DF.). Además se incorporaron las observaciones emitidas por el Grupo de Trabajo de Información y Evaluación del Desempeño del CNS.

En este mismo periodo el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo el levantamiento de encuestas a usuarios, proveedores y directivos en 119 hospitales de la Secretaría incluidos en la muestra de este primer ejercicio. A partir de ello, la DGED lleva a cabo la revisión y análisis de las bases de datos relacionadas con el sistema automatizado de egresos hospitalarios (SAEH) y la correspondiente a la encuesta levantada por el INSP.

Del total de indicadores incluidos en el Sistema de Información Comparativa del Desempeño Hospitalario, se eligieron 20 a fin de formar parte del capítulo tres del Informe *Salud: México 2003*. De acuerdo con lo programado, para cada uno de estos indicadores se generaron los textos y las figuras correspondientes, encontrándose en la última fase de revisión editorial para su publicación.

Certificación en ISO 9001-2000: en el primer trimestre de este año se iniciaron las actividades para elaborar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección General de Evaluación del Desempeño y poder obtener la Certificación en ISO 9001 – 2000 para los procesos de esta dirección general. Se espera obtener dicha certificación en el primer trimestre del año entrante.

2.6 Dirección General de Información en Salud

Como consecuencia de la reestructuración de la Secretaría de Salud la Dirección de Información y Evaluación del Desempeño se divide en dos Direcciones Generales, de Información en Salud (DGIS) y la de Evaluación del Desempeño.

De acuerdo con el reglamento interno vigente a la DGIS le corresponde coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y el Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Sistema de Protección Social en Salud conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes, así como emitir las normas para la elaboración y actualización de las estadísticas de salud y vigilar su cumplimiento. Asimismo se añade la función de desarrollar y actualizar el sistema de información de la infraestructura física en salud, de los órganos desconcentrados, Servicios Estatales de Salud e Institutos Nacionales de Salud, en coordinación con las Direcciones Generales de Desarrollo de la Infraestructura Física, de Planeación y Desarrollo y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Para el cumplimiento de sus atribuciones la DGIS cuenta con una dirección general, tres direcciones de área, ocho subdirecciones, ocho jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS)

Con la finalidad de unificar los formatos de recolección de datos del Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS) y el Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA) -que anteriormente operaba en la Dirección General de Infraestructura Física-, en el segundo semestre de 2003 se integró un grupo de trabajo en el que participaron la Dirección General de Información en Salud y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud con el fin de diseñar un subsistema único que pudiera presentar información con mayor oportunidad y calidad. Se diseñó la plataforma tecnológica y se definieron las variables a incluir considerando las necesidades de los diferentes usuarios

de dicha información. Ya se capacitó al personal de los Servicios Estatales de Salud que estará a cargo del llenado y la aplicación empezará a operar en agosto de 2004 para consolidar cifras en el mes de octubre.

Subsistema de Información de Recursos Financieros para la Salud – Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS)

En este año se continuó con la capacitación de las entidades federativas; siendo ya 14 las que han tenido la introducción al método SICUENTAS. Adicionalmente, se elaboró el manual de operación. Se ha avanzado en el registro de la información asociada a las funciones del sistema de salud, y se ha logrado incorporar mayor desagregación del gasto del resto del sector así como del gasto privado por entidad federativa.

Subsistema de Información en Prestación de Servicios Ambulatorios y Hospitalarios

- Se realizó la elaboración y edición del Anuario Estadístico 2003 de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados; además se proporcionó información para la elaboración del Boletín de Información Estadística 2003.
- Se efectuó el cierre del SISPA 2003 y se participó en la Reunión Nacional que se llevó a cabo con las 32 entidades federativas.
- Para el inicio del año 2004, se diseñaron y adecuaron los formatos del Sistema de Información en Salud con base a requerimientos de los programas. También se elaboraron y actualizaron de los manuales de procedimientos e instructivos de llenado del SIS y se adaptó el programa automatizado de SISPA a SIS-2004.
- Se elaboró la estructura de los tabulados con base en las claves de SIS-2004 para enviar información cada mes a las Direcciones Generales.
- En cuanto a los servicios hospitalarios, en este periodo se realizó el cierre de la base de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 2002 y 2003. Así mismo, se editó el Boletín 2003 de Egresos y Mortalidad Hospitalaria, se hicieron las adecuaciones al formato de egresos hospitalarios, y se reprogramó el Sistema Automático de Egreso Hospitalarios.

2.6.4 Subsistema de Información sobre Hechos Vitales

Durante el periodo de referencia, se logró el consenso del formato entre las instituciones involucradas (RENAPO, INEGI, así como con las instituciones del sector salud). Dicho formato se distribuyó a las 32 entidades federativas para que consideraran su aplicación. A la fecha 25 por ciento de las entidades ya lo están empleando. Se cuenta con un sistema de captura electrónica para análisis posteriores.

Con respecto al certificado de defunción también se cambió el formato para facilitar el llenado así como la incorporación de variables útiles para la vigilancia epidemiológica de las defunciones. Se creó una nueva versión del software de captura para el Sistema Estadístico Epidemiológico de las defunciones (SEED), se actualizó el manual de procedimientos y la guía para el llenado del certificado de Defunción. Gracias a esta nueva versión es posible conocer con más detalle las defunciones así como asegurar una mejor calidad y oportunidad del registro.

Como parte del proceso de mejora continua de la calidad del registro de defunciones se ha institucionalizado la confronta nacional entre el INEGI y la DGIS de muertes maternas y en general de todas las defunciones ocurridas en el país.

Normatividad y Estándares

- Se concluyeron los trabajos sobre la Norma Técnica para la Certificación de la Competencia laboral de codificadores de información médica, la cual ya fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2003.
- Se capacitó a 244 codificadores de diferentes entidades federativas e instituciones del sector salud. Como todos los años se impartió el curso internacional para formación de instructores de codificación médica. Como parte del proceso de descentralización de la capacitación de codificadores a la fecha se cuenta con dos centros regionales, uno ubicado en el estado de Jalisco y el otro en el Distrito Federal en el Instituto Nacional de Salud Pública.
- Se envió el Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud junto con la Manifestación de Impacto Regulatorio del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades para que a través de su conducto lo remitiera a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria. Este órgano autorizó el 17 de diciembre de 2003 dicho proyecto, mismo que se publicó en el D.O.F. el 6 de mayo para consulta pública. Estamos en la fase de elaboración de respuesta a los comentarios y observaciones recibidas.

Coordinación interinstitucional

El 25 de mayo se firmó el Convenio de Colaboración Interinstitucional para establecer las bases de integración y operación del Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud que estará integrado por la propia Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF e INEGI.

Consulta dinámica de información en salud

Se desarrolló la primera versión de consulta dinámica de información en salud. Actualmente está disponible en la página *web* de la Secretaría de Salud la base de datos de defunciones de 1979 a 2002. Con esto se da seguimiento a los compromisos de poner accesible la información en salud en aplicaciones electrónicas amigables y sencillas.

2.7 Hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México, fue creado para dar cumplimiento a lo estipulado en el tercer párrafo del Artículo 4° Constitucional, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, teniendo como propósito en materia de salud, tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.

Las reformas efectuadas a la Ley General de Salud señalan que el estado debe garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Para dar atención al compromiso

del estado, el Hospital proporciona servicios médicos, principalmente a la población que no cuenta con protección en servicios de salud.

Para tal fin, el Hospital cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia, conformada de la siguiente manera: una dirección general, tres direcciones de área, cuatro subdirecciones y doce jefaturas de departamento.

Investigación

Entre los protocolos que se concluyeron y los que se encuentran en proceso actualmente, destacan por su importancia: “Análisis Molecular en Pacientes con Pseudohermafroditismo”, “Evaluación Genotóxica de Roheo Discolor in vitro” y “Estudio de su Mecanismo de Acción Fungicida” y “Evaluación Molecular en Pacientes con Diabetes Mellitus No Insulino Dependientes”.

Actividades de investigación, Hospital Juárez 2003-2004

	1sep 2002 al 31 ago 2003	1sep 2003 al 31 ago 2004	Diferencia	%
Protocolos totales	242	216	-26	1.12
Protocolos terminados	54	51	-3	1.06
Protocolos en proceso	163	155	-8	1.05
Protocolos cancelados	25	10	-15	2.50
Artículos	16	17	1	0.94
Libros	4	6	2	0.67
Capítulos a libros	0	2	2	0.00
Congresos	16	17	1	0.94
Investigadores (SNI)	2	4	2	0.50
Investigadores	11 evaluados	11 evaluados	0	

Enseñanza

Respecto a la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, se hace mención a los principales cursos impartidos: VII Congreso de Trabajo Social, Actualización en Urgencias Médicas, Módulo II de Urgencias Hematológicas, Enfermería Médico-Quirúrgica, Actualización en Medicina Interna, 9º Curso de Farmacología Clínica, Módulo III de Urgencias Cardiológicas y VII Congreso de Urgenciólogos Pediatras.

A continuación se informa el total de alumnos formados y capacitados y el total de cursos impartidos:

Concepto	Sep 2002 a Ago 2003	Sep 2003 a Ago 2004
Total de alumnos	9 729	6 553
En formación	581	612
Capacitados	9 148	5 941
Cursos totales	65	95
Educación continua	51	77
Pregrado	12	16
Maestría	2	2

Cabe destacar que la capacitación que se proporciona no es exclusiva para el personal de Hospital, sino que se apoya a diversas instituciones de salud a nivel nacional.

Atención médica

En el área asistencial se le ha dado prioridad a la atención médica que recibe la población abierta, estableciendo en la consulta externa la consulta escalonada, acortando de esta manera los tiempos de espera de los pacientes.

Se ha puesto especial énfasis a la medicina preventiva, exhibiendo en los monitores instalados en las salas de espera de la consulta externa documentales que orientan a los pacientes y a sus familiares en diversas medidas preventivas que deben observarse en las enfermedades más comunes y se les informa de la importancia que tiene la aplicación de vacunas, de las cuales se han aplicado 7 908.

En el mes de mayo del 2004 se puso en marcha en el servicio de oftalmología la unidad de cirugía refractiva, para llevar a cabo el procedimiento de Excimer Laser con equipo de tecnología de punta; también se realizaron 47 trasplantes de córnea y continuó impartiendo pláticas de orientación y concientización para la donación altruista de órganos.

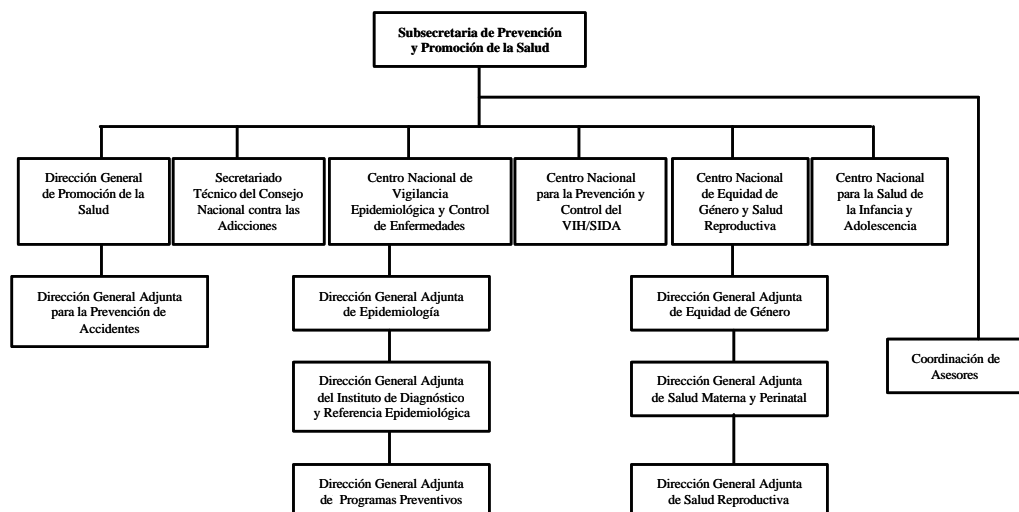
Recertificación

Durante el año 2004 el Hospital se ha dado a la tarea de cumplir estrictamente con los criterios que establece el Consejo de Salubridad General para llevar a cabo la recertificación antes de concluir el presente ejercicio.

Capítulo 3

Subsecretaría de Prevención y
Promoción de la Salud

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud tiene como funciones prioritarias coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud. Los programas de acción pertenecientes a esta Subsecretaría plantean acciones fundamentales para prevenir enfermedades y eventos que pongan en riesgo la salud de la población, para promover conductas y estilos de vida saludables entre la población, y para controlar con oportunidad problemas que aquejan a la persona y su comunidad.

Estructura Orgánica

Para cumplir con sus funciones, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud cuenta con una dirección general y cuatro órganos desconcentrados por función, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Adicionalmente, en 2004 se incorporó a esta Subsecretaría el Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones. En total se cuenta con siete unidades administrativas, las que se integran con seis direcciones generales, ocho direcciones generales adjuntas, 32 direcciones de área, 60 subdirecciones y 62 jefaturas de departamento.

En la Subsecretaría se continúan efectuando diversas reuniones de coordinación con las diversas instituciones del Sector Salud, así como con aquellas de otros sectores con las que se tienen vínculos de acción para la prevención y control de enfermedades. En este sentido, se tiene coordinación y vinculación, entre otras, con SAGARPA, Comisión Nacional del Agua, Protección Civil y Organizaciones Civiles.

También se llevan a cabo acciones coordinadas con SEDESOL para la elaboración de programas

intersectoriales como el Programa de Acción a Favor de la Infancia 2002-2010 y se colabora con la Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental para la elaboración de proyectos presidenciales como vacunación contra neumococo e influenza en menores de un año y en mayores de 60 años.

Se colaboró con la Secretaría de Relaciones Exteriores para elaboración del informe para la 57ª Asamblea Mundial de la Salud que se llevó a cabo en Ginebra, Suiza del 17 al 22 de mayo del 2004, así como el informe de la 134ª Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C, E.U.A. del 21 al 25 de junio de 2004.

Se participó en la integración y elaboración del Programa Nacional de Población.

Se realizó el IV Encuentro Nacional de Prevención y Promoción de la Salud con la participación de todos los responsables de los programas de acción a cargo de esta Subsecretaría, así como administradores y responsables de planeación, tanto del nivel estatal como federal. El encuentro permitió llegar a consensos y acuerdos en la validación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) 2004 en la preparación del FASSA 2005.

Se realizaron cuatro reuniones regionales para la capacitación en la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida con la participación de responsables de los programas de Infancia, Adolescencia, Envejecimiento, Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Directores de Servicios de Salud y de Participación Social de nivel estatal, así como capacitadores de nivel federal.

Los 27 programas de acción bajo la responsabilidad de esta Subsecretaría son los siguientes:

- Comunidades Saludables
- Educación Saludable
- Línea de Vida
- Salud Reproductiva
- Cáncer de Mama
- Mujer y Salud
- Cáncer Cérvico Uterino
- “Arranque Parejo en la Vida”
- Infancia
- Adolescencia
- Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”
- Cólera
- Enfermedades Transmitidas por Vectores
- Rabia

- Salud Bucal
- Tuberculosis
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres
- Atención al Envejecimiento
- Cáncer de Próstata
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial
- Accidentes
- VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción

3.1 Dirección General de Promoción de la Salud

La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) tiene la finalidad de fortalecer la participación de la población en el cuidado su salud y los estilos de vida saludables para ello ha desarrollado una serie de acciones dirigidas a las personas y a su comunidad. La DGPS tiene a su cargo tres programas: Comunidades Saludables, Educación Saludable y Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida junto con el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.

Programa de Comunidades Saludables

- Se realizó la X Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud en Playa del Carmen, Quintana Roo, con la participación de 1 500 asistentes.
- Se llevó a cabo la IV Reunión Nacional de Comunidades Saludables en Coatzacoalcos, Veracruz, con la participación de 1 280 personas
- Se realizó la V Reunión Nacional de Comunidades Saludables en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con la participación de 1 610 personas entre autoridades y personal de Salud de nivel Nacional, Estatal y Jurisdiccional y autoridades municipales.
- Durante el periodo de septiembre a agosto se llevó a cabo la Caminata del Abrazo Mundial 2003, con la participación de más de 500 municipios.
- Se consolidó la Red Mexicana de Municipios por la Salud, contando a la fecha con 30 redes

estatales.

- Se incorporaron 1 790 municipios al Programa de Comunidades Saludables.
- Se potenció el trabajo comunitario proporcionando cursos para la formación de agentes y procuradoras, personal de salud y comités locales de salud contando a la fecha con 1 809 banderas blancas izadas en localidades de alto riesgo.
- Se certificaron 350 Comunidades Saludables.
- Se revisaron, evaluaron y dictaminaron 428 proyectos municipales vinculados a la salud pública, de los cuales se benefició a 176 con recursos del Programa de Comunidades Saludables.

Principales actividades

- Se constituyeron 32 Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables.
- Se efectuaron dos reuniones Nacionales de Comunidades Saludables.
- Se han incorporado 1 564 municipios y se han llevado a cabo 375 proyectos municipales de salud.
- Se consolidó la Red Mexicana de Municipios por la Salud contando a la fecha con 30 redes estatales.
- Cuatro Organizaciones de la Sociedad Civil se vieron beneficiadas con recursos del Patrimonio de la Beneficencia Pública con proyectos relacionados con Comunidades Saludables.

Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES)

El Programa intersectorial de Educación Saludable (PIES) es una iniciativa de las Secretarías de Salud y Educación Pública que tiene como objetivo lograr mejores condiciones de salud en los escolares de educación básica de 4 a 15 años de edad, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos.

- Como parte de los compromisos establecidos con las Fundaciones Gonzalo Río Arronte y Fomento Social Banamex, la Secretaría de Educación Pública depositó su aportación correspondiente, equivalente a más de 29 millones pesos
- La Secretaría de Salud y las fundaciones efectuaron su aportación por la misma cantidad, con lo cual se cuenta con 117 millones de pesos que se destinarán a apoyar las acciones del programa en las entidades federativas en el periodo 2004-2006.

- En el período que cubre este informe, once entidades federativas solicitaron oficialmente su incorporación al programa: Baja California, Baja California Sur, Durango, México, Nayarit, Jalisco, Oaxaca, Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Zacatecas.
- Dentro de los resultados del PIES en las entidades federativas destaca el inicio de acciones de educación saludable en 12 mil 657 escuelas, 1 763 de las cuales alcanzaron un avance superior al 50 por ciento en la ejecución de las acciones, obteniendo Bandera Blanca, en tanto que 1 340 lograron su certificación como Escuelas Saludables y Seguras.
- En el rubro instrumentación estatal sobresale la firma del Acuerdo de Coordinación entre el Gobierno del Estado de Hidalgo y la Federación a través de las Secretarías de Educación Pública y de Salud con la presencia del C. Presidente de la República.
- Se enviaron a la Secretaría de Educación Pública nuevas propuestas de contenidos educativos para su impresión en los libros de texto que se utilizarán a partir del ciclo escolar 2004-2005, destacando la actualización de las imágenes de las Cartillas Nacionales de Salud.
- Se elaboró, en coordinación con los programas de acción responsables de la Secretaría de Salud, el primer borrador del Anteproyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2- 1993 *Fomento de la salud del escolar*, para actualizar el marco jurídico que regula las acciones básicas de prevención y promoción de la salud en la población escolar.
- Se conformó el Grupo Interinstitucional de Educación Saludable dentro del Subcomité de Promoción de la Salud del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, donde participan 21 instituciones, dependencias y organizaciones civiles, mismo que concluirá la elaboración del Anteproyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana para su publicación.

En respuesta al interés expresado por los gobernadores estatales, se realizaron, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y con el apoyo de las Fundaciones Gonzalo Río y Fomento Social Banamex, tres eventos de capacitación a los responsables operativos de educación y salud para la instrumentación del PIES en Mazatlán, Sinaloa, Toluca, Estado de México y Zacatecas.

Dirección General Adjunta para la Prevención de Accidentes

- El Consejo de Salubridad General aprobó, el 21 de octubre de 2003, la emisión del acuerdo mediante el que se establecen medidas de protección tendientes a disminuir la ocurrencia y el impacto de los accidentes de tránsito, como son: el uso del cinturón de seguridad a todos los ocupantes de automóviles de uso público o privado; el uso de sillas porta infantes; la ubicación de menores en el asiento posterior del vehículo; el uso de casco protector para los ocupantes de motocicleta; la prohibición de que los conductores de vehículos automotores conduzcan bajo la influencia de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas y la prohibición del uso de dispositivos de comunicación móvil al conducir un vehículo.

- Se desarrolló el Programa para Prevención de Accidentes que llevan a cabo los promotores de salud y se realizaron las modificaciones a los contenidos de los libros de texto gratuito, a efecto de desarrollar en los educandos del nivel preescolar y escolar la cultura de la prevención en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud.
- Se elaboraron y difundieron campañas de prevención de accidentes permanentes, así como en los periodos de Semana Santa y decembrinas. El objetivo de estas campañas es mostrar que los accidentes no ocurren por casualidad, azar, designio, fatalidad o destino, sino que pueden ser prevenidos.
- Se implementó el “Modelo de Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas” en los estados de Tabasco, Jalisco, Guanajuato y Distrito Federal.
- Se estructuró el Programa para la Atención Inmediata de las Urgencias Médicas para pasantes en servicio social del Instituto Politécnico Nacional.
- Se elaboró la “Guía para el Manejo Inmediato de las Urgencias Médicas” con la participación de expertos de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, la Sociedad Mexicana de Ortopedia, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Cruz Roja Mexicana y hospitales del Gobierno del Distrito Federal.
- Se participó como miembro del Comité Consultivo para la organización del Día Mundial de la Salud 2004 en Ginebra, Suiza.
- Se participó en la 4ª Reunión Anual Binacional de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos.
- En el marco de la U.S./ Mexico Binational Conference on Transportation Roadway Safety, se impartió el tema “Epidemiología de los accidentes”.
- Se participó en la II Reunión Regional Zona Centro de la Sociedad Mexicana de Salud Pública con el tema “Prevención de Accidentes, Un Reto de Salud Pública”.
- Se participó en el Seminario Internacional “Políticas para Mejorar la Seguridad Vial en América Latina y el Caribe de la OPS”, con la exposición del tema “Casos Exitosos: Presentación del Nuevo Modelo de Atención Prehospitalaria” y “La Seguridad Vial en Países de América Latina. Diagnóstico y Perfiles”.

3.2 Consejo Nacional contra las Adicciones

Programa de Prevención y Control de las Adicciones

La Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, concentró sus esfuerzos de manera fundamental en las siguientes estrategias: ampliar la cobertura y eficiencia de los Comités Municipales en todo el país y consolidar el papel normativo y coordinador de los Consejos Estatales contra las Adicciones con base en la construcción de un federalismo corresponsable.

Los esfuerzos que se han emprendido muestran ya algunos avances sustantivos. Así lo manifiestan

los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002) sobre la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas. Conforme a dichos datos, se puede afirmar que se ha logrado contener el crecimiento exponencial del consumo de drogas ilegales, disminuyendo de manera sensible la tendencia del incremento que había tenido en las últimas décadas.

En materia de prevención, entre el 1º septiembre de 2003 y el 31 agosto de 2004 se impartieron más de 400 mil pláticas y conferencias a poco más de cuatro millones de personas en centros educativos, instalaciones de atención médica, dependencias gubernamentales y sitios públicos, entre otros espacios, lo que representó un incremento del nueve por ciento en la cobertura con respecto al periodo anterior.

- Se incorporaron a las acciones preventivas delineadas por el CONADIC 200 organizaciones de la sociedad civil integrantes de la *Red por la Infancia y la Adolescencia* y se determinó como acción prioritaria para todo un año el desarrollo de su Programa “Acción contra Adicción”.
- Se realizaron seis Jornadas Intensivas Nacionales en coordinación con organizaciones de la sociedad civil, fuerzas armadas, instituciones gubernamentales y privadas, así como con los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones, con lo que se logró una mayor cobertura en comparación con años anteriores.
- Se organizó la *IX Semana Nacional de Información Compartiendo Esfuerzos* para prevenir el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. Se atendió a más de un millón 139 mil personas en oficinas públicas, hospitales, centros de salud, escuelas y centrales camioneras, entre otros sitios, en comparación con las 680 mil registradas el año precedente, mientras que los módulos de información instalados pasaron de 3 000 a 3 568.
- En el contexto del *Día Mundial sin Tabaco*, con el lema “Fumar Empobrece”, el Presidente Vicente Fox Quesada encabezó el 31 de mayo un conjunto de acciones contra el tabaquismo y a favor de la salud, que se llevaron a cabo en todo el país en las cuales participaron más de 500 dependencias gubernamentales, instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil, los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones y 1 266 Comités Municipales en la materia, cuyas actividades alcanzaron una cobertura de más de dos millones de personas, en más de 50 modalidades de participación, sobre todo dirigidas a niños y adolescentes.
- El 26 de junio se celebró el *Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas*, encabezado por el Ejecutivo Federal, donde se reunió a centenares de representantes de dependencias públicas, sociales y privadas. Las acciones fueron coordinadas por la Secretaría de Salud, a través del CONADIC y la PGR.
- En coordinación con la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, se realizaron *Marchas contra las Adicciones* en 24 puertos marítimos y en más de 1000 Centros de Adiestramiento del Servicio Militar Nacional en todo el país, con la participación de 103 729 mil conscriptos, cifra notablemente superior a los 74 mil del año anterior.

En materia de tratamiento, se incrementó en 11 por ciento el número de personas atendidas por problemas de adicción, se otorgaron 215 mil 355 consultas y los pacientes que recibieron tratamiento residencial aumentaron de 20 000 a 28 000.

Se instalaron en todo el país más de 160 clínicas para dejar de fumar, distribuidas en los sectores público, social y privado, lo que representa cinco veces más que las existentes en el año 2000 cuando sólo

existían 32.

En materia de control y regulación, durante este periodo se pusieron en marcha importantes medidas relativas a la publicidad y comercialización de cigarros acordadas con las compañías tabacaleras y con las asociaciones de comerciantes:

- A partir de este año ninguna farmacia vende cigarros, además de que se reforzó la vigilancia para evitar que se vendan cigarros en los comercios a menores de edad. Asimismo, se establecieron restricciones para difundir anuncios en Internet, cine y espacios exteriores, sumándose a las medidas que desde enero de 2003 habían prohibido la publicidad en radio y televisión.
- El Senado de la República ratificó la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco promovido por la Organización Mundial de la Salud y depositado el 28 de mayo en la sede de las Naciones Unidas, con lo que nuestro país se convirtió en el primero de la región en refrendar este convenio.
- Hasta agosto de 2004, 140 edificios de los sectores público, social y privado se han reconocido como *libres de humo de tabaco*, medida que beneficia a 50 mil trabajadores. De igual manera, el Consejo de Salubridad General acordó recomendar a todos los gobiernos de las entidades federativas la adopción de medidas para proteger la salud de las personas no fumadoras expuestas involuntariamente al humo de tabaco.
- Actualmente 19 entidades cuentan con Reglamento sobre el Consumo de Tabaco, siete tienen un proyecto de reglamento, cuatro cuentan con una ley y dos tienen un acuerdo al respecto.

Por otra parte, una de las principales estrategias que la Secretaría ha impulsado con el fin de enfrentar los retos de equidad y calidad ha sido asegurar el tratamiento de enfermos dependientes del alcohol y de otras drogas en establecimientos que cumplan con criterios mínimos de calidad, donde se respete la dignidad de los pacientes y sus familias, y se ofrezca evaluación y supervisión médica en contra de practicas iatrogénicas y las de privación ilegal de libertad que se presentan en algunos establecimientos. A la fecha se otorgó el reconocimiento a 265 establecimientos residenciales de 31 entidades federativas que cumplen con criterios mínimos de calidad para su operación, de acuerdo con la NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

En materia de formación de recursos humanos y profesionalización, para mejorar la calidad de los servicios de prevención y tratamiento, así como de aquellos que atienden la reducción del daño provocado por las adicciones, se llevaron a cabo más de 23 mil cursos, talleres y seminarios.

- En ámbitos laborales se promovió la capacitación con las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo tanto en el sector gubernamental como en el privado, con apoyo del IMSS, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y el ISSSTE.
- Se impulsó el diplomado “Intervención Breve para Consumidores de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas”, que imparten la Facultad de Psicología y los Centros de Integración Juvenil.
- Se brindó asesoría técnica y normativa al Instituto Politécnico Nacional para la aplicación de dos diplomados en materia de adicciones, uno presencial y otro a distancia, para llegar a los centros de educación continua establecidos en diez ciudades del país.

- Se capacitó a personal de la Secretaría de Seguridad Pública del Gobierno del D. F., así como del personal de Trabajo Social de la Secretaría de Marina adscrito a 28 puertos marítimos del país y se intensificó el trabajo con el personal penitenciario, tanto técnico como profesional, incluidos elementos de seguridad y custodia, adscrito a los centros de readaptación social federales y estatales con énfasis en centros femeniles de reclusión.
- Se realizaron 80 conferencias sobre los efectos del tabaco en la salud y sobre actualización del marco regulatorio en consumo de tabaco en instituciones en proceso de reconocimiento.
- En materia de coordinación de acciones interinstitucionales se trabajó con aproximadamente 200 organizaciones de la sociedad civil que realizan tareas preventivas, de capacitación, de apoyo al tratamiento, rehabilitación y reinserción social. De igual manera se trabajó con las principales agrupaciones de ayuda mutua, como Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Neuróticos Anónimos y grupos de familiares Al Anon-Al Ateen, por mencionar algunos.
- Se evaluó el Programa de Reconstrucción Personal para el Tratamiento de Adicciones a los internos de los CERESOs del estado de Baja California.
- Se participó en la elaboración del nuevo Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Se participó en la evaluación y análisis de las propuestas de modificación al proyecto de NOM-207-SSA1-2001 para la prestación de Servicios de Asistencia Social. También se participó en el Grupo de Apoyo a la Comisión para la Reconstrucción del Tejido Social en Ciudad Juárez.
- En materia de coordinación con entidades federativas se realizó el *Taller de Revisión de Políticas y Mecanismos de Coordinación del Consejo Nacional contra las Adicciones con las Entidades Federativas*, en cuyo seno se acordó que “los Servicios Estatales de Salud, en coordinación con el Consejo Nacional contra las Adicciones, promoverán el establecimiento de medidas de orientación/consejería, detección y derivación de casos para fortalecer las políticas, programas y acciones en materia de adicciones, en sus entidades federativas”.
- A petición de la Embajada de los Estados Unidos en México, el CONADIC apoyó la realización del *II Foro Estatal de Seguridad y Participación Ciudadana*, celebrado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, donde se congregaron especialistas de El Salvador, Puerto Rico, Guatemala, Estados Unidos, México y Honduras, a fin de actualizar las estrategias y políticas públicas que en la materia desarrolla tanto la federación como el gobierno estatal con miras a disminuir los índices delictivos.
- Se participó en una reunión de alto nivel para el control de drogas entre la Unión Europea y Latinoamérica, así como en los siguientes foros internacionales: 46° período de Sesiones de la Comisión de Estupeficientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; Reunión de Alto Nivel de Seguridad y Justicia México-Colombia; 33° y 34° Período Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y en la V Reunión de Expertos de Reducción de la Demanda, que se celebró en Buenos Aires, Argentina.

La difusión, información y orientación se realizó a través de los 32 Consejos Estatales contra las

Adicciones. Se imprimieron casi siete millones de materiales con información sobre temas de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia, 32 por ciento más que el año pasado. Entre ellos destaca la reproducción de carteles con los temas: *En este edificio no se permite fumar*, *Área libre de tabaco* y *Área de fumar. Ubícate*. Dípticos con los temas: *Protege tu salud del humo del tabaco* y *Usted puede dejar de fumar*, así como material de difusión alusivo a *Cine y moda libres de tabaco*, con los temas: *Mujer y tabaco*, *fumadores pasivos* y *adolescentes y tabaco*.

Durante 2003, en el Centro de Orientación Telefónica se atendieron 332 626 llamadas de las 32 entidades federativas, proporcionando información general, derivación a centros de tratamiento y atención de situaciones en crisis por consumo de sustancias adictivas.

Es de destacar que durante dicho periodo se realizaron dos campañas de prevención en el consumo de alcohol, con dos spots de radio y uno de televisión utilizando tiempos oficiales y generando más de 53 500 impactos en radio y 1 020 impactos de televisión. Se realizó una campaña contra el tabaquismo en tiempos oficiales con dos spots de radio y uno de televisión intensificando de esta manera la campaña anual y generando un promedio diario de 2 814 impactos en 823 radiodifusoras de todo el país que representaron un total de 126 630 impactos en cuarenta y cinco días y 680 impactos mensuales en las televisoras nacionales. Asimismo, se llevó a cabo una campaña contra el uso de drogas con un spot de radio y un spot de televisión utilizando tiempos oficiales, generando 42 250 impactos en radio y 380 impactos en televisión.

Se elaboraron ocho carteles para escuelas públicas en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social, cuatro para escuelas primarias y cuatro para escuelas secundarias; dos de ellos son para señalar a las escuelas como *Espacios libres de humo de tabaco* y dos carteles más para informar sobre los daños que ocasiona el tabaquismo.

Se publicó un libro conmemorativo del “Día Mundial sin Tabaco” en español e inglés que se envió a los 192 países que firmaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco que promovió la Organización Mundial de la Salud.

3.3 Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Tuberculosis

El Programa de Acción: Tuberculosis se ubica en la segunda estrategia sustantiva del *PRONASA 2001-2006 “Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”*. La morbilidad por tuberculosis pulmonar ha mantenido una tendencia estacionaria entre 20 y 24 casos por cada 100 mil habitantes mayores de 15 años. En 2003 la tasa nacional fue de 14.4 por cada 100 mil habitantes en todos los grupos de edad, siendo Baja California, Guerrero, Chiapas, Tamaulipas, Nuevo León y Nayarit las entidades con las tasas más altas.

Entre las acciones y resultados más importantes durante el periodo de reporte, destacan:

- El incremento de 86 a 100 por ciento de la cobertura TAES en municipios prioritarios.

- La detección de 15 055 casos de tuberculosis pulmonar, de los cuales 14 502 correspondieron a mayores de 15 años, lo que representa una tasa de 20.3 por 100 mil para ese grupo de edad.
- El estudio de más de 650 mil personas con tos y flema como casos probables, lo que significó un incremento del 5 por ciento respecto al periodo anterior.
- Se realizaron 1.6 millones de baciloscopías, lo que significa un incremento de siete por ciento con respecto al periodo anterior.
- Se estudió a 95 por ciento de los contactos de los nuevos casos registrados.
- Se logró el incremento a 72 por ciento del dictamen integral de casos complicados (farmacorresistentes) por los Comités Estatales de Farmacorresistencia (COEFAR). El 90 por ciento de los casos concluyó en tratamiento, lo que significa un aumento de 7 por ciento.
- Se creó la RED-TAES de enfermería en 25 estados con 3 535 enfermeras capacitadas participando activamente en el Programa.
- El 16 de marzo se publicó en el D.O.F. el acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Tuberculosis.
- Se celebró el “Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis” con actividades intensivas a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local exhortando a todo el personal de salud a intensificar acciones para garantizar un “México Libre de Tuberculosis”.
- Se participó en los siguientes eventos:
 - Curso “Management for International Public Health” (MIPH) en Atlanta, Georgia con apoyo y cooperación técnica entre México/CDC/SMDP/USAID.
 - “Tuberculosis en las instalaciones carcelarias”.
 - III Foro Internacional en Tuberculosis, en Oaxaca, Oax.
 - Reunión de CONAVE para certificación de tuberculosis meníngea.
 - Reunión “Trabajando sin Fronteras” para detener la tuberculosis en Austin, Texas, EUA.
 - V Reunión de las Américas (STOP-TB) en Honduras.
- En colaboración con los CDC de Atlanta, se desarrolló el sistema de información binacional de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la “Tarjeta Binacional de Salud en tuberculosis” para migrantes enfermos de tuberculosis, cuyo propósito es dar continuidad al tratamiento, fortaleciendo el Programa “Vete Sano Regresa Sano”.
- Se firmó el convenio de donación México-Estados Unidos (USAID) para el Fortalecimiento del Programa Tuberculosis.
- Se firmó el convenio Donación México-USAID para el Fortalecimiento del Programa Tuberculosis en los estados de Veracruz, Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Zacatecas, Tamaulipas, Jalisco, Guerrero, Michoacán, Sonora y Baja California, Chiapas y Oaxaca.

Lepra

La lepra se considera un problema de salud pública tanto por el alto nivel de discapacidad que ocasiona, como por el estigma y rechazo social asociados a este padecimiento. Desde que se implementó la estrategia de la poliquimioterapia en 1990, la reducción del padecimiento ha sido del 93.9 por ciento. Actualmente las acciones están dirigidas a municipios con antecedentes de endemia y con presencia de casos nuevos y diagnóstico de discapacidades grado I y II. En 2003 se diagnosticaron 267 casos nuevos y persisten 56 municipios considerados como prioritarios (con tasa mayor a uno por 10 mil habitantes).

- En el marco del Día Mundial de Lucha Contra la Lepra 2004, se realizaron 473 eventos de capacitación en las 32 entidades federativas para personal del sector salud.
- En el marco del Día Mundial, las actividades de promoción en todo el país se intensificaron dando como resultado 14 190 pláticas con 258 821 asistentes, la distribución de 290 164 materiales de promoción entre carteles, volantes, periódicos murales, pinta de bardas, y la emisión de 20 179 mensajes por radio, televisión y prensa, de acuerdo a la información enviada por los estados.
- Se mantiene la coordinación con organismos internacionales (OPS/OMS) para recibir apoyo de medicamentos para la poliquimioterapia (PQT) tanto de los casos nuevos como de los enfermos en control.
- Se distribuyó medicamento para el 100 por ciento de casos nuevos y prevalentes.
- Se adoptó la estrategia de evaluación “Caminado a la Excelencia: Lepra”, seleccionando cuatro indicadores de evaluación para establecer la medida en que el programa avanza en la eliminación de la lepra como problema de salud pública.

Cólera

Durante el periodo de referencia no se reportó ningún caso de cólera en el país. Durante este periodo se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se realizaron operativos de vigilancia epidemiológica para la prevención del cólera en 16 entidades federativas, además de operativos especiales de Semana Santa y en la Peregrinación Querétaro – Tepeyac.
- Para la vigilancia epidemiológica de enfermedades diarreicas se trabajó en 29 mil localidades, con visita casa a casa en más de 1.5 millones de viviendas, protegiendo a cinco millones de personas.
- Se detectaron y evaluaron 110 534 casos sospechosos de cólera.
- Se ministró tratamiento a 96 579 personas.
- Se tomó muestra de heces fecales a 141 029 pacientes.
- Se distribuyeron 2 342 609 sobres de Vida Suero Oral.
- En materia de vigilancia sanitaria, se realizaron 4 357 990 determinaciones de cloro residual en

la red de distribución de agua para uso y consumo humano.

Urgencias epidemiológicas y desastres

Este programa contempla la atención de la población afectada por desastres, ya sean originados por un fenómeno natural o provocados por el hombre y las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles e intoxicaciones, entre otras. Establece los lineamientos generales que deben contemplar los planes de intervención para la atención de eventos de interés epidemiológico en el que se encuentre en riesgo la salud de la población.

Entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se notificaron y atendieron 1 099 eventos en todo el país, de los cuales 81 por ciento fueron brotes por enfermedades transmisibles tales como hepatitis o varicela, o brotes de intoxicación alimentaria. El 10 por ciento de las urgencias estuvieron relacionadas con eventos ocasionados por fenómenos naturales como movimientos de tierra, lluvias, ciclones tropicales o granizo, y tres por ciento se debieron a exposición a agentes químicos provocados por derrames, fugas y manejo inadecuado. El porcentaje restante estuvo asociado a infecciones nosocomiales, movilizaciones de población, accidentes de tránsito, explosiones e incendios. En todos los casos se implementaron acciones de atención médica y psicológica, vigilancia epidemiológica, control sanitario, control de vectores y promoción de la salud de acuerdo al tipo de daño y riesgo al que estuvo expuesta la población.

En los estados de Jalisco, Quintana Roo y Yucatán se implementaron tres operativos especiales de respuesta rápida con motivo de acontecimientos de nivel internacional (5ª Reunión Ministerial de la Organización Mundial de Comercio, Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción y III Cumbre América Latina y El Caribe – Unión Europea) que por su naturaleza implican, entre otros, riesgos de origen microbiológico y químico, para los cuales se cuenta con planes estratégicos que garantizan una respuesta inmediata, ordenada y coordinada para salvaguardar la salud de la población en riesgo.

Se proporcionaron 212 198 consultas médicas, protegiendo la salud de 760 626 mexicanas y mexicanos. Se tomaron y analizaron 2 814 muestras biológicas y se realizaron 3 082 determinaciones de cloro residual para vigilancia de la calidad del agua que se distribuye a la población para uso y consumo humano. De manera preventiva se distribuyeron más de 46 mil frascos de plata coloidal y más de 155 mil sobres de Vida Suero Oral. Además, se proporcionaron 207 710 pláticas sobre medidas para el autocuidado de la salud, las cuales se reforzaron a través de la entrega de 216 171 folletos.

En materia de previsión integral se destaca el fortalecimiento, a través de la publicación del Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud, de las políticas, estrategias, acciones y la coordinación en materia de seguridad en salud de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y de aquellas cuyas acciones impactan en la salud de la población. Dicho acuerdo se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 2003 y el Comité Nacional se instaló el 21 de enero de 2004. Se ha gestionado la instalación de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud, logrando hasta la fecha su instalación en 29 entidades federativas.

Salud Bucal

El objetivo general de este programa es recuperar la salud bucal de la población en general y reducir las

enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia entre la población mexicana: la caries dental y la enfermedad periodontal.

- Durante la 2ª Semana Nacional de Salud Bucal 2003 y la 1ª Semana Nacional de Salud Bucal 2004, que constituyen la fase intensiva del Programa, se privilegiaron las acciones preventivas, realizando casi 45 millones de éstas y más de 700 mil acciones curativo-asistenciales.
- Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se realizaron más de 13.9 millones de acciones curativo-asistenciales, de las cuales 2.1 millones fueron obturaciones con resina y amalgama y poco más de 500 000 fueron terapias pulpares. Asimismo, se efectuaron más de 30 000 cirugías bucales y más de un millón de extracciones de piezas dentales.
- Las acciones del componente Salud Bucal del Preescolar y Escolar incluyeron la realización de más de 21.3 millones de enjuagues bucales con fluoruro de sodio al 0.2 por ciento, el otorgamiento de más de 14.8 millones de instrucciones de técnica de cepillado y más de 10.3 millones de acciones de control de placa dentobacteriana, además de más de 11.5 millones de instrucciones en el uso del hilo dental.
- Se consensó con todo el sector odontológico, la modificación de la NOM-013- SSA2-1994 *Para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales*.
- Se definió el modelo y manual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales.
- Por segundo año consecutivo se brindó atención odontológica durante la Semana de Salud para Gente Grande, realizando acciones de detección de alteraciones de tejidos blandos y promoviendo la prevención y el autocuidado en este grupo de edad.
- Durante la Expo “Todo en Diabetes” se brindaron asesorías a más de tres mil personas en salud bucal.
- Se dio inicio a la campaña informativa para la adecuada distribución de la sal de mesa yodada fluorurada. A iniciativa del Programa de Salud Bucal, el CENA VECE y la COFEPRIS cumplieron con el ordenamiento de la NOM-040-SSA1-1993 con el propósito de disminuir la prevalencia de caries y prevenir la fluorosis dental en nuestro país.
- En 23 estados de la república se instalaron 45 consultorios dentales donados por la iniciativa privada, ampliando la cobertura en áreas de alta marginalidad y beneficiando a 729 235 personas.

Enfermedades Transmitidas por Vectores

El programa de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV) considera que la participación de todos los actores sociales es el punto de partida para democratizar el conocimiento sobre los riesgos de enfermar y sobre las prácticas saludables que los eliminen, privilegiando la prevención a través de la participación comunitaria.

- ***Paludismo***
 - En el periodo al que se refiere este informe se han confirmado 2 864 casos de paludismo

por *Plasmodium vivax* y 36 por *P. falciparum*. Estas cifras nos indican que la tendencia del paludismo en México es descendente en contraste con lo que sucede en el resto de América Latina.

- Se establecieron acuerdos importantes de colaboración con los países centroamericanos con proyectos avalados por OPS/OMS y ONU a través del Fondo Global para el Medio Ambiente para establecer un proyecto regional de prevención y control del paludismo sin insecticidas.
 - En el mes de junio se conformó el Comité Nacional para la Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo.
 - Durante el primer semestre del 2004 se detectaron 20 casos de paludismo en el estado de Veracruz, los cuales fueron importados de Centroamérica, se atendió la contingencia y se trató al 100 por ciento de los casos y se realizaron las actividades de control del vector y búsqueda activa de febriles.
 - En el mes de julio, en el marco del Programa Mesoamericano 2003-2004 de Cooperación, se celebró en Chetumal, Quintana Roo una reunión con la finalidad de reforzar la coordinación en la prevención y control de esta enfermedad en la región de la frontera Sur, en la cual participaron las entidades de la región fronteriza con Guatemala y Belice, además de representantes de los ministerios de salud de dichos países.
- *Dengue*
 - Se logró el control de los brotes de dengue en Baja California Sur, Sinaloa y Sonora, evitando la presencia de brotes epidémicos en Quintana Roo y Coahuila. La letalidad por dengue hemorrágico se mantiene por debajo de la meta nacional (menos del 2 por ciento).
 - La estrategia de participación comunitaria con sus acciones de “Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada” forma parte del programa de dengue de los 24 estados prioritarios. Se espera concluir este periodo con 5 574 casos de dengue clásico y 1 866 de dengue hemorrágico.
 - Durante el periodo de este informe Baja California Sur, Sinaloa y Sonora fueron afectadas por los huracanes “Ignacio” y “Marty” por lo que fue necesario reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica en hospitales y unidades de salud, así como de prevención a través de la eliminación de los criaderos y de nebulización para eliminar al mosquito.
 - En los estados de Quintana Roo y Yucatán se estableció un operativo para el reforzamiento de las actividades de prevención y control del dengue.
 - El desbordamiento del Río Escondido en Piedras Negras, Coahuila, obligó a reforzar las actividades de prevención del dengue.

- *Virus del Oeste del Nilo (VON)*
 - En el periodo referido se detectaron seis casos en humanos, 2 000 serologías positivas, y un caso en equinos, 221 serologías positivas en aves y ocho casos en esa clase de animales. En este periodo se realizaron acciones de vigilancia epizootiológica y epidemiológica así como acciones de control del vector en Chihuahua, Tamaulipas, Coahuila, Querétaro y Nuevo León para prevenir posibles brotes de VON.
 - En septiembre y octubre se apoyó el operativo de Vigilancia, Prevención y Control del VON en seis municipios de Chihuahua, tomando 41 muestras sanguíneas en humanos (cuatro resultaron positivas), 252 en caballos (105 positivas) y 228 en aves (88 positivas). En las acciones de control del vector adulto se nebulizaron 9 845 hectáreas, protegiendo así a 787 600 habitantes.
 - El 27 de octubre se identificó un caso de VON en el municipio de Cajeme, Sonora.
 - Del 1 al 15 de noviembre se atendió el operativo de Vigilancia, Prevención y Control del VON en Veracruz por el reporte de defunción masiva de equinos. Se trabajó en nueve municipios, tomando 170 muestras sanguíneas de aves (40 positivas) y 157 de equinos (107 positivas).
 - Del 24 de noviembre al 5 de diciembre se atendió de manera coordinada el operativo de Vigilancia, Prevención y Control del VON en Tamaulipas por el reporte de aislamiento viral de un equino y un pelicano.
 - En el mes de diciembre se confirmaron seis casos de VON en aves del zoológico de Mexicali, Baja California así como un caso de ave confirmado en el estado de Sonora.

- *Oncocercosis*
 - Entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se registraron 37 casos nuevos de oncocercosis (todos en el foco sur de Chiapas). Se presentaron 31 casos menos que en el mismo periodo del año anterior. El refuerzo del Programa en Chiapas y Oaxaca permitió administrar tratamientos médicos con Ivermectina por arriba del 85 por ciento de la población elegible, con lo que el programa continúa hacia la eliminación de la enfermedad.
 - En noviembre de 2003 se participó en la XIII Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis en Cartagena de Indias, Colombia.
 - En febrero del 2004, con el auspicio de OEPA, se realizó un taller en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, sobre Planificación del Programa de Eliminación de la Oncocercosis. Derivado de éste se realizarán talleres de participación comunitaria para mejorar las coberturas de tratamiento con Ivermectina.
 - Se recibió la donación de los laboratorios de Merck, Sharp & Dohme de 764 mil tabletas de Mectizán.

- *Enfermedad de Chagas*
 - En el período comprendido entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se han registrado 52 personas con serología positiva y se ha tratado a la totalidad de los casos agudos. En septiembre de 2003, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se realizó en Huatulco, Oaxaca, el 1er. Taller Nacional sobre Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, en la cual participaron todos los estados endémicos del país y se contó con la valiosa colaboración de los expertos del Programa TDR de OMS.
 - Durante el primer semestre del 2004 se logró por primera vez reunir a las instituciones involucradas en el diagnóstico de la enfermedad a fin de trabajar de manera conjunta en la estandarización de las pruebas de laboratorio y en la evaluación de una prueba rápida para ser usada en campo.

- *Leishmaniosis*
 - Entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se han registrado 820 casos de las tres formas clínicas de esta enfermedad (cutánea, mucocutánea y visceral). Esto representa 37 casos menos que el mismo periodo del año anterior.
 - Se logró 90 por ciento de cobertura de tratamiento, en parte gracias a la disponibilidad del medicamento Glucantime (antimoniato de meglumina) y a equipos de termocirugía en los estados endémicos.
 - Se mantiene el abasto de Glucantime a las entidades federativas y se estableció el compromiso con Aventis Pharma para la importación continua al país de dicho medicamento. Continúa el compromiso de los estados para mantener la compra de medicamento y otorgar tratamiento al 100 por ciento de casos.

- *Intoxicación por picadura de alacrán*
 - El objetivo del programa en esta materia es disminuir la morbilidad y mortalidad por picadura de alacrán. Para impactar en la morbilidad se enfatiza la utilización de pabellones impregnados con insecticida y la estrategia fundamental contra la mortalidad se basa en la atención adecuada y oportuna utilizando el antídoto específico.
 - Entre septiembre 2003 y agosto 2004 se han registrado 205 927 casos de intoxicación por picadura de alacrán, lo cual representa un leve descenso en comparación con el mismo periodo de años previos. Asimismo, continúa la tendencia descendente en la mortalidad y letalidad.
 - En el contexto nacional y a través del registro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la intoxicación por picadura de alacrán se ubica en el lugar 16 entre las 20 principales causas de enfermedades del 2003, con 243 183 casos.

- El lunes 15 de septiembre del 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2002 *Para la Vigilancia, Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán*.
- En mayo del 2004 en los Seminarios del Departamento de Microbiología y Parasitología de la UNAM se impartió el tema de alacranismo y otros animales ponzoñosos en México.
- Se continúa con la actualización del censo de especies de alacranes en el Estado de México en colaboración con personal estatal y el Instituto de Biología de la UNAM. Se asesoraron trabajos de investigación operativa en 16 entidades federativas respecto al panorama epidemiológico, patrones de uso y consumo de suero antialacrán, y empleo de plaguicidas para control del alacranismo.
- *Rickettsiosis*
 - Se desarrolló y discutió una propuesta de trabajo para el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica de las rickettsiosis en México a través de la capacidad diagnóstica del InDRE.
 - Se actualizó el panorama epidemiológico nacional de las diversas rickettsiosis.
 - En el InDRE, a través de la prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI), se establecieron diagnósticos positivos por laboratorio a tifo murino o endémico, tifo epidémico, fiebre manchada y ehrlichiosis. Este último diagnóstico se efectuó por primera vez a partir de una muestra de suero de un paciente procedente de Jalisco.
 - Durante este periodo, 261 muestras de suero, procedentes de 16 estados, fueron analizadas en el InDRE. 31 por ciento de ellas resultaron positivas para rickettsias del grupo de las fiebres manchadas *Rickettsia rickettsii*, 4 por ciento para *Rickettsia typhi* y 1 por ciento para *Rickettsia prowazekii*. Se reportaron tres defunciones por fiebre manchada en la región de la Comarca Lagunera.
 - En diciembre del 2003, se participó con un trabajo libre en la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Medicina Tropical que se llevó a cabo en Filadelfia, EUA. El trabajo presentado fue un estudio seroepidemiológico realizado en una área rural del estado de Veracruz.

Zoonosis

- *Brucelosis*
 - Hubo 873 casos confirmados de brucelosis en el periodo septiembre 2003 a agosto 2004.
 - Se llevaron a cabo 315 599 estudios de tamizaje.
 - Se proporcionó tratamiento a 4 099 enfermos.
 - Se participó en una reunión sobre implementación del Programa Brucelosis de la COFEPRIS en Monterrey, Nuevo León.

- *Rabia*
 - Se otorgaron 108 915 consultas a personas agredidas, iniciándose 35 991 tratamientos antirrábicos a individuos con riesgo potencial de rabia.
 - El total de perros vacunados fue de 15.3 millones. Sólo en la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina del 2004 se aplicaron 10.5 millones de dosis.
 - Durante el periodo de septiembre de 2003 a agosto de 2004 se procesaron 44 252 muestras de laboratorio para diagnóstico de rabia. Con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil, municipios y escuelas de medicina veterinaria, se realizaron 624 385 acciones de control de la población canina, de las cuales 89 966 corresponden a esterilización de mascotas.
 - En el periodo de referencia se reportaron 48 casos de rabia canina. Hubo un caso de rabia en humano transmitida por perro y cero casos por fauna silvestre.
 - Se participó en la Primera Reunión Latinoamericana de Expertos en Tenencia Responsable de Mascotas y Control de Poblaciones, efectuada en la Ciudad de Río de Janeiro, Brasil, del 1 al 3 de septiembre.
 - Se participó en el Encuentro Nacional de Rabia que organizó la Federación de Colegios y Asociaciones de Medicina Veterinaria y Zootecnia de México en Puebla.
 - Se dio seguimiento al Proyecto de Esterilización Química en Perros Machos, en coordinación con la Asociación Animal Alliance y la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UNAM en Puebla, Hidalgo y Estado de México.
 - Se participó en el operativo de esterilización química con gluconato de zinc neutralizado con arginina, en Puebla e Hidalgo durante los meses de enero y febrero.
 - Se dio seguimiento a las acciones antirrábicas de brote de rabia humana y canina en la Jurisdicción Sanitaria de Tapachula, Chiapas.
 - Se atendió un brote de agresiones por murciélago hematófago a personas del municipio de Palenque, Chiapas en abril.
 - Se efectuó una reunión de trabajo con autoridades del SIVE/SAGARPA para establecer el registro único de casos de rabia animal confirmada por laboratorio en mayo.
 - Se redujeron los casos en 52.2 por ciento con relación a lo esperado, cifras similares a las observadas en el mismo periodo del año anterior.
 - Se aplicó a perros 91.3 por ciento de las dosis de vacunas previstas, cantidad similar a lo aplicado en el mismo periodo del año anterior.
 - En el número de consultas a personas agredidas, el cumplimiento correspondió al 86.7 por ciento de lo estimado. Se mantiene el número de personas agredidas por murciélagos hematófagos, al igual que por perros.
 - El número de tratamientos antirrábicos proporcionados a personas agredidas correspondió

al 88.2 por ciento de lo previsto, cantidad que está 14.5 por ciento arriba de lo que se aplicó el año anterior.

- Se logró un avance de 91.5 por ciento en las cirugías para esterilización de mascotas, rebasándose en 4.3 por ciento lo logrado el año pasado.

Enfermedades No Transmisibles

- *Atención al Envejecimiento*

- El área de Promoción de la Salud en coordinación con el Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, distribuyó en las entidades federativas las Cartillas Nacionales de Salud para el Adulto Mayor.
- Se solicitó a la iniciativa privada la impresión de 5 500 ejemplares del manual “Actividad Física y Deporte en el Adulto Mayor”.
- El Patrimonio de la Beneficencia Pública (PBP), como parte de las estrategias para apoyar los Programas de Acción, invitó al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades a participar en un comité que evalúa las propuestas de las ONG en temas específicos, y aportó un millón de pesos para cuatro proyectos de obesidad y un millón de pesos para cuatro proyectos de depresión.

- *Prevención y Control de Diabetes Mellitus*

- Se encuentra en marcha el “Proyecto VIDA” para la mejora de la calidad de la atención del paciente diabético en el estado de Veracruz con visitas de asesoría y monitoreo.
- Se inició el Proyecto DELTA para el control de los pacientes diabéticos con apoyo de la Fundación Aventis y asesoría de una compañía consultora denominada Innovara. Este proyecto tendrá una duración de dos años y brindará estrategias para calidad de la atención. Se capacitará a 4 500 médicos de primer contacto y se beneficiará a 45 mil pacientes con la detección de hemoglobina glucosilada en al menos dos ocasiones.
- Al mes de junio se han realizado 500 consultas virtuales a través de la página *web* www.todoendabetes.org y 350 consultas virtuales a través de la página *web* de www.todoencolesterol.org.
- Hasta agosto de 2004 se han realizado 4.8 millones de detecciones en personas mayores de 20 años y se ha logrado incorporar a tratamiento médico a 306 696 personas con diabetes, manteniendo con glicemias controladas a 174 708 pacientes.
- Se distribuyeron cinco mil manuales de Prevención y Control de la Obesidad, además de 100 mil cintas métricas para la prevención de la obesidad, las cuales fueron distribuidos a los Servicios Estatales de Salud.
- Se impartió el curso de Prevención, Promoción de la Salud y Tratamiento del Paciente Obeso dirigido a médicos generales de la Secretaría de Salud y médicos privados de las entidades federativas con el apoyo del Hospital General de México, el Centro Médico

La Raza, el Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y SEDENA, a través del patrocinio de los Laboratorios Abbott. Al momento se han realizado tres cursos en los estados de Guerrero, Estado de México y Michoacán, con un total de 250 médicos capacitados.

- *Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial*
 - Se sigue desarrollando la encuesta RENATA (Registro Nacional de Hipertensión Arterial) y hasta el momento 20 entidades federativas participan activamente con el envío de la información.
 - Se encuentra en marcha el Proyecto DOM (Detección Oportuna de Microalbuminuria) en la cual se capacitará a médicos de primer contacto sobre la importancia de este estudio para la prevención de complicaciones en pacientes con diabetes e hipertensión arterial. Con apoyo de los laboratorio Sanofi-Synthelabo se realiza detección de microalbuminuria a través de tiras micraltest en 18 mil pacientes.
 - Con apoyo de Laboratorios Silanes se imprimieron dos mil guías dietéticas, mismas que fueron distribuidas a las entidades federativas.
 - Se iniciará el Proyecto de Prevención de Obesidad y Nutrición simultáneamente con Chile y Brasil en coordinación con la OPS, CDC de Atlanta e ILSI (Instituto Internacional de Ciencias de la Vida).
 - Durante el periodo de enero a agosto se han realizado más de seis millones de detecciones de hipertensión arterial en la población mayor de 20 años. Además, se incorporaron cerca de 300 mil pacientes a un esquema de tratamiento y se mantienen bajo control poco más de 200 mil pacientes.

- *Prevención y control del cáncer de próstata*
 - El área de Promoción de la Salud, en coordinación con el Programa de Salud del Adulto y del Anciano, distribuye a las entidades federativas las Cartillas Nacionales de Salud para el Adulto Mayor en las que se incluyen acciones para promoción de la salud, detección y diagnóstico temprano de hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata.
 - Hasta agosto de 2004 se han realizado 176 272 detecciones de enfermedad prostática.

Dirección General Adjunta de Epidemiología

A continuación se describen las principales actividades llevadas a cabo del 1° de septiembre del 2003 al 31 de Agosto del 2004.

Notificación semanal

- Se mantuvo y se fortaleció la participación de todas las instituciones del Sector Salud en la notificación semanal de 112 padecimientos, incrementando la cobertura oportuna de notificación

semanal de 85.8 a 89 por ciento.

- Se actualizó periódicamente la página de Internet para la difusión y consulta de la morbilidad sujeta a vigilancia epidemiológica.
- Se elaboró y difundió semanalmente en medios magnéticos e impresos el Boletín Epidemiología.
- Se produjo el anuario de morbilidad 2003 con la concentración de 44.3 millones de diagnósticos.
- Se creó el programa de cómputo para captura, validación y análisis de los padecimientos transmitidos por vector.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

- Se logró la ampliación de la cobertura del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en el 100 por ciento en las entidades federativas.
- Se participó en reuniones del Community Epidemiology Work Group (CEWG) del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) de los Estados Unidos.
- Se realizaron cursos-talleres del SISVEA en 12 entidades federativas para capacitar y asesorar sobre el manejo de la información recabada.

Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus tipo II

- Continua operando el modelo de vigilancia epidemiológica en unidades hospitalarias para identificar los casos incidentes, factores de riesgo, seguimiento, control, principales causas de ingreso hospitalario y factores que se involucran en la demanda de atención del segundo nivel. Este modelo está operando actualmente en 27 entidades federativas.
- Se elaboraron definiciones operacionales de diabetes para fortalecer la vigilancia epidemiológica, las cuales ya han sido aprobadas y signadas por los responsables institucionales.
- Se presentaron al grupo interinstitucional de enfermedades no transmisibles las variables de interés interinstitucional para el modelo del primer nivel de atención.
- Se realizó la capacitación al personal operativo que implementará el sistema en los estados de Oaxaca, Guanajuato y Sinaloa.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales

- Se elaboraron los manuales del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales y el de procedimientos para el odontólogo de la unidad centinela del sistema.
- Se aprobaron los manuales por el grupo interinstitucional
- Se tiene un avance del 80 por ciento en el diseño de la prueba piloto.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama

- Se instrumentó la fase piloto del sistema.
- Se probó el software en línea en tres entidades participantes (Tamaulipas, Durango y Veracruz).
- Actualmente se trabaja con las instituciones en la elaboración del flujo de atención de pacientes en sus unidades para incorporarlas al sistema.

Protección de la salud ante el riesgo de bioterrorismo

- Se integró el bioterrorismo al blindaje de Seguridad Nacional que proporciona el Comité Nacional de Seguridad en Salud (CNSS).
- Se elaboró el Manual de Preparación y Respuesta ante un Brote de Viruela con participación de los miembros del CNSS.
- Las seis entidades federativas de la frontera norte ya tienen sus Planes Estatales y Jurisdiccionales y sus Lineamientos de Seguridad en Salud.
- Diecinueve entidades federativas han elaborado sus Planes Estatales y 17 sus Lineamientos de Seguridad en Salud de Bioterrorismo.
- México participó en la simulación “Global Mercury” en coordinación con los países miembros del GHSAG (Grupo Global de Seguridad en Salud) con el fin de evaluar los protocolos de comunicación internacional durante eventos de bioterrorismo.
- Se han realizado cinco Foros Binacionales de Preparación y Respuesta a Emergencias en Salud Pública en coordinación con el Departamento de Salud de Texas y con apoyo de la Comisión de Salud Fronteriza México- E.U., en los que ha participado personal de los Servicios Estatales y Jurisdiccionales de Salud de las entidades de la frontera norte.
- México fue la sede de la Reunión de Trabajo para Mejores Prácticas y Coordinación para la Investigación de Brotes y Epidemiología de Campo, a la que asistieron representantes de los países y organizaciones que integran el GHSAG.

Vigilancia epidemiológica de lesiones por causa externa

- Se continuó con la vigilancia epidemiológica activa de lesiones y daños a la salud como consecuencia de temperaturas ambientales extremas.
- Se realizaron 52 informes semanales así como un registro nominal de defunciones ocurridas en climas fríos y muy fríos así como el correspondiente a las temperaturas calurosas.
- Se concluyó un análisis de los últimos diez años sobre la mortalidad observada en el contexto de temperaturas bajas y temperaturas cálidas extremas; presentándose al Grupo Interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica los días 24 de abril (temperaturas frías) y 20 de mayo (temperaturas cálidas).

Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas

- Se elaboró y reprodujo del compendio 2001.
- Se distribuyeron los compendios 1998, 1999 y 2000 a las 32 entidades federativas.
- Se recopiló de la información de neoplasias malignas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales del 2002 y 2003 en las 32 entidades federativas.
- Se hizo el diagnóstico situacional de la operación del RHNM.
- Se puso en marcha el desarrollo del proyecto de descentralización del RHNM con 13 entidades federativas para iniciar la primera fase de este proyecto.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Defectos de Tubo Neural (DTN).

- Se actualizó el manual de vigilancia epidemiológica de DTN.
- Se actualizó el formato de estudio de caso y distribución a las 32 entidades federativas.

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)

Una parte fundamental de la vigilancia epidemiológica lo constituyen los procedimientos diagnósticos de laboratorio. El InDRE realizó una serie de actividades durante el periodo de septiembre de 2003 a agosto de 2004, entre las que destacan:

Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública

- Diseño de nuevos indicadores para el Boletín Caminando a la Excelencia. Se definieron los indicadores que se utilizarán a partir de enero de 2005.

Recepción de muestras

- Se redujeron los tiempos de recepción y distribución de muestras.
- Se hizo un diagnóstico situacional de los tiempos de emisión de resultados.
- Se mejoró de la captura de información con que llegan las muestras.

Capacitación y enseñanza

- Se formaron gerentes en salud pública: ocho personas obtuvieron su Diplomado en Gerencia en Salud Pública.
- 300 personas participaron en los cursos de calidad.
- Se realizaron cursos teórico prácticos sobre los siguientes temas: Rotavirus, Entomología, Urgencias Epidemiológicas, Toxoplasmosis, *Escherichia coli*, Lepra, Tuberculosis, Infecciones Bacterianas Agudas, Influenza, Zoonosis y Leptospirosis.

Para las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, se realizaron las siguientes actividades en el lapso de septiembre de 2003 a agosto de 2004:

Tos ferina

- Se realizaron actividades de vigilancia epidemiológica de la tos ferina en toda la República Mexicana a partir del estudio de caso de síndrome coqueluchoide y sus contactos intradomiciliarios para la confirmación de *Bordetella pertussis*. Se realizaron 887 estudios para diagnóstico de tos ferina.
- Se realizaron actividades de control de calidad y/o referencia para garantizar la calidad del diagnóstico de tos ferina. Se confirmaron 44 cepas enviadas por los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP).
- Se llevaron a cabo actividades de innovación tecnológica mediante la implementación de PCR para tos ferina, lo que aumenta la sensibilidad del diagnóstico.

Difteria

- Se implantaron medidas de vigilancia epidemiológica de la difteria a partir del estudio de caso y sus contactos para la confirmación de *Corynebacterium diphtheriae*. Se realizaron estudios de búsqueda del agente en 76 muestras.
- Se apoyó la evaluación de la vacuna mediante estudios serológicos. Se realizó la serología de seis posibles casos.

Tétanos

- Se apoyó la evaluación de la eficiencia de la vacuna mediante estudios serológicos. Se realizó el estudio serológico de 29 posibles casos.
- Se capacitó y actualizó del personal de los Laboratorios Estatales de Salud Pública. Se capacitaron 16 químicos.

Poliovirus

- Se llevaron a cabo diagnósticos precisos en el brote de encefalitis aséptica de Sinaloa y Sonora.
- Se hizo vigilancia de los poliovirus circulantes que sean vacunales verificando que no tuvieran alguna desviación hacia salvaje.
- Se hizo vigilancia de la no circulación de poliovirus salvajes en la República Mexicana.

Sarampión

- Se llevaron a cabo actividades de referencia y control de calidad en 28 laboratorios estatales.
- Se realiza aislamiento viral en células B-95, logrando en 2003 el aislamiento en cinco muestras

de exudado faríngeo, lo que permitió la genotipificación del virus circulante en el CDC de Atlanta. En 2004 se logró el aislamiento en ocho muestras de exudados faríngeos y orina.

- Tanto en 2003 como en 2004, el genotipo circulante fue el H1, que corresponde a un virus importado de Corea. En 2004 se llevó a cabo la misma identificación del genotipo en el InDRE que en el CDC de Atlanta.
- Se capacitó a los Laboratorios Estatales de Salud Pública de Zacatecas y Querétaro para fortalecer la vigilancia epidemiológica de las EFES en México.
- Se hizo el diagnóstico, mediante la prueba de ELISA de captura / ELISA indirecta, de 2 264 sueros en el año 2004 en apoyo al programa del Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia y la vigilancia epidemiológica.
- Se capacitó al Distrito Federal para la realización del diagnóstico de sarampión y rubéola.

Tuberculosis

- Se pactó un convenio de colaboración entre México y EUA a través de USAID para mejorar la infraestructura de la Red de Laboratorios de TB mediante la compra de equipo.
- Para estandarizar las técnicas de diagnóstico de laboratorio de TB se elaboró el Manual de Procedimientos de Laboratorio para Baciloscopia.
- Se evaluó una prueba rápida de diagnóstico para TB pulmonar activa.
- A través de la operación de las Unidades Móviles se dio apoyo al diagnóstico en zonas difíciles o con alta incidencia en los estados de Guerrero, Puebla, Veracruz y Oaxaca.
- Se realizaron pruebas de eficiencia a microscopistas de la Red para la verificación del desempeño en diagnóstico. Se aprobó al 80 por ciento de los 10 543 microscopistas evaluados.
- Se llevaron a cabo actividades de capacitación en aspectos avanzados del cultivo de micobacterias para el ulterior fortalecimiento de las actividades de aislamiento, tipificación y estudios de resistencia.

Paludismo

- Para el diagnóstico de paludismo se procesaron y se reportaron los resultados de 36 muestras.
- Se observaron 30 984 muestras correspondientes a 20 laboratorios estatales y 128 laboratorios locales que componen la red de diagnóstico. La concordancia fue de 99.8 por ciento.
- Se transfirió la responsabilidad del diagnóstico de paludismo a los laboratorios estatales.

Dengue

- Se dio apoyo en emergencias epidemiológicas por meteoros (huracanes y ciclones).
- Se apoyó a estados que requieren el montaje de laboratorios para pruebas serológicas en

emergencias por dengue.

- Se capacitó a personal del estado de Veracruz en técnicas de PCR y aislamiento, con el fin de ofrecer resultados oportunos.
- El InDRE apoyó en actividades diagnósticas a 13 LESP, a los cuales se capacitará para que realicen sus propios diagnósticos.
- Se llevaron a cabo actividades de control de calidad en 21 laboratorios para dengue clásico. Se evalúan mediante paneles de eficiencia. Sólo se realizan confirmaciones para dengue hemorrágico.

Cólera

- Se llevaron a cabo actividades, de Vigilancia de *V. cholerae* en el agua para uso y consumo humano, y en agua residual. Se realizó control de calidad y/o referencia a 3 799 cepas enviadas por los laboratorios estatales.
- Se hizo vigilancia de *V. cholerae* en alimentos de origen marino frescos y preparados. Se realizó control de calidad y/o referencia a 1 137 cepas enviadas por los laboratorios estatales.
- En el periodo que se informa, se hicieron 470 búsquedas en muestras de origen humano.
- Se hizo vigilancia de la susceptibilidad y/o resistencia a los antimicrobianos de cepas aisladas a partir de seres humanos.
- Se apoyó a los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal en casos de brotes diarreicos asociados al consumo de alimentos.

Oncocercosis

- Se incorporó al marco analítico del InDRE una prueba para la detección de anticuerpos contra *Onchocerca* con sensibilidad y especificidad diagnósticas de 86 y 100 por ciento, respectivamente.
- Se procesaron cinco muestras entre septiembre del 2003 y mayo del 2004.

Lepra

- Se llevaron a cabo actividades de capacitación para intensificar y mejorar las actividades del diagnóstico de laboratorio en lepra. Se diseñaron los programas de dos cursos para los meses de julio y agosto del 2004.
- Se llevaron a cabo actividades de control de calidad de baciloscopia de lepra para asegurar la calidad del diagnóstico de laboratorio en lepra.

Brucelosis

- Se llevaron a cabo actividades de vigilancia de *Brucella* spp en humanos y en el control del seguimiento terapéutico. Se realizó control de calidad y/o referencia a 2 730 sueros enviados por los laboratorios y se procesaron 594 sueros de aquellos laboratorios que no poseen capacidad

para el diagnóstico.

- Se llevaron a cabo actividades de coordinación de los laboratorios de diagnóstico de brucelosis en apoyo a la vigilancia epidemiológica. Se suministraron insumos (263 frascos de antígeno blanco y antígeno rosa de bengala, 52 frascos de controles positivos, negativos y hemocultivos) para la búsqueda de casos.
- Se brindó apoyo al estado de Hidalgo con el cultivo de 17 muestras de alimentos (quesos) de un brote en el municipio de Tecozautla, Jurisdicción Huichapan.

Rabia

- Se apoyó en actividades de control de la calidad a 17 laboratorios estatales, en diagnóstico y referencia de muestras de encéfalos sospechosos de rabia.
- Se realizó inoculación intracerebral en ratones lactantes de muestras positivas de importancia epidemiológica para su determinación antigénica.
- Se capacitó a personal de Guatemala, Aguascalientes y del Centro Nacional de Salud Animal en la caracterización antigénica del virus de la rabia.

VIH-SIDA e ITS

- Se realizaron actividades de capacitación y referencia para los seis laboratorios mexicanos fronterizos.
- Se dio seguimiento de la función inmune y pronóstico de vida a casi 3 500 pacientes infectados con el VIH.
- Se incrementó el marco analítico en el InDRE con la incorporación del aislamiento y clasificación molecular e IFD para parásitos oportunistas asociados a VIH.
- A los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico se les dio a conocer la calidad de 44 reactivos comerciales para VIH, 32 para hepatitis A, B y C, 12 para sífilis y cinco para carga viral.

3.4 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Con el objetivo de fortalecer las acciones realizadas por el Programa Nacional de VIH/SIDA, el CONASIDA trabajó a través de sus diferentes comités, los cuales tienen una representación multisectorial. Entre las actividades realizadas por los mismos destacan las siguientes:

Comité de Monitoreo y Evaluación

El Comité de Monitoreo y Evaluación continuó la difusión del documento estadístico “Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México” a través de la página *web* del CENSIDA. Asimismo, continuó trabajando en el Programa de Corrección de Subregistro de Casos de SIDA, el cual se realizó de

manera conjunta con las demás instituciones de salud y los programas estatales de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, cuyo impacto se observó en la disminución del subregistro de 33 a 16 por ciento.

El grupo de trabajo sobre información sectorial presentó el “Boletín de Información Sectorial en VIH/SIDA”, que contiene datos de 1999 a 2003 relacionados con los componentes del Programa de Acción, con énfasis en la prevención perinatal, la prevención sexual, la atención integral.

Comité de Atención Integral

En julio del 2004, el Comité de Atención Integral inició la actualización de la guía de tratamiento para asegurar que se incluyan las recomendaciones pertinentes para el uso de los nuevos medicamentos.

Comité de Prevención

Este comité está elaborando una “Guía de Prevención” que será la primera en su tipo en la región de América Latina y el Caribe. Esta guía permitirá que en la respuesta a la epidemia se puedan optimizar los recursos para realizar actividades de prevención más eficaces.

Comité de Normatividad y Derechos Humanos

Este comité está evaluando la propuesta que se le entregará a la Secretaría de Gobernación para la elaboración del Plan de Acción Nacional en Materia de Derechos Humanos.

Publicaciones

Se registró una producción de 22 mil ejemplares de productos comunicativos, tanto impresos como en formato electrónico, que incluyen, principalmente, la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA, así como carteles de apoyo a la campaña mundial anual denominada Día Mundial de la Lucha contra el SIDA.

Distribución de condones

Durante el periodo de septiembre de 2003 a agosto de 2004, el CENSIDA entregó 1 257 000 condones para que se distribuyeran a la población vulnerable al VIH/SIDA/ITS a través de organizaciones civiles del país. Asimismo, se estima que fueron distribuidos 78 millones de condones por parte de los Programas de VIH/SIDA e ITS y Planificación Familiar.

Servicios de información a la población

La difusión de información sobre VIH/SIDA, a través de la página *web* del CENSIDA, tuvo un promedio de 17 mil accesos mensuales, cifra que se mantiene estable con respecto al periodo anterior, con lo cual el sitio se sigue consolidando como el más visitado dentro de la Secretaría de Salud.

Proyecto “Prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad” (SSA-Banco Mundial)

Durante el 2003, se puso a disposición de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con poblaciones altamente vulnerables al VIH/SIDA la capacitación en el manejo básico de programas de cómputo, el

cual permitirá mejorar el uso de estas herramientas para aumentar sus capacidades para las actividades diarias. El total de personas capacitadas fue de 92.

Para obtener una medición basal de la prevalencia del VIH, se realizaron encuestas de prevalencia y vigilancia de comportamiento de VIH entre octubre de 2003 y enero del 2004, en estrecha colaboración con los programas estatales de VIH/SIDA y organizaciones civiles locales en las siguientes ciudades y poblaciones:

- a) Distrito Federal: trabajadores sexuales.
- b) Tijuana, Baja California: trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables.
- c) Guadalajara, Jalisco: hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales.
- d) Veracruz, Veracruz: trabajadoras sexuales.

Educación y capacitación

Se continuaron realizando actividades de coordinación y asistencia técnica para el desarrollo y puesta en marcha de las estrategias preventivas de las organizaciones locales involucradas en la II Fase del Proyecto Colaborativo CENSIDA-INSP: *“Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos”*, que se lleva a cabo en las estaciones fronterizas de Chetumal, Quintana Roo-Corozal, Belice y Ciudad Hidalgo, Chiapas-Tecún Umán, Guatemala.

Se llevaron a cabo actividades de promoción y difusión de la información organizadas por instituciones del sector público y privado, con un total de 2 864 asistentes.

Prevención perinatal

Con la finalidad de disminuir la transmisión vertical, se ofrece la detección del VIH a la embarazadas; lo que redundará en la oportunidad del diagnóstico y la profilaxis. Cabe señalar que el costo de la profilaxis es asumido por los servicios de salud de los estados. También se ha incrementado la detección de sífilis en mujeres embarazadas.

Prevención sanguínea

CENSIDA participa en el Comité Interinstitucional de Transfusión Sanguínea para promover el cumplimiento de la normatividad y garantizar el tamizaje del 100 por ciento de la sangre transfundida, así como la promoción de la autoexclusión de donadores.

Como parte del trabajo realizado en el área de la transmisión sanguínea del VIH/SIDA por uso de drogas inyectables, se impartieron talleres de capacitación para la reducción del daño en usuarios de drogas inyectables de los cinco estados de la frontera norte, en los que se capacitó aproximadamente a 150 personas.

Atención integral de personas viviendo con VIH/SIDA e ITS

En diciembre de 2003 se sostuvieron reuniones con los 32 responsables estatales, en las que se actualizaron

las bases de datos de acceso a tratamiento antirretroviral de la población que carece de seguridad social. La finalidad fue contar con información oportuna y objetiva acerca de las necesidades de medicamentos por entidad federativa con el objeto de iniciar las gestiones para la compra de estos insumos. Actualmente se cuenta con un registro actualizado de los pacientes y se ha facilitado el uso racional de los medicamentos antirretrovirales de acuerdo a lo establecido en los documentos técnicos en la materia, situación que repercute en la disminución del costo de las terapias antirretrovirales y permite la universalidad en el acceso a medicamentos.

En este contexto, en febrero de 2004 se citó a los responsables estatales de 26 de las entidades federativas para revisar con cada uno de ellos las existencias de antirretrovirales las defunciones ocurridas, los cambios de esquema, los menores con terapia antirretroviral y los requerimientos para pacientes que necesitan iniciar su tratamiento ARV.

Capacitación a personal de salud

Con la finalidad de aumentar la calidad de la atención que se brinda a las personas con VIH/SIDA, durante el periodo de referencia se concluyó la elaboración de la Guía de Tratamiento Antirretroviral 2003-2004, misma que se distribuyó a las 32 entidades federativas para su conocimiento y aplicación en los Centros de Atención de VIH/SIDA.

Calidad de la Atención Médica

En coordinación con la Dirección General de Innovación y Calidad, se ha participado en la elaboración del documento que servirá como marco de referencia para la acreditación de los hospitales que son sede de los servicios especializados. Con esta medida se estandarizan los criterios para el manejo de pacientes con VIH/SIDA en toda la República Mexicana.

En 2004, se concluirá la intervención que realizó Japón por medio de la Agencia Internacional de Cooperación del Japón. El apoyo a México consistió en donar equipo de cómputo para sistematizar el manejo administrativo que conlleva la atención de pacientes con VIH/SIDA. Asimismo se equipó a los laboratorios de los Centros de Atención Especializada para mejorar la calidad de la atención de las personas que viven con VIH/SIDA.

Binomio SIDA-tuberculosis

A partir de enero de 2004 se han sostenido una serie de reuniones entre personal de los Programas de VIH/SIDA y Micobacteriosis con el objetivo de instrumentar una estrategia de coordinación entre ambos programas para el combate del binomio SIDA/Tb. Los objetivos de esta estrategia son disminuir la morbilidad y mortalidad de los enfermos con VIH co-infectados con tuberculosis, disminuir el riesgo de contagio a la población y reducir la fármaco-resistencia a los antituberculosos.

Campañas en medios

Con relación a las campañas de difusión en medios masivos, durante este periodo se difundió la campaña "Lazo Rojo", la que a partir de esta fase y en lo sucesivo estará enfocada a atacar el estigma y la

discriminación asociados a comportamientos de riesgo, género, sexualidades, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La transmisión de esta campaña generó alrededor de medio millón de impactos mediante 900 estaciones de radio y 100 canales de televisión en tiempos fiscales a nivel nacional. Además, se distribuyeron cerca de 40 mil ejemplares de diferentes materiales educativos, productos comunicativos y publicaciones técnicas a través de los 32 programas estatales de VIH/SIDA, instituciones de otros sectores., y organizaciones de la sociedad civil.

Estigma y discriminación de menores afectados por el VIH/SIDA

Derivado de denuncias ciudadanas relativas a la discriminación y rechazo de niños en escuelas estatales, se han establecido políticas de atención para que se permita el regreso a los centros escolares con apoyo de las autoridades y organizaciones civiles locales.

Reuniones

Se realizó en el mes de abril la 6ª Reunión de la Comisión Asesora Plural del Proyecto “*Prevención de la infección de VIH en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad*”.

Actividades internacionales

- En enero de 2004, México participó en el Comité de la OPS para elaborar las estrategias e intervenciones de la Propuesta Tres por Cinco para América Latina y el Caribe. Esta estrategia, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, tiene como objetivo garantizar el acceso a tratamiento antirretroviral a tres millones de personas cuando finalice el año 2005.
- Se participó en el Tercer Congreso Centroamericano de VIH/SIDA en la Ciudad de Panamá.
- En coordinación con el Ministerio de Salud de Costa Rica se organizó la Reunión de Trabajo de Jefes de Programas de VIH/SIDA de México y Centroamérica.
- Se logró la elegibilidad de México y de otros países Latinoamericanos clasificados como de ingreso medio alto por el Banco Mundial para obtener financiamiento del Fondo Global.

3.5 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Planificación familiar

Las estrategias, metas y acciones del programa de Planificación Familiar se plantean dentro de un marco de actuación que permita aumentar la información y el acceso a servicios de salud reproductiva para contribuir a reducir los rezagos en salud que afectan a la población.

- Durante el periodo de septiembre del 2003 a agosto del 2004 se actualizaron las Normas Oficiales Mexicanas 035-SSA-2-2000 *Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Posmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la atención médica* y la NOM-005-SSA2-1993, *de los Servicios de Planificación Familiar*.
- Como parte de las estrategias establecidas para favorecer el abasto de insumos, se realizó una compra federal cuyo objetivo es ampliar la gama de métodos anticonceptivos ofertados. Se

adquirieron 12 000 implantes subdérmicos, los cuales fueron distribuidos en 17 estados. Asimismo, se distribuyeron 100 000 hormonales orales, 100 000 inyectables mensuales y 45 000 dispositivos para nupáras entre las 32 entidades federativas. En coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se llevó al cabo por segunda ocasión la Estrategia de Compra Coordinada de Métodos Anticonceptivos a la que se incorporaron 18 estados.

- Durante el periodo que se informa, con el objetivo de mantener un canal efectivo de capacitación y asesoría en servicio, y para continuar con un mecanismo de apoyo en la resolución de la problemática específica del programa en las entidades federativas, se llevaron a efecto un total de seis visitas de asesoría y asistencia técnica integral a los estados de Campeche, Estado de México, Michoacán, Hidalgo, Quintana Roo y Yucatán.
- Se elaboró el Boletín Informativo “Caminando a la Excelencia” con el fin de continuar con la difusión de los resultados del programa Institucional; además, se elaboraron 32 informes ejecutivos de avances y resultados del programa de Salud Reproductiva, con el objeto de que sean utilizados por las entidades federativas para identificar áreas de oportunidad y de mejora en su desempeño.

Anticoncepción postevento obstétrico

Con el objetivo de ampliar la cobertura y favorecer la prestación de servicios con calidad en esta materia, se llevaron a cabo dos talleres de actualización en anticoncepción postparto, postcesárea, trancesárea y postaborto, dirigidos al personal que atiende estos eventos en los estados de Jalisco y Morelos con la participación de 43 prestadores de servicios.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

Para contribuir a reforzar las acciones de capacitación para personal multidisciplinario prestador de servicios que trabaja con adolescentes, se realizaron tres cursos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se instalaron consultorios de los Servicios Amigables de Salud Sexual y Reproductiva, se distribuyó equipo e instrumental médico para facilitar la prestación de este servicio en 25 entidades federativas y se desarrolló una página virtual de consulta con temas de salud sexual y reproductiva denominada www.yquesexo.com, la cual tiene el propósito de facilitar la interacción con adolescentes en esta temática, e identificar sus necesidades de información y las posibles formas de abordaje.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hombre

Para apoyar la realización de la técnica de vasectomía sin bisturí se distribuyeron 138 juegos de pinzas para vasectomía en 31 entidades federativas y se entregaron 25 simuladores clínicos para el cuidado del hombre en igual número de estados.

Se realizaron cuatro visitas de evaluación a personal médico en la técnica de vasectomía sin bisturí acreditándose 10 médicos de Baja California, Estado de México y Sonora. En este periodo se concluyó el estudio multicéntrico nacional para determinar la prevalencia del virus del papiloma humano en hombres vasectomizados, en el que participaron 14 entidades federativas.

Grupos vulnerables

Se continuó la capacitación para comunidades indígenas a través de un taller de sensibilización en salud sexual y reproductiva en Nayarit con la participación de 51 prestadores de servicio de la Secretaría de Salud del estado.

Se apoyó con docentes a tres talleres de capacitación sensibilización en salud sexual y reproductiva para comunidades indígenas donde participaron 94 prestadores de servicio. Se desarrolló un proyecto de evaluación del modelo de atención en salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas.

Salud reproductiva

En 2003 se estimó un total de 12.1 millones de usuarias activas de métodos de planificación familiar, lo que representó una cobertura de 72.6 por ciento del total de las mujeres en edad fértil unidas y un incremento de más de 303 mil usuarias respecto al año anterior. Se estima que el incremento en el uso de métodos anticonceptivos lleve la cifra de usuarias a 73.1 por ciento. La tasa global de fecundidad en 2003 fue de 2.21 hijos por mujer, en tanto que se estima que para 2004 disminuirá a 2.16.

Al mes de diciembre de 2003, de acuerdo con los reportes de Sistema de Información en Salud (SIS) había en el programa 2.9 millones de usuarias y usuarios activos de métodos anticonceptivos otorgados por la Secretaría de Salud, lo que representó una cobertura de 22.5 por cada cien mujeres en edad fértil de la población potencialmente usuaria de los servicios de la institución. Para agosto del 2004, se estiman 3 millones de usuarios, alcanzando 3.1 para fines de 2004, lo que representará un incremento de 4.4 por ciento respecto al logro de diciembre de 2003.

La tasa de retención de usuarias y usuarios de anticonceptivos registrada durante 2003 fue de 71.8 por ciento. Para 2004 se estima una tasa de 72.1 por ciento. Durante 2003, de acuerdo a datos del SIS, se realizaron 5 557 vasectomías, lo que representó una productividad mensual de 463 procedimientos quirúrgicos.

Cáncer de mama

Entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se lograron avances significativos en la operatividad de este Programa. La Secretaría de Salud cuenta con 97 equipos de mastografía, los que han contribuido a realizar aproximadamente 100 000 mastografías con un avance de más de 57 por ciento comparado con el periodo anterior. Además, se han entregado 11 ultrasonidos equipados y 40 negatoscopios. Se proporcionaron tres equipos de estereotaxia y dos mammotome, con lo que se podrá mejorar el diagnóstico en esta neoplasia. En todo el país se implementará el sistema de información computarizado PROMAMA, para lo cual se entregaron en este mismo periodo 139 equipos de cómputo.

Se adquirieron medicamentos oncológicos específicos para el tratamiento de esta neoplasia maligna, los cuales se distribuyeron entre los 24 Centros Oncológicos Estatales del país.

Durante el periodo que se informa, la Secretaría de Salud continuó con la instrumentación del modelo de atención para la detección y seguimiento del cáncer mamario en los estados de Durango, Veracruz y Tamaulipas a través de una prueba en sangre denominada Biodecan. Esto ha permitido tamizar a 34 774 mujeres mayores de 40 años a través de muestras de sangre y efectuar 3 518 estudios de mastografía.

En el Instituto Nacional de Cancerología y en el Hospital General de México se continúa la actualización de médicos y técnicos radiólogos de las unidades que cuentan con mastógrafo, lo que se tradujo en un aumento sostenido de la productividad de mastografías realizadas. Asimismo, se realizaron cinco cursos sobre el sistema informativo de PROMAMA dirigido al personal responsable del programa en todo el país.

Con el patrocinio de la industria farmacéutica y en coordinación con la Federación de Anatomía Patológica de la República Mexicana, se desarrollaron cuatro Talleres de Correlación Clínica, Radiológica y Anatomopatológica de la Glándula Mamaria, en los que se actualizó a 227 médicos especialistas que participan en actividades de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. En este mismo periodo se han realizado tres cursos de actualización en patología mamaria dirigidos a 110 médicos prestadores del servicio del primer nivel de atención de las entidades federativas.

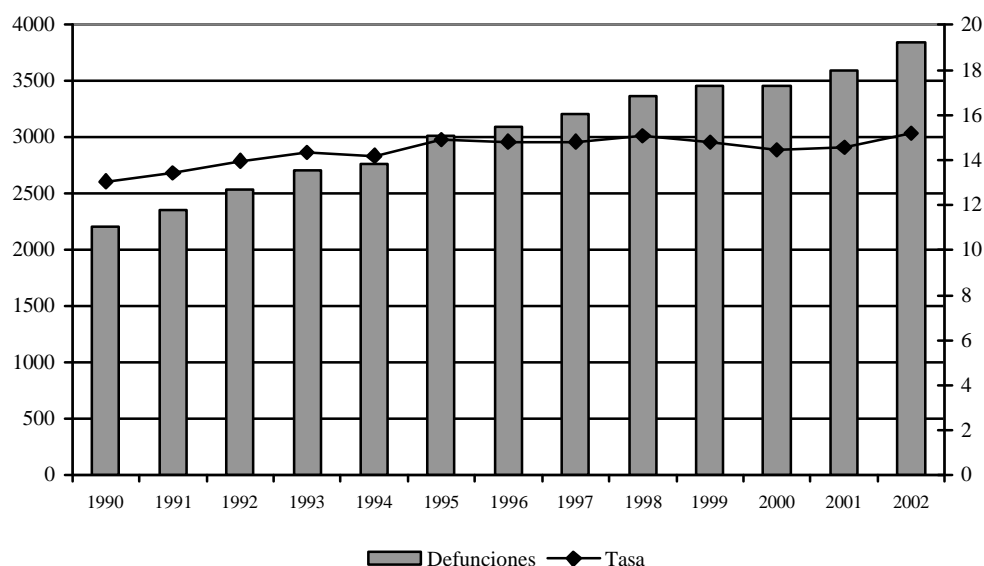
En coordinación con la Asociación Mexicana de Mastología y el Instituto Nacional de Cancerología, se efectuó la Cuarta Reunión Nacional del Programa de Acción contra el Cáncer de Mama, con la asistencia de 347 participantes de todo el país, involucrados directamente en la detección, diagnóstico y tratamiento de esta neoplasia.

Para favorecer las acciones de comunicación social y proporcionar apoyo técnico al prestador de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención, se han distribuido a todas las entidades federativas 13 tipos diferentes de materiales y contenidos educativos consistentes en carteles, trípticos y tarjetones. Con el apoyo de la industria farmacéutica se imprimieron 30 000 ejemplares de la NOM que fueron distribuidos en las 32 entidades federativas, así como academias, asociaciones médicas y civiles, relacionadas con el cáncer mamario.

Se participó en dos eventos organizados por la empresa Avon. En el primero, dirigido a población abierta denominada “Carrera Avon”, se proporcionó información acerca de la técnica de la autoexploración mamaria. En el segundo, en las oficinas de la empresa, durante cinco días y con apoyo de la unidad móvil se realizaron estudios de mastografía y enseñanza de la autoexploración a 68 empleadas de la compañía. También se participó en la “Expo: Todo en Diabetes”, evento organizado por Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Coordinación de Atención a la Salud del Adulto y el Anciano, en el cual además de proporcionar información y enseñar la técnica de autoexploración mamaria, se entregaron a la población 1 383 Cartillas de Salud.

Las acciones emprendidas en materia de detección y control del cáncer de mama contribuirán a modificar favorablemente la tendencia de la mortalidad por esta neoplasia.

Número de defunciones y tasa de mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 años y más 1990-2002



Cáncer cérvico uterino

Las estrategias, metas y acciones del programa se plantean dentro de un marco de actuación que garantiza el aumento de la cobertura de prevención y control, y la mejora de la oportunidad y eficiencia del tratamiento de acuerdo con la complejidad técnica en los diversos niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Durante el periodo de septiembre del 2003 a agosto del 2004 se actualizó la Norma Oficial Mexicana 014-SSA-2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Actualmente dicha norma está en espera de ser publicada en el Diario Oficial de la Federación.

Con la finalidad de apoyar la capacitación del personal, se realizó el Curso Internacional de Colposcopia y se llevó a cabo la Reunión Nacional para la actualización de Citólogos, Patólogos y Citotecnólogos, y Técnicos en Tinción de las entidades federativas. Se realizó el Congreso Internacional del VPH (virus de papiloma humano) para la actualización de los responsables de programa de nivel nacional, y se realizó la Tercera Reunión Nacional “Caminando a la Excelencia”.

Se participó en la compra y distribución de insumos en las 32 entidades federativas, lo que garantiza el abasto en todas las áreas dedicadas a la toma de la muestra (Papanicolaou), tinción y lectura de la misma, y diagnóstico y tratamiento (Clínica de Displasias) de las lesiones preneoplásicas y cáncer *in situ*.

Con la participación de Avon Cosmetics, a través de la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, se elaboraron y distribuyeron folletos para la difusión de los factores de riesgo y métodos de prevención y detección oportuna y tratamiento del cáncer cérvico uterino. También se compró instrumental para habilitar las clínicas de displasias, así como cuatro colposcopios con cámara y monitor para apoyar la enseñanza en colposcopia en los estados de Guerrero, Chihuahua, Tabasco y Jalisco. Asimismo, se adquirieron cuatro microscopios de doble observación y diez de rutina para los estados de Querétaro, Chihuahua, Jalisco, Michoacán y San Luis Potosí.

Durante el periodo se llevaron a efecto un total de diez visitas de asesoría, supervisión y asistencia técnica a los estados de Baja California Sur, Chiapas, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Yucatán.

Entre los resultados más importantes de este programa se pueden mencionar los siguientes:

- el fortalecimiento de la capacitación del personal operativo y gerencial del Programa de Cáncer Cérvico Uterino con un incremento en la calidad de la toma del estudio citológico (Papanicolaou).
- la detección oportuna de lesiones premalignas NIC II y NIC III, y 62.2 por ciento de tratamientos oportunos de lesiones premalignas NIC II.
- la atención oportuna en las áreas indígenas y municipios con alta marginación a través de las unidades móviles, con un logro de 197 477 mujeres tamizadas.

Las acciones realizadas durante el periodo analizado en el programa de cáncer cérvico uterino del Sistema de información PROCACU, permitieron evaluar la capacidad, calidad y confiabilidad de los servicios, lo que permitió medir los avances en las 32 entidades federativas.

En 2003 la tasa preliminar de mortalidad fue de 16.70 por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que representa una reducción de 1.65 por ciento con relación a 2002 y del 13.5 por ciento con relación al 2000.

Programa Arranque Parejo en la Vida (APV)

- En el periodo de referencia se continuó con las Jornadas Intensivas en APV, en Valles Centrales, Oaxaca, Tehuacán, Puebla, Cuernavaca, Morelos y Huamantla, Tlaxcala, donde el nivel federal, estatal y jurisdiccional se han unido para promover los servicios de salud mediante el levantamiento de censos de embarazadas, puérperas y menores de dos años con el objeto de detectar y canalizar a embarazadas y menores de dos años en situación de riesgo para su salud. A finales de julio y principios de agosto se realizó otra Jornada Intensiva en APV en Aquismón, San Luis Potosí, con la particularidad de que ésta tuvo un desarrollo regional.
- En mayo de 2004 se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología la ceremonia del tercer aniversario del programa APV con la presencia del Presidente de la República, el Secretario de Salud y representantes del Comité Nacional del Programa Arranque Parejo en la Vida.
- En este periodo se realizaron visitas de consolidación del Programa a los estados de Puebla, Oaxaca, Colima, Tlaxcala, Chiapas con la participación del Secretario de Salud, quien estuvo acompañado por la Sra. Marta Sahagún de Fox.
- En coordinación con el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral

(Conocer), se realizó el primer curso taller de Formación de Evaluadores y Verificadores de Competencia Laboral para la Certificación de las Parteras Tradicionales, con la asistencia de 21 participantes de los estados de Hidalgo, México, Morelos y Veracruz, del IMSS, del IMSS Oportunidades, del CIMIGen y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Posteriormente se realizó un segundo taller en Veracruz donde se certificó a las primeras 56 parteras.

- Se realizaron visitas de supervisión a los estados de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Puebla y Quintana Roo para corroborar la instalación del equipo médico donado por la Fundación Telmex.
- Para fortalecer los Servicios de Salud se han llevado a cabo tres talleres de acreditación en Veracruz, Morelos y Tabasco donde se certificaron 63 acreditadores de los Servicios Estatales de Salud, de PEMEX, ISSSTE, IMSS así como del ISST de Tabasco.
- Se llevó a cabo una Reunión de evaluación con los seis estados donde se han realizado Jornadas Intensivas APV (Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala), en la cual se adquirieron nuevos compromisos.
- En Nuevo Vallarta, Nayarit se realizó una reunión con los estados que aún no se incorporaban al programa de APV y que tienen tasas de mortalidad materna inferior al promedio nacional (Colima, Coahuila, Jalisco, Baja California, Tamaulipas y Zacatecas) para el intercambio de estrategias a llevar a cabo en estas entidades federativas.
- Para fortalecer la instalación de los SinDis se llevó a cabo una reunión con nueve coordinadores de SinDis de estados de la segunda etapa del programa (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tamaulipas y Yucatán).
- Se participó en el 4º Encuentro Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en el que se realizó el ejercicio de programación y presupuestación para 2005 de Ramo 33, en Jurica, Queretaro, donde se establecieron compromisos para el segundo semestre del año. En ese mismo encuentro se capacitó en la Metodología RAMOS a los encargados estatales del programa APV.
- En el mes de julio se celebró el Taller sobre Actualización en Tamiz Neonatal en el Instituto Nacional de Pediatría.
- Se presentó el primer borrador del Boletín Caminando a la Excelencia de Salud Materna y Perinatal ante representantes de las 32 entidades federativas.

Programa Mujer y Salud

- En el periodo de septiembre 2003 a agosto 2004 se continuó sensibilizando y capacitando en materia de género y salud a funcionarios de nivel medio y superior de las áreas centrales de la Secretaría de Salud. En 2003 se sensibilizó y capacitó a un total de 217 funcionarios.
- Se publicó la guía metodológica para la formulación de presupuestos públicos con enfoque de género en el sector salud en colaboración con tres organizaciones no gubernamentales y con el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de las Mujeres, guía que es utilizada en los talleres dirigidos a funcionarios y funcionarias para que realicen el proceso de programación –

presupuestación en salud con perspectiva de género.

- Se logró la certificación en equidad de género del Hospital de la Mujer y se encuentra en desarrollo un programa para la reducción de las desigualdades de género detectadas al interior de la organización.
- Se continúa desagregando por sexo los diversos sistemas de información en salud, lo que contribuye a la meta de contar con un sistema nacional de información en salud que permita acercarse al análisis de la situación de salud desde una perspectiva de género e identificar posibles desigualdades de género que tienen un impacto en la salud de mujeres y hombres. Se encuentra en proceso la medición comparativa de la carga de enfermedad asociada a distintas causas entre la población femenina a nivel nacional.
- Se publicó el libro “Género y Políticas en Salud”, el cual presenta los principales temas de la agenda de equidad de género en materia de salud que requieren de la instrumentación de una política pública.
- Se desarrolló una nueva página electrónica del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva con información científica y de actualidad sobre la relación entre género y salud, salud reproductiva, planificación familiar, cáncer en la mujer, así como documentos relacionados con los programas del centro.
- Se elaboraron los contenidos de las siguientes publicaciones orientadas a la difusión de las guías y folletos tales como: ABC de Género y Salud, Guía práctica sobre trastornos de la alimentación, Guía para la atención médica de víctimas de violación, Tríptico sobre violencia en el trabajo. Se adaptaron y revisaron los contenidos del Manual sobre Sexualidad y Discapacidad y del Proyecto H: trabajo de género y salud con hombres jóvenes.
- Se han incorporado un total de 14 entidades federativas al Programa *Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres* promovido por la Secretaría de Salud.
- Se ha concluido el diseño del Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, que se publicará en el segundo semestre de 2004 para su instrumentación en las 32 entidades federativas durante 2005.
- Se publicó la Encuesta Nacional de Violencia Familiar en Mujeres Usuarias de Servicios de Salud, con un total de 26 mil 81 mujeres entrevistadas en unidades de atención de las tres principales instituciones públicas de salud de las 32 entidades federativas. Con esto, se ha logrado dimensionar la magnitud del problema, así como los factores más comúnmente asociados al mismo.
- Se han impartido cuatro talleres en línea sobre prevención y atención a la violencia familiar dirigidos a enfermeras, médicos, trabajadoras sociales y psicólogos de unidades de primer y segundo nivel de atención de 16 entidades federativas. También se realizó, en conjunto con la UNAM y el INAH, el Diplomado de Antropología de la Violencia, dirigido a tomadores de

servicios intersectoriales con sede presencial en Distrito Federal y tres sedes por videoconferencias en entidades de la frontera norte: Mexicali, Tijuana y Cd. Juárez.

- Se impulsó la consolidación de la Red Nacional de Refugios y se apoyó el funcionamiento y la profesionalización del personal de refugios para mujeres y sus hijos que viven situaciones de violencia extrema en 17 entidades federativas: Nuevo León, Sinaloa, Coahuila, San Luis Potosí, Aguascalientes, Zacatecas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Chiapas, Chihuahua, Quintana Roo, Michoacán, Guanajuato, Distrito Federal y Tabasco.
- En el periodo que se informa, en colaboración con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, se elaboró y puso en marcha en áreas con 40 por ciento o más de población hablante de lengua indígena el proyecto “Prevención y atención a la violencia y sus consecuencias en la salud de las mujeres indígenas: Casas de la salud de las mujeres indígenas”, a través del cual se proporcionarán servicios culturalmente apropiados de prevención, detección y atención a casos de violencia familiar contra mujeres indígena. Los que se espera respondan a las necesidades de las afectadas y les permitan encontrar soluciones a esta problemática con la participación de organizaciones de mujeres indígenas, incluyendo parteras tradicionales y líderes comunitarios.

3.6 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CNSIA) es responsable de la coordinación del Consejo Nacional de Vacunación y tiene bajo su responsabilidad los siguientes programas: Salud de la Infancia, Salud de la Adolescencia y Vete Sano, Regresa Sano.

Dentro de sus atribuciones más importantes se encuentra la definición de las políticas de vacunación para toda la población blanco y la elaboración de las normas correspondientes.

Atención a la Salud de la Infancia

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia está dirigido a alcanzar altos niveles de calidad de vida en la población menor de 10 años, con acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud, mediante atención integrada, priorización de problemas con enfoque de riesgo y aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios.

La priorización para la atención del menor de 10 años busca elevar la calidad de vida mediante la disminución de rezagos, el logro de la equidad, la eficiencia y la excelencia en la prestación de los servicios, con plena satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Para ello, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia desarrolla sus actividades a través de cuatro componentes básicos: Vacunación, Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas y de Infecciones Respiratorias Agudas y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo.

Vacunación

México mantiene el esquema de vacunación más completo de América Latina tanto por el número de vacunas que lo integran y la población que beneficia, como por las coberturas alcanzada.

Las coberturas con esquema básico completo en niños de un año aumentaron a 95.5 por ciento durante el periodo que se reporta, incremento que representa un crecimiento de 1.5 por ciento con respecto al año anterior. Las coberturas alcanzadas en este grupo de edad según tipo de biológico fueron: Sabin, 98 por ciento; pentavalente, 97.9 por ciento; triple viral, 96.6 por ciento, y BCG, 99.8 por ciento. Las cifras de las tres primeras representan ligeros incrementos, mientras que la cobertura de BCG no presentó cambios.

La cobertura con esquema básico completo en preescolares fue de 98.1 por ciento, con un aumento del 0.4 por ciento con respecto al periodo anterior. De acuerdo al tipo de biológico, las coberturas alcanzadas fueron: Sabin, 99.2; pentavalente, 99.2; BCG, 99.8 y triple viral 98.4.

Las acciones de vacunación en México mantienen la erradicación de la poliomielitis desde 1990 y la eliminación de la difteria desde 1991.

Hasta la semana epidemiológica 28 de 2004, se registraron 64 casos de sarampión, los cuales fueron detectados en el Estado de México, Distrito Federal, Hidalgo, Campeche y Coahuila. Estos casos fueron causados por una cepa de origen asiático. Ante esta situación epidemiológica fue necesario realizar actividades masivas de vacunación y el reforzamiento de las actividades de vigilancia epidemiológica que contempla estrategias de intervención para la prevención, manejo, monitoreo, diagnóstico y control del sarampión, con énfasis en la población escolar de secundarias, preparatorias y universidades, públicas y privadas, de todo el país.

Las actividades de vacunación permanente se fortalecieron en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de cubrir a la población susceptible. En el periodo de enero al 23 de julio del 2004 se distribuyeron 16.5 millones de dosis de vacuna doble viral y se aplicaron más de 8.5 millones de dosis de la misma.

Las cifras finales de 2003 reportan un total de 97 casos de tos ferina en menores de 5 años y 6 casos de tétanos neonatal.

Prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas

Se registraron 2 009 decesos por enfermedades diarreicas en menores de cinco años en 2003, 2.8 por ciento más que en 2002. El número de defunciones por enfermedades respiratorias fue de 3 364, 13.6 por ciento menos que el año anterior.

Semanas Nacionales de Salud

Las Semanas Nacionales de Salud, han sido el eje conductor de las actividades intensivas de prevención y educación para la salud. En ellas se ofrecen acciones de salud pública orientadas a mejorar el estado de salud de los menores de cinco años de edad, ya sea mediante su contribución a la erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación o por brindar servicios que evitan el deterioro de los enfermos por falta de atención.

En el periodo de análisis se realizaron tres Semanas Nacionales de Salud, en las cuales participaron más de 16 mil unidades. En total se realizaron más de 138 millones de acciones de salud pública, que incluyeron la aplicación de 37.4 millones de dosis de biológicos. Para evitar el tétanos neonatal se aplicaron más de tres millones de dosis de toxoide tetánico en mujeres de 12 a 45 años en áreas de riesgo.

Se informó en el tema de diarreas a 15.3 millones de personas y sobre infecciones respiratorias agudas a más de 14 millones. En ambos casos se hizo énfasis en la detección oportuna de signos de alarma ante la ocurrencia de ambas enfermedades y sobre la importancia de la atención médica oportuna para reducir el riesgo de muerte. Se distribuyeron cerca 18.2 millones de sobres de Vida Suero Oral, promoviendo su uso para la prevención de la deshidratación ocasionada por diarreas.

Adicionalmente, se informó a un total de 6.1 millones de mujeres en edad fértil sobre la importancia de la vacunación contra tétanos, sobre todo cuando están embarazadas, a fin de prevenir la posibilidad de casos de tétanos neonatal.

Programa “vete sano, regresa sano”

En los municipios de alta movilidad, durante las Semanas Nacionales de Salud efectuadas en el periodo de septiembre 2003 a agosto 2004, se realizaron las siguientes acciones:

- Para la prevención de enfermedades diarreicas, respiratorias agudas y tétanos neonatal, se capacitó a más de 4 millones de madres o responsables de menores de cinco años, y se distribuyeron más de 2.4 millones de sobres de Vida Suero Oral.
- Se aplicaron más de 500 mil dosis de vacuna SR a personas de 12 y más años de edad.
- Se protegió contra tétanos y difteria a más de un millón de personas. También, se administraron 3 millones de dosis de albendazol en población de 2 a 14 años.

En lo referente a la red de servicios en apoyo a las familias de migrantes, se han desarrollado las siguientes acciones:

- Se diseñó el modelo de capacitación para líderes de población migrante y la Hoja de Abogacía para la Salud de los Migrantes Adolescentes.
- Se participó en la Tercera Semana Binacional de Salud, que se celebró en San Francisco, en el Estado de California de EUA.
- En el marco de la Iniciativa de Salud México-California (ISMECAL), en octubre de 2003 los responsables estatales del Programa Vete Sano, Regresa Sano de los estados de Jalisco, DF, Guanajuato, San Luis Potosí y Puebla realizaron la visita al estado de California, en el marco del programa de intercambio de promotoras de la salud. En reciprocidad, en abril y mayo de 2004, se contó con la visita a México de cinco promotoras de la salud, las cuales acudieron a Puebla, Hidalgo, Jalisco y el Distrito Federal.
- Se diseñó y difundió el ABC de la Salud de los Migrantes que contiene 50 temas de salud de acuerdo a la morbilidad y mortalidad de esta población, con el fin de promover acciones en beneficio del auto cuidado de su salud y sus familias.
- Se elaboró la carpeta técnica del Mensajero de la Salud de los Migrantes, que contiene 60 temas de salud con información básica por grupo de edad y sexo, para su difusión a través de la radio regional y local, con el propósito de promover una cultura de la prevención a lo largo de la vida.
- Se apoyaron proyectos de 10 organizaciones no gubernamentales con recursos de la

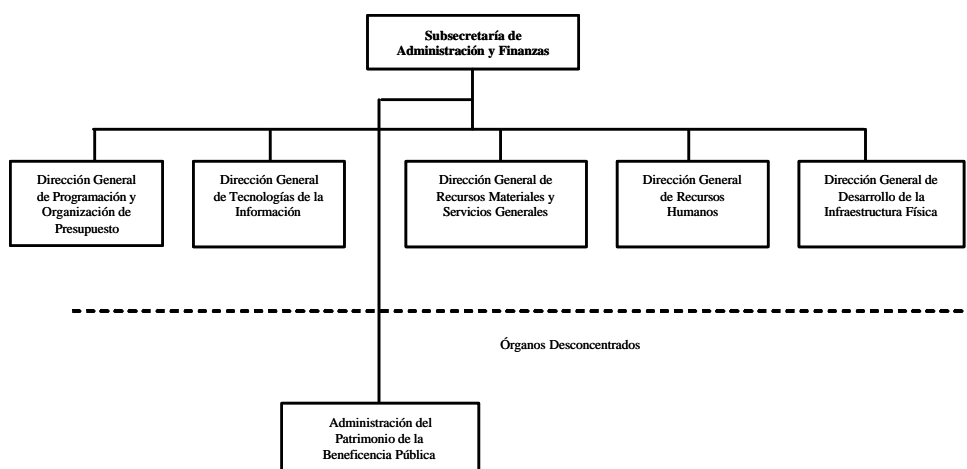
Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública que realizan acciones de educación para la salud y diseño de materiales a favor de la salud de los migrantes, tanto en el medio rural como urbano.

- Se elaboró e inició la difusión de las rutas de la salud de migrantes, que comprende los estados de origen, tránsito y destino, y que en su primera etapa consistió en el diseño de 50 mapas de ciudades con la ubicación de unidades médicas y domicilios. También se diseñó material promocional para 22 Consulados Mexicanos instalados en los estados de California, Arizona, Nuevo México y Texas.
- Se capacitó a 32 coordinadores estatales del programa paisano del Instituto Nacional de Migración; y se actualizó la Guía Paisano, que contiene información sobre los servicios que brinda la Secretaría de Salud a los migrantes que ingresan a México, vía terrestre o aérea en su ingreso, tránsito o retorno a Estados Unidos.
- Se elaboró el manual y guía de uso del paquete de prevención de primeros auxilios dirigido a 900 operarios de las radiopatrullas de Ángeles Verdes de las 32 entidades federativas.
- Se coordinó la visita de 27 miembros del cuerpo directivo de AltaMed proveniente del estado California, para ampliar sus conocimiento sobre la operación de los servicios de salud en México.
- Se celebró en la ciudad de México la Primera Reunión Nacional de Responsables Estatales del Programa Vete Sano. Regresa Sano, a fin de uniformar criterios e instrumentar las acciones de prevención y promoción de la salud, a favor de las familias de migrantes.
- Se inició la operación del servicio gratuito 01 800 26 72 583 de orientación y apoyo a las familias de migrantes con cobertura en México.

Capítulo 4

Subsecretaría de
Administración y Finanzas

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



La Subsecretaría de Administración y Finanzas se encarga de la administración, control, operación y vigilancia del uso de recursos financieros, humanos, materiales y técnicos; tanto los que provienen del gobierno federal como los que se obtienen mediante convenios, donaciones o cuotas de personas físicas y morales.

Para llevar a cabo sus funciones, la Subsecretaría cuenta con cinco direcciones generales de Programación, Organización y Presupuesto; Tecnologías de la Información; Recursos Materiales y Servicios Generales; Recursos Humanos, y Desarrollo de la Infraestructura Física; así como un órgano desconcentrado por función, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

4.1 Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

A la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) le corresponde la regulación, coordinación e integración del programa operativo anual de la Secretaría, su anteproyecto de presupuesto y su opinión en el correspondiente de las entidades agrupadas administrativamente al Sector; la formulación en coordinación con las áreas correspondientes del Programa de Inversión de la Secretaría y el anteproyecto anual en materia de servicios personales. También está bajo su responsabilidad autorizar y regular el ejercicio del presupuesto de las unidades administrativas de la Secretaría, así como la operación de las transferencias, ampliaciones y modificaciones presupuestales, y el control y la vigilancia del ejercicio del presupuesto de la Secretaría y de los órganos desconcentrados.

En materia organizacional, la Dirección General tiene la responsabilidad de analizar y someter a dictamen las estructuras orgánicas de la Secretaría y sus entidades; integrar y mantener actualizado el Manual de Organización General de la Secretaría, emitir los lineamientos y generar la asesoría para la actualización permanente de los manuales de procedimientos. Por otra parte, la DGPOP define, establece, opera y

supervisa el sistema de contabilidad de la Secretaría y las normas de control contable a las que se sujetarán las unidades y órganos desconcentrados de la Secretaría; recopila e integra la información necesaria para formular la cuenta pública de la Secretaría y valida las correspondientes a las entidades agrupadas. Respecto del Sistema Integral de Información, compete a esta dirección general supervisar el cumplimiento en la transmisión de la información programática-presupuestal de las áreas centrales, órganos desconcentrados y entidades agrupadas de la Secretaría.

Diseño y desarrollo organizacional

Se concluyó la reestructuración de la Secretaría de Salud, regularizando las estructuras no básicas con vigencia 2003 y 2004. Esto implicó el movimiento de 41 unidades administrativas que en conjunto superan las 1 220 plazas de mandos medios y superiores. Derivado de la aprobación de las reformas y adiciones a la Ley General de Salud por el H. Congreso de la Unión, se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud dentro de la estructura básica de la Secretaría de Salud, con el propósito de institucionalizar el Programa de Seguro Popular, y manteniéndola alineada a los objetivos y estrategias del *PRONASA 2001-2006*. Asimismo, de acuerdo con lo establecido por el Decreto de Presupuesto de la Federación 2004, se condujo la reestructuración de más del 50 por ciento de las unidades administrativas que componen la dependencia para la aplicación de las medidas de racionalidad y austeridad presupuestaria, cancelando 22 plazas de secretarios particulares de las estructuras orgánicas no básicas de la Secretaría.

En materia organizacional, se elaboraron y difundieron las guías técnicas para la elaboración de manuales de organización y de procedimientos. Dichas guías contienen los elementos para la documentación de procedimientos requerida por la norma ISO 9001:2000, con lo cual se fomenta la cultura de calidad y la gestión por procesos.

La DGPOP, en conjunto con el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, realizó el Tercer Taller para la elaboración de Manuales de Organización con el propósito de actualizarlos conforme a las estructuras vigentes en el presente ejercicio fiscal, situación que disminuye considerablemente las observaciones por falta de manuales administrativos. Como resultado, se cuenta con 15 manuales de organización autorizados, lo que representa el 36 por ciento de avance, esperando contar con el total al cierre de este año.

En el 2003 se analizó, dictaminó y registró ante las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública un total de 4 777 contratos de personal bajo el régimen de honorarios, como apoyo a los programas sustantivos de la Dependencia. Para el periodo de enero a julio de 2004, se recibieron 3 278 contratos para su análisis correspondiente; de éstos, se ha obtenido registro de 3 129 (95 por ciento), quedando 149 en proceso de autorización por la Globalizadora.

Desarrollo humano y gerencial

La Dirección General obtuvo el Certificado ISO 9001:2000 para los procesos de análisis y dictaminación de estructuras orgánicas, análisis e integración de estados financieros, así como los procesos de apoyo administrativo. Con esto, la Dirección General se encamina hacia un modelo de gestión basado en procesos, y enfocado a la satisfacción de nuestros usuarios y la mejora continua.

Descentralización del Hospital Juárez de México

La DGPOP tomó el liderazgo del grupo de trabajo para la descentralización del Hospital Juárez de México. Para ello, se estableció contacto directo con la Comisión Intersecretarial de Gasto-Financiamiento (CIGF), así como con la Procuraduría Fiscal de la Federación. En octubre de 2003, la CIGF dio por aprobado el proyecto de descentralización de este hospital, quedando pendiente la publicación del decreto para su formalización.

Estructura orgánica

Como resultado del análisis integral de la DGPOP, se identificaron cinco macroprocesos dentro de esta unidad: 1) diseño y desarrollo organizacional; 2) integración programática-presupuestal; 3) gestión de recursos financieros; 4) control del ejercicio presupuestal; y 5) rendición de cuentas.

Derivado de lo anterior se dio la necesidad de reestructurar a la DGPOP con base en estos procesos, motivo por el cual se creó una dirección de área para completar cinco, quedando cada una a cargo de cada macroproceso. Asimismo, debido a la alta responsabilidad y cargas de trabajo, se creó la Dirección General Adjunta de Programación y Presupuesto, misma que coordina dos de los cinco macroprocesos antes mencionados. De acuerdo con la normatividad aplicable, para llevar a cabo dicha reestructura se cancelaron plazas que compensarán la creación de las nuevas; además, seis plazas de jefe de departamento se incorporaron al programa de separación voluntaria.

Integración programática y presupuestal

Para contribuir en la construcción de un federalismo cooperativo en materia de salud, a partir de un diagnóstico de los esquemas de organización y financiamiento prevalecientes, al inicio de la actual administración se detectaron los elementos que obstaculizaban el avance de una federalización efectiva de la salud y la culminación de la descentralización.

Uno de los obstáculos es que los sistemas de programación y presupuestación utilizados por los gobiernos federal y estatal diferían entre sí, lo que ocasionaba que el registro del presupuesto, contabilidad y gasto público, careciera de uniformidad en su clasificación.

En ese sentido, en estos tres años de gobierno, la Secretaría de Salud desarrolló una estrategia para promover la Descentralización Programática mediante un planteamiento integral y consensuado con las entidades federativas en la definición de una Estructura Programática Concertada que permitiera incorporar estrategias y líneas de acción nacionales, así como las necesidades específicas de los estados.

De acuerdo a las modificaciones de la Ley General de Salud aprobadas en el Congreso de la Unión en mayo pasado, se establecen cambios sustanciales al esquema de financiamiento del sector que será implantado gradualmente mediante la incorporación de las entidades federativas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Para ello, en la integración del POA 2004 se realizan las siguientes acciones:

- Preservación de la coherencia entre objetivos, estrategias y líneas de acción del *PRONASA 2001 – 2006*.
- Gestión y concertación de una nueva concepción programática de las categorías aplicadas para el sector salud: Rectoría del Sistema de Salud, Servicios de Salud a la Persona, Servicios de Salud a la Comunidad y Generación de Recursos.
- Alineación Programática de la Secretaría y del FASSA, con los componentes del SPSS a través de una estructura programática en tres dimensiones, concertada, homologada y de la unidad.
- Homogeneización de los componentes y criterios programáticos presupuestales de los programas especiales con los aplicados a los programas tradicionales para alinearlos al SPSS.
- Alineación de la Estructura Programática de la Secretaría de Salud alineada con SPSS y los criterios y metodología presupuestal homogeneizados, en la concertación definitiva para el 2004 con la SHCP.

Gestión presupuestal

En 2003 se trabajó con la SHCP, como dependencia piloto, en las pruebas al sistema del Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP), identificando puntos susceptibles de mejorar; así como en la liberación de los módulos de programas y proyectos de inversión, que permiten mantener actualizada la cartera de proyectos de inversión y asociarlos a estructuras programáticas.

Inversión

Se integró y entregó a la SHCP el documento de Planeación de Inversión, identificando 152 proyectos de inversión y 259 como otros gastos de inversión, así como 113 registros en cartera, creando con esto una herramienta de gran importancia para el ejercicio de estos recursos en el mediano plazo y particularmente para los que se autoricen en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el 2004. Asimismo, se logró establecer el mecanismo con el cual se agilizó la autorización en la liberación de los oficios de inversión por parte de la Subsecretaría de Administración y Finanzas.

Integración del proyecto de presupuesto 2004

Se llevó a cabo la integración del proyecto de presupuesto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), el cual incorpora recursos para el Sistema de Protección Social en Salud, que inició sus operaciones a partir de 2004.

Con relación a los programas y proyectos de inversión, la Secretaría registró el total de las solicitudes presentadas por las unidades responsables.

En lo que respecta al ramo 33, el proyecto de presupuesto 2004 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se integró considerando la distribución presentada por las entidades federativas, de las cuales, 28 de ellas enviaron información. Cabe mencionar que la asignación para gastos de operación e inversión presentó un incremento del 3.3 por ciento con relación al autorizado 2003, por lo que dicho

incremento se aplicó de manera directa a cada una de las entidades, a fin de cubrir el efecto inflacionario en el siguiente ejercicio.

Ingresos excedentes

En 2003 las ampliaciones líquidas al presupuesto por concepto de ingresos excedentes ascendieron a 365.6 millones de pesos, cubriéndose la meta establecida por la SHCP para Derechos, Productos y Aprovechamientos, que fue de 200.9 millones de pesos, habiéndose apoyado presiones de gasto en 22 Unidades Responsables (14 áreas centrales y 8 órganos desconcentrados) con un monto de 163.9 millones de pesos.

Reuniones con las unidades responsables y atención con las entidades federativas

Se ha fortalecido la comunicación con el personal responsable en las Unidades Responsables y de las entidades federativas, en la elaboración de diversas solicitudes de trámite presupuestal ante la SHCP, con la finalidad de que los planteamientos se presenten completos y acordes a lo dispuesto por la normatividad. Para ello se llevan a cabo reuniones de trabajo donde se revisan y corrigen en su caso, garantizando con ello el envío correcto ante la Globalizadora, lo que trae como resultado una respuesta favorable y oportuna.

Subsidios

En seguimiento a los recursos que se transfieren a las entidades federativas a través de subsidios (conceptos 4100 y 4200), la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público opinó que éstos deben aplicarse hasta el cumplimiento de los compromisos a los que fueron destinados, por lo que no son sujetos de devolución a menos que sean utilizados para fines diferentes de aquellos para los que se otorgaron. Esta situación fue hecha de conocimiento de los programas que transfieren recursos por esta vía y comunicado por ellos a las entidades federativas.

Presiones de gasto

A través de la reasignación de recursos se lograron cubrir presiones de gasto por 476.3 millones de pesos en diferentes áreas centrales, generadas por ajustes realizados al gasto de operación. Adicionalmente se transfirieron recursos a las entidades federativas por 542.5 millones de pesos para gastos de operación y desarrollo de la infraestructura física.

Debido a la insuficiencia en el presupuesto de origen, en 2003 se requirieron reasignaciones que significaron un monto superior a los 250 millones de pesos.

Entre las presiones de gasto cubiertas, destacan en 2003, el Seguro Popular de Salud, medidas emergentes para el estado de Chiapas, presiones de gasto en entidades federativas, adquisición y distribución de biológicos, pago de servicios básicos y arrendamientos, así como el apoyo a gastos de operación a diversas unidades responsables, entre las que se cuentan los Hospitales Juárez de México, Juárez del Centro, Homeopático y de la Mujer.

Programas de ahorro y ajuste presupuestal

Durante 2003 se disminuyó el impacto de las medidas de ajuste a través de la disminución del programa de ahorros y la cancelación del programa de diferimiento de pagos que hubieran significado reducciones adicionales, por un monto de 1 197 millones de pesos, a los 954.6 ajustados a la dependencia.

En 2004 se dio cumplimiento al Programa de Ahorro obteniéndose una disminución en la base de cálculo de 149.2 millones de pesos al pasar de 325.7 mdp establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a 176.5.

Ampliaciones líquidas

En 2003 se gestionaron y obtuvieron ampliaciones líquidas por 2 060.5 millones de pesos:

- 140.0 mdp para gastos de operación de Institutos Nacionales de Salud;
- 300.0 mdp para dar cumplimiento a los compromisos del Acuerdo Nacional para el Campo;
- 348.5 mdp complemento para cubrir medidas de fin de año en Entidades Federativas (Ramo 33);
- 395.0 mdp para pago de presiones en materia de personal del Programa IMSS - Oportunidades;
- 107.0 mdp para complemento a servicios personales y gastos de operación del DIF;
- 280.0 mdp para complemento de infraestructura médica en Chiapas (Ramo 33);
- 70.0 mdp para pago de servicios básicos y arrendamientos de la dependencia, y
- 420.0 mdp para cubrir gasto de operación devengados en la afiliación de familias al Sistema de Protección Social en Salud.

Para 2004 se han registrado ampliaciones líquidas por 2 054.3 millones de pesos distribuidos de la siguiente forma:

- 580.0 mdp para apoyar los gastos generados por la afiliación de familias al Sistema de Protección Social en Salud;
- 617.3 mdp para la adquisición de vacunas de neumococo y sarampión;
- 477.0 mdp para desarrollo de infraestructura física en entidades federativas, y
- 380.0 mdp dentro del marco del Programa Especial Concurrente para el desarrollo de infraestructura del estado de Oaxaca y atención a cañeros y jornaleros del campo.

Movimientos presupuestales

Durante 2003 se llevaron a cabo 809 adecuaciones presupuestales que significaron una disminución del 20 por ciento de movimientos presupuestales con relación al ejercicio fiscal anterior.

FONDEN

En 2003 se gestionaron exitosamente recursos para la atención a daños ocasionados por fenómenos naturales por un monto de 104.5 millones de pesos para los estados de Yucatán (24.5), Quintana Roo (2.4), Nayarit (5.2), Campeche (21.0), Colima (34.0), Michoacán (0.3), Jalisco (4.6) y Oaxaca (12.5).

Subcomités de Capacitación Técnico Médico y Administrativo

Se tiene presencia permanente en los Subcomités de Capacitación Técnico Médico y Administrativo, asesorando en materia de programación y presupuestación.

Sistema Integral de Información

Durante los últimos cuatro años se ha mantenido un nivel de cumplimiento del 100 por ciento en los requerimientos del Sistema Integral de Información. Para sistematizar y consolidar este logro, durante 2003 se implementó el proceso de “informante parcial” que significa una desconcentración de la transmisión de datos a las unidades generadoras y que permite un mayor nivel de calidad en la información y de profundidad en su análisis.

Además, para 2003 y 2004 se han atendido los requerimientos de información de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, Función Pública, Presidencia de la República y otras dependencias, para la formulación de los reportes trimestrales de gestión gubernamental. De igual manera se han atendido las solicitudes de información programática y presupuestal que se han recibido de diversas unidades administrativas.

Con relación al Programa de Separación Voluntaria, la Secretaría cubrió con economías presupuestales de 2003 las amortizaciones de 2003 y 2004, liberando recursos que permitirán para el presente ejercicio fiscal atender las presiones de gasto prioritarias.

Ejercicio del presupuesto

Se implantaron de procedimientos y capacitación para cumplir en tiempo y forma con las nuevas disposiciones para el pago de impuestos por medios electrónicos.

Se obtuvo la reexpedición de la Cédula Fiscal de la Secretaría de Salud, aumentando las obligaciones fiscales, con la finalidad de que los Órganos Desconcentrados emitieran los Recibos Únicos de Ingresos por concepto de Cuotas de Recuperación.

Para la puesta en marcha del Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF), se implementaron las siguientes acciones:

- Se concluyó la instalación del equipo de comunicación entre la TESOFE y la Secretaría de Salud.
- Se desarrolló la interfase entre el SIAFF y el sistema de la Secretaría de Salud para la carga de cuentas por liquidar, reintegros y glosas.

Además, se establecieron controles para soportar la firma electrónica de las cuentas por liquidar certificadas implementadas en el SIAFF.

Se integró el Catálogo de Beneficiarios en el SIAFF, conformado actualmente con un aproximado de 1 289 beneficiarios registrados.

Se procesaron aproximadamente 22 000 cuentas por liquidar ingresadas por las diversas unidades administrativas de la Secretaría durante septiembre-diciembre de 2003 y enero-agosto de 2004, además se sistematizó el ingreso de las cuentas por liquidar Certificadas de Recursos Humanos, disminuyendo el tiempo de proceso en la DGPOP y por tanto el pago de las mismas.

Derivado de la implementación del SIAFF y de haberse establecido lineamientos en el ejercicio del presupuesto, se ha reducido al mínimo el uso de rectificaciones a cuentas por liquidar.

Debido a que a la fecha el SIAFF no cubre con todos los requerimientos de información referente al pago de proveedores, se desarrolló un módulo para el registro de las fechas de pago de las cuentas por liquidar ingresadas al SIAFF.

Se realizaron los procesos de generación y control del ejercicio del presupuesto con periodicidad mensual para su inclusión al Proceso de Integración Programática Presupuestal cuando fue requerida para análisis en las Reuniones de Gabinete de la Secretaría de Salud.

Contabilidad y Rendición de Cuentas

Estados financieros

Se integraron y presentaron los Estados Financieros de la Secretaría Salud a la SHCP correspondientes al tercer y cuarto trimestres de 2003, así como el primer trimestre de 2004.

Se certificó el proceso de análisis e integración de los Estados Financieros bajo la norma de calidad ISO 9001:2000.

Cuenta de la Hacienda Pública Federal

Se integró la información financiera, presupuestal, programática, económica y otros para la presentación de la Cuenta de la Hacienda Pública 2003 en tiempo y forma ante la SHCP.

Informe de Avance de Gestión Financiera

Se integró la información financiera, presupuestal, programática y económica para la presentación del Informe de Avance de Gestión Financiera de 2004, en tiempo y forma ante la SHCP.

Verificación contable de CLC

Se realizó el análisis y depuración del proceso de verificación contable de CLC, documentándose los procedimientos que lo integran con vistas a su certificación bajo la norma de calidad ISO9001:2000 en el primer semestre de 2004.

4.2 Dirección General de Tecnologías de la Información

Telemedicina: Invertir en redes

Educación a distancia y capacitación en informática

Se continuó la transformación del Programa de Capacitación mediante la ampliación de la oferta y cobertura del mismo. Se incorporaron niveles medios y avanzados a los cursos de paquetería de oficina, así como programas especializados de diseño y elaboración de páginas *web*.

Se desarrolló e implementó un sistema en línea de administración de cursos mediante el cual se agilizaron los procesos de inscripción y control académico.

Se implementó un programa específico de capacitación al personal de diversas Unidades Administrativas para la implementación de los sistemas desarrollados por la Dirección General Tecnologías de Información (DGTI) como es el caso de el Sistema de Administración Hospitalaria y el Sistema de Control Documental.

Se amplió la infraestructura de capacitación con el fin de atender la demanda de capacitación más adecuadamente; el promedio mensual de capacitación es de 175 personas.

Se inició la implementación de modalidades educativas a distancia mediante la creación de cursos en línea y por videoconferencia, así como la formación de cuadros de capacitación en estas modalidades.

Se creó una comunidad virtual y grupo de trabajo como parte del “Club de Software de Salud” para fomentar el desarrollo de estas modalidades en conjunto con todo el personal del sector salud interesado y se continúa apoyando con asesoría, capacitación y herramientas informáticas a las Unidades de la Secretaría que tengan proyectos de educación a distancia, difusión de información para la salud y bibliotecas digitales.

Se realizó la Reunión Nacional de Tecnología de la Información y la Primera Reunión del Club de Software en la que participaron 201 personas de 30 entidades federativas y 41 unidades administrativas de la Secretaría de Salud.

“Utilizar los avances de la Internet y el Proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica” ***e-Salud***

Se desarrolló el módulo de Consulta Externa del Sistema de Administración Hospitalaria que permite manejar de manera electrónica el Expediente Clínico y las Agendas Médicas. Se ha capacitado hasta el momento a 322 personas. El sistema se encuentra en operación como proyecto piloto en 10 entidades federativas.

Como parte del “Club de Software de Salud” se han creado los siguientes grupos de trabajo: Estándares, Administración Hospitalaria, Educación a Distancia, Control de Gestión e Información Estratégica. Estos grupos tienen como objetivo desarrollar en colaboración un software de uso libre y gratuito para apoyar las diversas actividades del sector salud. Como resultado de estos grupos se han logrado avances en el desarrollo del Sistema de Administración Hospitalaria, así como la creación de una metodología para el desarrollo de cursos en línea y una guía para el uso de la videoconferencia.

A través del Programa de Capacitación se ha promovido el uso de aplicaciones de software libre como sistemas operativos Linux, manejadores de bases de datos PostgreSQL y herramientas de oficina como StarOffice.

Se organizó la segunda etapa del proyecto de Centros Comunitarios Digitales de Salud que cubre la segunda y tercera redes satelitales con 466 centros adicionales a la primera red.

Sistemas de información

Se desarrolló el sistema Comunidad Virtual del Grupo de Trabajo del Sistema de Administración Hospitalaria.

Se desarrolló un sistema de Información basado en tecnología de Internet para el registro y seguimiento de acuerdos del C. Secretario de Salud con su grupo más cercano de colaboradores.

Se coordinó el desarrollo del Primer Módulo de software de administración hospitalaria que incluye consulta externa y manejo de expediente electrónico.

Se implantó el Sistema de Control de Precursores Químicos y Químicos Esenciales en las Secretarías de Relaciones Exteriores (incluyendo los consulados, embajadas y demás representaciones de México en el Extranjero), Secretaría de Hacienda, Secretaría de Economía, Procuraduría General de la República, Consejo de Salubridad General y Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios.

Se integraron las interfaces del Sistema Precursores Químicos (PREQUIM) para la comunicación con el Sistema NDS de la PNFID de la Organización de Naciones Unidas.

Se coordinó el desarrollo del sistema de automatización de los Cuadros Básicos de Insumos para la Salud: Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación y Prótesis, Cuadro Básico y Catálogo de Biológicos y Reactivos y Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.

Se elaboró el Sistema de Información para el control y seguimiento de adquisiciones de Recursos Materiales.

Se realizó el análisis y diseño del sistema de Recursos Financieros, incluyendo la codificación de los módulos de Gestión del Presupuesto, Ejercicio del Presupuesto y Contabilidad y Rendición de Cuentas.

Se llevó a cabo el análisis, diseño y codificación del Sistema de FONAC para la Dirección General de Recursos Humanos, mismo que comprende la validación y envío de la información relacionada con el FONAC y la nómina.

Se realizó el análisis, diseño y codificación del sistema de control del Almacén Central de la Secretaría de Salud.

Se elaboró el Sistema de Control de Proyectos, el cual se encarga de dar seguimiento a la ejecución de proyectos de todo tipo. Este sistema funciona bajo plataforma de software libre y en Internet.

Se dio soporte en sitio a usuarios del Sistema de Control Documental y mantenimiento del mismo.

Se realizaron adecuaciones al sistema e implantación del Sistema de Control Documental (versión Intranet) en la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, Dirección General de Tecnologías de la Información y Oficinas del C. Secretario.

Se instalaron las funcionalidades de agenda, tareas pendientes y libreta de direcciones para los usuarios del correo electrónico. De esta forma todos los usuarios cuentan con las mismas funcionalidades de Outlook en el ambiente Web.

Se validó la Información en conjunto con la DGIS para la integración del Catálogo Universal de Unidades de Salud y la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Actualmente se cuenta con la información de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, PEMEX, SEDENA, DIF y SEMAR.

Se integró la Información del Portal de Transparencia, creación y actualización gráfica del Portal.

Se diseñó e implantó del sitio *web* del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes

Se diseñó e implantó de la página *web* de las Reuniones de Coordinación del C. Secretario con el staff de la Secretaría en el año 2003 y 2004.

Se integró la información actualizada de la DGPOP en portal, y se dio capacitación técnica a los responsables del portal.

Se actualizó la Información del Directorio de la Secretaría de Salud de acuerdo a los lineamientos establecidos con la Dirección General de Recursos Humanos.

Se coordinó el proceso de conformación del Inventario de Recursos Informáticos de las unidades de la Secretaría de Salud correspondiente al segundo semestre del 2003 y primero de 2004, que incluye solicitud, recepción y resguardo de los expedientes recibidos e integración del inventario.

Se administraron los servicios de correo electrónico y páginas *web* de la Secretaría de Salud.

Se brindó asesoría al personal de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para la definición de sistemas de apoyo.

Se coordinaron de las actividades de publicación en el sitio *web* de la Secretaría de Salud y administración de los servicios *web* en los distintos servidores.

Se administró el servidor de correo de la Secretaría de Salud.

Se generó la carpeta, convocatoria y coordinación de la Segunda Reunión Ordinaria de 2003 y Primera Reunión Ordinaria de 2004 del Comité de Informática de la Secretaría de Salud.

Sistemas de información en Internet

Se ha promovido ampliamente el desarrollo de sistemas basados en tecnología de Internet, tanto al interior de la DGTI como en la Secretaría de Salud, los cuales permiten tener una mayor disponibilidad de información y sobre todo una interfaz homogénea entre diversas plataformas, a la vez que la información se puede tener en tiempo real desde cualquier lugar conectado a Internet.

Se han definido lineamientos claros para que todas las unidades administrativas puedan contar con sistemas de información basados en los estándares internacionales de desarrollo de *software*.

Servicios de Internet

Se cuenta al día de hoy con 41 398 usuarios de correo electrónico y 15 millones de *hits* por mes en el portal de Internet de la Secretaría.

Se han desarrollado las políticas y lineamientos necesarios para la generación de contenidos de calidad en los sitios *web* en la Secretaría de salud en conjunto con la Dirección de Comunicación Social y la Dirección General de Información en Salud.

“Culminar la descentralización de la SSA” Red Global de comunicaciones de Voz y Datos

Se llevó a cabo la instalación de accesos de 512 Kbps simétricos dedicados por unidad administrativa; significa más de 13 Mbps de acceso a Internet, es decir dos veces más que en el año anterior.

Se instaló un *firewall* para protección de la información interna.

La red integral de comunicaciones de la Secretaría cuenta ahora con una eficiencia del 99.5 por ciento.

Se impulsa la modernización de las redes locales dentro de las unidades administrativas promoviendo lo siguiente:

1. cambiar los *hubs* por *switches*;
2. convergencia tecnológica al integrar voz, datos y video;
3. seguridad en múltiples niveles;
4. calidad de servicio, y
5. estandarización de servicios internos, basados en estándares de Internet.

Se instaló el CERT de Salud con herramientas para protección de virus, documentación, avisos sobre nuevos ataques, respuesta a incidentes, informática forense y definición de políticas de seguridad.

Se instaló la página de soporte técnico, conteniendo: preguntas más frecuentes, manuales, avisos, noticias y herramientas auxiliares de administración.

Se hizo el anteproyecto para la instalación del Centro de Datos Institucional de la Secretaría de Salud.

4.3. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Bienes inmuebles transferidos a los servicios estatales de salud

En cumplimiento a lo señalado en el numeral segundo del “Decreto por el que se desincorporan del Régimen del Dominio Público de la Federación, los inmuebles que venía utilizando esta Secretaría para la prestación de sus servicios, autorizando a la Secretaría de la Función Pública (antes SECODAM), para que a nombre y representación del Gobierno Federal, los done a favor de los Gobiernos de los Estados”; la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública y los Gobiernos de los Estados, están llevando a cabo la validación de los inventarios inmobiliarios respectivos, considerando la situación jurídica que guarda cada uno de los bienes inmuebles a transferir, con la finalidad de que sean elaborados los contratos de donación y de cesión de derechos posesorios respectivos.

Dicho proceso de validación fue dividido en tres fases, de las cuales la primera de ellas ha sido concluida por la totalidad de las Organismos Estatales, misma que consistía en el envío por parte de las entidades federativas a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales de las cédulas de inventario requisitadas conteniendo las altas, bajas y actualizaciones de inmuebles que procedieran.

En la segunda etapa de validación se encuentran comprendidos cinco estados: Baja California Sur, Distrito Federal, Guerrero, Quintana Roo y Yucatán. Dicha fase consiste en la revisión integral por parte de las instancias involucradas en la validación (Estados, SFP), de los datos de la situación física y jurídica que guardan los inmuebles por transferirse, para que una vez que ésta se encuentre completa y actualizada, se proceda a emitir los listados y reportes por unidad inmobiliaria para su firma, los cuales formarán parte de los contratos respectivos, (total de inmuebles por validar en esta fase, 1 084).

En la tercera y última fase de validación se contemplan dos estados: Puebla y Oaxaca. En esta fase se lleva a cabo la firma de los reportes por unidad inmobiliaria y listados generales que comprenden el universo inmobiliario que se transferirá a favor de cada entidad federativa. Dicha documentación la suscriben los OPD's de cada estado, esta Secretaría a través de la DGRMSG y la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal por parte de la Secretaría de la Función Pública, con lo cual se da por terminado el proceso de validación de los inventarios y se procede por parte de la Dirección General del Patrimonio Inmobiliario Federal a la elaboración y suscripción de los Contratos de Donación y/o Cesión de Derechos Posesorios correspondientes, concluyendo con este último la transferencia inmobiliaria. (total de inmuebles por validar en esta fase, 615).

Por otra parte, las restantes 25 entidades federativas ya concluyeron su validación, encontrándose los 12 estados siguientes en proceso de elaboración de contrato: Aguascalientes, Tabasco, Sinaloa, Jalisco, Chiapas, Nuevo León, Veracruz, Nayarit, Chihuahua, Zacatecas, Baja California y Campeche (Total de inmuebles en proceso de transferencia: 2 181). Los 13 restantes ya formalizaron su contrato concluyendo así la transferencia inmobiliaria: Guanajuato, México, Querétaro, Tamaulipas, Colima, Tlaxcala, Michoacán, Sonora, Durango, Coahuila, Morelos, Hidalgo y San Luis Potosí. (Total de inmuebles transferidos, 2 526).

4.4. Dirección General de Recursos Humanos

Fortalecimiento del presupuesto del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud en las entidades federativas

En materia de servicios personales se analizaron y actualizaron las memorias de cálculo, permitiendo con ello una integración presupuestal acorde a las necesidades de gasto.

En el caso específico del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el crecimiento ha sido gradual y sostenido, como se señala continuación:

Autorizado		Variación	
2001	2002	Absoluta	Relativa
20 860.4	22 997.5	2 107.1	10.09%

Autorizado		Variación	
2002	2003	Absoluta	Relativa
22 997.5	26 321.6	3 324.1	14.45%

Autorizado		Variación	
2003	2004	Absoluta	Relativa
23 321.6	29 062.5	2 740.9	10.41%

Por lo que se refiere al gasto devengado en 2003 y el presupuesto original 2004 aprobado, las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados reflejaron lo siguiente:

Presupuesto

(Millones de Pesos)

Periodo	Devengado Ejercido	Original
Enero - Diciembre 2003	10 480.7	
Enero - Diciembre 2004		12 219.0

Presupuesto

(Millones de Pesos)

Periodo	Devengado Ejercido	Original
Septiembre- Diciembre 2003	4 102.5	
Enero - Agosto 2004		8 544.9

Fortalecimiento de la capacitación de los recursos humanos para la salud

Capacitación de los recursos humanos para la salud

Dentro de la Dirección General de Recursos Humanos, se realizaron las siguientes actividades en materia de capacitación del 1° de septiembre al 31 de agosto de 2004:

- Se reestructuraron y sistematizaron las actividades de capacitación que proporciona el Centro de Capacitación en Calidad de (CECAL).
- Se diseñaron e impartieron cinco nuevos eventos de capacitación, que se suman a la plantilla de cursos programados por el CECAL, lo que permitió atender y dar una mayor cobertura a las necesidades específicas de capacitación, así como también ampliar el espectro de temas de capacitación para las unidades administrativas.
- Se diseñó e implementó una nueva metodología para realizar la detección de necesidades de capacitación. Dicha metodología se encuentra orientada a identificar las capacidades requeridas por los puestos de los servidores públicos, lo que permite obtener una detección mejor y más objetiva, cercana a las necesidades reales de la dependencia y de los trabajadores.
- Se ampliaron las instalaciones para la impartición de cursos de capacitación, acondicionándose dos aulas más para el CECAL y una en las instalaciones de la Dirección de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación, lo que permitirá una mayor cobertura de la población a capacitar. Ahora, además se cuenta con el apoyo satelital de la red Edusat.
- Se capacitó a las unidades administrativas sobre la integración del Programa Anual de Capacitación conforme a los lineamientos de la Secretaría de la Función Pública. Asimismo se integró un programa institucional.
- Se busca dar cumplimiento al indicador del Sistema de Metas Presidenciales sobre cobertura de capacitación del personal que busca: garantizar que todos los servidores públicos de la dependencia o entidad reciba por lo menos un curso de capacitación al año.
- El presente año se convocó a los Coordinadores Administrativos de las Unidades Centrales y al personal responsable de los Órganos Desconcentrados de esta Secretaría, al Diplomado sobre el Servicio Profesional de Carrera a cargo del Instituto Nacional de Administración Pública, de manera que el grupo se integra por 45 personas, con la finalidad de capacitarlos para asumir responsablemente los compromisos obtenidos con la implementación del Servicio Profesional de Carrera en esta Secretaría.

Estadística

En el periodo 2003 - 2004 se capacitó a un total de 1 750 trabajadores y se han realizado 82 eventos enfocados a promover la calidad de los servidores públicos, promovidos por el Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción, así como la impartición de cursos enfocados al desarrollo administrativo.

Además, se implementó el área de calidad con un nuevo enfoque gerencial que busca:

- la excelencia en la atención secretarial;
- la calidad;
- los valores;
- la planeación estratégica;
- la reingeniería de procesos;
- el pensamiento sistemático;
- el uso de indicadores de desempeño;
- la introducción a la programación neurolingüística, y
- el desarrollo organizacional.

Fomento a la vivienda

Durante el ejercicio presupuestal del año 2002 en lo referente al fomento a la vivienda, se implementaron los mecanismos de enlace y comunicación con el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE) para inscribir a 789 y 757 servidores públicos de esta Secretaría en el primero y en el segundo Sorteo Extraordinario de Créditos, respectivamente.

Para el presente ejercicio, se espera la información relacionada con el Programa de Créditos por parte del FOVISSSTE a efecto de iniciar el Programa de Vivienda.

Programa de Separación Voluntaria

Durante el año 2003 se incorporaron al Programa de Separación Voluntaria un total de 854 trabajadores, adscritos a las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la Secretaría. Para el año 2004, el Programa de Conclusión de la Prestación de Servicios en Forma Definitiva de los Servidores Públicos en la Administración Pública Federal inició el día 15 de julio.

Reconocimientos y estímulos

Premio Nacional de Antigüedad

Se aplicó lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en esta Secretaría (2002-2005), solicitando constancias de servicios debidamente validadas, a efecto de comprobar los años de servicio prestados a la Secretaría de cada trabajador.

Tabla correspondiente al año 2003

Años	Organismos Públicos Descentralizados		Unidades Centrales		Totales	
	Medallas	Económico	Medallas	Económico	Medallas	Económico
20	1 828	\$7 312 000.00	299	\$1 196 000.00	2 127	\$8 508 000.00
25	3 340	\$16 700 000.00	315	\$1 575 000.00	3 655	\$18 275 000.00
30	1 908	\$11 448 000.00	216	\$1 296 000.00	2 124	\$12 744 000.00
35	400	\$2 800 000.00	36	\$252 000.00	436	\$3 052 000.00
40	162	\$1 296.00	9	\$72 000.00	171	\$1 368 000.00
45	25	\$225 000.00	4	\$36 000.00	29	\$261 000.00
50	11	\$110 000.00	3	\$30 000.00	14	\$140 000.00
Totales	7 674	\$39 891 000.00	882	\$4 457 000.00	8 556	\$44 348 000.00

Premios, estímulos y recompensas civiles

- Total de estímulos (10 días de vacaciones extraordinarias) de los Organismos Públicos Descentralizados: 8 443
- Total de estímulos (10 días de vacaciones extraordinarias) de las Unidades Centrales: 910
- Gran total: 9 353
- Total de estímulos económicos (6 600.00 pesos) entregados a los trabajadores de los Organismos Públicos Descentralizados: 585
- Total de estímulos económicos (6 600.00 pesos) entregados a los trabajadores de las Unidades Centrales: 103
- Gran total: 688

En el presente ejercicio se otorgaron 612 estímulos más que el año anterior, reflejando una mejora en el desempeño laboral de los trabajadores.

Evaluación de personal

Durante el periodo que se informa y de conformidad con las medidas de austeridad y racionalidad del gasto público, las solicitudes de evaluación que se llevaron a cabo ascendieron a 844 evaluaciones a candidatos para ingresar a la Secretaría, de los cuales 633 resultaron satisfactorios, 106 no cubrieron el perfil del puesto, 73 fueron rechazados y 15 no se presentaron.

De las 633 solicitudes que obtuvieron resultado positivo, a la fecha se han contratado 508 candidatos (80.25 por ciento).

Recursos humanos en formación

Para el periodo 2003 – 2004, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud programó 5 345 residentes en el ámbito nacional, de los cuales (5 291) fueron dados de alta (98.99 por ciento)

Por lo que respecta a internos de pregrado, durante este periodo se contemplan dos fechas de

programación julio: 2003–junio/2004 (88) y enero a diciembre 2004 (211). Cabe señalar que sólo se ingresan becas de internos que están adscritos a unidades hospitalarias de nivel central.

Asimismo por lo que se refiere a pasantes de la rama médica, paramédica y afín, este personal se asignó en cuatro periodos, siendo éstos los de agosto/2003–julio/2004 (588), agosto/2003–enero/2004 (251), febrero/2004–enero/2005 (181) y febrero-julio 2004 (119).

Movimientos de personal, proceso y distribución del pago

Se efectuaron 123 041 movimientos de personal, contabilizando 1 776 bajas, 15 617 licencias, 854 reanudaciones de licencias, 866 altas, 978 reingresos, 950 promociones de puesto, 3 251 cambios de datos personales y laborales, 28 923 pagos de estímulos al personal y 4 764 diversos descuentos a las percepciones.

El número de pagos efectuados quincenalmente en promedio ascendió a 17 567 empleados y 471 beneficiarias de pensión alimenticia, para lo cual se distribuyeron un total de 1 467 nóminas de comprobación del pago, con sus respectivos listados de nómina, efectuando 1 315 responsivas para 48 pagadores habilitados registrados.

Se han afectado en el sistema de nómina 10 866 registros de pagos cancelados, mismos que son reintegrados a la TESOFE por conducto de la DGPOP.

Se elaboraron 603 constancias de percepciones y descuentos del personal que extravía sus comprobantes de pago, las cuales son requeridas para comprobar ante el ISSSTE los descuentos de los conceptos 03 “préstamos a corto plazo” y 56 “amortizaciones FOVISSSTE”.

Se emitieron 5 318 constancias de percepciones y retenciones para efectos de la declaración del impuesto sobre la renta para los mandos superiores, medios y homólogos a ambos, así como de la rama médica, paramédica y administrativa.

Fondo de ahorro capitalizable 2002 – 2003

En el 2003, se pagó el Fondo Nacional de Ahorro Capitalizable (FONAC) a 149 768 empleados de la Secretaría de Salud y empleados de los organismos públicos descentralizados en las entidades federativas del país. Se tuvo una cobertura del 100 por ciento, liquidando el 14° ciclo sin reclamo alguno.

De conformidad con el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, se elaboró la información para el entero de las cuotas correspondientes al FONAC de cada uno de los Organismos Públicos Descentralizados y Unidades Centrales.

Se tramitaron ante Banamex 1 737 pagos por liquidación anticipada, en Met Life 73 por defunción, y 23 por incapacidad total y/o permanente.

Para el 15° ciclo del FONAC se tuvo una inscripción de 154 224 servidores públicos en el periodo ordinario y para el periodo extraordinario se dieron de alta a 2 734 nuevos casos.

Clave Única de Registro de Población CURP

Áreas	Solicitudes	CURP's				Acuses	Bajas	Reposiciones	Cambios
		Asignadas	Rechazadas	Duplicadas					
Unidades Centrales	1 126	614	13	20	501	2	41	73	
Estados Institutos	9 998	3 663	169	137	5 345	691	301	619	
Nacionales	3 671	812	16	5	572	30	2 140	98	
Total	14 795	5 089	198	162	6 418	723	2 482	790	

Compatibilidades

En el 2003 se han certificado 26 solicitudes de compatibilidad de empleos, autorizado dos solicitudes y rechazado una por no cumplir con las reglas en materia de compatibilidad.

Expedición de constancias de no inhabilitación

Continuando con la mejora en la prestación de servicios, se expidieron 563 constancias a favor de servidores públicos no inhabilitados. En este total se incluyen las solicitudes que envían las unidades administrativas con el propósito de mantener actualizados los expedientes del personal que labora en ellas, lo que ha propiciado la disminución del número de días en la obtención de este documento.

Servicio social administrativo

De conformidad con los requerimientos en materia de prestadores de servicio social administrativo, se distribuyeron a 19 unidades administrativas a 57 prestadores a nivel licenciatura, 18 de nivel técnico y tres para prácticas profesionales.

Dentro de este rubro se extendieron seis constancias a servidores públicos adscritos a esta Secretaría, quienes por disposición reglamentaria están exentos de la prestación del servicio social.

Integración de información contable, pagos a terceros institucionales

Durante 2003 se actualizaron 17 catálogos de puestos. Asimismo se incluyeron actualizaciones por concepto de cuotas máximas ante el ISSSTE, salarios mínimos y otros conceptos de pago de conformidad con la normatividad autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. También se aplicaron correctamente los incrementos salariales y las prestaciones diversas que fueron autorizadas por la misma globalizadora.

Se tramitaron órdenes de descuento por concepto de préstamos, créditos y contratación de seguros por parte de los servidores públicos a favor del ISSSTE, 9 511, FOVISSSTE, 2 923 y Met Life, 10 701. Asimismo, se efectuó la tramitación de avisos de afiliación y número de seguridad social para 5 713 servidores públicos. En cumplimiento a la Ley del ISSSTE se elaboraron 281 constancias de descuentos por conceptos de préstamos o créditos otorgados por esta institución y el FOVISSSTE.

Para efectos del cierre del ejercicio presupuestal, se aplicó la tabla anual del Impuesto Sobre la Renta,

verificando y validando los importes a retener o compensar según lo establece la propia Ley.

Asimismo se aplicó la tabla del ISR con proporción 0.86 correspondientes al año 2003.

Vales

Durante el periodo, se entregaron por productividad 8 104 fajillas con vales de despensa. Para el programa de fin de año fueron otorgadas 20 782 fajillas.

Gestión social

En coordinación con la Red Federal de Servicio a la Ciudadanía se brindó atención y seguimiento a 185 peticiones de carácter médico y asistencial, así como a 215 peticiones de servicio médico que formula la población ante las oficinas del C. Secretario de Salud, así como de manera directa ante la Dirección de Servicios Sociales.

La Secretaría de Salud, en su participación en la Colecta Anual de la Cruz Roja Mexicana, recaudó en total 796 227.65 pesos.

Se proporcionó orientación e información a 4 367 521 usuarios a través de los módulos de atención al público en hospitales e institutos en el Distrito Federal, así como a 8 369 usuarios vía telefónica sobre el Directorio de Servidores Públicos y Servicios, atendiendo 232 384 peticiones más que el año pasado.

Mediante la celebración de conmemoraciones especiales y eventos institucionales se logró la participación de 25 633 trabajadores y familiares en los siguientes eventos: Día de Reyes 12 035; Día de la Madre, 4 000, Día del Trabajador de la Salud, 4 100; Día del niño, 3 100; XXIX Convivencia Infantil de Verano, 2 398.

En el área de Turismo y Recreación se beneficiaron a 26 742 trabajadores con 6 105 cortesías para acceso a espectáculos recreativos, 5 000 cortesías de descuento para parques de diversiones, 7 477 gestiones para servicios TURISSSTE, 2 500 gestiones para tarjetas sépalo de CONACULTA y 1 660 gestiones para tarjetas del fondo de cultura económica.

Se renovaron 35 acuerdos con hoteles y ocho con cadenas hoteleras, y se realizaron 30 visitas guiadas a lugares históricos, arqueológicos y exposiciones temporales.

En el área de Bienestar Social y Cultural se llevaron a cabo 64 trámites de testamento Público Abierto, se dio servicio a 90 trabajadores en la Clínica de Diagnostico Automatizado (CLIDA) del ISSSTE para mandos medios y superiores, se llevó a cabo la ceremonia de Premiación del Primer Concurso de Dibujo y Pintura Infantil, se hizo entrega de 2 000 boletos para el programa “En Familia con Chabelo” y se realizó descuento especial para los trabajadores en la tienda Scapino con 782 trabajadores beneficiados.

***Buen gobierno
Programa de Desregulación***

Durante el año 2003 se realizaron dos acuerdos de mejora con el Órgano Interno de Control (OIC).

El primero, enfocado al personal contratado bajo el régimen de honorarios, permitió disminuir el tiempo de proceso de 120 a 45 días, eficientando los pagos y mejorando la comunicación con las áreas involucradas (unidades administrativas, OIC, DGRH).

El segundo acuerdo permitió analizar seis procesos: movimientos de personal, cuentas por liquidar certificadas, elaboración de pagos a terceros, elaboración de resúmenes presupuestales, cambios de adscripción y transferencia presupuestal. Esto generó en un mejor servicio a los clientes internos y un mejor desempeño de los procesos mencionados.

Mejora Regulatoria

Para contribuir al compromiso presidencial dentro del Programa de Mejora Regulatoria, se llevó a cabo la recopilación de todas y cada de las disposiciones legales internas vinculadas a las funciones de esta misma Dirección General, mismas que fueron remitidas al Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) para su revisión y su posterior incorporación a la Normateca interna de la Secretaría a fin de brindar una difusión oportuna de la normatividad que regula la organización y la operación de los recursos humanos en esta Secretaría.

Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción

El Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción ha permitido a los Servidores Públicos de la Dirección General de Recursos Humanos promover una mejor actitud y tener un mayor compromiso con la ciudadanía, así como coadyuvar a la transparencia de la información referente a los recursos humanos, a través del portal establecido para ese fin.

Servicio profesional de carrera

Entre las acciones relevantes en este rubro destacan las siguientes:

- Designación de una área responsable dentro de la DGRH para la atención del proyecto, misma que ha participado en diversos cursos, talleres y ponencias referentes al Servicio Profesional de Carrera.
- Se instaló y formalizó el Comité de Profesionalización y Selección de la Secretaría de Salud, así como los 11 Comités Técnico de Profesionalización y Selección de cada órgano desconcentrado.
- Se participó en la coordinación para definir cinco perfiles de puestos de directores sustantivos de la Secretaría y tres de la Oficialía Mayor.

- Se participó en todas y cada una de las sesiones de validación de perfiles de competencias gerenciales desde nivel de enlace hasta director general adjunto coordinadas por la Secretaría de la Función Pública.
- Se ha cumplido con la incorporación mensual de la información establecida para el Registro del Registro Único de Servidores Públicos (RUSP).
- Se elaboraron y definieron los lineamientos de Diagnostico de Necesidades de Capacitación.
- A los encargados de la capacitación de las unidades centrales y órganos desconcentrados se les impartió un taller para resolver dudas sobre los lineamientos y sensibilizar sobre el nuevo enfoque de la capacitación con respecto al Servicio Profesional de Carrera.
- Se coordinó la participación de responsables de cada órgano Desconcentrado referente al Taller de Capacidades Técnicas Específicas y Catálogo de Puestos que impartió la Secretaría de la Función Pública.
- Se participó con la Secretaría de la Función Pública en las reuniones del subsistema de ingreso, presentando el esquema y los formatos. Se mostró el sistema Trabajen y se tomaron en cuenta aspectos generales, sobre los costos de la convocatoria.
- Se realizó el Diagnóstico de Capacitación (DNC) de acuerdo a la norma que regula el proceso de formación integral de la Administración Pública Federal, mismo que fue remitido a la Secretaría de la Función Pública Federal.
- Se hicieron presentaciones de sensibilización sobre las acciones prioritarias del reglamento a la Subsecretaría de Innovación y Calidad con la asistencia de 75 personas, de 14 de órganos desconcentrados, 20 personas de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, y 59 servidores públicos en general.
- Se asistió a cursos de Trabajen y Catálogo de Puestos.
- Se organizó una reunión con la Secretaría de la Función Pública para presentar problemas de inicio en la migración de códigos del Catálogo de Puestos y capacitación del maestro de puestos, asistiendo representantes de la DGPOP, SPF, DGRH, acordando un plan de trabajo para actualizar las estructuras ante la SHCP.
- En coordinación con la SFP se llevaron a cabo acciones de capacitación de las pruebas de evaluación que formarán el proceso de ingreso PPP y AMITAI.
- Se coordinó de la entrega de la Cédula Básica de Diagnóstico. POA 2004, a las unidades.
- Se coordinó la prueba Nociones Básicas del Servicio Profesional de Carrera que incluyó Ley, Reglamento y documento de 100 preguntas.
- Se participó en los grupos de enfoque para la reingeniería de estructuras y definición de la muestra al azar para la aplicación en línea.
- En coordinación con la SFP, se capacitó a unidades administrativas que presentaban en su plantilla plazas vacantes.

- La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud puso a disposición de la DGRH la evaluación de *Assesment Center* que aplica a los mandos medios, la cual se aplicó al personal de la Dirección de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación para medir tiempos, procesos, conocimiento de contenidos y alcances.
- Se solicitó asesoramiento a la SFP respecto a la implementación del Servicio Profesional de Carrera.
- Se realizó una reunión de trabajo con la SFP y DGPOP en donde se obtuvo una validación organizacional de las estructuras orgánicas de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados quedando pendiente la validación por parte de la SHCP.
- Se participó, con la SFP en la definición del formato de aplicación para la descripción de puestos, el cual cuenta con apartados de, objetivos, funciones, valuación de puestos, capacidades y perfilamiento del puesto.
- Se realizaron reuniones de trabajo con Órganos Desconcentrados y con Unidades Centrales para la integración del maestro de puestos.
- Se notificó a la Secretaría de la Función Pública referente a las principales problemáticas en la etapa inicial del Servicio Profesional de Carrera.
- Se inició el Diplomado de Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Gubernamental por parte del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).

Validación del proceso de registro y aplicación de incidencias en nómina

En el ejercicio 2003 se realizó de forma aleatoria la revisión de incidencias en las siguientes unidades:

- Dirección General de Equidad y Desarrollo
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- Consejo Nacional de Salud
- Dirección General de Relaciones Internacionales

Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

- Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios
- Dirección General de Control Sanitario de la Publicidad
- Dirección General de Salud Ambiental
- Dirección General de Medicamentos y Tecnología para la Salud
- Laboratorio Nacional de Salud Pública.

De esta revisión se desprendieron 77 anomalías de un total de 1 303 incidencias verificadas, obteniéndose un 94 por ciento de eficacia en su control.

Para el 2004 se han revisado las siguientes Unidades:

- Dirección General de Asuntos Jurídicos
- Dirección General de Programación Organización y Presupuesto

Aquí se detectaron 61 errores de 359 incidencias verificadas, con un 83 por ciento de eficiencia.

Usuario simulado

En el ejercicio septiembre de 2003 a 31 de agosto de 2004 se rebasó la meta programada de 765 visitas a través del programa Usuario Simulado, realizándose un total de 789 visitas, lo que representa un nivel de cumplimiento de 102.58 por ciento.

Esta actividad requirió de la participación de cinco usuario simulados, que semanalmente se les envía a las unidades previamente seleccionadas para que observen con discreción las irregularidades que pueden encontrar, 18 de usuarios reales, y dos supervisores, que acuden a corroborar los datos de los usuarios simulados con el fin de despejar alguna duda de la visita a la unidad.

Las visitas son realizadas en 52 unidades: 10 hospitales, ocho institutos, cuatro centros de salud mental (CECOSAM), tres centros nacionales y 22 centros de integración juvenil, que ahora abarcan los de la zona metropolitana.

En términos generales las irregularidades que se presentan con más frecuencia en este periodo son: información deficiente al usuario; buzones de quejas y sugerencias sin papelería; personal médico sin uniforme; ausencia de teléfonos públicos; muebles descuidados y caducos.

Es importante mencionar que ninguna unidad ha presentado irregularidad por solicitud de dádivas.

Página web

Contribuyendo a lo señalado por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se cambió la imagen de la página *web* de la Dirección General de Recursos Humanos: se actualizó y se perfeccionó, haciendo más fácil el acceso a toda aquella persona que desee obtener información relativa a la misión y visión, trámites, servicios, promoción social, normatividad, estadística y otros de esta Dirección General.

Programa de Transparencia y Acceso a la Información

Como resultado de la entrada en vigor de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la DGRH ha dado cumplimiento a las disposiciones que en materia de recursos humanos establece, como son:

- La incorporación y actualización en el portal Oficial de Transparencia, referente a tabuladores de sueldos, prestaciones, número de plazas, vacantes, contratos de honorarios, servicios que proporciona la Unidad y directorio de servidores públicos.

- Dar respuesta a las solicitudes de información realizadas por la ciudadanía, tramitando en el periodo 2003-2004 un total de 57 requerimientos, siendo los temas más frecuentes: nómina y prestaciones del personal, constancias de servicios y retiro voluntario, plantilla del personal y disponibilidad de plazas, así como el de datos personales.

Cabe resaltar que para dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y poder garantizar el acceso a información en tiempo y forma, se mantiene una coordinación constante tanto con la Unidad de Enlace como con las diversas áreas administrativas de esta Dirección General de Recursos Humanos.

Resultados de los compromisos asumidos en los retos y oportunidades 2003-2004

- Se actualizó y mejoró la funcionalidad, seguridad, control y operación del sistema de nómina, superando las expectativas contempladas para el 2003. el sistema incluye:
 - incorporación de controles de accesos y seguridad;
 - parametrización de cálculo;
 - transferencia de información de y hacia el sistema de nómina, incluye faltas e incidencias;
 - ampliación en la capacidad de datos y conceptos de pago;
 - parametrización de terceros institucionales;
 - nuevo diseño del recibo de percepciones y deducciones;
 - incorporación de mecanismos de control y validación en sistema de nómina;
 - Histórico de plazas;
 - reportes parametrizados, y
 - búsquedas avanzadas.
- Se concluyó la versión 1.0 del Sistema Auditor de Conceptos de Pago y Estructuras Presupuestales.
- Se entregó la actualización del sistema de nómina y se proporcionó capacitación a personal de recursos humanos de los OPDs y nómina en los estados.
- Se concluyó el sistema de captura y actualización remota de recursos humanos.
- Se actualizó el sistema de envío y recepción de productos de nómina, agilizando la comunicación con las entidades federativas.
- Se creó una base de datos central para el Registro Único de Servidores Públicos como parte del Servicio Profesional de Carrera, el cual concentra la información de los servidores públicos del Área Central y Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud (RUSP), así como médicos

residentes y personal de honorarios de las entidades federativas, la cual es permanentemente actualizada a través de Internet a lo largo del año.

- Se concluyó oportunamente con la implantación del Nuevo Sistema de Recaudación del Sistema de Ahorro para el Retiro, donde la Secretaría de Salud participó en la prueba piloto de este sistema, cubriéndose las aportaciones de manera puntual a partir del bimestre de 2004.
- Se arrancó con éxito la implementación del Servicio Profesional de Carrera en esta Secretaría.
- Se incrementaron las cartas de descuento para los trabajadores con un 20 por ciento.

Retos y oportunidades 2004-2005

- Desarrollar y dar seguimiento a las acciones que permitan de manera coordinada con la Secretaría de la Función Pública implantar el Servicio Profesional de Carrera en la Secretaría de Salud, con un sistema integral de administración de Recursos Humanos, que profesionalice a los Servidores Públicos, garantice la igualdad de oportunidades en base al mérito, promoviendo el desarrollo profesional del mismo y dirigida a resultados y a la mejora de la administración Pública.
- Realizar actividades vinculadas a la capacitación dentro del marco del Programa Anual de Capacitación dirigidos a los servidores públicos de carrera y operativos.
- Generar mecanismos de evaluación del desempeño que permitan dar cumplimiento a las metas e indicadores que se establezcan.
- Incorporar a los funcionarios públicos de toda la Secretaría a la profesionalización a través del Servicio Profesional de Carrera.
- Comenzar a atraer, retener y motivar a los mejores hombres y mujeres al Servicio Público que brinda esta Secretaría.
- Iniciar la cobertura de plazas vacantes a través de la convocatoria pública abierta.
- Contar en el 2004 con una estructura actualizada y dictaminada por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, autorizada por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados.
- Dar cumplimiento a las acciones y acuerdos generados del Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción.
- Atender oportunamente los requerimientos que en materia de recursos humanos se generen de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Coordinar las acciones referentes a las estrategias de mejora regulatoria que permitan simplificar

la normatividad, así como los requerimientos de información interinstitucional, haciendo los procesos más ágiles y eficientes, con un enfoque de mejora de la atención ciudadana.

4.5 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

Desarrollo de hospitales regionales de alta especialidad

La Secretaría de Salud, conjuntamente con las entidades federativas, lograron consolidar el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, en el cual se plasma la necesidad de contar con Hospitales de Alta Especialidad ubicados estratégicamente en diversas ciudades de la República Mexicana. Para lo anterior, el gobierno federal y los gobiernos estatales han implementado acciones encaminadas a la construcción de los siguientes hospitales de alta especialidad, los cuales se encuentran en proceso de ejecución:

1. *Hospital Regional de Alta Especialidad de Mérida, Yucatán.* Este hospital sustituirá el inmueble que actualmente alberga los servicios médicos de la región, afectado por el huracán “Isidore”.
2. *Hospital de Alta Especialidad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.* Este hospital otorgará sobre todo servicios en especialidades pediátricas en beneficio de la población menor de 16 años de esa región marginada del país.
3. *Hospital de Alta Especialidad “Ciudad Salud” de Tapachula, Chiapas.* Para mejorar la salud de la población de la región Istmo-Costa y Soconusco, se construyó este hospital que proyectará su influencia hacia Centroamérica y otros Estados de la República Mexicana.
4. *Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío de León, Guanajuato.* Este hospital planteado para desarrollarse bajo un esquema innovador de inversión basado en asociaciones público-privadas, encontrándose actualmente en proceso de ejecución los estudios de asesoría legal, técnica y financiera que sustenten la viabilidad del mismo.

Acciones de Conservación y Mantenimiento

Mantenimiento de instalaciones

En respuesta a las necesidades de los Hospitales de Referencia y solicitudes de apoyo en materia de mantenimiento, se realizaron 22 acciones de mantenimiento correctivo por un monto de 10.2 millones de pesos en beneficio de los Hospitales de la Mujer, Nacional Homeopático, Juárez del Centro, Juárez de México, así como el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, la Dirección de Comunicación Social, el Centro Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CENSIDA) y Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES).

Por otra parte se integró el diagnóstico de los seis Hospitales de referencia para la rehabilitación integral de sus instalaciones y equipos de casas de máquinas, acciones que en función de la disponibilidad de recursos se pretenden desarrollar en el periodo agosto 2004-octubre 2006.

Rescate de la infraestructura existente

Para recuperar el nivel de operación y calidad de servicio de la infraestructura física existente se llevaron a cabo dos seminarios nacionales de conservación con la participación de las 32 entidades federativas y los seis hospitales de referencia para la Implantación y Desarrollo del Sistema Integral de Conservación de la Infraestructura Física, el cual contempla:

- diagnóstico nacional del estado físico y funcional de unidades médicas;
- programas y Rutinas de trabajo;
- estructuras orgánico-funcionales;
- perfiles de puesto;
- indicadores para costeo de recursos y evaluación del desempeño, y
- un programa de capacitación, desarrollo y actualización de personal técnico.

Asimismo, dentro del programa de *Dignificación de Unidades en el Medio Rural*, se atendieron 443 unidades con recursos estatales y asesoría federal.

Adquisición de equipo médico

En el período septiembre-diciembre del 2003 se atendieron solicitudes para la adquisición de bienes del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, la Dirección General de Salud Reproductiva, el Centro Nacional de Rehabilitación, el Hospital de la Mujer y el Hospital Nacional Homeopático, para lo cual se convocó a cuatro licitaciones internacionales, en las que participaron 48 empresas, adjudicándose 75 partidas con un total de 2 517 bienes y una erogación de 1.8 millones de pesos.

Asesorías técnicas

Se brindaron 14 asesorías y asistencias técnicas en materia de proyectos, adecuaciones y remodelaciones en conservación y mantenimiento al Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, los estados de Campeche, Durango, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo y San Luis Potosí.

Se realizó la evaluación de la infraestructura hospitalaria de los seis hospitales de referencia del nivel central, y la evaluación inmobiliaria de las unidades hospitalarias y administrativas ubicadas en el Distrito Federal.

Fondo de Desastres Naturales (FONDEN)

Ante la ocurrencia de cinco desastres naturales que afectaron la infraestructura física del sector salud, se asistió técnicamente a los estados de Baja California Sur, Michoacán, Oaxaca y Veracruz para diagnosticar y estimar los daños en apego a las reglas de operación para la obtención de recursos del Fondo de Desastres Nacionales (FONDEN), así como la supervisión de los trabajos de rehabilitación, canalizándose recursos por un monto de 29.2 millones de pesos en beneficio de 138 unidades Médicas.

Programa de Capacitación y Formación de Recursos Humanos Responsables de la Infraestructura Física

En coordinación con el Departamento de Educación Continua de la Facultad de Ingeniería de la UNAM, se está programando durante el mes de agosto la impartición de un curso-taller denominado “Administración del Mantenimiento en Unidades Hospitalarias”, con el propósito de promover la actualización técnico-operativa del personal responsable de la conservación y mantenimiento de las unidades médicas de la Secretaría. Adicionalmente se coordina un curso-taller de Mantenimiento de Casas de Máquinas a desarrollarse durante los meses septiembre y octubre del 2004, a fin de establecer las rutinas de mantenimiento de los equipos, sistemas e instalaciones para una operación continua y confiable. En total participarán 180 personas.

Programa Nacional de Ahorro de Fluidos y Energéticos

Se realizaron las reconversiones eléctricas para el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos y el Hospital Nacional Homeopático. Asimismo, se integró el estudio Técnico-Económico para el desarrollo del programa piloto para la reconversión de los sistemas de iluminación de 336 hospitales generales a partir del segundo semestre del 2004.

4.6 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Resultados de vinculación social y acciones de filantropía

El Patrimonio de la Beneficencia Pública ha definido el rumbo de su quehacer. Como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, focaliza sus acciones a la canalización de recursos para atender las necesidades de salud de la población de escasos recursos y sin seguridad social. Opera como una institución de segundo piso y de vinculación en el marco de PRONASA 2001-2006. Sus actividades las realiza a través de dos mecanismos:

- a) Co-inversión con organizaciones de la sociedad civil no-lucrativas que trabajan en materia de salud. De septiembre de 2003 a agosto de 2004, se han apoyado 203 proyectos de alto impacto, como atención a adultos mayores, atención a personas con problemas mentales, atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares, prevención de enfermedades, entre otras. Se moviliaron 33 millones de pesos de recursos presupuestales y 29 millones de pesos con recursos patrimoniales, con los cuales se beneficiaron de forma indirecta 1.3 millones de personas.
- b) Ayudas funcionales en especie para personas de escasos recursos sin seguridad social. Se firmaron seis convenios con organizaciones de la sociedad civil, los cuales tienen por objeto establecer las bases y mecanismos de colaboración para que por medio de un apoyo económico de la Beneficencia Pública, sean éstas las que atiendan directamente las solicitudes y entreguen la ayuda funcional. Con estos convenios se agiliza de manera sustantiva la atención de solicitudes, tanto en tiempo como en recursos, creando una sinergia con organizaciones especializadas y disminuyendo sustancialmente el tiempo de espera. En el periodo en que se informa se han apoyado, tanto a través de dichos convenios, como de forma directa, a 1 047 personas, con un

monto de 400 millones de pesos.

Aquí cabe destacar el convenio firmado con la Fundación Televisa para apoyar a 800 niños con auxiliares auditivos.

Las estrategias del *PRONASA 2001-2006* que han sido apoyadas a través de las organizaciones de la sociedad civil y el Patrimonio de la Beneficencia Pública en 2002, fueron las siguientes:

- Estrategia 1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social. En este rubro se apoyaron a 10 organizaciones que desarrollan proyectos y actividades de inversión relacionados con vida saludable. Se movilizaron 2.5 millones de pesos, que beneficiaron a 59 118 personas de modo indirecto.
- Estrategia 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. Se apoyaron a nueve organizaciones que trabajan en proyectos de prevención, atención de rezago y proyectos relacionados con la nutrición y salud de pueblos indígenas. Se movilizaron 6.3 millones de pesos, que beneficiaron a 66 875 personas de forma indirecta.
- Estrategia 3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades. Se apoyó a 108 organizaciones que trabajan en la atención de personas con capacidades diferentes, síndrome de Down e hipoacusia. El número de beneficiarios a los que se logró impactar fue de 657 224 personas con millones de pesos.
- Estrategia 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud. Continúan vigentes los convenios celebrados con los Servicios de Salud de Campeche, Durango, Guerrero, Michoacán, Yucatán, Morelos, Puebla, Oaxaca, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz. En el período en que se informa se firmó un convenio con los Servicios de Salud de Zacatecas. Con estos convenios se ha continuado la labor de radicación de recursos necesarios para cubrir las solicitudes de ayudas funcionales para personas físicas y el otorgamiento de apoyos a organizaciones de la sociedad civil, sin fines de lucro.
- Estrategia 8. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud. En este rubro se apoyó a 64 organizaciones que presentaron proyectos de atención a los grupos de niños, niñas y adultos en situación vulnerable, se movilizaron 13.5 millones de pesos, con los que se logró beneficiar, de forma directa, a 552 187 personas.
- Estrategia 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud. En este rubro se apoyó a 12 organizaciones dedicadas a desarrollar proyectos encaminados a fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud. Se movilizaron para este fin 6.1 millones de pesos.

En relación al Programa de Profesionalización y Fortalecimiento a Organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro y dedicadas a la salud, se continúa con la tercera etapa, la cual dio inicio en marzo de 2004. A la fecha se han capacitado a 480 personas de 297 organizaciones de 12 estados de la República.

Acciones jurídicas para incrementar, recuperar y regularizar la situación del Patrimonio

- Arrendamiento. Durante el período que se informa se obtuvieron ingresos por cinco millones de pesos por arrendamiento de inmuebles a través de 239 contratos de arrendamiento.
- Modificaciones al catálogo inmobiliario. Se efectuaron 18 modificaciones al catálogo, ya que se dieron de baja de los estados financieros 15 inmuebles, los cuales fueron vendidos a particulares. Asimismo, se ingresaron tres nuevos inmuebles.
- Clasificación administrativa de inmuebles. El acervo inmobiliario se conforma de 213 inmuebles de los cuales 23 están ocupados por oficinas de la Secretaría de Salud; siete por los Servicios de Salud de los Estados de Morelos, Veracruz, Guanajuato, Michoacán y Colima; 23 por los Servicios de Salud del D. F., 22 están otorgados en comodato a Organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro; cuatro se encuentran en reserva territorial; 121 propiedades están en arrendamiento, y 13 propiedades son irregulares.
- Contratos en comodato. Están en proceso de renovación los 23 contratos que actualmente se tienen con el Gobierno del Distrito Federal.
- Mantenimiento de inmuebles. Durante el período que se informa se destinaron 56 000 mil pesos para actividades de mantenimiento menor. Con respecto al mantenimiento mayor se destinó un monto de 500 mil pesos para la atención de ocho inmuebles.
- Recursos por compra. En este rubro, en el período que se informa se realizaron ocho operaciones de compra-venta por un monto de 15.5 millones de pesos, los cuales han sido destinados a los diferentes programas de alto impacto en materia de salud.
- Juicios. Por lo que se refiere a juicios sucesorios, se obtuvieron 24 declaratorias firmes de herederos a favor de la Beneficencia Pública. Al mes de agosto se han atendido 6 365 juicios, correspondiendo 5 472 a juicios sucesorios en primera sección.
- Recursos. Se han interpuesto 47 apelaciones, 30 amparos indirectos y 15 amparos en revisión para tratar de obtener declaratoria de herederos a favor de la Beneficencia Pública.
- Recuperación de inmuebles. Se recuperaron nueve inmuebles, dos provenientes de sucesiones derivados de un juicio reivindicatorio y acciones extrajudiciales, y siete inmuebles por acciones realizadas en juicio de controversia de arrendamiento.
- Recuperación de rentas. Se recuperaron durante el período 615 mil de pesos en rentas (equivalente a 810 meses) de los inmuebles propiedad o en administración del Patrimonio.
- Recuperación de muebles. Se recuperaron tres taxis ecológicos con las concesiones y placas correspondientes, con un valor aproximado de 216 mil pesos.
- Recuperación de valores. Derivado de la aplicación del artículo 61 de la Ley de Instituciones de Fianzas, relacionado con la prescripción de cuentas bancarias a favor del Patrimonio, se recuperó la cantidad de 35.5 millones de pesos.

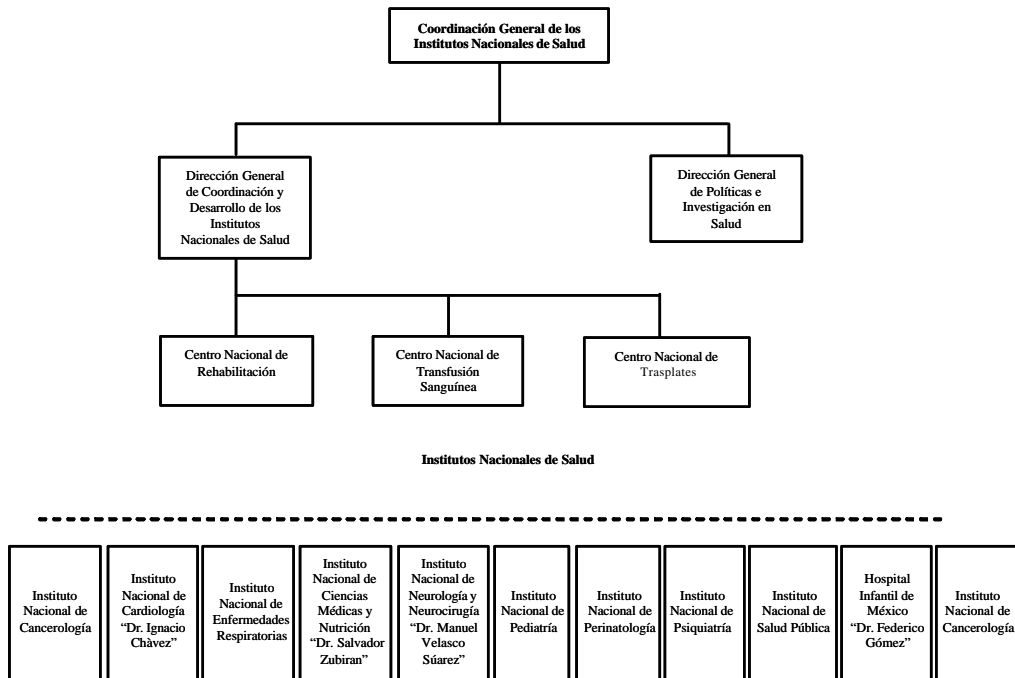
- Recursos federales. En el año 2003 el presupuesto total ejercido fue de 98.3 millones de pesos. Para el ejercicio 2004 se tiene un presupuesto autorizado de 62.8 millones de pesos, cifra que representa un decremento del 1.6 por ciento. Es importante destacar que adicionalmente al presupuesto para este año se cuenta con 30 millones de pesos etiquetados para apoyar proyectos específicos para los Centros de Ayuda a la Mujer. La cantidad asignada dentro del presupuesto autorizado para apoyar en especie a personas físicas de escasos recursos y sin seguridad social asciende a 29.3 millones de pesos, con lo que se espera atender a 100 000 personas.
- Recursos patrimoniales. Por lo que se refiere a los rendimientos que producen las inversiones de las cuentas patrimoniales, se presentó un decremento de 1.9 millones de pesos, debido a que en este periodo (septiembre 2003 y junio 2004) se incrementó en una parte importante los préstamos realizados a los estados y a las unidades administrativas centrales lo que resultó en una disminución del saldo disponible en bancos.
- Ingresos por recursos patrimoniales. Apesar de que los recursos de las entidades federativas destinados a donativos para este PBP disminuyeron respecto de su comportamiento en el mismo periodo en el año anterior, los ingresos presentan un incremento de 21.2 millones de pesos, debido principalmente a que en el periodo que se informa los bancos remitieron a este Patrimonio de la Beneficencia Pública, las cuentas de ahorro que no han tenido movimiento en el transcurso de cinco años en cumplimiento con el artículo 61 de la Ley de Instituciones de Crédito.
- Programa institucional de capacitación. En el ejercicio 2003 se superó la meta en un 8.0 por ciento, capacitando a 216 trabajadores de 200 programados. Hasta el segundo trimestre del 2004, se han impartido 19 cursos de capacitación con un total de 198 capacitados, con un incremento del 100 por ciento en relación con el mismo periodo del año anterior.

Capítulo 5

Organismos Públicos Descentralizados

5. ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS

5.1 Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud



En el marco de la adecuación estructural de la Secretaría de Salud realizada en 2003, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud quedó constituida por la Dirección General de Políticas e Investigación en Salud y la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud). A esta última se le asignó la coordinación sectorial de los Centros Nacionales de Trasplantes, Transfusión Sanguínea y de Rehabilitación. De igual manera se agrupó como tramo de control de la Dirección de Coordinación y Desarrollo, la Subdirección de Desarrollo Institucional, que anteriormente dependía directamente de la Dirección General Adjunta de Coordinación y Desarrollo Institucional.

5.1.1 Dirección General de Coordinación y Desarrollo

La Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los INSalud realizó, durante 2003 y en el marco del *PRONASA 2001-2006*, la evaluación sectorial de los convenios de desempeño de los diez INSalud suscritos para el ejercicio 2003, en atención a la estrategia 8 *Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)* y la línea de acción 8.3. *Promover la autonomía de gestión hospitalaria*

y la gestión por contrato. Seis de los diez institutos alcanzaron una calificación de Excelente en los cuatro trimestres del 2003.

En el marco de la estrategia 10. *Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud* y la línea de acción 10.4. *Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud*, una de cuyas metas es *Mejorar el entorno laboral*, esta Dirección General presentó cuatro distintas alternativas, en colaboración con la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, para atender el diferencial salarial de las jefaturas de departamento de los INSalud y los servicios por ellas coordinadas.

En septiembre de 2003 estas jefaturas departamentales dejaron de estar consideradas como plazas de estructura al ser incorporadas en la rama médica y paramédica con la creación de dos tipos de plazas, lo que económicamente representó incrementos salariales de entre 41 y 62 por ciento, y asegura la coherencia en las percepciones salariales en las áreas médicas de los INSalud.

En septiembre de 2003 se integró el diagnóstico de la demanda de atención médica por origen geográfico de las entidades federativas de la Región Centro País que se presentó a los INSalud en los últimos cinco años, el cual fue presentado en la mesa técnica de salud, documento que pretende ser la base del catálogo de servicios de atención médica de alta especialidad por entidad federativa.

Se coordinó la realización de 20 sesiones de las juntas de gobierno y de 40 sesiones de los Comités de Control y Auditoría de los INSalud y los Centros Nacionales de Trasplantes y Transfusión Sanguínea, y se participó como vocal en las juntas de gobierno de los Hospitales Generales de México y “Dr. Manuel Gea González”.

Se emitieron comentarios técnicos a diversas iniciativas presentadas por diputados y senadores del Congreso de la Unión para modificar la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, el Artículo 4º Constitucional, la Ley Federal de la Vida Silvestre y la Ley General de Salud.

Conforme a los lineamientos establecidos para propiciar y transparentar la participación de las comunidades académica y médica en la auscultación sobre las cualidades científicas y profesionales de los aspirantes a los puestos de director general de los Institutos Nacionales de Salud, se organizaron y realizaron los procesos mediante los cuales las juntas de gobierno de los Institutos Nacionales de Psiquiatría, Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y de Salud Pública designaron nuevos directores generales.

En coordinación con las Direcciones Generales de Programación, Organización y Presupuesto y de Recursos Humanos, se analizaron y determinó el déficit presupuestario de los INSalud durante el Ejercicio Fiscal 2003 y se promovió la evaluación y adecuación de las plantillas autorizadas.

Se participó en el análisis del indicador de “abasto de medicamentos” en los INSalud y, en cumplimiento a la normatividad vigente, se participó de manera activa en la recién creada Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos.

Se ha trabajado en propiciar la comunicación directa entre las áreas de atención médica y enseñanza de los INSalud a fin de mejorar la coordinación entre ellas hacer más eficiente y racional el uso de los recursos disponibles e impulsar la elaboración conjunta de proyectos que generen sinergias y adecuaciones en los tratamientos de alta especialidad médica.

Se participó en la presentación del proyecto “Mejora de Abasto de Medicamentos” y se evaluó la posible participación de los INSalud en una compra coordinada, mediante licitación, de medicamentos.

En noviembre de 2003 se concluyó la propuesta del “Sistema de Indicadores para la Evaluación del Desempeño de los Institutos Nacionales de Salud”.

Por invitación del Centro Nacional de Información en Salud (CENIDS) se participa en la elaboración del Boletín Informativo de los INSalud.

A partir de junio de 2004 se participa en el Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Mortalidad Materna y Perinatal del Distrito Federal.

5.1.2 Dirección General de Políticas de Investigación en Salud

La Dirección General de Políticas de Investigación en Salud es un área de nueva creación, que responde a la necesidad de contar con políticas explícitas de investigación en salud que al ser instrumentadas contribuyan a la solución de los problemas de salud del país y al desarrollo académico de los investigadores en ciencias médicas de la Secretaría. Con base en este cambio, también fueron objeto de rediseño sus departamentos adscritos. Así, la Dirección de Vinculación y Gestoría Social, dentro del tramo de la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, cambió su denominación por Dirección de Concertación y Difusión Académica; la Subdirección de Concertación y Convenios, dentro del tramo de control de la Dirección de Concertación y Difusión Académica, cambió su denominación por Subdirección de Concertación Académica; la Subdirección de Difusión Académica, conservando su denominación, rediseña su objetivo y funciones para adecuarse al cambio de adscripción establecido en la propuesta de reestructuración, el Departamento de Vinculación, dentro del tramo de control de la Subdirección de Concertación Académica, cambió su denominación por Departamento de Apoyo a la Concertación Académica, y el Departamento de Información y Documentación, dentro del tramo de la Subdirección de Difusión Académica, cambió su denominación a Departamento de Apoyo a la Difusión Académica.

Perspectiva de género

Como parte de las acciones encaminadas a cumplir con lo estipulado en el *Programa de Acción: Investigación y Salud (PAIS)* en lo referente a género, y con apego al objetivo siete del mismo y a sus respectivas estrategias y líneas de acción, la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud ha participado como integrante del Consejo Técnico del Consorcio Nacional Mujer y Salud en nueve sesiones realizadas a la fecha.

Cooperación internacional

Como parte de la concertación académica realizada por la Coordinación General de los INSalud (CGINS), se puso en marcha el tercer ejercicio financiero del fondo tripartita para investigación respecto al migrante

y/o su familia, derivado del Acuerdo de Entendimiento firmado entre la Universidad de California, el CONACYT y la Secretaría de Salud. Esto significó la aportación financiera conjunta de 473 435 dólares para el apoyo de 13 propuestas de investigación. En el mismo renglón, están en espera de firma, para el mes de julio del año en curso, el documento de posturas para la Colaboración en Investigación sobre Tuberculosis entre los Institutos Canadienses de Investigación en Salud y los Institutos Nacionales de Salud de México, y el Convenio General de Colaboración entre el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional y los Institutos Nacionales de Salud. De estos últimos se cuentan el de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñíz”, el de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, el de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”, el de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”, y el de Enfermedades Respiratorias.

En cooperación estrecha con el Consejo Consultivo de Ciencias, de la Presidencia de la República, y en apoyo a las instancias que gestionan y/o administran recursos para la investigación en salud, y a las metas relacionadas con el PAIS, la CGINS ha planteado retomar, con las adecuaciones pertinentes, la metodología recomendada por *The Global Forum for Health Research en: A Manual on Tracking Resource Flows for Health Research and Development*, para llevar a cabo en nuestro país el Proyecto para el Análisis del Flujo de Recursos Financieros para Investigación y Desarrollo en Salud (I&DS), cuyo documento se encuentra en fase de revisión final por las autoridades involucradas.

A partir de la designación otorgada a México como sede del Octavo Foro Internacional de Investigación en Salud, y de la Cumbre Ministerial de Investigación en Salud a celebrarse en forma paralela en el mes de noviembre de 2004 bajo los auspicios de *The Global Forum for Health Research* y la OMS, respectivamente, la CGINS ha participado, como representante de la Secretaría de Salud, en las reuniones llevadas a cabo en Ginebra Suiza y en las Conferencias Regionales previas que concluyeron con la realizada, para la Región de las Américas, en la Ciudad de México durante los días del 24 al 26 de mayo de 2004.

Investigación y el desarrollo tecnológico en salud

Partiendo de lo expuesto en el *PRONASA 2001-2006* y en el Programa de Acción: Investigación en Salud para explorar el ámbito de desarrollo de la vinculación, la CGINS ha desarrollado, como propuesta al respecto, el Programa de Vinculación Academia-Industria (ProVAI) contemplando los factores críticos de éxito de la misma hasta llegar a la delimitación de su marco operativo, pasando por el tratamiento de sus aspectos legales y normativos; el estado del arte; los factores claves para obtener una vinculación eficiente; el contexto de la investigación en salud con énfasis en las nuevas áreas de oportunidad para realizarla; el establecimiento de los fundamentos del programa a través del planteamiento de visión, misión, objetivos, metas, estrategias, líneas de acción y áreas temáticas, y el establecimiento de un marco institucional y funcional necesario para llevarla a cabo de manera práctica.

5.1.3 Institutos Nacionales de Salud

5.1.3.1 Instituto Nacional de Cancerología

El cáncer ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad en México, por lo que representa un problema de salud pública. Esto incide directamente en la creciente demanda de la mayoría de los servicios que se proporcionan en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). La cobertura poblacional del INCan es a nivel nacional, debido a que se atiende a pacientes provenientes de las 32 entidades federativas; 80 por ciento son mujeres y 20 por ciento hombres. 78 por ciento de los pacientes atendidos presentan un perfil socioeconómico bajo, situándose dentro de los tres primeros niveles de nuestra escala.

El paulatino incremento de casos nuevos por cáncer representa una relación directamente proporcional al crecimiento poblacional y a la expectativa de vida de la población. Durante la próxima década se estima que el cáncer aparecerá como la primera causa de mortalidad en México. Por esta razón, la principal premisa del INCan es otorgar atención médica con calidad y eficiencia, promover el avance científico, tecnológico y de enseñanza en la prevención y cura del cáncer. Para atender estas actividades, el INCan cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia, la cual incluye una dirección general, cuatro direcciones de área, un órgano de control interno (a nivel dirección) y 16 subdirecciones. Cabe mencionar que se convirtieron 47 plazas de jefe de departamento de estructura a jefes de departamento en área médica.

Por todo lo anterior y con la finalidad de cumplir con los objetivos y metas establecidas, el Instituto deberá contar con equipo e infraestructura adecuados para brindar un servicio de calidad en la atención a los pacientes, así como con la infraestructura que brinde los espacios que el público usuario demanda.

Durante el periodo de referencia, se concluyó la construcción del Edificio de Quimioterapia, que actualmente esta brindando atención médica en las áreas de quimioterapia y mama. Se llevó a cabo la ampliación de la biblioteca del Instituto, lo que permitirá proveer de espacios adecuados que permitan albergar a los usuarios de este servicio. La creciente demanda de servicios hizo necesario efectuar una remodelación del área de patología, logrando la ampliación y adaptación de espacios para hacerlas más funcional. Adicionalmente, se tiene contemplado llevar a cabo un Programa Integral de Remodelación del Instituto, el cual permitirá contar con áreas físicas adecuadas para seguir brindando atención de calidad a los pacientes y se mejorarán las áreas administrativas para ofrecer espacios adecuados a los empleados para el desarrollo de sus funciones encomendadas.

En el transcurso del periodo en cuestión, se adquirió el mobiliario necesario para la puesta en operación de este edificio. También se llevo a cabo la adquisición de equipo de cómputo, impresoras, lectores de código de barras para la puesta en operación del Sistema Automatizado de Servicios Paramédicos y Consulta Externa; un Equipo Arco en "C" para braquiterapia, así como tres elevadores para pacientes.

Durante el periodo de referencia, el Instituto adquirió un equipo de resonancia magnética nuclear, que mediante una técnica de diagnóstico por imagen permite estudiar múltiples lesiones y enfermedades en sus etapas iniciales, lo que resulta de gran utilidad para el diagnóstico de neoplasias. Asimismo, las imágenes obtenidas a través de esta técnica ofrecen gran precisión y se traducen en información de gran utilidad para que se puedan generar diagnósticos en menos tiempo, beneficiando así al paciente en términos de calidad, seguridad y eficacia clínica.

Por otra parte, se inició la implementación del Sistema de Automatización del Proceso de Servicios Paramédicos, Consulta Externa y Hospitalización en la preconsulta administrativa y en la preconsulta médica del Instituto. Este sistema tiene como objetivo principal la simplificación, optimización y actualización del servicio de consulta externa y hospitalización, lo cual contribuirá a mejorar las actividades diarias, disminuir tiempos de espera, evitar aglomeraciones innecesarias y agilizar los tramites administrativos en los servicios relacionados con la consulta externa.

El Instituto tiene la función principal de alcanzar la excelencia en investigación, enseñanza y atención médica, contribuyendo con la descentralización de los servicios de salud, en materia de neoplasias, fortaleciendo el funcionamiento de los centros oncológicos en el país, formando recursos humanos y promoviendo el desarrollo de investigaciones y la publicación de artículos científicos.

Atención médica

En lo que respecta a atención médica, durante el periodo de enero a agosto 2004 se otorgaron 109 306 consultas, casi tres mil consultas más en relación al mismo periodo del año 2003. Del total, 2 887 correspondieron a consultas de primera vez; 100 811 a consultas subsecuentes, y 5 608 a preconsulta. Las consultas de urgencias ascendieron a 3 198, cifra similar a la del mismo periodo del año anterior.

Se registraron 4 579 egresos hospitalarios, nueve por ciento menos que en el con relación al mismo periodo del año anterior (4 988). Por otra parte, se realizaron 2 380 cirugías, cifra mayor a la obtenida en el mismo periodo del año anterior (2 333). Asimismo, se efectuaron 575 978 estudios de laboratorio.

Concepto	Cierre (Diciembre de 2003)	Estimado (1° enero al 31 de agosto de 2004)
Total de consultas	167 121	109 306
% de Ocupación Hospitalaria	86.2	88.0
Número de Cirugías	3 675	2 380
Estudios de Laboratorio	827 047	575 978
Egresos Hospitalarios	7 465	4 579

Debido a que uno de los objetivos elementales de la misión del Instituto Nacional de Cancerología es la prevención y el cuidado de la salud de la población, para dar cumplimiento a tan importante encomienda, durante este periodo se realizaron actividades de prevención y detección oportuna de cáncer a la población abierta en general a través de la Clínica de Displasias, la cual tiene como finalidad prioritaria contribuir a la reducción e incidencia de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino. Durante el periodo del 1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004 se dio atención a un total de 14 463 pacientes.

Por otra parte, el Instituto cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos, la cual colabora en forma coordinada con la Clínica del Dolor teniendo como objetivo atender a los pacientes con cáncer cuya extensión de la enfermedad limita la posibilidad de tratamiento con fines curativos, pero que requieren el alivio de manifestaciones directas o indirectas de la enfermedad, así como brindar apoyo psicológico al paciente y a sus familiares a través de personal especializado, fomentando la atención intradomiciliaria.

Durante el periodo 1° de septiembre del 2003 al 31 de agosto del 2004 se cumplieron favorablemente las metas propuestas y en algunos de los casos se superó la meta establecida. Durante este periodo las

principales actividades realizadas por el Instituto fueron 3 589 intervenciones quirúrgicas; 39 654 sesiones de radioterapia, y 32 312 radiodiagnósticos. Con el sistema automatizado en Laboratorio Clínico se llevaron a cabo un mayor número de exámenes con mayor precisión, realizándose 849 681 estudios. En tomografía axial se hicieron 15 830 estudios dando apoyo a la fase diagnóstica. La unidad de Patología realizó 17 967 estudios. En el área de hospitalización se obtuvieron 7 057 egresos y en consulta externa se otorgaron 165 586 consultas.

Enseñanza

Durante el periodo que se informa, se continuó con el programa de especialización para 78 médicos residentes, que cuenta con 43 becarios de la Secretaría de Salud y 35 becarios directos. De acuerdo con su lugar de procedencia 57 son nacionales y 21 extranjeros (cuatro de Nicaragua, tres de Honduras, dos de Panamá, dos de Venezuela, dos de Guatemala, dos de Colombia, uno de República Dominicana, uno de Paraguay, dos de Belice, uno de República del Salvador y uno de Macedonia).

Se realizaron cursos de especialidad de los cuales ocho cuentan con reconocimiento universitario (Cirugía Oncológica, Oncología Médica, Radio-Oncología, Hematología, Algología, Radiología Oncológica, Patología Oncológica y Citopatología) y tres no cuentan con reconocimiento (Ginecología Oncológica, Endoscopia Gastrointestinal y Psico-Oncología).

	Cierre (Diciembre de 2003)	Estimado (31 de agosto de 2004)
Alumnos Total	5 129	5 689
En formación	262	300
Capacitados	4 867	5 389
Cursos Total	78	81
Especialización	11	11
Pregrado- Medicina	5	5
Pregrado- otras especialidades	7	7
Técnico y Postécnico	1	1
Educación Continua	19	22
Capacitación	33	33
Educación para la Salud	2	2

Durante el periodo de referencia, se impartieron 69 cursos. El número de recursos humanos formados (300) y capacitados (5 389) ascendió a 5 689 alumnos, cifra superior en un seis por ciento respecto a la meta programada (5 355). Dicho incremento se debió a la gran asistencia a los cursos. Se realizaron 24 sesiones clínicas generales y 120 anatomo-clínicas. En fomento para la salud se atendieron 1 500 pacientes a través de Grupo Reto y rehabilitación en foniatría. También es importante destacar el apoyo que el Instituto ha brindado sobre oncología a 30 instituciones de salud y educativas del país a través de cursos con duración de dos a tres meses y en los que se recibieron alumnos de instituciones oficiales, privadas del D.F. y diferentes estados.

Durante este periodo se llevaron a cabo los siguientes cursos: “8° Reunión de Trabajo Social en Oncología, Interrelación de Trabajo Social y las Diferentes Disciplinas”; “¿Qué puede comer un paciente con cáncer?”; “XI Curso Cáncer en la Mujer”; “Genética y Cáncer”; “Curso Internacional Radioterapia

Basada en Evidencias”; “VI Reunión de Registros Médicos”; “II Jornadas Internacionales de Actualización en Anatomía Patológica”; “5º Curso de Medicina Transfusional y Aféresis”; “XXI Reunión Nacional Médica, Veracruz 2004”; “6º Curso de Cáncer en los Niños”; “Cirugía Oncológica para el Cirujano General”; “IX Curso Clínico Radiológico de Mama”; “6º Curso de Tabaquismo, Fumar Empobrece”; “XVI Congreso de Enfermería Oncológica”; “X Curso de la Industria Farmacéutica”; “Alimentación del Niño con Cáncer”; “II Curso Cáncer en el Hombre” y “III Curso de Grapeo Mecánico en Cirugía y Electrocirugía Avanzada”.

Investigación

Concepto	Cierre (Agosto de 2003)	Estimado (31 de agosto de 2004)
Número de investigadores en el Sistema Institucional de la Secretaría de Salud	72	77
Número de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores en el período	24	24

Durante este periodo en el área de investigación se han desarrollado 162 protocolos aprobados por el Comité Científico del Instituto. 30 por ciento se realizan en investigación biomédica básica y 70 por ciento en investigación clínica y epidemiológica. Las líneas de investigación incluyen: mecanismos de resistencia a fármacos, biología celular tumoral, mecanismos de carcinogénesis, anti-oncogenes, farmacocinética y terapia génica, pruebas diagnósticas, factores pronósticos, nuevos medicamentos; epidemiología y factores de riesgo, SIDA y cáncer, y efectos de la contaminación ambiental sobre la salud.

Se cuenta con 72 investigadores evaluados por el Sistema Institucional de Investigadores en todas las categorías; 24 de ellos pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (33 por ciento).

Se publicaron 50 artículos, de los cuales 37 (74 por ciento) pertenecen a revistas de circulación internacional y 25 (51 por ciento) a revistas de alto impacto (Grupos III, IV y V), destacando dos artículos pertenecientes al grupo IV. En cuanto a la formación de recursos humanos dentro del área de investigación, 10 alumnos se encuentran actualmente realizando estudios de doctorado, cuatro de maestría en diferentes programas y un obtuvo el grado.

El INCan continua dentro del Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT) que forman parte del Sistema Integrado de Información Científica y Tecnológica (SIICYT), lo que permitió participar en la convocatoria de fondos sectoriales o mixtos, habiendo obtenido tres financiamientos.

Asimismo, se dio por finalizado el reclutamiento de pacientes dentro del grupo cooperativo North Central Cancer Treatment Group, bajo la coordinación de la Mayo Clinic. Esta participación incluye la Certificación por parte de Quality of Assurance del National Institute of Health de los EUA., y el visto bueno del Departamento de Estado del mismo país.

Logros y metas esperados en el periodo de septiembre 2003-agosto 2004

	Metas	Logros
Artículos	54	59
Internacionales	39	40
Nacionales	15	19
Tesis	10	9
Posgrado	6	3
Licenciatura	4	6
Protocolos de investigación		
Proceso	195	180
Trabajos en reuniones científicas	85	80
Congresos Internacionales	47	62
Congresos Nacionales	38	18

5.1.3.2 Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”

Acorde con su trayectoria histórica, las actividades realizadas por este Instituto se orientan tanto al aporte de conocimientos de vanguardia como a la formación de recursos humanos altamente calificados, para ofrecer a la población que lo requiera y en particular a la de menores ingresos, servicios médicos altamente especializados, los cuales en la mayoría de los casos representan su única opción para el tratamiento para los padecimientos cardiovasculares que los aquejan.

La presentación de los logros durante este periodo se referirá a lo realizado a partir de las actividades fundamentales del Instituto, con las cuales será factible evaluar su participación en el avance de los programas del sector, para enfrentar las nuevas condiciones y adecuarse a las necesidades derivadas del dinámico avance de la atención de los padecimientos cardiovasculares.

Con la finalidad de solucionar la problemática que se venía presentando en la infraestructura del Instituto, que por la antigüedad de sus instalaciones presentaba fallas constantes por haber concluido su vida útil, se decidió crear una unidad administrativa que pudiera hacerse cargo del proyecto, es decir de formular un diagnóstico y de elaborar e instrumentar una estrategia de corto y mediano para la sustitución gradual de las mismas. Se canceló la Dirección de Planeación y Desarrollo y se creó la Dirección de Tecnología, la cual quedó a cargo de las funciones de informática, mientras que las de planeación se readscribieron a la Dirección de Administración.

Por otra parte y con la finalidad de eliminar el desequilibrio que se presentaba porque el nivel salarial de los investigadores titulares “C” y los médicos especialistas “C” era superior al de los jefes de departamento de las áreas médicas y de investigación, las jefaturas de departamento se convirtieron en jefaturas de servicio en área clínica y pasaron a formar parte del catálogo de puestos de la rama médica, paramédica y afín, por lo cual desaparecen del organigrama, que actualmente está en proceso de registro ante la Secretaría de la Función Pública.

Finalmente y en acato a las disposiciones de ahorro emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público durante el primer trimestre del año se canceló la plaza de Secretario Particular de la Dirección General.

Atención médica

La asistencia médica es la actividad que conjuga la enseñanza, la investigación y el conocimiento médico para dar solución a las demandas de atención. El Instituto brinda una especial orientación hacia la población de escasos recursos. Así tenemos que más del 85 por ciento de los pacientes atendidos en la consulta externa son de nivel socioeconómico I, II o III. En este mismo sentido, es conveniente señalar que la distribución por nivel socioeconómico de la población atendida por primera vez en el periodo fue la siguiente: niveles cero, uno y dos, 70 por ciento, en comparación con el 65 por ciento del periodo anterior; niveles III, IV y V, 20.4 por ciento, y finalmente, niveles VI, VII y VIII, 9.6 por ciento cumpliendo así con la misión social de esta Institución. Es importante mencionar que se reciben pacientes de todo el país.

De esta forma, siguiendo con los objetivos y estrategias especificadas en el *PRONASA 2001-2006* se contribuye al cambio en las actitudes del usuario y personal de salud dentro de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud formulando y dando a conocer el Código de Ética y el Código de Conducta Institucional, en los cuales se plasman los valores y la mística que ha caracterizado al Instituto desde su formación.

En el Servicio de Consulta Externa se otorgaron un total de 96 485 consultas, un 4.7 por ciento más que las realizadas en el mismo periodo del año anterior. Las adecuaciones realizadas han permitido que a 67 de cada 100 pacientes atendidos en preconsulta se les reciba como pacientes y que no haya posposición de citas. Además, para optimizar la valoración de los pacientes y mejorar la atención médica, se integraron a dicho servicio dos equipos de Ecocardiografía, así como un médico especialista en este tipo de estudios.

Se incrementó la productividad en el servicio de consulta externa al otorgar 2.8 consultas por hora médico. En el periodo evaluado se otorgaron 6 087 preconsultas, cantidad ligeramente inferior a las 6 719 que se proporcionaron el año anterior. Las consultas de primera vez y subsecuentes disminuyeron discretamente debido a que se afinaron los mecanismos de selección de pacientes, se fortaleció la capacidad diagnóstica y se practicó un mayor número de procedimientos resolutivos. Es prioritario hacer mención el apoyo que el Instituto ha dado a los hospitales de segundo nivel así como en diversos estados de la República a través de conferencias y lineamientos diagnóstico terapéuticos, lo cual seguramente ha repercutido en estos dos parámetros. Asimismo, se mantiene y mejora la organización del servicio para reducir los tiempos de espera al escalonar las citas, lo que representa un ahorro importante de tiempo a los pacientes, además de dar atención especial a los pacientes foráneos.

Se continuó con la operación de las clínicas de subespecialidades, con un alto porcentaje de la asistencia de los pacientes a sus citas, lo que favorece la mayor productividad de los servicios porque disminuyó considerablemente la cancelación de consultas, además de que representa un mayor apego de los enfermos a los tratamientos con lo que se logra mejores resultados disminuyendo las complicaciones y los riesgos.

En la consulta de urgencias se atendió en el periodo a 17 021 pacientes en comparación con los 16 391 reportados en el periodo anterior, observando un crecimiento de un cuatro por ciento.

Los egresos hospitalarios también han presentado un incremento pasando de 5 035 en el periodo anterior a 5 403 en el presente, lo que conlleva un incremento en las medidas terapéuticas por fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y terapéutica.

Se practicaron 1 488 intervenciones quirúrgicas que representaron el 28 por ciento del total de los egresos de pacientes tratados. Se mantienen el porcentaje cercano al 60 por ciento de procedimientos

quirúrgicos con circulación extracorpórea y de tratamiento a enfermos con cardiopatías complejas tanto en los adultos como en los casos pediátricos. Asimismo, practicaron 3 236 cateterismos cardiovasculares tanto de procedimientos diagnósticos (1 887) como terapéuticos (1 349), con un incremento del 5.07 por ciento y 2.35 por ciento, respectivamente, con relación al periodo informado anteriormente.

Variables	2002-2003(e)	2003-2004(e)	Variación %
Preconsultas	6 719	6 087	-9.41
Consultas de primera vez	4 276	4 118	-3.70
Consultas subsecuentes	81 147	69 259	-14.65
Total consulta externa	92 142	79 464	-13.76
Consultas de Urgencias	16 391	17 021	3.84
Total de Consultas	108 533	96 485	-11.10
Egresos	5 197	5 403	3.96
Días de estancia	11.5	10.2	-11.30
Cirugías	1 453	1 488	2.41
<i>Cateterismos diagnósticos</i>	1 796	1 887	5.07
<i>Cateterismos terapéuticos</i>	1 318	1 349	2.35
Total de cateterismos	3 114	3 236	3.92

Los cateterismos terapéuticos se han incrementado en forma discreta, ya que los insumos requeridos son de costo elevado, sobre todo si se toma en consideración que 85 por ciento de los pacientes que se internan para que se les practique un procedimiento de cateterismo pertenecen a los niveles I, II o III de clasificación socioeconómica.

El porcentaje de ocupación hospitalaria alcanzó 80.4 por ciento y la mortalidad bruta disminuyó a 7.5 por ciento, en comparación con el 8.1 por ciento del periodo anterior. Finalmente, la tasa ajustada de mortalidad hospitalaria también disminuyó discretamente, siendo de 5.3, así como las infecciones nosocomiales que tuvieron una tasa de 6.4 en este periodo, a pesar de que cerca del 45 por ciento de los ingresos son a través del servicio de urgencias y los pacientes presentan comorbilidad que incrementa los riesgos de complicaciones. La correcta aplicación de tratamientos y procesos resolutivos han permitido la disminución en estas variables.

Los estudios de laboratorio llevados a cabo en el periodo ascendieron a 832 086, de las cuales 43.2 por ciento se practicaron en el laboratorio de urgencias. La producción de los gabinetes de radiología, ecocardiografía, cardiología nuclear, electrocardiografía y resonancia magnética fue de 66 654 estudios tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados.

El Banco de Sangre continúa optimizando su funcionamiento y se ha incrementado el número de donadores atendidos, además de integrar sistemas informáticos a los controles de hemoderivados y el uso de paquetes pediátricos, lo que ha permitido disminuir las pérdidas y realizar un mayor número de procedimientos, como el atender a un número mayor de pacientes que requieren de grandes volúmenes de hemoderivados, apoyar a otras instituciones, además de generar mecanismos de intercambio, y ahorro de recursos. Es importante resaltar que el Banco de Sangre se encuentra avalado por la certificación ISO 9001.

Los trasplantes renales realizados en el periodo fueron 36 siendo importante resaltar que todos ellos correspondieron a los niveles I y II, destacando que durante los seis meses posteriores al egreso se les

subsidian los medicamentos que requieren, cumpliendo así con la labor social de apoyo a la población más necesitada del país.

Es importante destacar que como resultado de las gestiones realizadas en materia de gestión de recursos, se concertaron donativos por cerca de tres millones de dólares que permitieron sustituir el sistema de monitoreo de la terapia postquirúrgica, lo que permitió reubicar los equipos anteriores en dos de los servicios de hospitalización; una sala de hemodinámica, y una sala de cirugía pediátrica, actualmente en fase de montaje con su equipo de anestesia, contribuyendo todos ellos a la alta calidad en la atención de los pacientes hospitalizados.

Enseñanza

Se mantiene la visión de una formación humanística en estrecha relación con el paciente. Se incluye también la investigación como un requisito para llegar al conocimiento. La enseñanza se basa en el aprendizaje de las habilidades cognoscitivas, psicomotoras y de formación de actitudes en los nuevos especialistas y subespecialistas, con lo cual se cumple la noble misión de propiciar cuidados medico-asistenciales de alta calidad a la población más necesitada.

Con respecto a la formación de médicos especialistas en cardiología y ramas afines, en el periodo escolar correspondiente al ciclo 2003-2004, ingresaron al Instituto 86 residentes, 62 a especialidades y 24 a subespecialidades, de los cuales 14 eran extranjeros y 72 mexicanos. Por otra parte, en febrero de 2004 egresaron 56 médicos especialistas y 28 médicos subespecialistas. Se debe resaltar que la matrícula se mantiene en los mismos niveles que la demanda e incluso se incrementa ligeramente.

El Instituto apoya los cursos de maestría y doctorado de instituciones de educación superior, con 32 alumnos (12 de maestría y 20 de doctorado) en el periodo evaluado, además de 32 pasantes en servicio social provenientes de diversas carreras de las instituciones de educación superior de la Ciudad de México y del interior de la República. En este periodo se apoyó la formación de 81 médicos de otras instituciones de salud que realizaron estancias cortas en los servicios.

La formación de recursos humanos de alta calidad se refleja en el presente periodo, ya que durante el mismo se elaboraron 22 tesis de posgrado: cinco de licenciados en biología, dos químicos farmacobiólogos, siete médicos especialistas, seis maestros en ciencias y dos doctores en ciencias. Es importante mencionar que como parte de la formación de nuestros recursos humanos, cinco investigadores del Departamento de Bioquímica y Fisiología hicieron estudios de postgrado en las universidades de San Diego, Virginia, Texas y en la Universidad de Washington, todas ellas en los Estados Unidos, además de una estancia posdoctoral en la Université Paris –Sud en Francia.

Actualmente el Instituto funge como Unidad Operativa del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. En el periodo que se informa nueve alumnos están por concluir el curso de maestría, sin haberse registrado bajas en el periodo. Asimismo se informa que el segundo grupo de este programa ha iniciado sus labores académicas.

Respecto a los cursos de Educación Médica Continua, se llevaron a cabo eventos en las instalaciones del Instituto con participación del personal médico, paramédico y de investigación. En septiembre se llevó a cabo el Curso de Cardiología 2003, contándose con una asistencia de 683 profesionales de la salud.

En abril de 2004 se realizó la celebración del Sesenta Aniversario de la Fundación del Instituto, en la

cual se desarrollaron actividades académicas para el personal médico y de enfermería, así como el curso de Gestión Hospitalaria, el primero en su género efectuado en esta Institución, por lo que es importante resaltar el interés que provocó entre el personal médico de niveles directivos en instituciones tanto del sector público como del sector privado. Contó con una asistencia de 570 funcionarios. En su conjunto las actividades académicas contaron con la asistencia de 1 911 participantes. Es importante destacar que en los tres eventos académicos se contó con la participación de expositores con amplio reconocimiento nacional e internacional.

En la Escuela de Enfermería la matrícula fue de 49 alumnos en la licenciatura, 82 alumnos en los diversos cursos posttécnicos y nueve alumnos en el Curso Complementario de Licenciatura del Sistema de Universidad Abierta (SUA). En adición a ello la Subdirección de Enfermería organizó 23 cursos monográficos, talleres y seminarios, a los que asistieron 1 745 participantes. Por su parte, el programa para mejorar la realización de las tareas administrativas se lleva a cabo con capacitación continua en actividades específicas.

Como resultado de lo anterior, los indicadores de efectividad fueron del 98 por ciento de alumnos egresados de cursos de formación en relación con los inscritos y del 98.9 por ciento entre los alumnos capacitados.

La revista *Archivos de Cardiología de México* ha mantenido un nivel de superación continua, mejorando el proceso de selección y aceptación de los trabajos, además de haber sido puesta para consulta en la página web del Instituto con buenos resultados. Es importante señalar que se han publicado suplementos de difusión de algunos eventos académicos de mayor trascendencia, con la finalidad de que la comunidad médica de habla hispana conozca los adelantos más recientes en el abordaje de los padecimientos cardiovasculares. Con este mismo propósito se elaboraron en el periodo tres capítulos de libros de circulación internacional y dos libros.

Investigación

Por la trascendencia que tienen las actividades de investigación se han realizado grandes esfuerzos para fortalecerlas, lo que ha permitido lograr avances muy importantes.

La plantilla de investigadores representó el 3.2 por ciento del total de plazas autorizadas al Instituto y se integró por 61 plazas de investigador y 14 de ayudantes de investigación. Asimismo, durante el periodo que se informa se contó con 116 investigadores evaluados, lo cual demuestra que se han cubierto adecuadamente los criterios considerados en la evaluación, así como la preparación y actividades académicas de alto nivel de los recursos humanos que participan en la investigación que realiza el Instituto. Es importante destacar que 62 investigadores que representan el 53.4 por ciento de los investigadores evaluados, pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores, lo cual constituye un reconocimiento a la calidad del personal del Instituto.

Al cierre del periodo se concretaron 95 proyectos, habiéndose incrementado en 12 por ciento los proyectos en proceso. En el mismo periodo el 53 por ciento de los proyectos contó con financiamiento externo, destacando el apoyo de CONACYT y de la industria farmacéutica, siendo discretamente menor el financiamiento de recursos fiscales.

Como resultado de los trabajos de investigación, se publicaron 132 artículos en revistas indexadas de circulación nacional e internacional, y la productividad de los artículos publicados por investigador fue de 1.7 en el periodo solicitado. La distribución por grupo de revistas indexadas muestra en los grupos I y II una producción de 69 artículos. En tanto que los artículos publicados en revistas de nivel III, IV y V, consideradas como de mayor impacto académico internacional, representaron el 47.7 por ciento del total de las publicaciones.

En este mismo periodo se llevaron a cabo 353 participaciones académicas, arrojando un índice por investigador de 4.5 participaciones. En el ámbito internacional se efectuaron 109 presentaciones mientras que las presentaciones nacionales ascendieron a 244.

Las investigaciones realizadas tienen objetivos concretos para contribuir consistentemente con el avance del conocimiento básico, del desarrollo tecnológico, clínico y sociomédico sobre la problemática de salud cardiovascular en México, tarea fundamental del Instituto que se apega a los lineamientos propuestos en los objetivos gubernamentales.

En el área de investigación básica, el proyecto sobre la estructura genética de la población mexicana podrá ser utilizado en el estudio de la asociación de enfermedades, así como en estudios de trasplantes.

Actualmente el Instituto cuenta con investigaciones sobre temas que estudian los padecimientos propios de la especialidad desde el nivel biomolecular o celular hasta el sociomédico, completando la amplia gama de áreas del conocimiento que se involucran en la resolución de los problemas cardiovasculares.

Se participa también en una investigación coordinada por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre costos de padecimientos relacionados con el consumo de tabaco (infarto, EPOC, cáncer pulmonar), en la que colaboran directamente diversos servicios del Instituto, como la Unidad Coronaria y el área de investigación sociomédica, entre otros.

En materia de desarrollo tecnológico debe resaltarse que se ha concretado un proyecto conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México para desarrollar y mejorar los aparatos e instrumentos en que se prueban las prótesis biológicas que se fabrican en el Instituto. En adición a ello, se fomenta la transición de tecnología, favoreciendo el desarrollo de nuevos modelos y se continúa también con la producción de otros insumos para la salud que se aplican en las cirugías cardíacas y en la cirugía general.

Durante el periodo que se reporta se manufacturaron 353 prótesis de anillo de titanio, parches y refuerzos para sutura, 16 válvulas porcinas sin soporte (AJ-III); se implantaron 74 válvulas, 186 parches y 14 refuerzos para sutura, 2 hemianillos y 11 válvulas porcinas. Además se continúa el estudio de métodos superiores para preservación del pericardio bovino de nuevos modelos de válvulas protésicas para uso clínico, así como de insumos para la salud que se aplican a la cirugía cardíaca y general, por lo que es importante mencionar que 77.6 por ciento de las bioprótesis producidas se implantan, cumpliendo la función social del Instituto en apoyo a los que menos tienen.

Las investigaciones de las áreas básicas, de desarrollo tecnológico y clínicas tienen una alta calidad, lo cual se ha traducido en que el personal del Instituto haya recibido premios y reconocimientos internacionales y nacionales, como el "Premio Internacional Lerbini" en Sao Paulo; el "Premio Mapfre" a la mejor comunicación iberoamericana; el "Premio Clemente Orozco", así como el haber sido reconocidos como Miembros Distinguidos de la Academia Internacional de Ciencias Cardiovasculares, entre otros. Se participó en el Taller de la Iniciativa de Salud Cardiovascular en Países en Desarrollo efectuado en Laussana,

Suiza, así en como reuniones posteriores en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Mundial del Corazón (FMC).

La investigación realizada en enfermería ha obtenido grandes resultados en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, con indicadores e instrumentos que facilitan el seguimiento en los servicios de salud.

Dentro de otros proyectos relevantes podemos mencionar aquellos que se han coordinado con instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otras, las cuales aportan conocimiento para la resolución de problemas cardiovasculares en otros ámbitos o contribuyen al desarrollo de algunos productos de desarrollo tecnológico.

Investigadores en el Sistema Nacional

Categoría	2004 (e)
Candidatos	9
Nivel I	36
Nivel II	10
Nivel III	7
Suma	62/116

5.1.3.3 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) es un organismo descentralizado del Sector Salud que otorga atención de tercer nivel, se rige por la Ley de Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 2000. Sus actividades sustantivas son la investigación científica, la formación de recurso humano especializado y la atención médica de alta especialidad en salud respiratoria.

A junio del 2003, la estructura orgánica autorizada incluía una dirección general, una secretaría particular, cinco direcciones de área, diez subdirecciones y cuarenta y cinco jefaturas de departamento.

El primero de julio de 2003 cambió la administración del Instituto, con lo que surgió la necesidad de modificar la estructura. El 15 de octubre la Junta de Gobierno autoriza la propuesta, que se integra una dirección general, una secretaría particular, cinco direcciones de área, doce subdirecciones (dos de nueva creación) y cuarenta y dos jefaturas de departamento. El 3 de septiembre de 2003 la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud autoriza la creación del código Jefe de Departamento del Área Médica con lo que desaparece este nivel de la estructura orgánica. El 31 de diciembre de 2003 se publican en el Diario Oficial de la Federación en el Capítulo III Artículo 30 las Disposiciones de Racionalidad y Austeridad Presupuestaria. De esta forma se eliminan las secretarías particulares. En relación con la propuesta de modificación estructural, el 8 de marzo de 2004 la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto autoriza realizar los cambios de denominación y adscripción y la eliminación del puesto de secretario particular, con lo que la Estructura Orgánica actual se compone de un director general, cinco direcciones de área y diez subdirecciones.

Atención médica

La Dirección Médica tiene como fin ofrecer atención de alta especialidad con calidad a los pacientes con problemas respiratorios. En esta área se proporciona la consulta externa y hospitalaria a los usuarios.

Se otorgan aproximadamente 58 000 consultas en un año calendario, de las que 53 por ciento son neumológicas y 20 por ciento de otorrinolaringología. Se prestan asimismo aproximadamente 11 665 servicios de urgencias. Las cinco principales causas de consulta externa de primera vez fueron: asma, rinitis obstructiva, enfermedad del oído, bronquitis y tabaquismo.

En el Departamento de Hospitalización se cuenta con 192 camas censables y 67 no censables; en promedio en un año se presentan 4 828 ingresos y 4 801 egresos. Durante este periodo el promedio diario de egresos fue de 13.2; el porcentaje de ocupación hospitalaria de 75.7 por ciento, y el promedio de estancia de 11.3 días. 78 por ciento de los egresos se dieron de alta por mejoría.

Se efectúan aproximadamente 1 538 intervenciones quirúrgicas mayores por año y 855 menores, con 1.5 cirugías por sala de operación. Durante 2003 la tasa de infecciones nosocomiales fue del 2.2 por ciento, con lo que se registró una disminución de 42 por ciento respecto al 2002 (3.8 por ciento).

Como acciones relevantes se pueden citar las siguientes:

1. Durante este segundo semestre del 2003 se terminó la remodelación del Servicio Clínico 9, con el que suman cinco los pabellones remodelados. En este pabellón se ubica la Clínica de Sueño y dos camas destinadas para la aplicación de yodo.
2. En marzo del 2004 enmarcado en la celebración del Día Mundial de la Tuberculosis, el Gobierno de los Estados Unidos de América, por conducto de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y el Gobierno Mexicano, en su calidad de donatario, a través de la Secretaría de Salud celebraron el Convenio de Donación en Tuberculosis, cuyo objetivo estratégico es desarrollar una capacidad institucional sustentable y efectiva para diagnosticar, controlar y vigilar la tuberculosis en áreas prioritarias. Derivado de este convenio, la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el 9 de julio de 2003, le comunicó a USAID de la participación del INER; con lo que USAID dictaminó que está calificado para el manejo de los recursos. Se desarrollaron también actividades diversas como el Curso Internacional de Tuberculosis.
3. Comprometidos con la participación inter-institucional, durante el mes de junio del 2004 se desarrollaron actividades para conmemorar el 60 Aniversario del Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez". En este mismo mes se firmó el Convenio de Colaboración de Prestación de Servicios Hospitalarios entre el INER y el Instituto Nacional de Cancerología, que tiene como objetivo elevar la calidad de la atención a pacientes con cáncer (especialmente pulmonar).

Enseñanza

La formación de recursos humanos para la atención de las enfermedades respiratorias es una actividad que contribuye a la mejora del estado de salud de la población. De esta forma, el objetivo del área de enseñanza es incrementar la formación de personal especializado en enfermedades respiratorias.

Se ofrecen cuatro especialidades: otorrinolaringología, neumología, cirugía cardiorácica y neumología pediátrica, de las que egresan 16 especialistas en cada ciclo escolar. El número total de alumnos matriculados ascendió a 65, de los cuales el 24 por ciento son extranjeros. Durante este periodo, el porcentaje de alumnos egresados que se titularon inmediatamente después de finalizada su formación, a través del Programa de Titulación Oportuna de la UNAM, fue del 94 por ciento. El Instituto apoya también programas de posgrado (maestría y doctorado), en los que se encuentran matriculados 35 alumnos de maestría y 20 de doctorado.

Se contribuye en la formación de alumnos de pregrado de diversas áreas del conocimiento, motivo por el cual prestaron su servicio social 86 pasantes de licenciatura y 126 técnicos. En el caso de las prácticas profesionales cursaron 9 estudiantes de licenciatura y 58 de educación tecnológica.

Como acción relevante el 15 de diciembre del 2003 se celebró el Contrato de Colaboración entre la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa y el INER, en el que se establecen las bases para llevar a cabo la organización y el desarrollo de actividades conjuntas de investigación académica, acciones científicas y culturales.

En cuanto al fortalecimiento de las acciones en investigación y desarrollo tecnológico destacan:

- el aumento gradual de la plantilla de investigadores;
- el aumento en publicaciones del grupo I a III;
- la designación de recursos para la investigación de acuerdo con la producción científica de cada grupo de investigación, y
- la participación del Departamento de Ingeniería Biomédica participa activamente en proyectos de investigación biotecnológica.

Por otro lado, el INER cuenta con una Clínica de Tabaquismo que realiza actividades tanto de investigación, atención médica y enseñanza. Esta clínica principalmente ha desarrollado investigación concerniente a los aspectos terapéuticos del tabaquismo. De esta forma, ha analizado el impacto de los programas conductuales para dejar de fumar, así como del método de termoestimulación. Otra línea de investigación se relaciona con las causas de la iniciación del tabaquismo en los jóvenes y el efecto de la publicidad.

Asistencialmente ofrece el Programa Grupal de Terapia Cognitivo-conductual en el que anualmente se atienden aproximadamente 4 000 fumadores.

Las actividades docentes se clasifican en tres tipos: 1) capacitación directa a trabajadores de la salud para el desarrollo de clínicas en sus localidades, actividad que se realiza durante todo el año; 2) el curso anual para el desarrollo de clínicas similares y 3) pláticas a estudiantes y profesionales en la Ciudad de México, así como talleres en los estados.

La Dirección de Enseñanza del INER realizó las siguientes actividades entre otras:

1. El fortalecimiento de los Cursos a Distancia. El INER pretende difundir los principales problemas de salud respiratoria y ampliar la cobertura académica a todos los médicos del país a través de la educación a distancia.

2. Se ha planeado para el año 2004 una amplia difusión del curso a distancia por Internet de Asma, y la actualización del curso de Tuberculosis y Neumonías. Adicionalmente, se quiere poner a disposición vía Internet y en fascículos impresos las Guías de Atención Médica sobre neumonía adquirida en la comunidad, rehabilitación respiratoria y trastornos respiratorios en VIH/SIDA.
3. Se diseñaron e integraron cursos complementarios a la especialización. Dada la importancia que tiene la investigación clínica para la generación de conocimiento en medicina y el desarrollo de las especialidades, se consideró conveniente impartir a los médicos residentes los siguientes cursos adicionales al programa de especialización: metodología de la investigación científica en medicina, bioética médica y redacción médica.

Investigación

En el INER desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias es uno de sus principales componentes en el logro de su misión.

Como acción relevante destaca la conclusión del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas en el segundo semestre del 2003. Se trata de un laboratorio de nivel 3 de bioseguridad, mismo que se construye como una respuesta a la necesidad de hacer frente a las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes que son capaces de poner en riesgo la salud pública.

Se iniciaron 85 proyectos (99 por ciento de la meta programada). Estos proyectos se realizaron en conjunto con 149 proyectos que continuaban vigentes, lo que constituyó un total de 234 protocolos desarrollados durante el año.

Se publicaron 91 artículos en revistas científicas clasificadas, cifra 15 por ciento mayor que la registrada en el ejercicio anterior. Entre las publicaciones de mayor importancia a nivel de investigación básica destaca el trabajo realizado en ratones carentes genéticamente de la enzima gamma-glutamyltranspeptidasa (Am J Respir Crit Care Med 2003; 167:925-932), donde se demostró la importancia de los neutrófilos, la gelatinasa B y los niveles de cisteína para el desarrollo de fibrosis pulmonar.

En otra publicación relevante en el área de investigación epidemiológica (Pediatr Pulmonol 2003; 35:177-183) se estudiaron aproximadamente 4 000 estudiantes entre 8 y 20 años de edad en la ciudad de México. Con los resultados se construyeron curvas de predicción que son fundamentales para evaluar los cambios fisiológicos pulmonares en individuos con sospecha de patología pulmonar. Este estudio llena un importante vacío de información con respecto a valores de referencia para población de esta ciudad.

Finalmente, en un estudio multicéntrico diseñado para evaluar posibles marcadores clínicos para el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad (Am J Respir Crit Care Med 2003; 168:952-958) se examinaron 400 pacientes con diferentes enfermedades intersticiales difusas del pulmón. Se encontró que una combinación de seis indicadores clínicos sencillos podía predecir con alto grado de sensibilidad y especificidad el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad.

Se realizaron 282 participaciones en eventos científicos, entre los que se cuentan 24 congresos internacionales y 63 reuniones nacionales. Dentro los eventos destacables se encuentran:

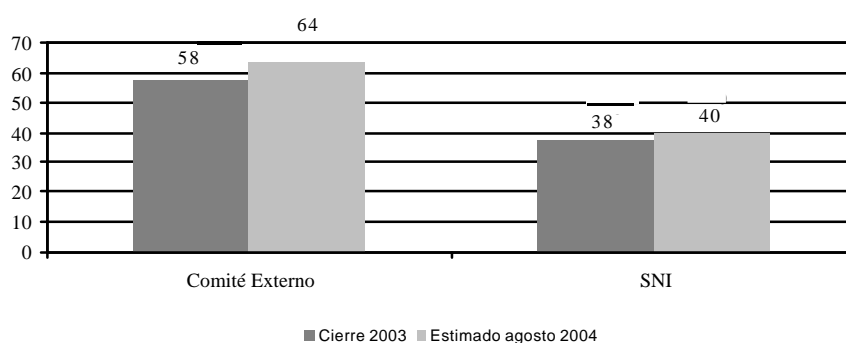
- A nivel internacional, el Congreso de la American Thoracic Society, en Seattle, EUA, donde se

presentaron 18 trabajos libres de investigaciones desarrolladas en el INER y una conferencia.

- A nivel nacional, el LXII Congreso Nacional de Neumología y Cirugía de Tórax, realizado en la ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, donde se hicieron 69 presentaciones de trabajos de investigación, simposios y conferencias.

El Instituto cuenta con una plantilla de 58 investigadores evaluados por la Comisión Externa de Investigación de los INSalud (8, 3, 17, 14, 10 y 6 en las categorías F a la A, respectivamente). Al final de este periodo, 38 miembros del Instituto pertenecían al Sistema Nacional de Investigadores (dos en el nivel III, seis en el nivel II, 24 en el nivel I y seis candidatos).

Plantilla de Investigadores



5.1.3.4 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

Las funciones del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” son: desarrollar investigación original y de vanguardia que repercuta en el avance del conocimiento científico; formar recursos humanos del más alto nivel técnico, científico y ético, comprometidos con los ideales del Instituto; proporcionar atención médica especializada de vanguardia a población adulta, y ampliar el ámbito y la repercusión de las acciones sustantivas.

El instituto cuenta con una estructura orgánica que le permite cumplir con los compromisos contraídos dentro del área de su competencia. Esta estructura incluye: una dirección general, nueve direcciones de área, 11 subdirecciones y 62 jefaturas de departamento. Por instrucciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a partir del primero de febrero de 2004 se modificó la estructura orgánica desapareciendo la secretaría particular de la Dirección General.

Principales actividades:

- Los días 24, 25 y 26 de septiembre de 2003 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” la XVIII Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Los días 30 y 31 de octubre y 1º de noviembre de 2003 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, el primer curso de Institutos Nacionales de Salud para Técnicos y Radiólogos.

- Durante los días 6, 7 y 8 de noviembre de 2003 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” el Curso de Trastornos de la Alimentación, bajo la coordinación del Dr. Eduardo García García.
- Del 19 al 24 de enero de 2004 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” el curso de Actualización en Cirugía General y Colon Recto, bajo la coordinación del Dr. Takeshi Takahashi.
- De los días 12 al 14 de febrero de 2004 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” el Curso Anual de Obesidad, bajo la coordinación del Dr. Eduardo García García.
- Del 18 al 20 de marzo de 2004 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” el XII Curso Internacional de Hígado y Vías Biliares, bajo la coordinación del Dr. Héctor Orozco Zepeda.
- Del 28 al 30 de abril de 2004 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” el curso de Intervención de Enfermeras en el Manejo de heridas y Estomas.
- Los días 19, 20 y 21 de mayo de 2004 se llevó a cabo en el Auditorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” el curso de Líneas Intravasculares, bajo la coordinación del Dr. Samuel Ponce de León Rosales.

Atención médica

Durante el periodo de este informe se otorgaron 220 267 consultas, 1.1 por ciento más que en el periodo anterior. Con respecto a las consultas de urgencias se brindaron 32 955 consultas, 24.1 por ciento más que en el periodo anterior.

Durante este periodo se alcanzaron 4 647 egresos hospitalarios, se realizaron 4 072 cirugías y 50 trasplantes, de los cuales 40 fueron renales, dos hepáticos y ocho de médula ósea. Se realizaron 41 099 estudios de radiología, 7 004 tomografías y 9 580 ultrasonidos. También se realizaron 3 108 resonancias magnéticas, 3.4 por ciento más que en el periodo anterior.

Por lo que respecta a los estudios de laboratorio, se realizó un total de 2 468 898 estudios, 13.9 por ciento más que en el periodo anterior.

Concepto	1° de septiembre de 2002 al 31 de agosto de 2003	1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004
Total de consultas	217 919	220 267
Consultas de urgencias	26 561	32 955
Egresos	5 098	4 647
Porcentaje de ocupación	85%	88%
Estudios de radiología	35 283	41 099
Tomografías	6 627	7 004
Ultrasonidos	8 693	9 580
Resonancias	3 005	3 108
Estudios de laboratorio	2 167 331	2 468 898
Cirugías	4 171	4 072
Transplantes	63	50

Enseñanza

Durante este periodo se brindaron 365 cursos, de los cuales 10 corresponden a cursos de pregrado, 29 a posgrado, 288 a educación continua, 26 a capacitación al personal administrativo y 12 a educación para la salud.

1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004

Cursos de pregrado	10
Cursos de posgrado	29
Cursos de educación continua	288
Cursos de capacitación al personal administrativo	26
Cursos de educación para la salud	12
Total de cursos	365

La efectividad de los alumnos capacitados durante este periodo fue del 98.5 por ciento ya que se capacitaron a 12 957 alumnos y para formación fue del 99.6 por ciento, formándose a 555 alumnos.

1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004

Alumnos	Inscritos	Egresados
Capacitación	13 154	12 957
Formación	557	555

Investigación

Se cuenta con 92 investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores. Cabe señalar que no se toman en cuenta a cinco investigadores que pertenecen al SNI y que trabajan en el Instituto en convenio con la UNAM.

En el Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud están evaluados 211 investigadores, de los cuales 130 están en la plantilla. No se incluyen 13 plazas de ayudante de investigador.

Clasificación de Investigadores

Investigadores en el SII	130
Investigadores en el SNI	92

Se desarrollaron 516 protocolos de investigación y se concluyeron 105; se publicaron 365 artículos científicos, de los cuales 64 corresponden al grupo I, uno al grupo II, 185 al grupo III, 37 al grupo IV y 16 al grupo V. 62 se publicaron en revistas no indexadas. Además se publicaron 12 libros y 155 capítulos de libros.

1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004

Protocolos de investigación	516
Protocolos concluidos	105
Artículos científicos publicados grupo I	64
Artículos científicos publicados grupo II	1
Artículos científicos publicados grupo III	185
Artículos científicos publicados grupo IV	37
Artículos científicos publicados grupo V	16
Artículos científicos publicados revistas indexadas	303
Total de artículos científicos publicados	365
Libros	12
Capítulos de libros	155

Principales avances en investigación

- Se caracterizaron los reguladores del ciclo celular y se estudió el efecto de la penetración de anticuerpos a células vivas.
- Se estudió la regulación prolactina-IL-10 por células mononucleares (CMN) de pacientes con lupus eritematoso generalizado.
- Se estudió el efecto de los anticonceptivos hormonales en la actividad del lupus eritematoso generalizado.
- Se determinó la utilidad de los métodos diagnósticos en tuberculosis hematogena.
- Se estudió la expresión génica de factor humano en forma de trébol (HTFF1 o PSZ) en lesiones gástricas asociadas a *Helicobacter pylori*.
- Se determinó la influencia de la dieta en la función de colostomías e ileostomías.
- Se determinó la utilidad de la biopsia estereotáxica de mama como diagnóstico en lesiones no palpables.
- Se evaluó la utilidad del tratamiento de residuales porcinos y bovinos mediante lombricultura.

- Se evaluó el uso de sangre total en cirugía cardíaca.
- Se estudiaron las mutaciones del gen de la metilentetrahidrofolato reductasa en hiperhomocisteinemia, las características nutricionales y la agregación familiar como factores de riesgo de arterioesclerosis coronaria.
- Se determinó el efecto de la inmunoterapia con células dendríticas en cáncer renal avanzado.
- Se determinó la influencia de cambios en la composición corporal de pacientes con anorexia nervosa purgativa sobre los niveles de leptina y la secreción hipofisiaria de gonadotrofinas.
- Se estudió el efecto de las modificaciones en la proporción de nutrimentos en la dieta durante el crecimiento sobre la regulación transcripcional y expresión génica de enzimas del metabolismo de lípidos en la etapa adulta.
- Se evaluó el efecto protector del zinc en el tejido intersticial del testículo de ratas tratadas con CDCL2 como agente cancerígeno.
- Se realizó la búsqueda de mutaciones en el receptor de LDL y apoproteína B100 en sujetos con hipercolesterolemia familiar en población mexicana.
- Se estudiaron diversas prácticas alimenticias y sus significaciones en grupos de mujeres y hombres de comunidades rurales con una visión antropológica y de género.
- Se evaluó el desarrollo de sistemas agrosilvopastoriles en el trópico húmedo.
- Se evaluó la administración submucosa de energía de radiofrecuencia al músculo del conducto anal para el tratamiento de la incontinencia fecal.
- Se determinaron las mutaciones C282 y H63D del gen HFE en pacientes con hemocromatosis hereditaria en una muestra de la población mexicana mestiza y en grupos indígenas.

5.1.3.5 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez” tiene como misión “desarrollar investigación clínica y básica en la esfera de las neurociencias, así como coadyuvar en la formación de recursos humanos de la especialidad, que permitan brindar atención médica de excelencia a pacientes con padecimientos y/o afecciones del sistema nervioso central”.

En cumplimiento a esta misión, durante el periodo comprendido del 1° de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004, el Instituto ejecutó sus programas a través de sus cuatro direcciones: médica, de investigación, enseñanza y administrativa, traduciéndose en resultados óptimos que se describen a continuación.

Acorde con las políticas contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo y el *PRONASA 2001 - 2006*, el Instituto planteó los siguientes objetivos generales: 1) incrementar la calidad de la investigación medida a través de estándares externos; 2) formar personal especializado en atención a pacientes con problemas del sistema nervioso; 3) proporcionar atención de alta especialidad neurológica, neuroquirúrgica y neuropsiquiátrica a pacientes con problemas del sistema nervioso; y 4) atender oportunamente a las áreas sustantivas y adjetivas los recursos humanos, materiales y financieros autorizados en el Presupuesto de

Egresos de la Federación 2004, para dar cumplimiento a los compromisos establecidos durante el ejercicio.

Para la ejecución de sus programas la estructura orgánica autorizada para el Instituto en el presente año, contó con una dirección general, cuatro direcciones de área y once subdirecciones. Cabe señalar que en transcurso del periodo se han realizado cambios de adscripción y de denominación al interior de la estructura a fin de hacer más eficiente la organización interna de las áreas sin que representen costos adicionales.

Atención médica

La Dirección Médica cuenta con servicios de hospitalización certificados por el Consejo de Salubridad General, otorgados por equipos de salud altamente calificados. Tiene como misión proporcionar al paciente neurológico y neuropsiquiátrico atención médico quirúrgica de punta, a través de una eficaz y eficiente gestión de su infraestructura hospitalaria y de la excelencia del factor humano, que le permita mejorar su calidad de vida.

Para lograr todos estos propósitos, la Dirección cuenta en promedio con la participación de más de ochenta médicos con especialidad y subespecialidad en neurociencias, trescientas cincuenta enfermeras con capacitación neurológica, setenta médicos residentes en formación y más de seiscientas personas de apoyo al staff médico.

La infraestructura para desarrollar la prestación de la atención médica consta de cuatro quirófanos para cirugía de alta especialidad; 111 camas censables y 33 no censables; una Unidad de Medicina Física y Rehabilitación; una Unidad de Resonancia Magnética con equipos de 0.5 y 3 Teslas, integrada a un equipo de radioneurocirugía Brain Lab, modelo Novalis, y una Unidad de Neuroimagen con equipos para tomografía, angiografía, embolización, doppler y radiología.

Entre las actividades relevantes durante el periodo de referencia se encuentra el envío de la propuesta de actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación 2004 a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como la visita al Consejo de Salubridad General con el propósito de conocer los criterios de evaluación para la recertificación hospitalaria, mismos que se dieron a conocer a los directores de área, jefes de departamento y servicio involucrados en el proceso. Se organizó una plática impartida por un representante del Consejo. Además cabe destacar la participación de personal del Instituto, del área médica, de enseñanza y administrativa al curso “Fundamentos y Auditor Interno en Sistemas de Gestión de Calidad”, impartido por Canadian Standards Association de México, S.A. de C.V., con lo cual se espera un mayor conocimiento acerca del proceso y así implementar las acciones y estrategias necesarias para la obtención de la Recertificación antes de que finalice el 2004.

En lo que se refiere a infraestructura médica se adquirió un equipo de anestesia, un microscopio neuroquirúrgico y un láser, todos los equipos de punta.

Con el propósito de dar mayor impulso a la utilización de nueva tecnología, personal técnico de la Unidad de Resonancia Magnética recibió durante el mes de mayo cursos de capacitación en resonancia por parte de la empresa General Electric de México.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez” la participación femenina en la atención de factores adversos de la salud neurológica está fuertemente representada en diversas actividades de fomento y educación para la salud. Durante 2004, el enfoque de género ha sido

evaluado a través de un indicador de seguimiento especial mediante el cual se muestra que el número de mujeres atendidas en el Instituto es superior al 50 por ciento del total de los pacientes atendidos.

Enseñanza

La formación y capacitación de recursos humanos durante el periodo registró los siguientes avances: se capacitó a un total de 7 868 personas, lo que representa un 100 por ciento de la meta programada. Esta capacitación contempla alumnos de las áreas médica, paramédica y técnica que asistieron a las diversas actividades académicas.

Se llevaron a cabo las siguientes actividades académicas relevantes en el marco de los festejos del 40 aniversario del Instituto. Por primera vez a través del Departamento de Trabajo Social y en Coordinación con el Vínculo Interinstitucional ENTS-UNAM, se organizó la siguiente mesa de trabajo: “Intervención del Trabajo Social en el Sector Salud”, que contó con la participación de 89 asistentes de diversas instituciones. Se organizó la Segunda Reunión Internacional “2nd. Novalis Circle User Meeting” que fue coordinada por el Departamento de Radioneurocirugía con la asistencia de 130 expertos en el área y la presencia del Presidente de la Asociación de Radioneurocirugía a nivel internacional, Dr. Osvaldo Betti, quien además realizó una estancia como profesor invitado en el Instituto. Se llevaron a cabo los cursos: “Bases Neuroanatómicas del Examen Neurológico”, “X Curso Monográfico: Las Neurociencias y la Enfermería” y “Teorías de la Personalidad y Salud Mental”. Se dictó la conferencia “Diagnóstico por Laboratorio de las Enfermedades Autoinmunes” impartida por el Dr. Javier Cabiedes Contreras del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, así como, la Conferencia “Neuroética” por el Dr. Enrique Otero, comentada por el Dr. Luis Limón, Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Se llevó a cabo la Sesión Conjunta con el Instituto y la Academia Nacional de Medicina “Presente y Futuro de las Neurociencias en su 40 Aniversario” en la sede del Auditorio de la Academia, con la participación de los académicos Julio Sotelo, Humberto Mateos, José Luis Soto, Jesús Rodríguez Carvajal, Francisco Rubio y Teresa Corona. Por quinta ocasión se impartió la Conferencia Manuel Velasco Suárez “¿Porqué el ser humano crea obras artísticas?”, dictada por el Dr. Pedro Velasco y coordinada por el Dr. Humberto Mateos, que tiene por objetivo reconocer la trayectoria científica y humanística de nuestro fundador. Se presentó en el Centro Mexicano para la Educación de Salud por Televisión (CEMESATEL), el tema “Aneurismas intracraneanos, diagnóstico oportuno”.

Durante el primer semestre de 2004 el número de alumnos egresados en formación fue de 523 en comparación con 502 del año previo. El Instituto continúa con las actividades de posgrado con relación a maestrías y doctorados en ciencias médicas, odontológicas y de la salud, sede Ciudad Universitaria.

Se continuó con el intercambio franco-mexicano, en esta ocasión con la selección de rotación de una investigadora de neuroquímica.

Se llevó a cabo el Fin de Año Académico 2003-2004 durante el cual egresaron 30 médicos especialistas de las diversas especialidades que se imparten en el Instituto: seis en neurología, cuatro en neurocirugía, cuatro en anestesiología, tres en neurorradiología, tres en terapia endovascular neurológica, uno en neuro-otología y uno en psiquiatría. También egresaron de los cursos de posgrado para médicos especialistas; dos en neuropsiquiatría, tres en neurofisiología clínica, uno en rehabilitación neurológica, uno en enfermedad vascular cerebral, y uno en terapia intensiva neurológica. Todos los médicos egresados de las diferentes

especialidades presentaron sus respectivos exámenes del Consejo. El 25 de febrero dio inicio el “Fin de Año Académico”. La inauguración estuvo a cargo del Dr. Julio Sotelo, Director General del Instituto. Estuvieron presentes representantes de asociaciones y sociedades de las diversas áreas de las ciencias neurológicas. El 25 y 26 se presentaron 30 trabajos de tesis de posgrado de los médicos especialistas que egresaron. Estos trabajos fueron evaluados por un comité científico. Por segunda vez se otorgó el Premio “INNN-PUIS” a la mejor tesis de especialidad.

En el marco del Fin de Año Académico, con la representación del C. Secretario de Salud, el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, inauguró el día 27 de febrero la apertura de los festejos del 40 Aniversario del Instituto con el simposio internacional “El Futuro de las Ciencias Neurológicas: Una Nueva Visión Integradora” el cual contó con la presencia de distinguidos profesores extranjeros: James Aussman, editor del *Surgical Neurology*; Gustavo Román profesor de neurología de la *University of Texas, Health Science Center, School of Medicine, San Antonio Texas*, y James J. Strain, director de la *División of Behavioural Medicine and Consultation Psychiatry* del *Mount Sinai School of Medicine*. También, participaron profesores nacionales de reconocido prestigio, como el Dr. Guillermo Soberón, Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Genoma Humano quien dictó la Conferencia Medicina Genómica con una concurrencia de 130 personas. El 28 de febrero se realizó la ceremonia de entrega de diplomas a los egresados del Instituto, el “Premio INNN-PUIS” al mejor trabajo de tesis entregado por el doctor Jaime Mas Oliva, Coordinador del Programa Universitario de Investigación en Salud, así como, a la labor realizada por el jefe y subjefe de residentes. El evento fue presidido por el Dr. Julio Sotelo. Se dictaron palabras de despedida por los doctores Julio Sotelo, Alfredo Gómez Aviña y el jefe de residentes saliente. Asistió el presidente de la Asociación de Médicos Egresados del Instituto, quien dio la bienvenida a los médicos egresados.

El primero de marzo se dio inicio al ciclo académico 2004-2005. En esta ocasión el ciclo inicia con ocho cursos de especialidad avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM: neurocirugía, neurología, psiquiatría, neuroanestesiología, oftalmología neurológica, neuro-otología, neurorradiología y terapia endovascular. También en este ciclo se dio inicio a tres nuevos cursos de posgrado para médicos especialistas: radioneurocirugía, cirugía vascular y resonancia magnética, además de los ya establecidos de neurofisiología clínica, enfermedad vascular cerebral, neuropsiquiatría, rehabilitación neurológica, y terapia intensiva neurológica. En este semestre ingresaron 41 alumnos a las distintas especialidades y cursos de posgrado, de ellos siete son extranjeros (Nicaragua, Panamá, Ecuador, Bolivia, República Dominicana).

Con la finalidad de integrar a los nuevos residentes y alumnos de cursos de posgrado a la dinámica asistencial, docente y de investigación del Instituto, el 23 y 24 de febrero se llevó a cabo el curso de introducción a la especialidad con la participación de los profesores titulares, directores, subdirectores y jefes de departamento de las diversas áreas del Instituto. Se elaboró el Manual de Actividades Académicas, para médicos de reciente ingreso y para los que se encuentran en otros grados. Asimismo, se distribuyó entre los profesores titulares. El manual ofrece una guía práctica de todas las actividades académicas de las especialidades de la residencia, cursos de posgrado y el reglamento del Instituto; contiene un formato para solicitud de autopsias para facilitar de esta manera el seguimiento del programa institucional de las mismas, el cual continúa con el mayor porcentaje de autopsias registradas en el país (45 por ciento). Los 57 residentes promovidos a ciclos superiores de los cuales nueve de ellos son extranjeros, iniciaron también sus actividades académicas y asistenciales señalando la importancia del trabajo de investigación que

deben desarrollar durante su especialidad, haciendo un total de 98 médicos en formación. Se reestructuró el comité del edificio de la residencia médica, así como la guía respectiva para el uso y cuidado de la misma, que tiene capacidad para albergar a los médicos y estudiantes de maestría y doctorado de provincia y extranjeros, así como a profesores e investigadores nacionales o extranjeros que acudan a estancias temporales. Continúa el seminario de Metodología Científica e Investigación, cuyo objetivo es elevar la calidad de los trabajos de tesis de los residentes.

Con la finalidad de ampliar la formación de los médicos residentes, se realizaron rotaciones al extranjero: Instituto Portmann, en Francia Burdeos; Instituto Midas-Rex de Meditronics, ForthWorth, Texas; Instituto de Ciencias Neurológicas de Sao Paulo, Brasil; Medical College of Georgia, Augusta; Hospital General de Vancouver, Canadá; Universidad de Bonn, Alemania; Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España; Universidad de Buenos Aires, entre otras. Asimismo, se continuará con el programa, lo mismo que con la asistencia a cursos y congresos, tanto nacionales como internacionales.

El Instituto continúa siendo subsección de residentes de rotación externa provenientes de diferentes instituciones: Secretaría de Salud, INSalud, DIF, IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Cruz Roja Mexicana; del interior de la República y Hospitales de asistencia privada: Español, Mocel, ABC, Angeles, Médica Sur, Clínica Londres, Grupo CT Scanner y de instituciones extranjeras.

Con relación a cursos de pregrado, el Instituto participa con diferentes universidades para cursos de neurología, salud terciaria, psiquiatría, neurocirugía y genética con la UNAM, UAM, IPN y la Universidad La Salle. De esta manera promueve la difusión del conocimiento de las ciencias neurológicas y el interés en la investigación en diferentes universidades del país, además de promover actividades de servicio social e investigación y otras áreas paramédicas.

Durante este periodo iniciaron los cursos posttécnicos de enfermería neurológica y neuroquirúrgica y el de enfermería psiquiátrica con 34 enfermeras, así como los cursos de “Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica”, “Metodología de la Investigación para Enfermeras” y “Atención al Paciente Neurológico en Estado Crítico”, capacitando a 15 enfermeras, cursos avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Investigación

Se trabajaron 381 protocolos, se iniciaron 118, se terminaron 96 y están en proceso 381. Se dispuso de una plantilla de 50 investigadores reconocidos por la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud de los cuales 38 pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores.

Los investigadores presentaron los resultados de sus investigaciones en 303 Congresos.

Estudiantes que terminaron su tesis: especialidad uno, doctorado tres, maestría seis, licenciatura siete y alumnos que ingresaron al doctorado cuatro, maestría siete y licenciatura 26.

Se tuvieron 340 citas index a trabajos publicados por los investigadores.

En el mes de mayo del 2004, se llevó a cabo la XIX Reunión Anual de Investigación en donde se presentaron 89 trabajos efectuados en las diferentes áreas del Instituto y en forma paralela se realizó el simposio “Neurología para Psicólogos”, al cual asistieron 237 participantes. Estos eventos tienen por

objeto hacer difusión en el ámbito nacional de las investigaciones realizadas en nuestra Institución. En esta reunión la Fundación Armstrong otorgó un premio al mejor trabajo de investigación clínica y otro al de investigación básica. En este año los trabajos ganadores fueron:

- Primer lugar clínico: Epilepsia mioclónica juvenil estudio clínico genético.
Alonso Vilatela M. Elisa, Medina Marco T, Martínez Juárez Iris E, Durón Reyna, Bailey N Julia, Ochoa Morales Adriana, Jara Prado Aurelio, Rasmussen Almaraz Astrid, Delgado Escueta Antonio y el Consorcio Internacional GENES.
- Primer lugar básico: Co-expresión del factor de crecimiento hepatocítico/factor scatter (hgf/sf) y su receptor cmet predicen la recurrencia de meningiomas.
Martínez-Rumayor Abelardo, Arrieta Oscar, Guevara Patricia, Escobar Elizabeth, Rembao Daniel, Salina Citlaltepétl, Sotelo Julio.

Entre las acciones que dieron renombre a la Investigación realizada en el Instituto se obtuvieron los siguientes premios:

- Mención honorífica en el premio CANIFARMA al Dr. Camilo Ríos Castañeda por su trabajo titulado: “Evaluación del posible efecto neuroprotector del cobre en un modelo de la enfermedad de Parkinson en ratones”
- Premio “Martín de la Cruz” 2003 a la Dra. Helgi Jung Cook.
- Apoyo convocatoria SEP-CONACYT, “Expresión de la ciclooxigenasa ii (cox ii) en astrocitomas malignos humanos. Efecto proapeptólico del selecoxib en el glioma c6 de rata: posibles mecanismos moleculares involucrados.
- Primer lugar Premio Nacional de Investigación de la Fundación Glaxo-Smithkline al Dr. Rodolfo Ondarza Rovira por su trabajo titulado: “Evaluation of opioid peptide and muscarinic receptors in human epileptogenic neocortex”
- Premio Gen de Investigación sobre los Defectos al Nacimiento 2003 en la categoría de Investigación Biométrica (básica) a la Dra. Francisca Pérez Severiano por su trabajo titulado: “Age-dependent changes in nitric oxide synthase activity and protein expression in striata of mice transgenic for the huntington’s disease mutation”
- Premio “Eduardo Liceaga”, sobre investigación clínica el 26 de noviembre del 2003 “varicella, ephemeral breastfeeding and eczema as risk factors for multiple sclerosis in mexicans” otorgado a los doctores Rosa Ma. Tarrats, Graciela Ordóñez, Camilo Ríos y Julio Sotelo.

5.1.3.6 Instituto Nacional de Pediatría

Atención médica

En el periodo de reporte se proporcionaron 258 712 consultas. De éstas, 218 138 corresponde a la consulta

externa y 40 574 a consultas de urgencia. Respecto al periodo anterior no existe diferencia significativa.

La consulta se desglosa de la siguiente manera: consultas de valoración 7.3 por ciento, consulta de primera vez, 6.8 por ciento; consulta subsecuente, 42 por ciento; procedimientos en la consulta, 28.2 por ciento y consulta de urgencias, 15.7 por ciento.

En el área de hospitalización se registraron en el periodo de informe 6 908 ingresos y 6 760 egresos, manteniéndose el promedio de días de estancia en 10 y alcanzando un porcentaje de ocupación hospitalaria de 74 por ciento. La tasa de mortalidad general se mantuvo en 2.9. La tasa de infecciones nosocomiales reportó anualmente un promedio de 4.1 por ciento.

En cuanto al rubro de cirugía, se realizaron 5 670 procedimientos. Se llevaron a cabo 18 trasplantes renales y seis de médula ósea. Cabe resaltar que se efectuó el primer trasplante de células progenitoras hematopoyéticas obtenidas de cordón umbilical de donador no relacionado. A la fecha el paciente se encuentra en buenas condiciones.

En los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento se reportan 523 989 estudios de laboratorio, 48 861 estudios de rayos X, 6 305 estudios de ultrasonido y 7 891 tomografías.

El Instituto próximamente iniciará el proceso de recertificación ante el Consejo de Salubridad General, capacitándose a tres personas en el curso “Fundamentos y Auditor Interno en Sistemas de Gestión de Calidad” con la finalidad de que realicen las funciones de auditores internos. A la fecha se ha cumplido con la primera parte, Autoevaluación del Capítulo de Estructura para lo cual se designó un asistente de calidad por subdirección. En este momento nos encontramos en la autoevaluación del capítulo de proceso y resultados.

Se realizó el “Taller de Herramientas Necesarias para la Mejora Continua de la Calidad en los Procesos Hospitalarios” con la asistencia de 25 personas, contando con ponentes externos e internos.

En lo referente al cumplimiento del estándar de 45 minutos a partir de la hora de la cita en el carnet para ser atendido en la consulta externa de especialidades, se realizó la revisión en 15 áreas, en las cuales se presentó un cumplimiento en promedio del 58 por ciento durante el último cuatrimestre de 2003.

En cuanto a la disminución de la suspensión quirúrgica por causas atribuibles a la institución se determinó que durante el periodo septiembre 2003-junio 2004 se presentó un porcentaje de 5.6 por ciento por causas administrativas (falta de material, medicamentos, falta de personal) y por causas atribuibles al personal médico y de enfermería (ausencia, falta de estudios de laboratorio, mal diagnóstico).

El traslado de los pacientes de la sala de choque de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un máximo de 120 minutos, durante el periodo de revisión se mantiene un cumplimiento de 95.5 por ciento.

A partir del año 2001 se difunde la “Cartilla de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y sus Familiares”. El encargado de esto es el Servicio de Relaciones Hospitalarias y el Departamento de Trabajo Social. Adicionalmente se difundió a través de la Gaceta Institucional como Suplemento Especial. De igual manera se difunde el Folleto Informativo para Discapacitados.

En el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2003 se recibieron un total de 191 comentarios corroborados de los cuales 108 (56.5 por ciento) fueron quejas y 83 (43.4 por ciento) agradecimientos. De

enero a la primera quincena de junio del 2004 se han recibido un total de 119 comentarios, de los cuales 67 (56.3 por ciento) correspondieron a quejas y 52 (43.6 por ciento) a agradecimientos. Cada uno de los comentarios fueron hechos del conocimiento del Director General, directores de área y Órgano Interno de Control, además de los mandos medios relacionados con cada uno de ellos.

Enseñanza

Las actividades como Unidad Sede del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas de la UNAM se iniciaron en 2002 y durante el periodo escolar 2003-2004 egresaron 13 alumnos, dos se encuentran en trámites de titulación y 11 continúan con sus proyectos en proceso. Para el periodo lectivo 2004-2005 ingresaron nueve alumnos y continúan seis, sumando un total de 15 alumnos. Durante la promoción para el proceso de selección 2005 se tienen cinco candidatos a maestría y dos para doctorado en la primera fase.

Durante el periodo de reporte se graduaron a nivel posgrado 94 médicos de los diversos cursos que oferta la institución; éstos incluyen alumnos de especialidades en el área troncal, subespecialidades pediátricas, cursos para médicos especialistas y cursos avanzados, todos ellos correspondientes al curso lectivo 2003-2004. El año académico 2004-2005 dio inicio en el mes de marzo con un total de 234 médicos, 212 alumnos nacionales y 22 extranjeros.

Se encuentran vigentes 60 convenios con Instituciones de Salud del país. Mediante dicho instrumento legal se brindó apoyo académico a través del campo clínico a 41 instituciones, 39 nacionales y dos extranjeras, aceptando a 135 alumnos por diversos servicios tanto clínicos como quirúrgicos.

Durante el periodo se realizaron 46 actividades formales en el rubro de Educación Continua, las cuales corresponden a eventos académicos, diplomados, talleres, etc., con lo que se logró la capacitación de 4 666 personas, destacando: la Primera Reunión Nacional de Rehabilitación Pediátrica, el Simposium de Radiología Pediátrica para Técnicos Radiólogos, el III Curso Internacional de Audiología, Otoneurología y Foniatría, el II Curso de Cardiología para el Pediatra, el XXVIII Curso de la Especialidad en Trabajo Médico Social, entre otros. Las actividades informales incluyen sesiones clínicas y sesiones generales, contabilizando 13 014 participantes durante el periodo del informe.

Se propició la educación para la salud mediante 165 actividades que incluyen pláticas de orientación nutricional, prevención de accidentes, estimulación temprana, diarreas, higiene bucal, prevención de enfermedades infecciosas, vacuna, entre otros, contando con la participación de 15 723 personas. Adicionalmente el Programa de Introducción al Sistema Hospitalario difundió información importante a familiares de pacientes hospitalizados, contabilizando 3 266 familiares.

La Subdirección de Enfermería reporta nueve alumnas egresadas del periodo 2003-2004 de la Especialidad de Enfermería Infantil y siete del Curso Postécnico de Enfermería Quirúrgica.

El Centro de Información y Documentación Científica es un elemento activo que contribuye en forma importante en la aportación de conocimientos actuales y retrospectivos de los profesionales de la salud, tanto internos como externos. Se recibieron durante el primer semestre del año 7 979 usuarios, para la consulta de 8 650 libros y revistas.

Se llevaron a cabo 31 actividades de capacitación con la asistencia de 367 personas de manera formal; las actividades informales reportan 74 acciones con 7 836 participantes.

Investigación

Los investigadores del Instituto han fortalecido sus vínculos con instituciones internacionales para realizar proyectos en colaboración con el National Institute of Cancer de los NIH en Bethesda, el Institute of Environmental Health Sciences; la Universidad de Baylor, Texas; el Lawrence Livermore National Laboratory; la Queens University de Ontario Canadá; la Vanderbilt University School of Medicine; la Universidad Adelaide de Australia; la Johns Hopkins University School of Medicine; el Instituto de Salud Pública de Sapporo; el Instituto Neurológico Svabhogy de Budapest, Hungría, y el Departamento de Ciencias Ambientales de la Universidad de Carolina del Norte.

Se establecieron colaboraciones con el Centro de Biología Molecular “Severo Ochoa” de la Universidad Autónoma de Madrid, España y con la Consejería de Ciencias y Tecnología de España, con el Instituto de Alergia de Roma y con la Universidad de Castilla, La Mancha en España.

Se continúa realizando una importante colaboración con la Dirección General de Salud Reproductiva para el Programa Nacional de Tamiz Neonatal de Hipotiroidismo Congénito. Durante 2003 se tamizaron 516 897 recién nacidos, detectándose 189 casos comprobados de hipotiroidismo congénito.

Al 30 de junio el Instituto cuenta con 122 investigadores dictaminados por la Comisión Externa de Investigación en Salud. De los investigadores, 12 tienen el grado de doctor, 38 de maestría, 33 cuenta con especialidad y 39 con una licenciatura. De éstos 28 pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores, dos en el nivel III, uno en el nivel II, 14 en el nivel I y 11 son candidatos. Durante 2003, 10 investigadores se hicieron acreedores al estímulo de la producción y 32 al estímulo de la conducción.

En el 2003 se autorizó la compra de equipos con lo cual se fortaleció la infraestructura de los laboratorios. Cabe destacar el papel del Sistema de Detección Integrado de Secuencias de ADN, con el cual se iniciaron los trabajos en medicina genómica.

De los proyectos enviados a CONACYT con el objeto de obtener financiamiento externo, ocho proyectos se sometieron a la Convocatoria de Investigación Científica Básica 2003 y cuatro fueron enviados a la Convocatoria del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social.

Otras actividades

El Instituto es sede académica para realizar el Examen Profesional de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Nuestros egresados ocuparon el Primer Lugar en el Examen del Consejo de Certificación en las especialidades de Pediatría y Oncología.

El Instituto ocupó el 1er. lugar en el examen departamental de la UNAM en las especialidades de: Pediatría, Endocrinología Pediátrica y Genética Médica.

Isabel San Esteban, Subdirectora de Información y Documentación Científica participa en el Comité de Desarrollo del Proyecto “Establecimiento de un Consorcio de las Unidades Bibliográficas de los Institutos Nacionales de Salud” coordinado por el CENIDS, de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.

Se elaboró el Programa Académico del Curso Postécnico en Enfermería en el Cuidado del Niño, mismo que fue aceptado e incorporado a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. El curso dio inicio con 28 alumnas, 10 de ellas provenientes de otras instituciones.

Con la colaboración de 29 especialistas, todos ellos líderes en la materia. el Dr. Arturo Loredó Abdalá, Coordinador de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), INP-UNAM, publicó el libro “Maltrato en niños y adolescentes”. Durante las XI Jornadas de Actualización en Pediatría del IMSS, CAINM obtuvo Premio al Trabajo Libre “Los niños de la guerra: un llamado a la acción”.

Durante el mes de febrero se llevó a cabo en la ciudad de Wellintong, Nueva Zelanda el XV International Workshop on Vascular Anomalies, estando presente nuestra institución a través del trabajo denominado “Malformaciones linfáticas macroquísticas irresecables en niños; tratamiento con OK-432”, trabajo que es resultado de años de investigación realizada por los doctores José Ruano, Carlos Calderon, Héctor Ahumada, Sara Solórzano, Ofelia Ham y Juan Carlos Duarte de las especialidades de oncología, anestesiología y radiología.

Se realizó el XII Foro Anual de Investigación Científica con la presentación de 51 trabajos originales de investigación.

El Banco de Sangre y el Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales recibieron la certificación ISO 9001-2000. Resalta el hecho de que es el primer Banco de Sangre de los INSALUD y el primer laboratorio de Análisis Clínicos de una institución pública que obtienen este Certificado de Calidad.

El Dr. Ramón Ruiz Maldonado fue elegido como Presidente de la Sociedad Internacional de Dermatología para el quinquenio 2004-2009.

El Dr. Enrique Udaeta Mora fue felicitado por su participación dentro del Comité on resuscitation (ILCOR) Neonatal Delegation de la American Academy of Pediatrics.

5.1.3.7 Instituto Nacional de Perinatología

La misión del Instituto es fomentar y generar el conocimiento en el campo de la salud reproductiva para brindar sustento científico a las acciones asistenciales que permitan reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal y estimular la posibilidad de embarazo a través del desarrollo de investigaciones, la formación y capacitación de recursos humanos, que beneficia a mujeres y neonatos que requieran atención de tercer nivel.

Para el cumplimiento de su misión, el Instituto cuenta con una estructura orgánica compuesta por una dirección general, cinco direcciones de área, 16 subdirecciones y 55 jefaturas de departamento. De igual forma se ha integrado la totalidad de manuales de procedimientos para contar con documentación que apoye la operación de los servicios y el desarrollo de las funciones.

La plantilla de personal actualmente está compuesta por 1 559 plazas cuya distribución es la siguiente: 70.6 por ciento en actividades sustantivas y 29.44 por ciento en actividades administrativas y de apoyo. Del total del personal, 74.1 por ciento es de base y 25.91 por ciento de confianza.

Atención médica

Con relación al año anterior se observan aumentos en las metas de egresos hospitalarios por mejoría (0.2 por ciento), formación de recursos humanos (0.3 por ciento) y capacitación de prestadores de servicios de salud (1.2 por ciento).

Durante septiembre de 2003 a agosto de 2004, 99.4 por ciento de los pacientes egresaron de hospitalización por mejoría, porcentaje 0.2 por ciento mayor que el año anterior. A los demás motivos de egreso correspondieron: 0.2 por ciento traslado y 0.4 por ciento defunción, sin registrarse altas voluntarias. Destaca una tasa bruta de mortalidad de 0.4 por cada 100 egresos, como resultado principalmente de capacitación al personal, adquisición oportuna de material y equipo de especializados y remodelación de los servicios de atención a pacientes.

Se han iniciado un total de 20 nuevos protocolos de investigación, distribuidos de la siguiente forma: cuatro protocolos en el área biomédica, 15 en el área clínica y 1 en el área de salud pública. Estas cifras indican la constante renovación de proyectos de investigación que permiten reforzar las líneas de investigación institucionales establecidas.

Investigación

El grupo de excelencia del Instituto lo constituyen los investigadores que se encuentran en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Para el periodo se observa un incremento de 71 por ciento en el número total; en el número de candidatos se presentó un incremento de 600 por ciento, en el grupo del Nivel I se presentó una disminución del 20 por ciento debida a que un investigador fue promovido al grupo Nivel II.

Investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores

Nivel	enero-agosto 2003	enero – agosto 2004
Candidatos	1	6
Nivel I	5	4
Nivel II	1	2
Nivel III	0	0
Total	7	12

Los protocolos de investigación continúan siendo el pilar del desarrollo de la investigación en el Instituto. En el periodo existe un incremento en el número de nuevos proyectos de un 63 por ciento. También en proyectos terminados se observa un incremento del 117 por ciento. La cifra de proyectos suspendidos disminuyó 25 por ciento.

Protocolos de investigación

	enero - agosto 2003	enero - agosto 2004
En proceso al inicio del semestre	73*	73*
Nuevos	8	12
Total desarrollados	81	85
Terminados	6	13
Cancelados	2	1
Suspendidos	4	3
Total en proceso	69	68

*Se incluyen protocolos en proceso + suspendidos

La divulgación de los productos de investigación se realiza en eventos científicos nacionales e internacionales. Las presentaciones disminuyeron 13 por ciento en comparación con 2003. En las presentaciones nacionales la disminución fue de 9 por ciento y en las presentaciones internacionales la disminución fue de 57 por ciento.

Presentaciones

	enero - agosto 2003	enero - agosto 2004
Nacionales	256	234
Internacionales	30	13
Total	286	247

Las actividades de la Comisión de Investigación están íntimamente relacionadas con la dinámica del desarrollo de la investigación, ya que corresponde a esta entidad el dictamen de nuevos protocolos de investigación. Para el periodo que se reporta se aprecia una disminución en el número de reuniones (13 por ciento) y en el número de protocolos revisados (38 por ciento). Sin embargo, el número de protocolos aceptados se incrementó 50 por ciento. Debido al menor número de protocolos revisados se vio disminuido el número de protocolos deferidos. Se continúa sin tener protocolos rechazados.

Comisión de Investigación

	enero - agosto 2003	enero - agosto 2004
Núm. de reuniones	15	13
Protocolos revisados	39	24
Protocolos aceptados	8	12
Protocolos diferidos	31	12
Protocolos rechazados	0	0

Para la conclusión del año 2004, se tiene contemplado un total de 22 nuevos proyectos de investigación, que elevaría a un total de 95 el número de protocolos desarrollados. Los protocolos terminados serán 18, cifra que mantendría el número en los últimos cinco años. Se mantendrá el número de protocolos cancelados, situación debida al estrecho seguimiento en el desarrollo de los protocolos de investigación y las gestiones

necesarias para su conclusión. Se disminuirá el número de protocolos suspendidos.

Enseñanza

El cumplimiento alcanzado en las metas institucionales hasta el mes de agosto de 2004, así como la tendencia de las variables que intervienen en su resultado, indican que al cierre del presente ejercicio la meta relativa a formación de recursos humanos tendrá un ligero incremento y el resto permanecerá sin cambios.

En este periodo egresó el 99.4 por ciento de los alumnos inscritos en formación, por lo que el indicador relativo a eficiencia terminal en la formación de recursos humanos supera lo alcanzado el año anterior. Hasta la fecha sólo se ha registrado una baja en la especialidad de gineco-obstetricia.

Respecto al porcentaje de prestadores de servicios de salud capacitados y/o actualizados, obtuvo constancia de participación el 99 por ciento de los inscritos. El 1.0 por ciento restante no cubrió el mínimo de asistencia requerido.

El personal capacitado es 1.2 por ciento mayor que el reportado en el tercer informe de labores. Entre los actos más importantes del periodo que se reporta se encuentra la XXI Reunión anual del INPer, celebrada en el mes de abril con la asistencia de 597 médicos, 300 enfermeras y 93 trabajadoras sociales.

Desarrollar proyectos de investigación encaminados a temas prioritarios de la salud de la mujer

Se cuenta con un total de 68 proyectos de investigación en proceso, el mayor número de protocolos se ubican en las líneas correspondientes a Alto Riesgo materno y perinatal, el seguimiento neonatal pediátrico y la prematuridad y bajo peso al nacer; los relacionados a la infección nosocomial, perinatal y enfermedades de transmisión sexual VIH y SIDA, los problemas relacionados con Biología de la Reproducción y los problemas de ginecología de la infancia, adolescencia, 2ª y 3ª edad, y el resto de los protocolos se distribuyen en diferentes líneas, esta situación es debida al momento de corte para el presente reporte se tiene proyectos de investigación en proceso de dictamen por la Comisión de Investigación que incluyen estas líneas.

Realizar protocolos de investigación cuyos resultados sean de aplicación a corto plazo

Se han concluido un total de 16 protocolos de investigación, cuyos resultados son de aplicación a corto y mediano plazo, éstos incluyen: causas de muerte perinatal en el INPer, Diagnóstico etiológico de origen infeccioso en el neonato de bajo peso; Determinación a través de un estudio poblacional para establecer un diagnóstico temprano de hipertensión arterial en ambos sexos; Esquema de monitoreo para establecer cifras de tensión arterial en recién nacido; Control de la Diabetes Mellitus gestacional vía evaluación de desayuno en mujeres mexicanas. A mediano plazo los resultados de los proyectos incluyen: métodos para la elección de carrera en el área de la salud; Actitud de los médicos ante la solicitud de interpretación de pruebas genéticas.

Incrementar el número de proyectos de investigación con apoyo de financiamiento externo.

Se cuenta con un total de 16 proyectos de investigación que cuentan con apoyo de financiamiento externo el que representa un 24 por ciento del total de protocolos en proceso. En este periodo se han recibido dos

nuevos financiamientos. El origen de dichos financiamientos es la industria farmacéutica y CONACYT.

Continuar con publicaciones científicas de impacto a nivel nacional

Se vieron incrementadas las publicaciones a nivel nacional con un total de 65, lo que representa un incremento del 7 por ciento en relación a la cifra reportada previamente.

Incrementar la publicación de artículos científicos en revistas de impacto internacional

El presente periodo resalta la presencia de los investigadores del instituto por las cinco publicaciones en los Grupos V y IV de la Clasificación de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud que representan el mayor impacto a nivel internacional. Las dos publicaciones corresponden al grupo IV de la misma clasificación, situación que ponen al Instituto con presencia a nivel internacional y lo afronta a continuar con esa tendencia.

Impulsar otro tipo de publicaciones como son libros, Capítulos de libro y Presentaciones científicas

Se cuenta con 9 libros y 61 capítulos, los primeros están enfocados a temas como: El programa académico de la asignatura de Salud Pública, Neonatología, libro 8 Actualización continua, Psicoanálisis y relaciones de Género y Prematurez: Un enfoque Perinatal.

Vincular proyectos de Salud Reproductiva con instituciones educativas

Se cuenta con 27 convenios con instituciones educativas superiores nacionales, públicas y privadas, como la Facultad de Medicina y la Dirección General de Servicios de Cómputo de la UNAM, CONACYT, entre otros. A nivel internacional se cuenta con un convenio con la Universidad de Pennsylvania.

Apoyar el intercambio académico nacional e internacional

Se realizan intercambios académicos con 10 centros entre los que se encuentran instituciones de salud, centros de educación superior nacionales e internacionales, oficinas gubernamentales nacionales y asociaciones civiles.

Por otro lado, las actividades asistenciales muestran decrementos porque en el periodo considerado para el tercer informe, se incluyeron los meses en que hubo un incremento en el número de fichas para valoración de pacientes, así como en el de citas para apertura de expediente.

Para atención de pacientes gineco-obstétricas y neonatales se otorgaron 153 658 consultas, 5.2 por ciento menos que el año anterior. En urgencias se atendió a 16 209 pacientes, 4.4 por ciento menos que el año anterior.

Se brindó atención hospitalaria a 14 251 pacientes, disminuyendo en 0.3 por ciento los egresos del año anterior. Se realizaron 7 501 cirugías, 0.9 por ciento menos.

En los servicios auxiliares de diagnóstico se realizaron 516 966 estudios, lo que representa un aumento de 11.9 por ciento respecto al periodo comparativo. El incremento en la demanda responde a las necesidades de apoyo que el médico requiere para diagnosticar y establecer un tratamiento.

Se continuó apoyando el desarrollo de los Programas Nacionales de Salud, para detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario se analizaron 9 803 citologías y se interpretaron 2 039 mastografías.

La cobertura de planificación familiar tuvo un incremento de 2.9 por ciento del total de pacientes con embarazo resuelto el 78.7 por ciento aceptó alguno de los métodos ofrecidos por el Instituto. La selección correspondió a: DIU 42.1 por ciento, OTB 25.3 por ciento, Hormonales 17.5 por ciento, Barrera 12.0 por ciento y Vasectomía 3.1 por ciento.

La cobertura de vacunación fue 97.7 por ciento contra la poliomielitis y 83.6 contra tuberculosis, en esta última no se pudo lograr un porcentaje mayor porque el biológico no se aplica a neonatos de bajo peso.

Se tamizó para detección de hipotiroidismo e hiperplasia suprarrenal congénitos al 98.9 por ciento de recién nacidos, resultado 0.6 por ciento mayor que el anterior. Cuatro neonatos resultaron positivos, uno falleció y a los tres restantes se les proporcionó tratamiento médico.

Se concluyó la remodelación de la Consulta Externa, en un área aproximada de 460 m², ubicándose 8 consultorios para los servicios de Trabajo Social y Planificación Familiar, un consultorio quirúrgico para planificación familiar, un módulo de control de citas, una caja institucional con tres módulos de atención, un módulo bancario, sanitarios para mujeres y hombres, sala de espera general y zona de acceso.

Se implementó en la Red Institucional el Sistema de Hospitalización con los siguientes alcances: registro y control de la información sobre la evolución médica de la paciente durante su estancia en hospitalización; registro y control de los cargos generados por los servicios otorgados; emisión de ordenes de laboratorio con cargo automático al sistema de cuentas corrientes y consulta de resultados de laboratorio.

Se implementó la Intranet institucional que tiene como objetivo facilitar el intercambio de información de forma electrónica dentro de un ambiente Web.

Se incorporó en la página de internet institucional la información sobre las obligaciones establecidas en el artículo 7° de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

5.1.3.8 Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramon de la Fuente Muñiz”

El Instituto tiene como misión contribuir al mejoramiento de la salud mental y calidad de vida de la población por medio del desarrollo de la investigación biopsicosocial, de la atención médica especializada de calidad, así como la formación y capacitación de los recursos humanos en el campo; con un uso eficiente de los recursos y de acuerdo con las necesidades de salud a nivel nacional.

Durante el periodo que se informa, se llevaron a cabo las siguientes actividades en las tres grandes áreas que abarca el Instituto:

Atención médica

En la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” se maneja tecnología de punta en los procedimientos de diagnóstico, lo que permite una mayor solidez científica en la atención médica. El Instituto cuenta con laboratorios clínicos, una unidad de neuroimágenes, servicios

de consulta externa y de hospitalización y 10 clínicas de subespecialidad en diferentes áreas, que apoyan los distintos proyectos de investigación y proporcionan atención altamente especializada, además de servir como entrenamiento para los futuros médicos especialistas que realizan su residencia en psiquiatría.

El servicio de consulta externa, a través de nuestros médicos especialistas, otorgó durante el año 84 918 consultas: 8 651 preconsultas, 4 856 consultas de primera vez y 71 411 subsecuentes. Del total de estas consultas, 72 697 corresponden a los Servicios Clínicos del Instituto y 12 221 al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), que se encuentra localizado en el “Barrio de Tepito” y constituye un programa de intervención tanto para los pacientes como para la familia.

Las consultas tienden a aumentar constantemente. Durante el presente ejercicio se ha fortalecido la apertura de los servicios vespertinos, actualmente se atiende 68 por ciento de los pacientes en el turno matutino y el 32 por ciento en el turno vespertino. La meta es optimizar el uso de nuestras instalaciones al otorgar servicios asistenciales durante dos turnos de trabajo al día.

Siempre que es posible, el manejo de los enfermos se lleva a cabo en la consulta externa y sólo cuando sus condiciones lo requieren, son atendidos en el área de urgencias y de hospitalización. El cupo limitado de 50 camas, hace necesario que este servicio se restrinja a pacientes cuyo estudio y tratamiento pueda llevarse a cabo en un periodo breve. Las características de la Unidad no permiten la atención de personas que sufran daño severo o irreversible o que requieran medidas extremas de sujeción o aislamiento.

Del Servicio de Hospitalización egresaron 1 498 pacientes, con un promedio diario de egresos de 4.0 y 11.5 de días de estancia, durante el periodo la ocupación hospitalaria en el Instituto 88.5 por ciento, los días paciente fueron 15 926, lo que representa un incremento de 4.1 por ciento. Esto resultó por el aumento en el promedio de días estancia de algunos pacientes que debido a su padecimiento y a juicio de sus médicos tratantes permanecieron hospitalizados más días de los programados. Cabe destacar que los días cama no sufrieron ninguna modificación.

El Departamento de Imágenes Cerebrales atiende a los pacientes de la entidad y a los de otras instituciones del sector salud por considerar su valiosa utilidad para el diagnóstico clínico y la investigación.

Recientemente se adquirió un equipo de Ultrasonido Doppler a color con transductores convexos de multifrecuencia, lo que permitirá realizar todo tipo de estudios de ultrasonido, tanto de partes pequeñas con imágenes de alta resolución, así como estudios abdominales, pélvicos, transfrontanelares y vasculares, cubriendo un amplio margen de aplicaciones clínicas y en gineco obstetricia.

Se cuenta con una amplia base de datos de aproximadamente 25 000 imágenes y con un nuevo sistema para analizar las mismas, lo que permite la fisión de los análisis estadísticos y la cuantificación de las lesiones cerebrales, comparándolas con las estructuras cerebrales normales.

Los servicios de diagnóstico llevaron a cabo 792 electroencefalogramas, 316 estudios de tomografía axial computarizada, 123 estudios de mapeo cerebral (BEAM), 197 estudios de resonancia magnética y 316 estudios de emisión de fotón único (SPECT). En el Laboratorio de Análisis Clínicos se realizaron 7 744 estudios, 6 346 a pacientes ambulatorios y 1 398 a pacientes hospitalizados; se elaboraron 127 estudios psicológicos y 2 150 de trabajo social.

Enseñanza

Esta Dirección tiene como función la formación de personal y la realización de los cursos de educación continua en el área de la psiquiatría, la salud mental y disciplinas afines para médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Para el cumplimiento de sus funciones cuenta con cuatro departamentos: Académico, de Capacitación Continua, de Apoyo a la Enseñanza y de Publicaciones.

Las maestrías y doctorados en Psiquiatría y Salud Mental Pública, que se llevan a cabo en el Instituto, se encuentran calificadas como postgrados de Excelencia por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y se imparten con reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente hay 10 alumnos inscritos en Psiquiatría y seis en la Maestría y Doctorado en Salud Mental Pública.

La especialización en psiquiatría, se amplió de tres a cuatro años desde 1999, y se imparte conjuntamente con el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se han actualizado los programas de estudio de acuerdo con los nuevos conocimientos interdisciplinarios de las diferentes áreas de la medicina que forman parte de nuestra especialidad. Durante el periodo egresó la primera generación de residentes inscrita en este programa.

Durante el año, los alumnos de tercero y cuarto año de la Especialidad, rotaron por distintas instituciones de la zona y dos de ellos estuvieron inscritos en el Programa de Rotaciones al Extranjero. Esta estancia se llevó a cabo en la Universidad Dalhousie en Canadá y en el Saint Louis Behavioral Medicine Institute.

El Instituto se ha convertido en un centro de enseñanza para estudiantes de otras instituciones educativas y psiquiátricas, que requieren ampliar sus conocimientos clínicos y científicos, tanto en el Distrito Federal, como en el interior de la república y en otros países.

Otros cursos que se imparten en la entidad son los que se enmarcan dentro del adiestramiento clínico: Psicología Clínica Institucional con 33 alumnos; Trabajo Social Psiquiátrico con siete alumnos y Enfermería Psiquiátrica con 13 alumnos inscritos.

En colaboración con la Facultad de Medicina de la UNAM, se llevan a cabo cursos de posgrado para médicos especialistas para que los egresados de la especialidad profundicen en el estudio de temas de actualidad.

Se ha impulsado el Programa de Estancias Breves en el extranjero, para que nuestros investigadores interesados en prepararse en alguno de los campos específicos de la psiquiatría o de la salud mental, se capaciten en técnicas novedosas, facilitando también proyectos de cooperación entre los países en donde se llevan a cabo dichas estancias.

En el periodo, 113 alumnos realizaron tesis de postgrado bajo la tutoría de investigadores y personal profesional del Instituto, adicionalmente, durante el año 38 personas obtuvieron sus respectivos grados: 6 de licenciatura, 10 de maestría, 9 de doctorado y 13 de especialidad.

Investigación

Los proyectos de investigación se llevan a cabo en tres áreas: Neurociencias, Psiquiatría Clínica y Epidemiología y Ciencias Psicosociales. Todos ellos sujetos a la aprobación de los Comités de la Investigación Científica y de Ética y al dictamen de asesores calificados en los temas que se abordan.

Durante el periodo que se informa, 119 investigadores calificados por la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, condujeron 128 protocolos de investigación e instruyeron nuevas generaciones de investigadores, quienes a su vez serán los que, en el futuro, lleven a cabo los proyectos de vanguardia. 39 de nuestros investigadores pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores de la siguiente manera: 14 candidatos, 15 nivel I; ocho nivel II y dos nivel III.

Derivado de los protocolos de investigación se publicaron durante el año 121 trabajos de la siguiente manera: 17 pertenecen al grupo I; dos al grupo II; 60 al grupo III; siete al grupo IV; uno al grupo V; tres libros y 31 capítulos de libro.

En septiembre se llevó a cabo la XVIII Reunión Anual de Investigación donde se presentaron 37 trabajos, efectuados en las diferentes áreas del Instituto, con la participación de 12 conferencistas extranjeros de reconocido prestigio internacional, al cual asistieron 763 profesionistas y otros 124 recibieron la señal a través del sistema de videoconferencias. Además en esta ocasión, se impartieron tres cursos de actualización para profesionistas del área. Este evento tiene por objeto hacer difusión en el ámbito nacional de las investigaciones realizadas en nuestra Institución. En esta reunión la Fundación Dr. Manuel Camelo otorgó el Premio Dr. Manuel Camelo a la investigadora Milagros Méndez Ubach.

Durante el periodo, la investigadora Beatriz Camarena Medellín fue acreedora al Premio a la Mejor Tesis de Maestría realizada en el 2002 en el área de investigación clínica por la tesis titulada “Estudio de variación genética de la monoaminooxidasa tipo A (MAO-A) en un grupo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo” que otorga la Secretaría de Salud a través de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.

Esta misma investigadora obtuvo el segundo lugar dentro del área de investigación clínica en el XIV Premio Nacional de Investigación de la Fundación Glaxo Smith Kline por el trabajo intitolado “Serotonin transporter gene and obese females with impulsivity”. En el área de investigación en neurociencias, otorgó el segundo lugar al Dr. Ariel Graff Guerrero dentro de la investigación inédita.

El consejo Universitario de la UNAM otorgó la “Medalla Gabino Barreda” 2003 a la investigadora Marcela Valdés Tovar.

Durante el Encuentro Nacional de Investigadores que organizó la Secretaría de Salud, el Dr. Lenin Pavón Romero y colaboradores obtuvieron el segundo lugar en el área de investigaciones clínicas.

El biólogo Samuel Mucio obtuvo el Primer lugar en el Concurso de Carteles celebrado durante la XVIII Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Las publicaciones relevantes en el periodo, de acuerdo con la importancia y originalidad de sus aportaciones fueron:

- Serotonin transporter gene and obese females with impulsivity;

- Indorenate produces antidepressant like actions in the rat forced swimming test via 5-HT 1 A receptors;
- Age differences in the sensitivity to clomipramine in an animal model of obsessive - compulsive disorder;
- Long - lasting enhancement of rapid eye movement sleep and pontogeniculo occipital waves by vasoactive intestinal peptide microinjection into amygdala temporal lobe;
- Antidepressant like effect estrogenic compounds in the forced swimming test;
- Amoxapine shows atypical antipsychotic effects in patients with schizophrenia: results from a prospective open-label study;
- Melatonin induced cyclic modulation of vectorial water transport in kidney-derived MDCK cells;
- Evaluation of opioid peptide and muscarinic receptors in human epileptogenic neocortex. An autoradiography study;
- Cross-national comparison of comorbidities between substance use disorders and mental disorders: results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology, y
- International Narcotics Control Board.

5.1.3.9 Instituto Nacional de Salud Pública

EL Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) continúa sus actividades de docencia a través de la formación, capacitación y actualización de recursos humanos de alto nivel en salud pública. En el área de investigación se desarrollaron proyectos en el campo de la salud poblacional, nutrición, sistemas de salud y enfermedades infecciosas para generar conocimientos científicos y apoyar la toma de decisiones. Los resultados de los proyectos de investigación del INSP/ESPM son clave para la difusión del conocimiento científico en salud pública en el ámbito nacional e internacional.

Asimismo, se ha continuado con el apoyo a los profesores e investigadores mediante el mejoramiento de la infraestructura informática y de telecomunicaciones. En el presente informe se analizan las acciones relevantes y principales resultados alcanzados del 1º de septiembre de 2003 al 31 de agosto de 2004.

Al cierre de diciembre de 2003, la plantilla está compuesta por 697 plazas, de las cuales 220 plazas corresponden a investigadores y personal técnico de apoyo a la investigación; el resto corresponde a personal administrativo de enlace y mandos medios. En el INSP, 89 de los investigadores pertenecen a las categorías de Investigador en Ciencias Médicas C, D, E y F, de acuerdo a la evaluación que hace anualmente la Comisión Externa de los Institutos Nacionales de Salud; de ellos, 53.1 por ciento formaron parte del Sistema Nacional de Investigadores durante septiembre 2003 - agosto 2004.

Desde la aprobación de la actual estructura orgánica, el 31 de octubre de 2003, el INSP está integrado por una dirección general, una secretaría general, una secretaría académica, el Centro de Investigación en Salud Poblacional, el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, el Centro de Investigación en Sistemas de Salud, el Centro de Investigación en Nutrición y Salud, y el Centro de Información para Decisiones en Salud.

Enseñanza

Programa Académico de Formación de Posgrado. El propósito de este programa es la formación especializada de profesionales, investigadores y docentes en salud pública. Para el periodo septiembre 2003 – agosto 2004 se programó impartir 15 cursos de formación y se impartieron 14 (93.3 por ciento); los cuales la mayoría inscritos en el Padrón de Programas de Posgrado de Excelencia del CONACyT.

Programa de Capacitación. El propósito de este programa es la actualización de profesionales de la salud pública, así como su aproximación a conocimientos de salud de vanguardia. Para el periodo septiembre 2002 – agosto 2003 se programaron 37 cursos de capacitación y se impartieron 42 (114 por ciento). Para el mismo periodo en 2003-2004 se programaron 76 cursos y se impartieron 80 (105 por ciento). Estas cifras alcanzadas, por encima de lo programado, se deben al gran éxito que tuvieron las videoconferencias interactivas. La demanda de cursos fue tal que superó la programación en ambos periodos.

En cuanto a los participantes en cursos de educación continua acreditados, para el periodo septiembre 2002 – agosto 2003, acreditaron 1 017 alumnos participantes. En cambio para septiembre 2003 – agosto 2004 fueron 2 540. El incremento en esta cifra se debe también al gran éxito y alcance que tienen las videoconferencias interactivas. Cabe mencionar que esta modalidad de educación a distancia no sólo tiene implicaciones de largo alcance, sino que tiene otras ventajas, como el abatimiento de costos, el uso de tecnología de punta y una mayor difusión y prestigio para el INSP.

Otros de los cursos con gran éxito en el 2003 fueron: el Quinto Curso “Salud en Operaciones de Socorro” y el Segundo Curso Internacional “Líderes”, que se realizan e imparten en colaboración con la Cruz Roja Internacional, y en los que participa personal docente de la Cruz Roja Internacional, de la Cruz Roja Mexicana y del propio INSP/ESPM. Estos cursos revisten particular relevancia dado que se enfocan en los principales aspectos de la atención a poblaciones en casos de desastre.

Índices de Desempeño Docencia	septiembre 2002 - agosto 2003	septiembre 2003 - agosto 2004
Cursos de formación realizados	15	14
Cursos de formación realizados	15	14
Cursos de formación realizados	100%	100%
Total cursos de capacitación realizados	42	80
Total cursos de capacitación programados	37	76
Total cursos de capacitación programados	114%	105%
Alumnos acreditados en educación continua	1017	2540
Total acreditados programados a cursos de educación continua	700	2480
Total acreditados programados a cursos de educación continua	145%	102.4%

* Las cifras de julio, agosto y septiembre de 2004 son estimadas.

Investigación

Los indicadores de gestión en materia de investigación contabilizan la productividad del INSP en términos de publicaciones en revistas científicas, capítulos de libro y libros, así como presentaciones en eventos científicos. Los investigadores responsables de la producción científica del INSP fueron 89, mismos que ocupan una plaza como Investigador en Ciencias Médicas C, D, E y F o que son mandos medios evaluados por la Comisión Externa de Investigación en Salud con estas mismas categorías.

Los artículos científicos representan uno de los indicadores de resultado del trabajo de investigación del INSP/ESPM, y corresponde a los trabajos que aparecen publicados exclusivamente en revistas científicas. Esas revistas están clasificadas de acuerdo al índice de impacto del conocimiento expuesto, que será aprovechado en el quehacer científico. Los artículos son aceptados por rigurosos comités científicos, y evaluados de acuerdo a la novedad del tema y al alcance en la distribución internacional de cada revista. La productividad del INSP/ESPM ha mostrado variaciones anuales en el número de artículos científicos que son inherentes a los procesos del quehacer científico.

Entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 el índice de publicaciones por investigador fue de 1.94, con 172 publicaciones. De ellas 133 fueron artículos en revistas científicas. Para los mismos meses pero en los años 2002-2003, se realizaron 171 publicaciones, 105 de los cuales fueron artículos científicos. Cabe destacar que alrededor del 60 por ciento del total de las publicaciones de los años citados han sido en revistas del grupo III, IV y V lo que muestra la alta calidad de los trabajos publicados.

Índices de Desempeño Investigación	septiembre 2002 - agosto 2003	septiembre 2003 - agosto 2004
Publicaciones	171	172
Número de investigadores	90	89
	1.89	1.94
Comunicaciones científica	299	274
Número de investigadores	90	89
	3.31	3.09
Artículos científicos	105	133
Número de investigadores	90.3	89
	1.16	1.50
Investigadores en el SNI	50	47
Número de investigadores	90	89
	55.4%	53.1%

* Las cifras de julio, agosto y septiembre de 2004 son estimadas

Medidas para mejorar la eficiencia, la eficacia y el desempeño institucional

A partir de la entrada en vigor de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el INSP, al igual que otras dependencias y entidades del gobierno federal tiene la obligación de atender tus solicitudes de información por parte del público en general. En cumplimiento a esta nueva disposición federal, el INSP, a través del Comité de Enlace y el Comité de información ha realizado un gran esfuerzo por atender a la demanda de información poniendo a disposición de quien a sí lo solicite, un portal con información detallada a cerca de:

- la estructura orgánica;
- las facultades de cada unidad administrativa;
- el directorio de servidores públicos desde el séptimo nivel jerárquico;
- la remuneración mensual por puesto, incluso el sistema de compensación;
- el domicilio de la unidad de enlace;
- las metas y objetivos de las unidades administrativas de conformidad con sus programas operativos;
- servicios que ofrece;
- los trámites, requisitos y formatos;
- la información sobre el presupuesto asignado;
- los resultados de las auditorías al ejercicio presupuestal;
- el diseño, ejecución, montos asignados y criterios de acceso a los programas de subsidio;
- las concesiones, permisos o autorizaciones otorgados;
- las contrataciones celebradas en términos de la legislación aplicable;
- el marco normativo aplicable;
- los informes a que estén obligados por disposición legal, y
- los mecanismos de participación ciudadana.

Esta página de transparencia institucional tiene como finalidad proveer lo necesario para garantizar el acceso de toda persona a información INSP. La información presentada es el resultado de un esfuerzo conjunto por parte de la Contraloría Interna, la Dirección de Administración y Finanzas, la Dirección de Planeación y la Dirección General.

Por otra parte, el gobierno federal ha puesto en marcha seis estrategias que permitirán una administración gubernamental cercana a la sociedad, respetuosa de la legalidad, con suma transparencia y eficaz. Tenemos que cubrir características de eficiencia, calidad, profesionalidad, aprovechando los avances tecnológicos, con procesos flexibles y transparentes.

Para contar con un gobierno digital en el INSP se ha iniciado un proceso de sistematización de información que permitirá abatir costo y tiempo en materia de información. EL SIID es un sistema que

operará un conjunto de bases de datos sobre la investigación y docencia del INSP, con el objetivo de: a) crear procedimientos ágiles de registro y actualización de datos (en docencia e investigación); b) integrar información útil para las Comisiones de Investigación, Bioseguridad y Ética), para los niveles directivos, y para la Secretaría Académica del INSP; c) difundir la información entre la comunidad de investigadores del INSP y al exterior de la institución; d) ofrecer información oportuna para apoyar programas, estímulos y premiación de investigadores y profesores; e) generar reportes con base en indicadores oficiales el cual permitirá disponer de información actualizada sobre las actividades científicas y docentes de los programas del INSP.

5.1.3.10 Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”

Atención médica

En la consulta externa se otorgaron 124 501 consultas de 145 454 programadas (85.6 por ciento). De ellas, 13 649 fueron preconsultas, 3 732 de primera vez y 107 120 subsecuentes. La relación entre consultas subsecuentes y de primera vez fue de 28.7:1, lo que refleja el grado de complejidad de las enfermedades de los pacientes que se atienden en la institución. Se mantienen funcionando 29 clínicas multidisciplinarias de diversas especialidades.

Se clasificaron 39 324 pacientes de 43 600 programados (90.2 por ciento). Pasaron a la consulta de urgencias 7 459 de 7 067 programados, (105.5 por ciento) lo que refleja un aumento en el número de consultas que se vieron en urgencias derivadas de clasificación propias de un tercer nivel de atención.

El Departamento de Oncología continúa con el manejo ambulatorio de los niños con cáncer, en los que se lleva cabo el diagnóstico, tratamiento y control en la consulta externa y áreas de quimioterapia. En cuanto a la quimioterapia se aplicaron 25 645 procedimientos a 10 799 pacientes. Cada tratamiento completo tiene un costo aproximado de 150 mil pesos por paciente.

Se realizaron 407 554 diversas determinaciones a un total de 92 503 pacientes. Se practicaron 27 177 estudios radiológicos a 24 541 pacientes. Se realizaron 2 713 estudios de ultrasonografía a 2 438 pacientes; 4 651 tomografías axiales computadas a 1 793 niños; 826 estudios de resonancia magnética a 648 pacientes, en radioterapia se realizaron 3 443 campos a 165 pacientes, con un promedio de 20 campos por paciente y se realizaron 165 consultas ambulatorias e intrahospitalarias.

En rehabilitación se llevaron a cabo 3 990 consultas, incluyendo preconsultas, consultas de primera vez y subsecuentes, y se proporcionaron 31 864 sesiones de rehabilitación a 15 932 pacientes. Se realizaron 7 914 estudios audiológicos y de potenciales evocados a 5 856 pacientes, además de 124 nasofaringoscopías y 4 153 sesiones de terapia de lenguaje.

Se administraron 12 025 unidades de sangre y sus derivados, tales como paquetes eritrocitarios, plasma, plaquetas, procedimientos de aféresis y crioprecipitados a 9 457 personas y 66 786 estudios de laboratorio para detectar enfermedades infecciosas transmisibles por medio de transfusiones.

Se efectuaron 1 658 estudios de biopsias, piezas quirúrgicas y biopsias por aspiración con aguja delgada, 268 estudios citológicos, 1 973 estudios diversos de inmunohistoquímica, de microscopía electrónica y de transmisión y barrido, y 44 autopsias.

Se realizaron 469 evaluaciones diagnósticas de gammagrafías a 418 pacientes. Se continúa el apoyo a

otras instituciones del Sector Salud que no cuentan con equipo para la práctica de gammagramas.

Se llevó a cabo la clasificación socioeconómica de 2 779 pacientes: 2 036 en niveles 1 y 2 598 en niveles 3 y 4, y 55 en niveles 5 y 6. La mayoría de los pacientes que acuden a nuestra institución pertenecen a la población más desprotegida de nuestro país (niveles 1 a 4).

Se registraron 7 275 egresos de 6 768 programados, (107.5 por ciento), la ocupación hospitalaria fue de 91.3 (por ciento) y el promedio de estancia hospitalaria fue de siete días.

Se realizaron 6 464 intervenciones quirúrgicas (3 986 mayores y 2 478 menores) las cuales se distribuyeron de la manera siguiente: cirugía pediátrica general, 2 791 (43.2 por ciento); cirugía de tórax y endoscopia, 1 267 (19.6 por ciento); cirugía cardiovascular, 436 (6.7 por ciento); neurocirugía, 320 (4.9 por ciento); urología, 302 (4.7 por ciento); ortopedia, 280 (4.3 por ciento); cirugía plástica reconstructiva, 204 (3.2 por ciento). Destacan entre ellas los avances craneofaciales en colaboración con neurocirugía. El resto de las intervenciones, 864 (13.4 por ciento), fueron efectuadas por otorrinolaringología, oftalmología y estomatología.

En cirugía de mínima invasión o endoscópica en niños, el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” es pionero nacional, se efectuaron 133 procedimientos de alta y moderada complejidad (cirugía neonatal, quistes de colédoco, cirugía urológica, entre otros).

Se efectuaron 9 739 anestésias generales, 3 181 locorreregionales, además de 22 610 sesiones de terapia inhalatoria.

La Clínica del Dolor para el Paciente Pediátrico llevó a cabo 5 657 consultas y procedimientos paliativos.

En la Clínica de Vía Aérea Pediátrica se llevaron a cabo 108 consultas y cinco intervenciones quirúrgicas: cirugías abiertas, endolaríngeas y de rayo láser de CO₂ y 255 nasofaringoscopías sin anestesia. En conjunto con otorrinolaringología y cirugía de tórax y endoscopia, se efectuaron tres laringotraqueoplastías por estenosis subglótica grave; destacando que nuestra Institución es la única que lleva a cabo este procedimiento en niños y que incluso ofrece apoyo a otras instituciones. Se realizaron además 13 laringoscopias directas con resección de papilomas.

Se practicaron 18 trasplantes renales, 17 de donador vivo relacionado y uno de donador cadavérico. La sobrevida obtenida es similar a los estándares internacionales, lo que nos ha permitido mantenernos dentro del Registro Norteamericano de Trasplante Renal Pediátrico. A la fecha existen 26 pacientes con uremia terminal en espera de trasplante renal. Se llevaron a cabo 304 hemodiálisis y más de 36 002 recambios tanto a los pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria, como aquellos que requirieron este procedimiento por insuficiencia renal, además de múltiples procedimientos, tales como colocación de catéteres agudos y permanentes, entre otros, lo que representa un alto costo que repercute en la presión del gasto.

Se efectuaron cinco trasplantes hepáticos, lo cual nos mantiene como el Programa de Trasplante de Hígado en Niños más productivo del país, lo que redundará en un alto costo para la Institución.

En la Clínica de Hígado se continúa concentrando y manejando activamente a los pacientes con daño hepático en conjunto con gastroenterología, nutrición, psicología, medicina interna y patología, y a la fecha

se tienen registrados 86 pacientes con daño hepático irreversible en espera de trasplante.

Se realizó un trasplante de corazón, 14 en forma acumulativa. Somos la única institución del país que realiza este tipo de trasplantes en lactantes y niños, además de dos trasplantes de córnea con éxito y la colocación de cinco implantes cocleares (cuatro implantes y un reimplante).

Se continúa de manera activa con el Protocolo de Trasplantes de Islotes Pancreáticos para el Paciente Diabético; a la fecha se han trasplantado 11 pacientes.

La Unidad de Trasplante de Médula Ósea realizó tres trasplantes: dos de tipo alogénico y un autólogo. Se continúa trabajando con la Universidad de Tübingen, Alemania, desarrollando y empleando tecnología especializada (PCR, enriquecimiento de células CD 34+, criopreservación celular computada, etcétera).

Se continúa con el Programa de Referencia y Contrarreferencia que encabeza el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, con los hospitales pediátricos del área metropolitana y algunos del Estado de México. En este periodo se realizaron 10 reuniones de trabajo.

Acciones Relevantes

En el área de Urología y Ginecología se llevan a cabo en el Laboratorio de Ingeniería de Tejidos reconstrucciones exitosas de uretra. Se tomaron biopsias a cinco niños y en este periodo se realizaron cuatro uretroplastías y en forma acumulada mediante la técnica para reconstrucción de vaginas se realizaron cuatro. Dentro del XXVIII Congreso del Colegio Mexicano de Urología, A.C. se obtuvo el primer lugar por la presentación del trabajo “Urofármacos y sección de anillo uretral distal para el manejo de la infección de vía urinaria recurrente en niñas”.

Personal médico de los departamentos de Cirugía General, Urología y Ortopedia participaron como sinodales en el Examen de Certificación del Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica y para el Examen de Certificación Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología.

El Departamento de Rehabilitación participó en las Jornadas de Médicos Residentes organizadas por la Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación y en la V Jornadas de Investigación de Médicos de Posgrado, con el trabajo “Valoración de los estudios electrofisiológicos en el diagnóstico diferencial del Síndrome de Guillian Barré y Mielitis transversa”. Bajo la coordinación de este Departamento se aplicó el examen teórico de certificación organizado por el Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación. Se asistió al Tercer Simposium Internacional sobre Síndrome de Down y como conferencista en el Primer Encuentro de Rehabilitación Integral con la ponencia “Desviaciones del Desarrollo”. Se asistió como Profesor en el Primer Congreso Panamericano de Rehabilitación neurológica y dos conferencias en la Primera Reunión Nacional de Rehabilitación Pediátrica.

El Departamento de Radioterapia participó en la II Reunión para el Estudio de los Tumores del Sistema Nervioso Central en Pediatría y en la X Reunión Nacional de la Agrupación Mexicana de Onco-Hematología Pediátrica, ambas con sede en Mazatlán, Sinaloa. Se realizó un Curso de Reentrenamiento en Seguridad Radiológica para el personal ocupacionalmente expuesto de esta institución. Se obtuvo la renovación de la licencia otorgada por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

Enseñanza

Se impartieron 159 cursos de formación y capacitación con una asistencia de 3 335 alumnos. La ceremonia de clausura del ciclo académico 2003-2004 de residencias médicas se llevó a cabo el 28 de febrero de 2004, con la presencia de autoridades de la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Institución. Se graduaron 110 alumnos: 95 nacionales y 15 extranjeros.

Enseñanza y Formación de Recursos Humanos

Cursos de capacitación	Realizado		Programado		Total	
	septiembre 2003 - junio 2004		julio - agosto 2004		septiembre 2003 - agosto 2004	
	Cursos	Alumnos	Cursos	Alumnos	Cursos	Alumnos
Educ. Continua (Monograf.)	18	1 975	1	19	19	1 994
Técnicos y Posttécnicos	1	3	0	0	1	3
Diplomados	4	29	3	14	7	43
Ped y Pregrado	18	230	1	10	19	240
Otros Cursos Enfermería	9	203	1	5	10	208
Administración	47	433	7	90	54	523
Total	97	2 873	13	138	110	3 011

Cursos de formación*	Realizado		Programado		Total	
	septiembre 2003 - junio 2004		julio - agosto 2004		septiembre 2003 - agosto 2004	
	Cursos	Alumnos	Cursos	Alumnos	Cursos	Alumnos
Formación	38	302			38	302
Maestría	9	20			9	20
Doctorado	2	2			2	2
Total	49	324			49	324

Total de cursos	146	3197	13	138	159	3335
------------------------	------------	-------------	-----------	------------	------------	-------------

El Programa de Titulación Oportuna, establecido por la Universidad Nacional Autónoma de México permite a los alumnos graduarse al terminar la residencia. En este ciclo académico se titularon 62 alumnos: 24 del la especialidad troncal de pediatría médica y 38 de los cursos de especialidades pediátricas.

Durante el ciclo 2003-2004, los residentes del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” participaron en los exámenes departamentales de la Secretaría de Educación Medica de la Facultad de Medicina de la UNAM con los siguientes resultados:

**Examen Departamental
Sede Hospital Infantil de México “Federico Gómez”**

	Pediatría		
	1° Año	2° Año	3° Año
Lugar que ocupa la sede/total de sedes	7/22	4/21	2/18
Rendimiento medio sede/global. (%)	58.06/57.09	61.60/59.42	58.44/54.44
Rendimiento mas alto sede/global (%)	67.00/72.00	72.66/73.33	68.66/69.33
Rendimiento mas bajo sede/global (%)	47.00/38.00	48.33/39.33	44.33/33.00

El 31 de enero de 2004 se llevó a cabo el Examen de Certificación del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría al cual se presentaron y aprobaron 27 alumnos del Hospital.

Actualmente están inscritos en cursos de maestría o doctorado 22 alumnos adscritos a la institución. En este periodo, cuatro alumnos concluyeron sus estudios de maestría en diversas áreas de la salud, aunque está en trámite la obtención del diploma del grado.

En este periodo, dos médicos concluyeron su periodo de capacitación y cinco están en el extranjero en centros de vanguardia mundial en el área de su especialidad. Dos residentes, uno de pediatría médica y el otro de oncología pediátrica estuvieron como observadores durante un mes en el Texas Children's Hospital. Un residente de oncología pediátrica está actualmente como observador en el mismo hospital.

Continúan vigentes los convenios establecidos para el intercambio de residentes y médicos adscritos con las siguientes instituciones del extranjero: Hospital Rovereto en Messina, Italia; Hospital Vall D' Hebrón, en Barcelona, España; Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel, Dr. Humberto Bogaert Díaz en Santo Domingo, República Dominicana; Baylor College en Houston, Texas, EEUU; Hospital La Paz en Madrid, España; Hospital Reyna Sofía en Córdoba, España; Universitäts Klinikum en Freiburg, Alemania; Emory University en Atlanta, EEUU; Universidad de Palermo en Italia; The Hospital for Sick Children en Toronto, Canadá.

En el año 2004, el Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL), cumple su décimo noveno año de transmisiones, proporcionando al médico y al paramédico conferencias para complementar y actualizar su formación académica. Su transmisión tiene una cobertura a la República Mexicana, Centroamérica y el norte de Sudamérica. Durante este periodo se incorporó un nuevo receptor nacional, por lo que se cuenta con 550 centros receptores registrados de los cuales 531 son receptores nacionales y 19 internacionales: cinco en Colombia, tres en Honduras y Nicaragua, dos en Cuba, El Salvador y Guatemala, uno en Costa Rica y Panamá.

Investigación

En el Programa Anual de Investigación se registraron 130 protocolos, de ellos 36 son nuevos y 20 se concluyeron. De los proyectos registrados al periodo que se informa 54.1 por ciento, además de recibir financiamiento de la institución, reciben apoyo externo.

Se publicaron 46 artículos, 12 libros, 25 capítulos en libros (nacionales e internacionales) y 61 tesis producto de la labor de nuestros investigadores. Se presentaron 118 trabajos de investigación en 26 eventos científicos.

Durante el periodo que se informa se cuenta con 91 investigadores clasificados en el Sistema Institucional de Investigadores. En el Sistema Nacional de Investigadores, continuamos con 13 investigadores.

Se llevó a cabo nuestra "Reunión Anual de Investigación" los días 15 y 16 de abril. Se aceptaron 80 trabajos que representan el quehacer de los investigadores en las áreas básicas y clínicas.

Durante el periodo que se informa dos de nuestros investigadores se hicieron acreedores al estímulo por productividad y cinco más al de conducción de la investigación. El trabajo "*Analysis of the sex determining region of chromosome-Y (SRY) by PCR and FISH in true hermaphrodites*" ganó el

premio Neustein en el congreso de la Society for Pediatric Pathology en Vancouver Canadá; el trabajo “Urofarmacos y sección de anillo uretral distal para infección de vías recurrente en niñas” ganó el primer lugar en el Congreso Nacional del Colegio de Urología. El estudio “*Genetic polymorphism of GSTM1 and antioxidant supplementation influence lung function in relation to ozone exposure in asthmatic children in Mexico City*” (Thorax 2004; 59:8-10) fue motivo de favorables comentarios editoriales en la revista citada y el trabajo “*Nicotinamide adenina dinucleotide (Phosphate) reduced: quinone oxidoreductase and glutathione s-transferase M1 polymorphisms and childhood asthma*” se hizo acreedor al premio Aarón Sáenz.

En Protocolos con actividades extramuros se desarrollan los siguientes proyectos: HIM/99/081 “*Desarrollo de la percepción de la altura tonal en niños*” se encuentra en la segunda fase de estudio en poblaciones de Hidalgo y Oaxaca y el protocolo HIM/02/024 “*Prevención de la conjuntivitis del recién nacido*” en colaboración con el Colegio de la Frontera Sur en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Se inició el quinto Diplomado de Investigación Biomédica (marzo) diseñado con el propósito de que sirva de introducción a la investigación y para estimular la incorporación de candidatos a cursos de maestría y doctorado, en él se seleccionaron 11 alumnos, este curso concluirá en febrero del 2005.

Además los investigadores de nuestra Institución tienen bajo su tutela a cuatro alumnas en maestría, uno de doctorado y dos en servicio social tanto del Hospital como de otras instituciones.

5.1.3.11 Instituto Nacional de Medicina Genómica

El establecimiento del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) se enmarca dentro de la estrategia para fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud señalada por el Programa Nacional de Salud 2001–2006.

De manera particular, las actividades desarrolladas durante el último año atienden a la línea de acción encaminada al fortalecimiento de la investigación y el desarrollo tecnológico.

Gestión para la creación del INMEGEN

Después de dos años de intenso cabildeo y un número importante de reuniones de trabajo con los representantes de las diferentes fracciones parlamentarias y comisiones de Salud, Seguridad Social y de Ciencia y Tecnología de las Cámaras de Diputados y Senadores, el 29 de abril pasado la XLIX Legislatura del Congreso de la Unión aprobó la iniciativa de ley que crea el INMEGEN.

Derivado de lo anterior, en ceremonia celebrada 14 de julio de 2004 en la Residencia Oficial de Los Pinos, el Lic. Vicente Fox Quesada, en su calidad de Titular del Ejecutivo Federal, tuvo a bien promulgar las modificaciones a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y expedir el Decreto de creación del INMEGEN, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de julio de 2004.

Primera unidad de investigación

Con la finalidad de dar inicio formal a los proyectos de investigación del INMEGEN, hacia finales del mes de agosto se concluyeron los trabajos de remodelación para la instalación de la Primera Unidad de Investigación del organismo en una superficie de 3000 M², la cual consta 5 laboratorios de investigación, 3 unidades de alta tecnología, así como las áreas de apoyo a los programas docentes y las oficinas de

gobierno, se tiene programado concluir los mismos en la primera semana de septiembre próximo.

En esta Unidad se pondrán en marcha de inmediato los proyectos de investigación que versarán sobre las siguientes seis áreas consideradas de atención prioritaria: enfermedades infecciosas, cáncer, diabetes mellitus y obesidad, enfermedades cardiovasculares, estructura genómica de la población y farmacogenómica. Se cuenta con diferentes propuestas de investigación en relación con estos temas.

Asimismo, se continuarán con especial atención actividades enfocadas al desarrollo de una plataforma nacional en medicina genómica, tales como: 1) fortalecimiento de la vinculación horizontal del INMEGEN a nivel académico, aplicativo e industrial tanto en instituciones de México como del extranjero; 2) desarrollos industriales al generar conocimiento que se transfiera en productos y servicios para el cuidado de la salud, y 3) formación de recursos humanos de alta especialidad en diversos temas relacionados con la medicina genómica.

Por otra parte, se continuaron los esfuerzos por encontrar un predio adecuado, ya sea en la ciudad de México o en la de Cuernavaca, Morelos, para establecer lo que será la sede definitiva del INMEGEN.

Programas Docentes

Como parte de las actividades relacionados con la formación de recursos humanos a nivel de posgrado, se establecieron tres cursos: “Aplicaciones Genómicas en Medicina Interna”, “Introducción a la Medicina Genómica” y “Aplicaciones Genómicas a la Pediatría”, lo cual se hizo en vinculación con la Universidad Nacional Autónoma de México dentro de su programa doctoral en Ciencias Médicas.

Vinculación horizontal

Se fortaleció la vinculación horizontal con organismos e instituciones tanto en México como en el extranjero y se establecieron interacciones con 10 estados de la República interesados en el desarrollo de la medicina genómica dentro de sus propios sectores educativo y de salud, entre los que se pueden mencionar Durango, Morelos, Nuevo León, Sinaloa, Yucatán y Zacatecas.

Dentro del convenio de colaboración celebrado con el Translational Genomics Research Institute (TGen) del estado de Arizona de los Estados Unidos de Norteamérica, se llevaron a cabo los primeros intercambios de recursos humanos participantes en proyectos de investigación en temas relacionados con las seis áreas prioritarias definidas.

Por otra parte, se acrecentaron los nexos con la industria particularmente en el proceso para el establecimiento de una incubadora de empresas en el contexto del INMEGEN, que asegure la elaboración de productos y servicios derivados de la medicina genómica para el beneficio de la población mexicana.

Congresos y seminarios

En este sentido cabe destacar la celebración del Primer Congreso Nacional de Medicina Genómica en la Ciudad de México del 25 al 27 de agosto de 2004, en el cual se contó con la participación de líderes

mundiales de América y Europa que revisaron los avances recientes sobre el tema. Este fue el primer congreso en su tipo en América Latina al que asistieron más de 400 personas entre profesionistas, investigadores y estudiantes.

Divulgación y comunicación

De manera permanente se actualiza el portal electrónico dedicado al INMEGEN en el cual se encuentra información actualizada sobre medicina genómica, se difunden los programas docentes que se imparten, materiales impresos para su distribución, acceso a más de 80 videos sobre temas relacionados, así como un foro virtual para discusión acerca de la misma temática. Es oportuno señalar que en los últimos 10 meses se han recibido más de 700 mil consultas a la página y se han bajado alrededor de 29 mil documentos.

De igual manera, se organizaron y se participó en más de 200 foros académicos para dar a conocer a la comunidad científica y al público en general los avances recientes sobre aspectos variados de medicina genómica, tanto en nuestro país como en el resto del mundo.

Planeación administrativa y funcional

Como parte de las actividades de planeación para el establecimiento del Instituto Nacional de Medicina Genómica se elaboraron los proyectos de la estructura orgánica, el estatuto orgánico y el manual de organización específico, los cuales en su oportunidad serán sometidos a consideración y autorización de la Junta de Gobierno del Instituto.

Asimismo, se avanzó en la elaboración del reglamento de becas, el código de ética y el convenio de confidencialidad que operarán en el organismo.

En materia de recursos humanos, se dieron los primeros pasos para la selección y contratación del personal académico y administrativo que colaborará con el INMEGEN.

De acuerdo con los “Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis costo y beneficio de los programas y proyectos de inversión”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se formuló el análisis costo–eficiencia para la creación del Instituto Nacional de Medicina Genómica, cuyos resultados ponen de relieve la conveniencia de la creación del INMEGEN, al comparar el costo de su instalación con el costo de tratamiento (sin proyecto) de sólo dos de las enfermedades de mayor impacto en el gasto de atención a la salud de los mexicanos. Dicho análisis de costo–eficiencia para la creación del INMEGEN fue aprobado por la Unidad de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por lo que ya se encuentra registrado dentro de la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la Secretaría de Salud.

Finalmente, cabe destacar que con la creación formal del Instituto Nacional de Medicina Genómica y la instalación de la Primera Unidad de Investigación, sede provisional del organismo, se da cumplimiento a la meta esencial del proyecto.

5.2 Hospitales generales

5.2.1 Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Las actividades que se desarrollan en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se enmarcan en el *PRONASA 2001 – 2006*, en el que se establecen diversos cinco objetivos, dentro de los que destacan los siguientes:

- mejorar las condiciones de salud de los mexicanos;
- promover la calidad y garantizar un trato adecuado en los servicios;
- fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas;
- coadyuvar en la formación y capacitación de recursos humanos para la salud, y
- realizar investigaciones que contribuyan a solucionar problemas de salud de la población.

Para alcanzar estos objetivos se establecieron 10 estrategias en el Programa Nacional de Salud, cinco de ellas sustantivas. De éstas, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” aplicó las relacionadas con las siguientes estrategias:

- Promover la calidad y el trato digno como eje fundamental de la prestación de los servicios que ofrece el hospital.
- Promover que la atención médica conlleve acciones preventivas, de rehabilitación y de promoción de la salud.
- Participar en la consolidación del sistema escalonado de atención médica con todas las unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención del Distrito Federal.
- Realizar investigaciones que contribuyan al avance de la ciencia médica y a solucionar los problemas de salud de la población.
- Continuar con la formación de recursos humanos para la salud de alta calidad técnica, científica y humana.

Derivado de las necesidades de homologación salarial para los niveles de supervisión y mando en área médica, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó la creación de códigos funcionales de Jefe de Departamento en Área Médica, quedando atendidas con este logro las demandas del personal de Jefaturas de Departamento de Unidades Hospitalarias, obteniéndose el equilibrio salarial respecto a los tramos de control y supervisión inherentes al puesto. Como consecuencia de la creación de éstos códigos desaparecen de la estructura orgánica del hospital las 55 jefaturas de departamento.

Atención médica

En este periodo se otorgaron un total de 172 110 consultas, de las cuales 12 221 (7.1 por ciento) correspondieron a consultas de valoración; 40 185 (23.3 por ciento) a consultas de primera vez, y 119 704 (69.6 por ciento) a consultas subsecuentes. Esto representa una disminución de 5.3 por ciento con relación a las 181 770 consultas del periodo anterior. Esto se debe a que para la saturación de las especialidades,

en la consulta de primera vez se mejoró tanto la valoración de pacientes, como la referencia y contrarreferencia de los mismos, sin embargo se tuvo un incremento de 7.6 por ciento con respecto a las 160 000 consultas programadas en el periodo.

Las 59 177 consultas de urgencias otorgadas durante este periodo significaron un incremento del 10.8 por ciento respecto a las 53 402 consultas otorgadas en el periodo anterior y un incremento de 18.4 por ciento, con relación a las 50 000 consultas de urgencias programadas.

El índice de ocupación alcanzó cifras de 92.6 por ciento, superior al 84.5 por ciento registrado en el periodo anterior, generándose 16 922 egresos hospitalarios, 11.3 por ciento más que los 15 207 egresos registrados en el periodo anterior.

Se realizaron 14 036 intervenciones quirúrgicas, 8 617 cirugías mayores y 5 419 cirugías menores. Estas cifras son similares a las 14 065 cirugías realizadas en el periodo anterior (9 008 cirugías mayores y 5 057 cirugías menores).

Los estudios realizados en los servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento, registraron el siguiente comportamiento.

Servicio	Número de estudios realizados		Variación porcentual
	1° septiembre 2002 al 31 agosto 2003	1° septiembre 2003 al 31 agosto 2004	
Endoscopia	7 440	5 825	- 21.7
Laboratorio de Análisis	929 868	864 225	- 7.1
Clínico			
Radiología (*)	56 244	61 446	+ 9.2
Medicina Nuclear	5 407	5 159	- 4.6

(*) Incluye estudios radiológicos, ultrasonido y tomografías.

Durante este periodo la enseñanza formativa se dio en dos niveles: enseñanza de pregrado y enseñanza de posgrado. En el pregrado se recibieron cinco grupos de la carrera de medicina con un total de 105 alumnos, así como 55 alumnos de internado médico de pregrado, provenientes de la Facultad de Medicina, UNAM y de la Facultad Mexicana de Medicina, ULSA. En el posgrado se formaron 203 residentes de 14 especialidades médicas y 13 especialistas en cinco cursos de posgrado para médicos especialistas. Se logró la diplomación oportuna en 47 residentes. Se realizaron las XV Jornadas de Médicos Internos. En el mes de mayo se realizó la ceremonia para celebrar el día del maestro en donde se entregaron reconocimientos a los profesores de pregrado y posgrado.

En educación médica continua se realizaron, durante el periodo, 122 cursos con la asistencia de 3 245 alumnos.

En cuanto a servicio social, se concertaron acciones con más de 20 instituciones de educación media y superior, de los cuales se recibieron 347 alumnos para realizar su servicio social en este hospital; el 76 por ciento fueron del área médica y afines a la salud, y de éstos 55 por ciento recibieron beca por parte de la Secretaría de Salud; el 24 por ciento lo conformaron pasantes de apoyo al área administrativa.

Se realizaron 16 cursos de capacitación al personal administrativo, con una asistencia de 194 alumnos,

con la finalidad de incrementar la eficiencia, efectividad, productividad, vocación de servicio y responsabilidad del personal y en consecuencia elevar la calidad en la prestación del servicio.

Investigación

En este periodo se contó con 35 investigadores del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud. Si bien ha disminuido el número de investigadores con respecto al periodo anterior (36 investigadores), se mantuvieron los 53 artículos publicados en diversas revistas.

En el Sistema Nacional de Investigadores se cuenta con 11 miembros, tres más que los reportados en el periodo anterior, representando el 37.5 por ciento de incremento como se muestra a continuación.

Número de investigadores incorporados al:	1° septiembre 2002 al 31 agosto 2003	1° septiembre 2003 al 31 agosto 2004
Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud	36	35
Sistema Nacional de Investigadores	8	11

En el hospital se desarrolla asistencia médica de la más alta calidad, razón por la que se puede realizar investigación de impacto en el ámbito internacional, principalmente las investigaciones para buscar nuevas opciones terapéuticas y diagnósticas en la patología representativa del núcleo poblacional que corresponde a la población beneficiada. De igual forma se realizan investigaciones sobre la mejora de la calidad de atención médica hospitalaria y estudios experimentales, farmacodinámicos, de biología celular y molecular, epidemiológicas y de servicios paramédicos como laboratorio clínico, enfermería y trabajo social. Durante el periodo se realizaron un total de 92 protocolos, representando 2.2 por ciento más que el periodo anterior. Los resultados de las investigaciones se difunden también en foros académicos y en revistas a nivel nacional.

De los artículos publicados destacan los siguientes: Hypertrichosis Terminalis, Gingival Hyperplasia, and A Characteristic Face: A New Distinct Entity; Comparision of the Performance Of The GEA Extracorporeal Knot UIT The Roedor Extracorporeal Knot And Classical Knot; Implementation of Pproficiency Testing in Conjunction UIT a Rechecking Sytem for External Quality Assurance in Tuberculosis Laboratories in México; Distal Digital Angioleiomyoma: A Case Report And Review of the Literature; y Pseudofibrokeratoma: An Unusual Presentation of Subungual Squamous Cell Carcinoma in a Young Girl. Todos ellos con nivel III de impacto.

Otra de las actividades importantes es la consecución del XVII Concurso de residentes “Premio Gea González-PUIS a la investigación” que por ser reconocido por la Universidad Autónoma de México tiende a aumentar su calidad y prestigio.

Con el fin de incrementar el desarrollo de protocolos de investigación así como el fomentar la publicación de las investigaciones que se realizan en el hospital, se tomaron las siguientes medidas:

- se asignó un investigador de los servicios médicos y paramédicos responsables ante la Dirección de Investigación sobre las actividades en materia de investigación que se desarrollen en su área;
- se realizaron reuniones generales con los investigadores responsables por área para mantener una línea directa de comunicación, que permita dar un mejor seguimiento a los proyectos de

investigación, conocer las necesidades de las diferentes áreas en materia de investigación e intercambiar ideas que permitan fomentar la colaboración entre las diferentes áreas y la Dirección de Investigación;

- se llevó a cabo un programa de asesoría personalizada en la elaboración de protocolos de investigación, y
- se llevó a cabo un programa de asesoría personalizada para la redacción de artículos para su publicación.

5.2.2 Hospital General de México

A casi 100 años de su fundación el Hospital General de México continua proporcionando atención médica integral de primer, segundo y tercer nivel, a la población que carece de seguridad social, en un ámbito de trato digno y atención médica, ética y segura; asimismo, fortalece la formación de médicos generales y de especialidad altamente calificados y promueve la investigación de excelencia buscando contribuir a elevar la calidad de vida del paciente mediante la integración familiar, social y productivo.

Atención médica

En el periodo que se informa se otorgaron 747 104 consultas globales, que incluyen medicina general, urgencias y las 35 especialidades con que cuenta la institución. Se realizaron 7 908 consultas más con respecto al periodo anterior y se distribuyeron como se muestra a continuación:

Consultas

Tipo	septiembre 2002 - agosto 2003	septiembre 2003 - agosto 2004	Variación (%)
Preconsulta	96 655	91 869	- 4.95
1ª vez Especialidad	218 039	220 283	1.02
Subsecuentes especialidad	374 282	395 340	5.63
Urgencias	50 220	39 612	-21.12
Total	739 196	747 104	1.07

En lo que respecta a los egresos hospitalarios descendieron a 40 499, lo que representa el 1.7 por ciento menos con respecto al periodo anterior. Se efectuaron 30 193 cirugías, 5.3 por ciento más que en el 2003, y se atendieron 7 527 partos.

Para apoyar las actividades de detección y diagnóstico médico, se realizaron en total 255 914 estudios de gabinete, 90 233 estudios de rayos "X", 25 588 estudios de ultrasonido, 9 707 tomografías, 2 635 resonancias magnéticas, 2 293 radiología intervencionista, 2 755 estudios de medicina nuclear, 10 748 mastografías y 111 955 aplicaciones de radioterapia.

En cuanto a los análisis clínicos de los pacientes se efectuaron 2.8 millones y se realizaron 58 964 sesiones de tratamiento y rehabilitación. El servicio de patología realizó 24 910 estudios histopatológicos y 18 425 citológicos.

En cuanto al esquema de vacunación, se aplicaron en total 24 913 vacunas: 7 110 de Sabin, 6 014 BCG, 4 849 de toxoide tetánico diftérico, 2 503 sarampión-rubéola, 2 392 anti-influenza, 1 194 de pentavalente, 331 de triple viral, 290 de DPT y 230 de otro tipo de vacunas.

Indicador	septiembre 2002 - agosto 2003	septiembre 2003 - agosto 2004
Consultas	739 196	747 104
Egresos hospitalarios	41 215	40 499
Cirugías	28 674	30 193
Partos	7 610	7 527
Estudios de gabinete	316 497	144 091
Estudios de laboratorio	2 103 203	2 848 123
Vacunas	19 680	24 913
% de ocupación	75.8	75.04
Promedio de días estancia	5.3	6.5

El Programa de Citas Vía Telefónica tiene como propósito disminuir los tiempos de espera a 20 minutos en la consulta de medicina general, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía general, así como sistematizar las agendas de los médicos en estos servicios.

Se programaron 10 728 citas vía telefónica; se otorgaron 8 028 consultas, y no asistió el paciente en 2 760 casos, lo que representó el 74.8 por ciento de eficiencia del programa. Es importante señalar que para el siguiente periodo se ampliará el servicio a otras especialidades médicas.

Enseñanza

El Hospital General de México sigue operando a través de convenios específicos con escuelas, universidades públicas y privadas, para que sus estudiantes participen en los cursos universitarios de pregrado y posgrado, con el propósito de contar con médicos generales y especialistas de alta calidad académica. En el periodo se contó con la participación de cinco escuelas y facultades de medicina con 62 grupos, y 1 156 alumnos y 255 profesores de pregrado de las especialidades médico-quirúrgicas con que cuenta la institución.

En otro rubro 89 internos de pregrado iniciaron prácticas y actualmente se cuenta con 43 pasantes en servicio social de diversas carreras, que entre otras están adscritas a los servicios de laboratorio central, radiología, farmacia, mantenimiento, recursos humanos y enfermería.

Asimismo, iniciaron prácticas profesionales 32 alumnos de las carreras de Ingeniería Biomédica, Químico Bacteriólogo Paracitólogo, Técnico Profesional en Radiología y Gericultura.

En el periodo egresaron 133 alumnos e ingresaron 149 residentes a las 35 especialidades de la institución. En total se cuenta con 456 médicos residentes, de los cuales 397 son nacionales, 32 extranjeros y 27 de la sede-subsede con el Hospital General de Cuernavaca, Morelos.

Este hospital fue campo clínico del área de enfermería de 538 alumnos de ocho escuelas, incluyendo la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Por último se impartieron tres diplomados a 24 alumnos en los temas de: la enfermera ante el cuidado integral del neonato, tanatología en enfermería

e investigación en enfermería.

Se efectuaron 10 680 conferencias y pláticas en educación para la salud que se dirigieron a un total de 205 164 entre pacientes, familiares y público en general. En el área de educación continua se otorgaron 53 cursos a un total de 2 230 alumnos en temas médicos, paramédicos y administrativos.

Investigación

La participación del Hospital General de México en cuanto al Sistema Institucional de Investigadores y en el Sistema Nacional de Investigadores tiene una contribución importante que se describe a continuación.

<i>Sistema Institucional de Investigadores</i>			<i>Sistema Nacional de Investigadores</i>		
Categoría *	2003	2004	Nivel	2003	2004
Investigador "A"	18	19	Nivel III	3	4
Investigador "B"	20	19	Nivel II	3	2
Investigador "C"	7	6	Nivel I	10	11
Investigador "D"	15	16	Candidatos	2	2
Investigador "E"	1	1			
Investigador "F"	9	9			

* Nueva categoría asignada por la Coordinación de Institutos y S.S., como Investigador en Ciencias Médicas

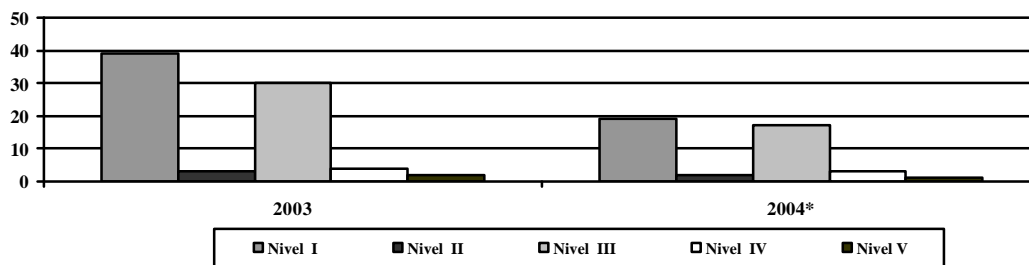
Actualmente se cuenta con 70 investigadores del SII, destacando un aumento en la categoría de investigador "A" con un 0.5 por ciento, un decremento del 5 por ciento en "B", en la "C" un decremento de 14.3 por ciento y en la "D" un aumento de 6.7 por ciento.

Hay 19 investigadores que pertenecen al SNI: 21 por ciento del nivel III, 10 por ciento del nivel II, 58 por ciento del nivel I y 11 por ciento en candidatos.

En el periodo se publicaron 94 artículos científicos, que representan un aumento de 19.5 por ciento respecto al 2003. De acuerdo a la clasificación de INSALUD, del total de publicaciones realizadas 38.3 por ciento corresponden a los niveles III, IV, y V que están considerados de mayor relevancia. Respecto a las publicaciones del nivel I y II presenta un aumento de 7.3 por ciento más en relación al 2003.

En el lapso que se informa se obtuvo un promedio de 2.5 publicaciones por cada investigador de la institución, lo que constituye un 27 por ciento más que lo alcanzado en el periodo anterior. Los estudios publicados en su mayoría pertenecen a las áreas de reumatología, cardiología, neurología, medicina genómica y genética.

Artículos Científicos Publicados en 2003 y 2004



* Cifras proyectadas a Agosto del 2004

Otras acciones

Cabe destacar que el Hospital General de México suscribió un Convenio de Desempeño con la SHCP y la Función Pública que con base en objetivos y metas precisas para la institución, se obtendría una mayor eficiencia y eficacia en el ejercicio de los recursos presupuestal. La evaluación obtenida durante los cuatro trimestres del 2003 fue de excelente.

En el servicio de Oncología se está desarrollando una obra para la instalación del acelerador lineal ELEKTA, la cuál consta de un edificio de dos niveles, donde la planta baja contará con salas de braquiterapia, recuperación y espera interna, preparación paciente-vestidor, transfer, anestesia, cirugía, lavado médico, guarda de material y limpios, área de examen, control de salas, simulación "A", simulación virtual, sala de juntas y sala de espera de tratamiento, y en la planta alta aulas, sala de descanso personal, oficina del físico y médicos, caseta de aire acondicionado, oficina de asesor, oficina de jefe de servicio, área secretarial, sanitarios, sala de espera, consultorios, oficinas, vestíbulos y elevador de camillas. Se compró y se instalará un acelerador lineal ELEKTA, simulador virtual, tomógrafo. Se tiene previsto el término de la obra en el mes de agosto.

Por otra parte la institución ha incrementado el monto de las cuotas de recuperación captadas por los servicios prestados, que en el periodo ascendieron a 124 millones de pesos.

Con el objeto de brindar un mejor servicio, y mantener y conservar la infraestructura, se realizaron las siguientes obras: se acondicionó la sala de espera del servicio de urgencias para dar mayor espacio y comodidad a los usuarios, y se remodelaron 18 consultorios de la Consulta Externa de Pediatría y el Archivo Clínico.

En el primer semestre del 2004 el Hospital General de México adecuó los formatos de consulta externa, hospitalización y apoyo al diagnóstico médico con su respectivo instructivo, con el objetivo de incorporarse totalmente al Sistema de Información en Salud.

Para dar continuidad a los compromisos establecidos en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud la institución ha monitoreado tres bimestres de los índices e indicadores de trato digno, organización de servicios y atención médica efectiva en el segundo nivel de atención, donde nos encontramos en los niveles de excelencia de calidad excepto en la organización de los servicios de Urgencias, donde se están reforzando las acciones, en particular en los tiempos de espera por lo que se implementó el Programa SUMAR que permite dar una atención más rápida y eficiente. En cuanto a los indicadores de calidad de enfermería, se reportó el primer cuatrimestre en el 2004, con excelentes niveles de calidad.

5.3 Centros de Integración Juvenil, A.C.

El consumo de drogas se encuentra entre las principales causas de daños a la salud, tanto en adolescentes, como en adultos y jóvenes. Su análisis, estudio, prevención y tratamiento se realiza desde una perspectiva integral, considerando la oferta y la demanda de las mismas, lo cual exige el desarrollo de acciones y políticas complementarias orientadas en la primera a alejar la droga del hombre y en la segunda al hombre de la droga.

Centros de Integración Juvenil A.C es una institución especializada en la atención del problema que ubica sus esfuerzos en la vertiente de la reducción de la demanda. Cabe señalar, que desde el 2001, incorporó a su modelo de atención otras adicciones como son: alcohol y tabaco.

Actualmente cuenta con una red estratégica de atención a nivel nacional conformada por 54 centros regionales, 3 unidades de internamiento residencial, 4 unidades de tratamiento en consulta externa, una clínica de metadona y 12 centros locales.

En la consecución de las metas y resultados alcanzados participaron 1 232 personas. En las actividades de prevención y tratamiento otorgadas a usuarios y familiares, así como a la población abierta participaron 875 personas. En funciones normativas, considerando investigación y capacitación, se desempeñaron 123 personas. En labores directivas, administrativas y de apoyo colaboraron 234 personas. Adicionalmente, en la realización de los proyectos preventivos participaron 7 657 voluntarios, incluyendo patronatos.

La estructura orgánica con vigencia a partir de diciembre del 2001 se agrupa en cinco funciones básicas del quehacer institucional, que comprende tres direcciones generales adjuntas, tres direcciones de área operativas y dos de apoyo; cinco subdirecciones de área, de las cuales cuatro son operativas y de coordinación y una de apoyo en materia de comunicación social. Cabe mencionar que en cumplimiento a las disposiciones de la fracción primera del artículo 30 del PEF 2004 se canceló la plaza de secretario particular del Director General, con lo cual se modificó la estructura orgánica.

Acciones y resultados

Las actividades y logros institucionales alcanzados durante el periodo, se realizaron en congruencia con lo estipulado en las estrategias y líneas de acción del *PRONASA 2001-2006*, en lo relativo a la disminución de la adicción al alcohol, tabaco y drogas.

Los perfiles de morbilidad y mortalidad han cambiado de acuerdo a la variación de las causas por las que las personas enferman y mueren, virando de las enfermedades nutricionales e infecciosas hacia las de tipo crónico degenerativo dentro de las cuales se consideran los problemas de salud mental y las adicciones.

Las adicciones son consideradas como un problema de salud pública debido a su alto impacto en los ámbitos de la salud, la economía y la seguridad pública. En el plano de la salud se relacionan por lo menos con las siete principales causas de mortalidad general. En el plano económico se encuentran entre las causas de los índices de mortalidad entre la población en edad productiva. En el ámbito social se expresan en una mayor frecuencia de conductas violentas en el hogar y las vías públicas.

Prevención

Actualmente el programa de prevención institucional se orienta a conseguir el incremento de la conciencia del problema de las adicciones en la población con bajos niveles de riesgo y vulnerabilidad, a la par que a realizar detección oportuna e intervención con experimentadores y usuarios de nivel bajo y no usuarios con alto índice de vulnerabilidad y riesgo. El programa focaliza como prioritaria a la población que se ubica entre 10 y 18 años y como estructura de apoyo a esa edad a los que están entre los 19 y los 54 años.

El programa preventivo se realiza en tres niveles - información, orientación y capacitación-, diferentes grupos - niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familia en su conjunto y población abierta- y varios escenarios -escuela, familia comunidad, ámbito laboral-.

El nivel de información es un abordaje de sensibilización a la población a través de una sesión que trata sobre factores de riesgo y protección. En el nivel de orientación se ofrecen cursos de 8 a 12 sesiones a

grupos de niños y adolescentes, a adultos jóvenes (19-24 años), padres de familia y la familia en su conjunto. El nivel de capacitación lo conforman tres proyectos dirigidos a personas interesadas en desarrollar una labor preventiva contra las adicciones en su entorno. Se brindan cursos de 8 a 12 sesiones en los que se habilita a los asistentes a que reproduzcan el programa preventivo y elaboren uno específico para su ámbito laboral o comunitario. Esto se logra por medio de la movilización de opinión de la forma más favorable sobre la prevención y el fenómeno en general; adiestramiento y capacitación en conocimientos básicos sobre adicciones, de acercamiento a la comunidad; planeación, seguimiento y evaluación de programas.

Las acciones preventivas efectuadas de septiembre de 2003 al mes de agosto de 2004 globalmente sumaron 408 954 alcanzándose una cobertura de 2 066 373 personas. A nivel de proyecto, se desarrollaron 60 408 sesiones informativas con una cobertura de 1 296 574 personas; 89 596 pláticas y sesiones de orientación preventiva que impactaron a 201 247 personas, y 37 246 acciones de capacitación en las que participaron 41 851 personas. Adicionalmente, las 13 073 acciones de movilización social lograron una cobertura de 474 963 personas.

Programa Preventivo

Proyectos preventivos	Cantidad
Total de acciones	187 250
Información	60 408
Orientación	89 596
Capacitación	37 246
Cobertura (Personas atendidas)	1 539 672
Información	1 296 574
Orientación	201 247
Capacitación	41 851
Movilización Social	
Total de acciones realizadas	13073
Total de personas atendidas	474 963

Atención Curativa y Rehabilitatoria

Para atender a la población afectada por el problema de la farmacodependencia se cuenta con servicios de consulta externa y hospitalización especializada. La consulta externa se realiza mediante un abordaje profesional interdisciplinario que incluye acciones diagnósticas y terapéuticas rehabilitatorias, así como psicoterapias individuales, familiares y grupales, para apoyar al fármaco-dependiente y su familia en la resolución del problema.

En el periodo se proporcionaron 208 631 servicios de consulta externa a 51 266 personas, de las cuales 21 345 fueron pacientes usuarios de drogas y 29 921 familiares de los mismos. En tanto que con los servicios de hospitalización especializada que se proporcionan en las tres Unidades de Internamiento de Tijuana, Monterrey y Guadalajara, se lograron 472 egresos de pacientes.

Cuarto Informe de Labores

Programa de Atención Curativa

Servicios	Acciones	Personas
Consulta externa	208 631	51 266
Pacientes atendidos		21 345
Familiares de pacientes		29 921
Hospitalización		472
Egresos		472

Asimismo se capacitó al personal técnico médico de las unidades operativas del país para la atención de las adicciones al alcohol y tabaco, así como para la aplicación de la técnica de la auriculoterapia que disminuye o suprime la sintomatología del síndrome de abstinencia y refuerza la adherencia terapéutica.

Se continuó apoyando la operación de la Clínica de Metadona de Ciudad Juárez, la cual por su cercanía con la frontera con Estados Unidos y con el propósito de abatir los altos índices de consumo de heroína que registran en esta zona, se convierte en un centro estratégico de atención a usuarios de esa droga, así como en un centro regulador del costo del medicamento controlado denominado metadona.

Investigación

Los estudios e investigaciones que realiza la entidad contribuyen al mejoramiento de los programas de prevención y tratamiento del uso de drogas, lo cual permite elevar los niveles de eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios institucionales.

El desarrollo de las investigación se efectúa con apego al método científico y mediante la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas debidamente sistematizadas. Los estudios realizados contribuyen al conocimiento de la forma y tendencias del consumo de drogas en nuestro país y a fortalecer la presencia de CIJ en las entidades federativas. Durante el período se realizaron los siguientes estudios e investigaciones:

Investigaciones Realizadas

Migración y Consumo de Drogas
Estudio Cualitativo del Consumo de Drogas en Mujeres
Consumo de Drogas en Población Infantil
Evaluación Retrospectiva de Resultados de la Clínica de Metadona
Características de Familia y Redes Sociales de Migrantes Usuarios de Drogas Diferenciados por Género
Estudio Epidemiológico del Uso de Sustancias por Rangos de Edad en Pacientes CIJ
Evaluación de Impacto del Programa Preventivo en Escuelas Secundarias
Estudio Documental de la Toxicidad, usos Terapéuticos y Aspectos Psicosociales Epidemiológicos del Consumo de Cannabinoides (Producto Adicional)
Evaluación de la Utilidad e Impacto del Libro Como Proteger a tus Hijos Contra las Drogas
Perfil de la Mujer Usuaria de Heroína Asistente a la Clínica de Metadona CIJ
Factores Familiares y de Padres Asociados al uso de Drogas entre Estudiantes de Educación Media
Metodología de la Actualización del Estudio Básico de Comunidad Objetivo
Relaciones Diádicas en Familia de Usuarios de Drogas
Estudio Epidemiológico del uso de Drogas entre Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ en 2003
Factores Psicosociales Asociados al Consumo Actual de Marihuana y/o Cocaína
Resultados de un Programa de Tratamiento del Abuso de Alcohol en Jóvenes

Asimismo, el área de investigación colabora con los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Secretaría de Salud y de Reporte Interinstitucional en Drogas (SRID) del Instituto Nacional de Psiquiatría. De la misma manera participa en los grupos de trabajo del Observatorio Mexicano en Drogas y en las reuniones del Grupo Interinstitucional de Evaluación de Programas para la Prevención del Uso de Drogas, convocado por el DIF Nacional, así como con el Grupo de Investigación del Consejo contra las Adicciones del Gobierno del Distrito Federal.

Capacitación

Durante el periodo se realizaron diversas actividades enmarcadas en los proyectos de capacitación para el desempeño, que incluye capacitación introductoria y capacitación permanente y a distancia; educación continua, que incorpora capacitación presencial (que contempla cursos internos y externos), y posgrado. Se efectuó un total de 227 acciones de capacitación que beneficiaron a 2 039 personas, destacándose lo siguiente:

- Para personal de nuevo ingreso se realizaron cursos de inducción. Se impartieron cursos de capacitación en materia de computación al personal administrativo. Se capacitó a mandos de oficinas centrales con respecto a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- Se puso en operación la especialidad para el tratamiento de las adicciones de Centros de Integración Juvenil.

Acciones y Asistencias

Actividad	Acciones	Asistencias
Capacitación introductoria (Capacitación para el desempeño)	32	81
Inducción a la Institución	4	35
Inducción al Puesto	2	18
Revisión y estudio de material básico	26	28
Capacitación permanente	72	592
Capacitación presencial (cursos monográficos)	34	1 120
Para personal operativo	19	861
Para personal normativo y administrativo	3	161
Cursos de computación	12	98
Becarios	0	0
Cursos externos	89	246
Actualización (Cursos, Seminarios, Talleres, Diplomados, Congresos)	83	239
Posgrados (Maestría, Especialidad, Doctorado)	6	7
Total	227	2 039

Con estas acciones se contribuye al cumplimiento de los compromisos enmarcados en el Programa Nacional de Salud en el rubro de adicciones, ya que además de continuar con la atención de la farmacodependencia, la institución se ha sumado al combate del tabaquismo y el alcoholismo. Los beneficios que obtienen los profesionales de la salud que laboran en CIJ, mediante su capacitación y actualización permanente, se refleja a su vez en la calidad de los servicios que se prestan a la comunidad.

Entre otras actividades cabe destacar lo referente a la difusión de los servicios de Centros de Integración Juvenil en medios masivos de comunicación. El Sistema Telefónico de Orientación en Adicciones (TelCIJ), recibió durante el periodo que se informa un total de 11 287 llamadas.

5.4 Centro Nacional de Rehabilitación

Las actividades desarrolladas por el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR) para el presente informe han tenido como propósito el coadyuvar con los objetivos que se plantearon en *PRONASA 2001-2006*. La discapacidad constituye uno de los problemas emergentes de salud pública, que en los últimos años se ha incrementado constantemente, como resultado de los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el incremento en la esperanza de vida y la mayor cobertura de los servicios de salud, lo que ha permitido disminuir considerablemente las tasas de mortalidad general e infantil, pero, con frecuencia, sin lograr evitar secuelas que causan limitación en el funcionamiento de mujeres y hombres de todas las edades, dando por resultado discapacidad de grado variable.

Objetivos

El Centro Nacional de Rehabilitación tiene por objetivos promover estudios e investigaciones clínicas, experimentales, tecnológicas y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas, para el desarrollo de mejores recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades discapacitantes, publicar sus resultados, establecer programas de capacitación, formación, especialización, posgrado y actualización de personal profesional, técnico, auxiliar y administrativo, en todas sus áreas, proporcionar servicios de atención médica y quirúrgica especializada de alto nivel, para la prevención y rehabilitación de discapacidades.

Para llegar a desarrollar el potencial del Centro y obtener los resultados que más adelante se señalan el Centro Nacional de Rehabilitación, dispone de la siguiente estructura: 1 dirección general, 4 direcciones generales adjuntas, 3 direcciones de área, 19 subdirecciones y 27 jefaturas de departamento, con lo cual se cumplen las acciones y actividades para el logro de las metas.

Atención médica

El Centro Nacional de Rehabilitación otorgó un total de 173 545 consultas, de las cuales 41 948 corresponden a consultas de primera vez, que representan el 24 por ciento, y 131 597 consultas subsecuentes, que comprenden 76 por ciento. Gran parte del tratamiento está dirigido a la recuperación funcional de las personas para que sean más independientes en su vida, por lo que en este lapso se proporcionaron un total de 441 548 sesiones de terapias, correspondiéndole a terapia física 340 836 sesiones, 21 286 a terapia ocupacional y a terapia de lenguaje 79 426 sesiones.

En el área de hospitalización se ingresó a un total de 4 584 pacientes y se egresó un total de 4 573 pacientes con un promedio de estancia de cuatro días. Se realizaron un total de 5 044 cirugías, de las cuales 270 fueron de cirugía extramuros en las campañas que se realizaron en Durango, Jalisco, Chiapas y Guerrero. Coadyuvando para integrar un diagnóstico más preciso se efectuaron estudios auxiliares de diagnóstico como los de imagen. Durante estos meses se tomaron 38 648 estudios de rayos X, 1 561 estudios de resonancia magnética, 1 103 estudios de tomografía, 479 estudios de medicina nuclear, y 1 118 estudios de densitometría ósea; concomitantemente se les realizaron a los pacientes estudios

neurofisiológicos, como 2 342 electromiografías, 351 electroencefalogramas, 1 012 estudios de electrocardiografía, así como 9 457 estudios neurofisiológicos de comunicación humana.

Productividad

Concepto	2002	2003
Consulta 1ª Vez	41 597	41 948
Consulta Subsecuente	137 232	131 597
Total	178 829	173 545
Terapias	447 148	441 548
Cirugías	3 824	4 774
Egresos	3 551	4 573
Imagenología	47 030	42 909
Laboratorio Clínico	35 102	40 607
Electrofisiológicos	14 127	13 162

Enseñanza

Pilar fundamental de las instituciones medicas es la enseñanza. El Centro Nacional de Rehabilitación es sede de las especialidades médicas de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Traumatología, Audiología, Foniatría y Comunicación Humana y Medicina de la Actividad Física y Deportiva, todas ellas con el reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México, contando con una plantilla de 108 residentes.

De igual forma se participa en la formación de médicos de pregrado apoyando a las escuelas o facultades de medicina. Para este periodo de informe se tuvo la participación de 40 alumnos de la Universidad La Salle, se incorporaron 30 alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México y 30 alumnos más de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Se continúa con la formación de posgrado para lo cual se desarrollaron 15 cursos de posgrado para médicos especialistas con 25 participantes, destacando entre ellos: cirugía de columna vertebral, cirugía de mano, artroscopía y medicina del deporte, reconstrucción articular, rehabilitación ortopédica, rehabilitación neurológica, rehabilitación pediátrica, rehabilitación geriátrica, rehabilitación laboral, audiología pediátrica, genética en comunicación humana, ortopedia oncológica y medicina de electrodiagnóstico, ortopedia pediátrica y cirugía articular. Se realizaron también diplomados en cirugía de columna, reconstrucción articular, cirugía de mano y microcirugía, orientación familiar, temas actuales de aprendizaje, neuropsicología, integración de estudios psicológicos infantiles y manejo de problemas emocionales. Se formaron a 311 terapeutas en terapia física, terapia ocupacional, comunicación humana y prótesis y ortesis.

Es de mencionar que además se cuenta con las especialidades para enfermería en ortopedia y rehabilitación. Para efectos del presente informe se tiene un total de 19 alumnos, 10 en enfermería de rehabilitación y nueve en enfermería de ortopedia.

Finalmente se desarrollan dos maestrías en el Centro Nacional de Rehabilitación, una de ellas de Lenguaje y Audiología, con 30 alumnos, y otra de Orientación Familiar, con 10 alumnos. Por otra parte se desarrollaron 264 sesiones de educación médica continua con la participación de 850 asistentes.

Investigación

Las actividades de investigación tienen una enorme trascendencia y se han realizado esfuerzos para fortalecerla, para lo cual durante este lapso ingresaron 68 investigadores más, lo que representa el 87 por ciento de incremento en relación al periodo anterior y que sumados a los ya existentes dan un total de 146 investigadores en el Sistema Institucional de Investigadores (SII). En este mismo periodo se cuenta con nueve investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), por lo que hay que instrumentar estrategias para incrementar y fortalecer a estos últimos. Entre ambos se tienen objetivos concretos para contribuir consistentemente en el avance del conocimiento básico, clínico, sociomédico y de desarrollo tecnológico sobre la problemática de salud que conlleva la discapacidad.

<i>Sistema Institucional de Investigadores</i>		<i>Sistema Nacional de Investigadores</i>	
Investigadores	2003	Nombramiento	2003
Investigador en ciencias médicas A	112	Candidato	4
Investigador en ciencias médicas B	18	SNI I	5
Investigador en ciencias médicas C	9	II	-
Investigador en ciencias médicas D	3	III	-
Investigador en ciencias médicas E	3	Total	9
Investigador en ciencias médicas F	1		
Total	146		

Por lo que se refiere a la líneas de investigación se continúa trabajando en alteraciones congénitas y adquiridas del sistema musculoesquelético; genoma humano; osteoartritis, osteoporosis, enfermedades musculares y sordera; tratamiento médico quirúrgico del trauma y de lesiones deportivas; ingeniería de tejidos, terapia génica y medicina regenerativa; modelos experimentales en enfermedades músculo esqueléticas; niños con sordera de alto riesgo; neurofisiología auditiva; modelos biomédicos para el estudio de adquisición y desarrollo de la vocalización; diseño y construcción de aparatos e instrumentos para diagnóstico; diseño y fabricación de ayudas técnicas para disminución de la discapacidad; análisis del movimiento; enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

Por otra parte, la formación y desarrollo de investigadores es parte fundamental del Centro Nacional de Rehabilitación. Por esta razón durante este periodo se formaron 25 investigadores más, 17 con grado de maestrías y ocho en doctorados. Esto representa un incrementó de 38 por ciento en relación al periodo anterior.

Las investigaciones generaron 51 artículos de nivel nacional e internacional; 34 de ellas pertenecen al nivel I, ocho al nivel II y ocho nivel III, y una al nivel IV.

Publicación de Artículos

Nivel	2003
I y II	42
III	8
IV	1
V	-
Total	51

Finalmente para este periodo, dos de nuestros investigadores recibieron reconocimiento y premiación por la mejor tesis doctoral con el tema “Caracterización de mutaciones intragénicas del Gen STS en paciente con Ictiosis ligada Ta X (ILX)”, así como con el trabajo “Análisis molecular del gen PMP22 en Charcot Marie-Tooth”, durante la Reunión Nacional de Investigadores en Salud con sede en el puerto de Acapulco, Guerrero.

Programa de acción para la prevención y rehabilitación de discapacidades Prever-Dis

El Centro Nacional de Rehabilitación, realizó una serie de actividades significativas y relevantes, a nivel nacional dentro del marco del Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis).

Con fecha 12 de marzo se participó en la sesión conjunta con el Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez” y Cemesatel con el tema Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades PreveR-Dis. Con fecha 16 de abril se tuvo la visita del Dr. Julio E. Restrepo del Hospital Universitario San Vicente de Paul, Colombia.

Con fecha 8 de mayo, se celebró la Primera Reunión Ordinaria de “Fideprótesis Popular”, evento que se realizó en la Sala Dr. Bernardo Sepúlveda de la Secretaría de Salud. Posteriormente en este mismo mes se participó en la 1ª Expo y 2º Expo / México Sin Barreras, con el desarrollo de dos temas y un estante de exposición del CNR.

Se instauró el Aval Ciudadano dentro del marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, con la participación del Club Rotario Mixcoac y la participación del Dr. Enrique Ruelas B, Subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud. El Centro Nacional de Rehabilitación es la primera institución del Sector Salud a nivel nacional en la que se instaura este Aval Ciudadano “Trato Digno”. En junio se firmó de convenio con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) con los siguientes objetivos: i) realizar acciones conjuntas de promoción y difusión; ii) promover el fortalecimiento de la relación médico-paciente; iii) mejorar la calidad de prestación de servicios médicos; iv) prevenir controversias entre los usuarios y los prestadores del servicio, y v) estrechar la coordinación de ambas Instituciones a favor de la población con discapacidad.

Dos acontecimientos más marcan las acciones que se vienen desarrollando en el PreveR-Dis. El primero es la firma del convenio con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF-Nacional con la presencia de la Sra. Marta Sahagún de Fox, con fecha 9 de febrero. Este convenio

acerca a la Secretaría de Salud con el sistema DIF, vinculando la coordinación para beneficio de la población con discapacidad. Finalmente se firma el convenio con el estado de Tlaxcala, con fecha 19 de febrero de 2004 y en presencia del C. Dr. Alfonso Sánchez Anaya, Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, y el Dr. Julio Frenk Mora, Titular de la Secretaría de Salud. Se concretó la firma de Convenio para poner en marcha el PreveR-Dis en este estado.

5.5 Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Derivado del proceso de reestructuración efectuado por la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) reorientó sus funciones para fortalecer los aspectos normativos, técnicos y de organización establecidos en las Reformas de la Ley General de Salud publicada en Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 30 de junio de 2003, en donde se faculta a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para llevar el control sanitario de la disposición de la sangre. Adicionalmente el CNTS adscrito a la Subsecretaría de Innovación y Calidad, se reubica en el tramo de control de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, quedando con la siguiente plantilla: dos direcciones de área, cuatro subdirecciones de área, siete jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

El CNTS tiene como función garantizar la disposición de la sangre humana, sus componentes, derivados y células progenitoras hematopoyéticas con la máxima seguridad, disponibilidad y racionalidad, para lograr la autosuficiencia nacional a través de la donación voluntaria no remunerada, protegiendo los derechos de donantes, receptores y trabajadores.

Objetivos estratégicos:

- autosuficiencia nacional de los productos sanguíneos, con base en la donación voluntaria no remunerada;
- garantías de seguridad sanguínea para donantes y receptores, y
- la utilización óptima de los productos sanguíneos.

Normatividad

En este rubro se incluyen la modificación del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos y la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de la sangre humana, la cual fue reestructurada para incluir el componente de las células progenitoras hematopoyéticas, la organización de los servicios transfusionales conforme a lo establecido por los Programas Bienales de Mejora Regulatoria 2003-2005 (DOF 27 de junio de 2003), así como la Manifestación de Impacto Regulatorio correspondiente a cada uno de ellos. Estas modificaciones terminadas se encuentran en revisión por la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Normalización de Fomento y Control Sanitario, para su eventual publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Para dar cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental se inició el proceso de implantación del sistema de archivos, con lo que se pretende homologar los criterios en la materia, y mejorar la información y el control.

Desarrollo humano en medicina transfusional

Este componente orientado a mejorar el acceso de los trabajadores de salud a la capacitación formal de acuerdo a sus necesidades, con lo cual se pretende mejorar el uso de los productos sanguíneos y limitar la presentación de los eventos adversos relacionados con su aplicación clínica.

Componentes

- Programa anual (PA), que integra 11 cursos dirigidos a las 32 entidades federativas.
- Programa de capacitación para el desempeño (PD), dirigido al personal del CNTS.
- Programa “Sangre y Componentes Seguros” y “Hagamos la Diferencia”, en su modalidad de educación a distancia (PED-OMS/OPS).
- Programa de postgrado (PP).
- Examen para acreditar la idoneidad de los candidatos a Responsables de Banco de Sangre (EAMRBS).

Número de capacitados

Componentes	1 de septiembre 2002 al 31 agosto de 2003	1 de septiembre 2003 al 31 agosto de 2004
PA	173	331
PD	107	95
PED-OMS/OPS	1182	817
PP	5	3
EAMRBS	97	191

Plan de acción para mejorar el acceso a la sangre, componentes y hemoderivados seguros 2004-2006

De conformidad con las modificaciones hechas a la Ley General de Salud publicadas en el D.O.F. el 30 de junio de 2003 y para cumplir con los objetivos planteados en el *PRONASA 2001-2006* se están desarrollando los siguientes proyectos:

- Definición de la capacidad de producción, almacenaje y transportación de plasma fresco no útil para fines terapéuticos
- Regionalización de los servicios transfusionales, que consiste en establecer bancos de sangre de acuerdo a las necesidades y recursos de la población.
- Desarrollo de un sistema de información geográfica de los servicios transfusionales
- Desarrollo de un sistema de información e intercomunicación de los servicios transfusionales.

En coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Con esto se busca el redimensionamiento de los servicios transfusionales con base en las necesidades y recursos de cada una de las entidades federativas para asegurar la calidad, cobertura y acceso equitativo de los productos sanguíneos y eficientar el uso de los recursos presupuestales, humanos y de infraestructura existentes.

Donación altruista

La seguridad de la sangre y sus componentes se relaciona con la fuente de obtención de donadores voluntarios no remunerados. En México este tipo de donación corresponde solamente al 4.2 por ciento de la captación total, por lo que se han diseñado diversas estrategias para promoverla. Dentro de ellas se encuentra la propuesta de incorporación del tema “Donación Altruista de Sangre” a los contenidos de textos gratuitos de tercero a sexto grado de primaria, con lo que se pretende contribuir en la formación de una cultura de donación en la población, aprovechando a los escolares como promotores de esta práctica de vida saludable y aumentar con ello la calidad de donadores y los volúmenes de sangre segura. Por otra parte y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud se difunde a todo el país el programa “Hagamos la Diferencia”, el que incluye estrategias y acciones dirigidas al personal de salud y a la comunidad para promover la donación altruista.

Con lo anterior esperamos impactar favorablemente en la cultura de la donación altruista de sangre en la población mexicana, con lo cual se logrará la autosuficiencia nacional de productos sanguíneos a través de donantes altruistas de recepción, mejorando así la seguridad de sangre en el país.

Criopreservación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) obtenidas del cordón umbilical

En junio del 2003 y con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología se inició el Programa de Criopreservación Celular con la puesta en marcha del primer Banco de Sangre de Cordón Umbilical (BSCU) gubernamental en México. Este BSCU cuenta con una tecnología de punta que lo convierte en el único BSCU automatizado en toda América Latina. Actualmente se encuentra en proceso de certificación ISO 9000-2000. El BSCU a un año de iniciar sus actividades, ha recibido diez solicitudes para búsqueda de unidades de sangre de cordón umbilical procedentes de Instituciones tanto públicas como privadas.

Irradiación de productos sanguíneos

Se cuenta con un irradiador autoblandado con radionúclido Cesio 137, el primero en los Institutos Nacionales de Salud, con el que se dará apoyo para irradiar unidades de productos sanguíneos de pacientes trasplantados de médula ósea y órganos sólidos, así como a pacientes prematuros. Dicha tecnología impacta impidiendo la enfermedad injerto contra huésped (EICH) por transfusión sanguínea.

Investigación de Técnicas en Diagnóstico

Actualmente se lleva a cabo un proyecto de investigación relacionado con técnicas diagnósticas de biología molecular de tipo amplificación de ácidos nucleicos (NAT) para el virus del Nilo Occidental, hepatitis B, hepatitis C, y virus de la inmunodeficiencia humana, infecciones transmitidas por vía sanguínea. Los resultados se harán de gran importancia para definir el uso de este tipo de técnicas en el estudio de la sangre en nuestro país.

5.6 Centro Nacional de Trasplantes

Reporte de Trasplantes Realizados en el Sector Salud

	Trasplantes registrados en 2003	Trasplantes registrados en 2004**
Órganos	1 545	517
Tejidos	2 339	810
Total	4 884	1 327

** Las cifras son preliminares, corresponden a los trasplantes registrados hasta la fecha del informe. La velocidad a la que fluye la información desde los establecimientos, provoca un desfase en los datos de que se dispone.

Distribución de los trasplantes realizados de acuerdo a su tipo del 2003-2004

Órgano o Tejido	2003	2004***
Corazón	18	2
Córnea	2 566	700
Hígado	73	15
Hueso	702	90
Médula Ósea	69	10
Pulmón	2	0
Riñón	1 451	500
Válvulas Cardiacas	2	10
Páncreas- Riñón	1	0
Totales	4 884	1 327

*** Las cifras son preliminares, corresponden a los trasplantes registrados hasta la fecha del informe. La velocidad a la que fluye la información desde los establecimientos, provoca un desfase en los datos de que se dispone.

Lista Nacional de Espera

A la fecha de éste informe, el número total de pacientes inscritos en la lista nacional de espera asciende a 6 404 los cuales se distribuyen para los órganos y tejidos que con mayor frecuencia se trasplantan de la siguiente manera:

Córnea	3 585
Riñón	2 508
Hígado	238
Corazón	70
Pulmón	3
Total	6 404

Módulo de Coordinación de la Asignación de Órganos y Tejidos

- El módulo de coordinación donación-asignación se encuentra operando de forma regular en un esquema de 24 horas los 365 días del año.
- De enero a la fecha se han recibido 209 llamadas, de las cuales se han concretado 151 donaciones.

Cuarto Informe de Labores

- Los órganos y tejidos obtenidos han sido: 2 de corazón, 46 de hígado, 175 de riñón, 247 de córnea, 22 de hueso, 20 válvulas cardíacas, 1 piel.
- Queda pendiente la consolidación de la información del último trimestre del año.

Relación de cursos ejecutados

Fecha	Nombre del Evento	Duración	Institución
12-13 febrero	“Conocimientos y habilidades básicas para el desempeño del Coordinador Hospitalario de trasplantes en México”	16 horas	Asociación Mexicana de Enfermeras de Nefrología (AMENAC)
8 de marzo	Principios básicos de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos.	4 horas	Integra Abogados
11-12 marzo	“Curso de formación básica para promotores de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos”	8 horas	TELMEX Aguascalientes
22 de marzo	Curso técnico teórico de procuradores de tejidos corneal	7 horas	Centro de Córneas Mexicanas
19, 20-21 abril	“Curso de formación de promotores de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos.”	24 horas	Organizaciones no Gubernamentales relacionadas con trasplantes
12, 19, 26 mayo y 29, 16 y 23 de junio	“Curso de formación de promotores de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos.”	8 horas	Asociación Hidalguense de Trasplantes, A.C.
27 de mayo	“Curso de formación de promotores de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos.”	8 horas	Asociación Hidalguense de Trasplantes, A.C.
17, 18. 24-25 de junio	Capacitación continua de asesores de los Centros de Atención Telefónica	8 horas	Centro de Atención Telefónica de INBURSA (Call Center)
21 de junio	“Curso de formación de promotores de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos.”	8 horas	Cruz Roja
25 de junio	“Curso taller de análisis de los fundamentos legales de la actividad de donación y trasplante de órganos en México	8 horas	Agentes del Ministerio Público del estado de Hidalgo en colaboración con el Consejo Estatal de Trasplantes
8 de julio	“Curso de formación básica para promotores de difusión de la cultura de donación de órganos y tejidos	8 horas	DIF Hidalgo

Comunicación Social

Con la presencia del Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, que fungió como testigo de honor, se celebró un convenio de colaboración con el Comité Olímpico Mexicano y el Centro Nacional de Trasplantes. Otros testigos de honor fueron el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, y el Lic. Marco Antonio Slim Domit, Presidente de la Fundación Mexicana de Trasplantes.

El objetivo de este convenio es contar con la colaboración de los integrantes de la delegación olímpica para que fortalezcan con su voz y presencia los eventos públicos en donde se transmita el mensaje a favor de la donación y los trasplantes. El convenio estuvo firmado, por parte del Comité Olímpico Mexicano, por su presidente, el Lic. Felipe Muñoz Kapamas, y por parte del Centro Nacional de Trasplantes, por su Director General, el Dr. Arturo Dib Kuri.

Se conceptualizaron y produjeron tres cápsulas de información: una para televisión, y dos para radio.

Además se diseñaron y produjeron trípticos para la campaña del 2004.

Durante el tiempo que cubre este informe se realizó y produjo un número especial de la Revista *Detrasplantes*, en la cual se recogió toda la actividad relevante llevada a cabo durante la Semana Nacional de Donación y Trasplante de Órganos del año anterior. Se continuó con la publicación de la revista y durante el tercer trimestre del año se publicó el número 3.

Atención al público

*Atención al Público a través de Centros de Atención Telefónica y a través de la
Página Electrónica del Centro Nacional de Trasplante*

	Llamadas atendidas 4to Trimestre 2003	Llamadas atendidas 1er Trimestre de 2004	Llamadas atendidas 2do Trimestre de 2004	3er Trimestre de 2004****	Totales
Centro de Atención Telefónica del CENATRA	324	209	263	113	909
Centro de Atención Telefónica INBURSA	1 877	1 116	610	325	3 928
LOCATEL	75	55	24	s/d	154
Número de ingresos a la página electrónica del CENATRA	66 184	47 647	46 313	17 367	177 511
Inscripciones como donador de órganos a través de la página electrónica del CENATRA	661	1 690	790	129	3 270
Totales	69 121	50 717	48 000	17 934	185 772

****Información preliminar

Capítulo 6

Programa IMSS - OPORTUNIDADES

6. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

El Programa IMSS – OPORTUNIDADES, en su ejemplar trayectoria de 25 años de trabajo a favor de la población indígena y campesina de las zonas rurales marginadas de México, constituye un elemento fundamental de la política social de combate a la pobreza extrema emprendida por el Gobierno Federal. El programa tiene como objetivo fundamental acercar los servicios de salud, oportunos y de calidad a 10.5 millones de mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, de los cuales más de 3.5 millones son indígenas.

El Programa fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud, que se sustenta en la participación comunitaria, a través de más de 260 mil voluntarios que actúan como vínculo entre las unidades médicas y la comunidad. La gratuidad de los servicios para los beneficiarios se otorga a partir de la corresponsabilidad en el autocuidado de su salud, para lo cual el Programa cuenta con una red regionalizada de servicios integrada por 3 540 unidades rurales y 69 hospitales en el ámbito rural. La cobertura del Programa alcanza a en más de 16 mil localidades pertenecientes a 1 264 municipios de 17 estados de la República.

En el periodo que se informa, se realizaron las siguientes acciones y se obtuvieron los siguientes resultados:

Acciones y resultados

Metas comprometidas

Se otorgaron 18 168 708 consultas, se realizaron 8 029 428 detecciones de padecimientos crónico degenerativos, se aplicaron 10 994 657 dosis de vacunas a mujeres y niños, se proporcionó atención odontológica preventiva a 5 073 162 personas, se otorgaron 1 780 255 sesiones de educación para la salud y se logró la incorporación de 347 230 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar.

Acciones y resultados

En el transcurso del periodo de septiembre de 2003 a agosto de 2004 se ha continuado la aplicación del Componente Salud del Programa Desarrollo Humano OPORTUNIDADES del Gobierno Federal. Al cierre del 2003 se beneficiaron 1 156 509 familias con dicho Programa. En el periodo de referencia se otorgaron 9 020 342 consultas totales a los beneficiarios, de las cuales 1 994 508 correspondieron a menores de 5 años y 774 492 a mujeres embarazadas o en etapa de lactancia. Las consultas que reciben los beneficiarios representan el 50 por ciento de las consultas totales que ofrece el Programa IMSS – OPORTUNIDADES. Asimismo se proporcionaron 284 232 consultas de planificación familiar y se distribuyeron 18 464 275 sobres de suplemento alimenticio.

Infraestructura y recursos

Para atender a las familias de las localidades lejanas que no tienen servicios de salud (225 microrregiones en 2 541 localidades), se cuenta con equipos auxiliares de supervisión integrados cada uno por una enfermera general y un promotor de acción comunitaria, responsables de supervisar a los asistentes rurales de las microrregiones y proporcionarles apoyo, asesoría y dotación de insumos.

Asimismo, en conjunto con la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES se instrumentó la Campaña de Blindaje Electoral en las entidades federativas que viven procesos electorales para garantizar la transparencia de los apoyos proporcionados por este Programa.

Encuentros médico quirúrgicos

La estrategia de los Encuentros Médico-Quirúrgicos parte del principio de acercar los servicios de tercer nivel de atención a la población más desprotegida del país. Personal altamente capacitado de las especialidades de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Pediatría y Dermatología realizan los encuentros en Hospitales Rurales del Programa IMSS – OPORTUNIDADES.

A agosto del 2004 se han realizado 14 encuentros de las diferentes especialidades, beneficiándose población marginada de los estados de Chiapas, Chihuahua, Durango, Puebla, San Luís Potosí, Sinaloa, Veracruz, y Zacatecas. Con ello se efectuaron 5 643 valoraciones a pacientes, 1 199 cirugías de las diferentes especialidades y se otorgaron 311 plantillas y lentes intraoculares de armazón a las personas que lo requirieron.

Participación comunitaria

Actualmente la organización comunitaria, eje en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, la conforman 17 035 comités de salud, 150 012 promotores sociales voluntarios, que orientan cada uno en promedio a 13 familias, incluida la propia, y por los 13 785 asistentes rurales de salud ya mencionados. Además se mantiene interrelación con 5 708 parteras y 2 016 terapeutas tradicionales.

El Programa invirtió 10.5 millones de pesos para beneficiar a 23 298 familias mediante la realización de igual número de Prácticas Demostrativas de Promoción a la Salud en: Mejoramiento de la Vivienda (construcción de pisos, muros, ventanas, fogones en alto y sanitarios ecológicos secos), Agua Limpia (entrega de plata coloidal, mantenimiento de redes de distribución y protección de abastecimiento de agua) y Producción Familiar de Alimentos (instalación de huertos y granjas).

La realización de Prácticas Demostrativas fue una estrategia importante para concertar 124.2 millones de pesos con autoridades locales y dependencias gubernamentales y no gubernamentales, lo que significó realizar un millón de obras y acciones de beneficio social y desarrollo de capital humano e impulsar la participación de la comunidad en actividades de saneamiento básico en los 17 estados del ámbito de trabajo del Programa. Asimismo, en este periodo se impulsó la creación de 45 proyectos productivos para mejorar la alimentación y el ingreso de 493 familias.

En aspectos sobre salud reproductiva y sexualidad en el adolescente, a través de talleres participativos se transmitieron 12 827 spots de radio, se distribuyeron 175 104 carteles, se expusieron en bardas y muros 10 052 mensajes de salud, se impartieron 40 265 talleres, se realizaron 303 614 visitas domiciliarias y se logró que 48 895 adolescentes fueran capacitados y orientados a través de la red EDUSAT, mejorando su nivel de conocimiento en sexualidad humana para favorecer decisiones responsables.

Como resultado de la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente del Medio Rural, se encuentran activos 5 608 comités juveniles y se han orientado a 1 171 893 adolescentes. Asimismo, se han formado 27 925 grupos deportivos y culturales y se realizaron 33 813 talleres a los que asistieron 618 489 personas.

Aspectos demográficos y epidemiológicos

El Programa ha continuado su participación en las Semanas Nacionales de Salud, sin disminuir las acciones permanentes del Programa de Vacunación Universal manteniendo las coberturas con esquemas básicos de vacunación en los niños menores de cinco años. Durante el periodo se aplicaron un total de 10 994 657 dosis de productos biológicos. Para prevenir la tuberculosis, se aplicaron 336 309 dosis de BCG; para mantener la erradicación de la poliomielitis, se aplicaron 3 896 659 dosis de la vacuna SABIN; para prevenir la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis y enfermedades invasivas por *Haemophilus Influenzae* Tipo B se aplicaron 1 060 703 dosis de vacuna pentavalente y DPT; para proteger a los menores contra el Sarampión, Rubéola y Parotiditis 360 436 niños recibieron la vacuna triple viral. De igual manera se aplicó a la población mayor de 5 años 1 362 153 dosis de Doble Viral, 2 227 745 dosis de vacuna contra el Tétanos y Difteria, así como 1 750 654 dosis contra la hepatitis B.

El impacto de las acciones de vacunación se observa en la ausencia de casos de poliomielitis, difteria, sarampión, tétanos neonatal, tuberculosis meningéa y hepatitis B en menores de cinco años.

Para mejorar el estado nutricional de los niños y muy especialmente la de los niños indígenas, se instrumentó la estrategia para instalar “Centros de Recuperación Nutricional” (CEREN) en localidades del Universo de Trabajo. En el periodo en cuestión se integraron 58 CEREN Regionales y 316 Auxiliares, en los cuales se han incorporado 41 728 niños desnutridos menores de cinco años, de ellos 30 662 son indígenas, lográndose recuperar de su estado nutricional a 5 237 menores.

Se ha mantenido la vigilancia epidemiológica de padecimientos diarreicos. En este periodo dentro de las actividades educativas se capacitaron a 1 007 854 madres de menores de cinco años en el uso de la terapia de hidratación oral, y se otorgaron 319 383 tratamientos de hidratación oral.

Las acciones de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar se intensificaron en forma importante durante este periodo, logrando 112 382 detecciones e identificando 994 pacientes que ingresaron a control y seguimiento de su tratamiento.

En este periodo se efectuaron 3 287 031 detecciones de diabetes y se identificaron 15 595 casos nuevos que ingresaron a control y seguimiento. Con respecto a la hipertensión arterial se efectuaron 4 742 397 detecciones, identificándose 21 228 casos nuevos e incorporando a estos pacientes a control y seguimiento de su tratamiento.

Se han intensificado las acciones del plan emergente para la prevención y control del dengue clásico, el dengue hemorrágico y el paludismo. Para fortalecer la vigilancia epidemiológica del dengue, se realizaron 763 pruebas de laboratorio para su diagnóstico, distribuidas en las delegaciones de alto riesgo, lo que permitió la identificación temprana de 2 558 casos de Dengue Clásico y 46 de Dengue Hemorrágico y así evitar defunciones por este padecimiento. Con respecto a paludismo se realizaron 29 702 estudios de gota gruesa para la detección del agente causal, identificándose 278 casos, para prevenir sus complicaciones se otorgaron 15 823 tratamientos.

Sin duda uno de los objetivos primordiales del Programa Arranque Parejo en la Vida es la prevención de daños a la salud del binomio madre – hijo, una de las acciones sustantivas para lograr este objetivo es la vigilancia del embarazo a través del control prenatal, lo que permite identificar, prevenir y en su caso manejar oportunamente todos aquellos factores que aumentan el riesgo para su salud, en este sentido en el periodo de referencia se otorgaron 146 986 consultas de primera vez de control prenatal, de las cuales,

el 56 por ciento se realizaron durante el primer trimestre de embarazo y el 32.6 en el segundo, lo cual brinda la posibilidad de mejorar la expectativa y el resultado perinatal. En promedio cada embarazada en IMSS - OPORTUNIDADES recibe siete consultas durante toda la gestación, cifra por arriba de lo considerado en la Norma Oficial Mexicana del Embarazo, Parto y Puerperio y Cuidados del Recién Nacido.

Se ha avanzado en la detección oportuna del Hipotiroidismo Congénito en recién nacidos para prevenir el retraso mental, en este periodo se realizaron 90 885 detecciones de este padecimiento, lográndose una cobertura de tamizaje del 92 por ciento del total de los niños nacidos en las unidades médicas. Lo anterior a través de la operación de siete módulos de referencia regionalizados.

Otro de los aspectos que se ha logrado fortalecer dentro de la atención materno infantil es la atención del evento obstétrico por personal calificado, lo que disminuyen la probabilidad de morir por causas del embarazo, parto y puerperio. En este sentido en el periodo septiembre 2003 – agosto 2004 se atendieron un total de 94 656 eventos obstétricos, de los cuales el 82.3 por ciento fue por parto normal y el 17.7 por cesárea, lo que nos sitúa muy próximos al rango establecido por la Norma Oficial Mexicana; asimismo, 6 910 mujeres recibieron atención médica en nuestras unidades como resultado de complicaciones del aborto.

Uno de los mejores resultados de las medidas preventivas y asistenciales hasta ahora implementadas en cuanto a la atención materno infantil es la disminución de los nacidos vivos con bajo peso y los de menos de 36 semanas, los cuales otorgan una notable desventaja en comparación con el resto de nacidos, de tal forma que en este año se continúa con la tendencia descendente, así el 5.2 por ciento de los recién nacidos son de bajo peso al nacer y el 2.5 son de menos de 36 semanas de gestación.

Se propició el embarazo saludable y el parto y puerperio seguros a través de la prevención de embarazos de alto riesgo con la incorporación de 334 440 aceptantes de métodos anticonceptivos para acumular más de 1 300 045 parejas usuarias de algún método eficiente de planificación familiar.

Con respecto a la salud ginecológica, el Programa tiene como prioridad disminuir las muertes por cáncer cérvico uterino y mamario, a través de fomentar la cultura de la realización de la exploración ginecológica a toda mujer de 20 y más años con vida sexual activa. En el periodo se realizaron 1 906 985 exploraciones ginecológicas, 1 307 825 visualizaciones del cuello uterino y se avanzó en el fortalecimiento de la estructura operativa con la dotación de equipo, instrumental, medicamentos, material de laboratorio y subrogación de estudios de laboratorio para el diagnóstico citológico, lo que permitió realizar 292 102 citologías. Adicionalmente se efectuaron 1 772 611 detecciones de cáncer mamario.

Otra prioridad del Programa es la planificación familiar antes y después del embarazo, de tal forma que en este periodo 76 368 mujeres se incorporaron a la regulación de su fecundidad después de un parto y 5 654 después de un aborto, logrando que de cada 10 mujeres, más de ocho usen algún método anticonceptivo en el puerperio inmediato, lo que fomenta el puerperio seguro y la salud en el recién nacido al aumentar el intervalo entre el nacimiento de uno y otro hijo dando tiempo a la recuperación de la madre.

El embarazo saludable, entre otras características, requiere que la mujer tenga la edad ideal para afrontar este reto biológico, por lo que a través de la regulación de la fecundidad se persigue que las mujeres de menos de 15 y más de 35 años no se embaracen, buscando que las primeras posterguen su maternidad y las segundas finalicen su periodo reproductivo, por lo que se otorgan métodos diferentes de

acuerdo a las necesidades y los deseos de cada persona. En este sentido se otorgaron métodos definitivos a 25 498 mujeres y a 979 varones que decidieron concluir su etapa reproductiva. Además 53 698 adolescentes se incorporaron al uso de metodología anticonceptiva eficiente.

De manera adicional a los datos antes mencionados, 878 333 varones aceptaron utilizar condones como método anticonceptivo y de protección para enfermedades de transmisión sexual, de los cuales 390 113 fueron adolescentes.

En el transcurso del año, a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), se reforzaron los procesos educativos y de desarrollo humano, al conformarse 7 591 equipos juveniles activos, con la participación de 30 245 animadoras, para proporcionar orientación a casi 1 171 893 adolescentes campesinos e indígenas.

En los CARA se efectuaron 169 862 sesiones en las que la temática abordada a través de dinámicas participativas fue relativa a promoción de la salud sexual, equidad de género, masculinidad y autoestima las cuales se hicieron extensivas a través de 27 110 Módulos Ambulantes, 9 088 Encuentros Educativos para compartir experiencias de los CARA que tienen como sede una unidad médica de primer nivel o un hospital rural.

Servicios

En los hospitales rurales del Programa se registraron 216 750 egresos hospitalarios, se practicaron 85 613 intervenciones quirúrgicas, 4 040 294 estudios de laboratorio y 299 779 estudios de rayos "X" y se atendieron 102 542 partos. Asimismo, la ocupación hospitalaria fue de 81.51 por ciento, manteniéndose el promedio de días estancia en 3.0.

Se realizaron investigaciones operativas con la Universidad de Berkeley, California, E.U.A. sobre VIH/SIDA en delegaciones con alta migración como Michoacán y Oaxaca, se hicieron pruebas serológicas a 167 emigrantes de los cuales sólo resultó uno con sífilis confirmado.

Se puso en marcha en todas las comunidades en las que opera el Programa la estrategia PREVENIMSS Rural, a fin de incentivar la creación de una cultura de cuidado corresponsable de la salud. Con ello, a la equidad curativa que ya procura el Programa con los Encuentros Quirúrgicos se suma ahora la equidad preventiva entre el régimen obligatorio e IMSS-OPORTUNIDADES.

En áreas rurales donde tiene presencia IMSS-OPORTUNIDADES opera la estrategia de Contraloría Social mediante la cual se escucha la opinión de la población rural sobre los servicios que recibe y se reconocen sus insatisfacciones y quejas. El índice de resolución y atención de quejas ha mejorado y para el período que se informa el 91 por ciento, de las 7 009 quejas fueron resueltas.

El Programa cumplió en tiempo y forma con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental específicamente en su Artículo 7, asimismo se ha dado respuesta oportuna a todas las peticiones de información solicitadas al Programa por la ciudadanía.

En el periodo de referencia se han visitado un total de ocho delegaciones (47 por ciento del total) para efectos de supervisión por parte de nivel central, lo cual garantiza la prestación de servicios con oportunidad, calidad y trato humano.

Recursos Humanos

El 15 de octubre de 2003 se llevó a cabo la revisión contractual entre los representantes del IMSS y SNTSS, con lo cual se regularizó la situación jurídico-laboral de los trabajadores del Programa; para ello se incorporaron en el Contrato Colectivo de Trabajo los documentos normativos denominados: “Reglamento para los Trabajadores del Programa IMSS-OPORTUNIDADES” y los “Reglamentos que fijan las Bases para la Creación y Transformación de las Plazas N34 en plazas de Categoría Autónoma de Médico General para el Programa IMSS-OPORTUNIDADES y del Esquema de Solidaridad Social”, que entraron en vigor a partir del 1º de enero de 2004, lo que representa que los trabajadores del Programa, gocen de seguridad laboral, estabilidad en el empleo, así como de los beneficios del Contrato Colectivo de Trabajo y su Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Del 18 de diciembre de 2003, al 5 de marzo del presente año, personal del Instituto y del SNTSS, acudió a las dieciocho delegaciones donde opera el Programa, con el propósito de llevar a cabo la regularización, nominación y asignación de plazas de base de los trabajadores del Programa IMSS-OPORTUNIDADES. Se regularizaron y basificaron un total de 18 562 plazas, que con las 2 787 de prestadores de servicios, arrojó un total de 21 349 plazas que constituyeron la situación de los recursos humanos del Programa IMSS-OPORTUNIDADES, las cuales acorde a lo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de junio del presente año, alcanzan a la fecha, un total de 22 498 plazas, de las cuales el 99 por ciento del personal se encuentra en el nivel operativo y el 1.0 por ciento se ubica en el nivel central.

Recursos financieros

El Programa opera con fondos del Gobierno Federal que fueron ministrados hasta el 2003, a través del Ramo XII “Salud” y administrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, ejerciendo al cierre del año en cuestión 4 663.2 millones de pesos.

Sin embargo, debido a las reformas realizadas a la Ley General de Salud, que entraron en vigor el 1º de enero del año en curso, en su artículo décimo sexto transitorio, establece que el IMSS seguirá administrando los recursos que provendrán del Presupuesto de Egresos de la Federación, para lo cual la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autoriza la transferencia de recursos al Ramo XIX “Aportaciones a Seguridad Social” por un importe de 4 283.4 millones de pesos, asimismo, se continúa apoyando el componente de salud al Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES con un importe autorizado de 630.0 millones de pesos, los cuales son otorgados a través del Ramo 12 “Salud” por lo que el presupuesto total autorizado es de 4 913.4 millones de pesos, que representa un incremento del 16.7 por ciento respecto al año pasado.

Lo que ha propiciado un contexto presupuestal particularmente difícil en el presente ejercicio, debido a las adecuaciones normativas y la gestión con las diferentes instancias. Sin embargo, la correcta aplicación de los recursos, así como la adopción de una cultura de contención de costos, ha permitido ubicar sus actividades dentro de los programas con mayor impacto social y eficiencia, en apoyo a la población con menores recursos.

Capítulo 7

Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia (DIF)

7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 señala cuatro estrategias que guían las acciones de la actual administración en la tarea de proporcionar a los grupos vulnerables las herramientas que les permitan su adecuado desarrollo y crear oportunidades para incrementar sus capacidades:

- Dar protección y promover el desarrollo pleno de niños y adolescentes.
- Incorporar integralmente a los jóvenes al desarrollo del país por medio de una política nacional de juventud que permita promover las oportunidades de este grupo.
- Promover y fortalecer el desarrollo de las personas con discapacidad para equiparar y facilitar su integración plena en todos los ámbitos de la vida nacional.
- Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.

Durante 2003 y 2004, las acciones realizadas por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en materia de asistencia social se orientaron a revisar y fortalecer los programas institucionales, a efecto de hacer más oportuna, expedita y efectiva su respuesta ante los problemas y demandas sociales de la población vulnerable del país.

Protección y Promoción del Desarrollo Pleno de Niños y Adolescentes

Programa de Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (antes COPUSI)

- En 2003 se destinaron 18.6 millones de pesos del Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM) del Ramo 33, para incorporar a la estrategia alimentaria 756 equipos más, los cuales sumados al de años anteriores, alcanzaron un total de 10787 unidades, mismos que proporcionaron un total de 134 994 553 raciones alimenticias, beneficiando a 1 163 360 personas en situación vulnerable.
- En 2003 el apoyo alimentario a población indígena benefició a 161 893 personas de 409 municipios, lo que representó un incremento del 10 por ciento en el número de personas beneficiadas y del 5 por ciento en la cobertura de municipios indígenas respecto de 2002.
- En 2004 se espera adquirir 295 cocinas comunitarias para alcanzar la suma de 11 082 equipos, mismos que proporcionarán 140 474 000 raciones que beneficiarán a 169 810 personas indígenas de 429 municipios.
- De enero a agosto de 2004 este Programa ha otorgado 89 996 368 raciones alimenticias a 1 163 360 personas, a las cuales se les proporcionaron raciones con el apoyo de 10 787 equipos.

Programa de Atención a Población en Desamparo

Este Programa se orienta a garantizar el desarrollo integral de la familia, impulsando políticas y acciones de prevención y atención de los riesgos de desintegración y pone al alcance de la población en condiciones de vulnerabilidad social los servicios asistenciales que contribuyen a su integración y desarrollo individual, social, cultural y recreativo. Una de las vertientes de atención del Programa es la atención integral otorgada a la población cautiva concentrada en ocho Centros Asistenciales del DIF Nacional.

De septiembre de 2003 a agosto de 2004 se atendió integralmente a 927 personas en promedio, otorgando 2 686 776 servicios y 1 140 951 raciones en este periodo.

Programa de la Calle a la Vida

El trabajo realizado fortaleció los esfuerzos gubernamentales y de la sociedad civil en el desarrollo de acciones que permiten rescatar y atender de forma integral a las niñas, niños y jóvenes en situación de calle.

- Se fortaleció la operación del Comité Nacional de Seguimiento y Evaluación y de los ocho Comités Estatales del Programa “De la Calle a la Vida” como mecanismos de participación interinstitucional de diálogo, consenso y acuerdos en torno a las actividades de atención y protección de la población infantil vulnerable.
- En el Distrito Federal, el Programa se aplica a través de un grupo de trabajo coordinado por dos organizaciones: el Centro Mexicano para la Filantropía (CEMEFI) y Thais, S.C., quienes convocan la participación de las organizaciones de la sociedad civil y otras instituciones que desarrollan acciones en beneficio de esta población .
- En el ejercicio 2003 se favoreció con acciones de atención y prevención a más de 40 mil niñas, niños y jóvenes en situación de calle, de los cuales:
 - 26 461 fueron atendidos por 136 sistemas municipales DIF y 82 organizaciones civiles con la operación de 122 proyectos, diez protocolos de investigación y la distribución de 1 479 becas;
 - 10 850 recibieron los beneficios de 18 proyectos financiados con recursos provenientes del Fondo de Aportaciones Múltiples -FAM- y del Ramo 33.- Aportaciones Federales para entidades federativas y municipios en 12 estados de la República, y
 - 2 790 fueron atendidos en los sistemas municipales DIF en 16 entidades federativas.

Programa para la Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI)

Se dio continuidad a los trabajos de la Coordinación Nacional contra la Explotación Sexual Comercial Infantil como instancia estratégica en el desarrollo y articulación de esfuerzos del Gobierno y de la sociedad para la atención de esta grave problemática que atenta contra la infancia.

- En esta Coordinación se cuenta con la participación de 28 instituciones y organizaciones de las cuales 17 son dependencias y entidades de gobierno, seis organismos de la sociedad civil, tres instituciones educativas y dos organismos internacionales. Esta composición multisectorial permite contar con referentes y especialistas que aseguran la definición de estrategias y líneas de trabajo de alto impacto a partir de la suma de experiencias y la propuesta de múltiples escenarios contra la ESCI en sus diversas variantes.

La coordinación se integra por cinco subcomisiones: i) articulación de esfuerzos, ii) prevención, iii) atención, iv) protección jurídica y defensa de la niñez y adolescencia y v) investigación, en las cuales se diseñan y desarrollan proyectos con los cuales se establecen las bases para el diseño de políticas públicas

y de reformas que tiendan a la protección, atención y recuperación de las niñas y niños víctimas de la ESCI y sus familias. Entre las acciones en materia de análisis legislativo e investigación de la Coordinación Nacional dentro del Programa para Prevenir, Atender y Erradicar la ESCI sobresalen:

- estudio comparativo de las legislaciones vigentes en los estados referente a los delitos de la ESCI;
- análisis de la federalización de los delitos de pornografía y prostitución infantil;
- elaboración de un documento que contiene los mínimos que se deben considerar en una reforma legislativa acerca de los delitos de la ESCI;
- análisis de iniciativas turnadas a la Cámara de Diputados y el Senado, y
- documento de estudio y análisis de la prevención y eliminación de la ESCI y la protección de las niñas, niños y adolescentes víctimas o en riesgo de la ESCI.

Este último documento fue fundamental para que el pasado 25 de marzo de 2004 se presentara en el Senado de la República la Iniciativa de Reforma y Adiciones al Código Penal Federal; Código de Procedimientos Penales; Ley Federal contra la Delincuencia Organizada; y la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; para subsanar las deficiencias de la Legislación Penal Federal y establecer que los medios de comunicación masiva deberán difundir la información de las Leyes y Programas destinados a la prevención de delitos que atentan contra los derechos de la niñez, así como para sensibilizar a la sociedad sobre las medidas preventivas y los efectos de estos delitos.

Se incorporaron en este período 13 ciudades a las actividades del Programa, totalizando al cierre del ejercicio 29 ciudades de 11 entidades federativas:

- En las entidades participantes se llevaron a cabo 271 foros, cursos, talleres y pláticas sobre lo que es la ESCI, en los cuales participaron 43 001 personas entre padres de familia, maestros, investigadores, niñas, niños y adolescentes con el propósito de fomentar una cultura de respeto y protección hacia la infancia.
- En Coahuila, Chihuahua, Guerrero y Quintana Roo se llevaron a cabo 64 operativos de rescate en zonas de tolerancia, bares, parques, antros, y otros sitios en los cuales se rescataron a 115 menores víctimas de la ESCI, siendo éstos canalizados a diversas instancias para su atención integral y reintegración familiar. Además, se atendieron a 363 menores en riesgo de la explotación sexual comercial infantil, a los cuales junto con sus familias se les proporcionó atención especializada.
- Se han llevado a cabo reformas legislativas en los Estados de Guerrero y Jalisco en los cuales la prostitución y pornografía infantil son ya considerados como delitos tipificados en el Código Penal de estas entidades.

En el marco de la profesionalización de la asistencia social, se convocó la participación de los Sistemas Estatales y Municipales DIF (SEMDIF) a la Primera Reunión Nacional del Programa contra la ESCI, para fortalecer las acciones que se instrumenten a nivel estatal y municipal en el ámbito de la prevención, atención, investigación y protección jurídica a favor de las niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual y sus familias. Es preciso resaltar que se extendió la invitación a SEDIF para incorporarse a las

acciones del Programa, lo que permitirá en el corto plazo incrementar el número de ciudades con esta problemática a las acciones del programa, al dotárseles de los elementos metodológicos necesarios para la integración de sus Planes de Acción Locales.

La campaña en contra de la prostitución y pornografía Infantil “Abre los Ojos, pero no Cierres la Boca”, enfatizó la denuncia en contra de este delito con apoyo del número telefónico 01800-0210343. La evaluación de los impactos generados por esta campaña arrojó resultados favorables, destacando lo siguiente:

- 99 por ciento sabe que la prostitución y pornografía infantil son un delito;
- un alto porcentaje cree que la prostitución y pornografía infantil existe en México (96 por ciento), y
- 88 por ciento denunciaría en el 01-800 si conociera un caso de prostitución y pornografía infantil.

Atención a los niños de madres trabajadoras

En el periodo se llevaron a cabo numerosas actividades tendientes a fortalecer y evaluar la operación de los Centros Asistenciales que aplican los programas: Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC).

Se dio continuidad a los trabajos relativos a la construcción, diseño y aplicación de los *Indicadores de Bienestar en la Primera Infancia en México*, los cuales se trabajan junto con otras instituciones gubernamentales, en los grupos de Contexto, Calidad, Desarrollo y de Género y Equidad. Su aplicación a corto plazo en los CADI y CAIC, permitirá evaluar de una manera precisa el nivel de desarrollo de habilidades adquiridas por las niñas y niños.

Se logró proporcionar atención a 111 252 niñas y niños menores de seis años, correspondiendo 68 237 a los CAIC y 43 015 niñas y niños en CADI.

Destaca en materia de innovación, el impulso a la profesionalización y reconocimiento de la labor que desempeñan las Orientadoras Comunitarias en el cuidado y atención a las niñas y niños en edad temprana, elaborándose en coordinación con CONOCER, la Norma Técnica de Competencia Laboral respectiva.

Se instaló el Centro de Evaluación en Infancia Temprana a través del cual se obtuvieron las cédulas 0363-140-01, 0363-155-01 y 0363-140-02, en las tres Normas Técnicas de Competencia Laboral (NTCL) de: “Atención a los niños y las niñas en los Centros de Atención Infantil”, “Evaluador” y “Verificador”. En apoyo a la operación de este Centro se cuenta con la participación de 7 entidades que son reconocidas como subsedes regionales.

Programa para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal

Se presentaron los resultados derivados de la aplicación del Segundo Estudio de Niñas, Niños y Adolescentes Trabajadores, elaborado con la participación del SNDIF y el UNICEF. Se encontró a 94 795 menores en esta situación. Cifra que representa un decremento del 17.2 por ciento respecto de la población identificada en el primer estudio realizado en 1997. A partir de los resultados generados, se procederá de manera conjunta con los SEMDIF a la aplicación de acciones específicas que permitan continuar atendiendo a la población infantil y a sus familias en esta problemática.

De forma complementaria, se efectuaron tres talleres regionales con la participación de personal de los Sistemas Estatales DIF, en las que se les dieron a conocer los resultados por entidad, así como las orientaciones para la elaboración de estrategias específicas de atención.

Se continuaron desarrollando y aplicando las estrategias de prevención y desaliento de incorporación al trabajo infantil en 501 municipios de 31 entidades, lográndose una cobertura entre septiembre del 2003 a agosto del 2004 de 28 345 menores trabajadores y 46 537 menores en riesgo, miembros de familias vulnerables.

Como parte de las estrategias de desincorporación del trabajo infantil y su reinserción al sistema educativo, se asignaron 6 157 becas académicas y de capacitación por un monto global de 9.4 millones de pesos.

Promoción de los derechos de la niñez

Se trabajó en acciones de fortalecimiento de la promoción y difusión de los Derechos de la Niñez. Una de las cuales la constituyó la operación del programa de DIFusores Infantiles, en el cual participan niñas, niños y adolescentes desde cada una de sus localidades en la promoción de sus Derechos. Destaca la realización del Segundo Taller de la Convención sobre los Derechos de la Niñez, realizado en Ixtapa-Zihuatanejo, Guerrero. y la toma de protesta de los DIFusores Infantiles 2004.

Con motivo del XIV Aniversario de la Convención de los Derechos del Niño, se convocó a una reunión de trabajo de la Red Nacional de DIFusores Infantiles 2003 y 2004 y responsables operativos con el tema de "Participación Infantil".

Se consolidó la Red de DIFusores Infantiles, con 21 redes estatales formadas con 1 200 DIFusores municipales.

Prevención y control de las adicciones

De septiembre de 2003 a agosto de 2004, el SNDIF, en coordinación con los SEMDIF, continuaron desarrollando las acciones de promoción y fortalecimiento de la aplicación del Modelo Chimalli-DIF en municipios y comunidades con índices que señalan la presencia de problemáticas sociales que afectan el desarrollo adecuado de niñas, niños y adolescentes.

Ello ha permitido generar modelos y esquemas locales acordes con las características de las zonas y comunidades, así como la motivación de la participación familiar y comunitaria, recibándose una respuesta positiva de la población, contándose con una cobertura en el período de 105 739 niñas, niños y adolescentes, en más de 400 comunidades en 26 entidades.

Con la participación de los SEMDIF se efectuaron 38 617 actividades diversas (pláticas, foros, eventos deportivos, etc.), en las que participaron 471 921 niñas, niños, adolescentes y padres de familia.

Se convocó a la Tercera Reunión Nacional de Programas de Prevención de Riesgos en Adolescentes, que en la parte correspondiente al Programa PREVERP contó con la participación de 55 personas responsables estatales y operativos municipales de 27 estados.

Atención a la salud del niño

Aunado a las acciones de cuidado y formación de las niñas y niños, el SNDIF fomenta entre los SEDIF y SMDIF acciones para generar una cultura familiar del cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y sus riesgos. Se continuaron desarrollando las acciones del Programa Atención a la Salud del Niño, lográndose una cobertura en el periodo por parte de los SEDIF de 4 456 058 personas, los cuales se beneficiaron con la aplicación de diversas acciones, tanto en el Esquema Permanente como de su participación en las Semanas Nacionales de Salud.

La estrategia denominada Club Salud del Niño@ tiene como propósito inculcar una cultura del cuidado de la salud, así como su integración al cuidado del medio ambiente. En la búsqueda de la integración de las acciones se ha procedido a su implantación en los CADI y en los CAIC, generándose una respuesta positiva, ya que durante el periodo que abarca este informe se han establecido 462 clubes en 147 municipios de once estados, en los que participan 14 769 niñas y niños.

Como parte de la Segunda Reunión Nacional sobre Infancia Temprana, celebrada en Manzanillo, Colima, se abordaron temas relativos a este programa, que tenían como propósito promover y fortalecer su operación a partir de difundir y compartir experiencias y métodos de trabajo entre los participantes de los 20 SEDIF que asistieron. Generándose entre otros compromisos: incorporar a un mayor número de SMDIF en las coberturas de aplicación de las acciones, así como promover la instalación de la estrategia del Club Salud del Niño@ en un mayor número de entidades.

Prevención y atención integral del embarazo en adolescentes

Este Programa ha procurado fomentar una educación integral y preventiva en las y los adolescentes sobre el embarazo y, a los que ya son padres, la responsabilidad y el compromiso en el cuidado de sus hijas e hijos.

Se continuaron desarrollando y aplicando acciones de capacitación y orientación en los SEMDIF, con la finalidad de formar capacitadores y replicar la información a la población blanco. Se convocó a los SEDIF a participar en la Tercera Reunión Nacional de Programas de Prevención de Riesgos en Adolescentes (PAIDEA-PREVERP), con la finalidad de dar a conocer los modelos exitosos e intercambiaran experiencias para mejorar el quehacer cotidiano.

Durante este periodo se dio información y servicios asistenciales y de apoyo a 29 807 madres y adolescentes embarazadas, así como información de carácter preventivo a 408 490 adolescentes, en cerca de 450 municipios.

Programa de la Defensa del Menor y la Familia

Este Programa tiene como principal objetivo reestablecer los derechos personales y patrimoniales de hombres, mujeres, niños y niñas, adultos mayores y personas con discapacidad.

De septiembre del 2003 a la fecha se brindó asesoría y patrocinio jurídico en materia de Derecho Familiar a la población más vulnerable de la sociedad. Se realizaron 109 comparecencias en audiencias; 1 933 atenciones subsecuentes a beneficiarios; 85 juicios planteados; 1 505 trámites y comparecencias ante juzgados; 14 convenios judiciales y 11 extrajudiciales; 866 asesorías jurídicas de 1ª vez vía telefónica; 691 consultas jurídicas de 1ª vez personales, y 10 asesorías sociales y jurídicas a SEMDIF.

Del 18 al 20 de junio de 2003, se llevó a cabo el X Taller de la Defensa del Menor y la Familia en Nuevo Vallarta, Nayarit, con la participación de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia de los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia, donde se informó la conclusión de la primera fase del proceso de ajuste del modelo de Procuraduría de DMF. El informe y conclusiones fueron entregados a los procuradores para su revisión y comentarios. En este mismo taller se inició la segunda fase denominada Estructuración, que permitirá contar con elementos para estar a la altura de los nuevos retos de nuestro país; generándose propuestas de esquema de diagnóstico al modelo y de objetivo general para su posterior integración, se ratificaron, al Comité Consultor de Procuradores para el seguimiento del modelo, integrado por los siguientes estados: Campeche, Durango, Hidalgo, Nuevo León, Morelos, San Luis Potosí, Sinaloa, Quintana Roo; el Comité para la Revisión de la Legislación integrado por: Coahuila, Chiapas, Campeche, Puebla, Baja California, Zacatecas, Nayarit, se creó un Comité para la elaboración de un marco de referencia del Modelo de Procuraduría por los estados de Durango, Aguascalientes, Nayarit y se estableció un grupo técnico para el seguimiento de los avances del proyecto de tablero de control con la participación de Campeche, Durango, Morelos, Oaxaca, Yucatán, Baja California y Zacatecas.

Del 12 al 14 de mayo de 2004, en la Ciudad de Guanajuato se llevó a cabo el XI Taller Nacional de Procuradores de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia, con la participación de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia de los DIF - Estatales y del Distrito Federal, donde fue presentado el Modelo Nacional de Referencia a la Procuraduría de la Familia con la finalidad de que los titulares de las mencionadas Procuradurías realicen su revisión y expresen sus observaciones, llegando por consenso a los siguientes acuerdos: Quedan sin cambios los nombres actuales de las Procuradurías; se reactivará al Comité Legislativo; SNDIF promoverá la capacitación sobre medios alternativos para la solución de conflictos; se definirá un logotipo institucional de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia; el comité consultor se comprometió a incorporar los asuntos internacionales en el modelo (sustracción internacional de menores, pensiones alimenticias, entre otros), y el pleno de Procuradores aprobó el Modelo Nacional de Referencia de la Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia.

Adopciones

El SNDIF en coordinación con los SEDIF continúa trabajando en la homologación de los Manuales de Procedimientos de Adopción de Menores de los SEDIF en materia de adopción nacional e internacional. Cabe destacar que en la legislación de los estados y el Distrito Federal, ya existe la adopción plena.

Dentro del sistema de información federal, estatal y municipal, creado por el SNDIF se ha iniciado un módulo de información sobre adopciones en el país.

Asimismo, se ha instituido el Programa de Adopción del DIF Nacional como Trámite y Servicio de Alto Impacto Ciudadano, en el Sistema de Mejora de los Servicios al Ciudadano, y como meta presidencial dentro del rubro de buen Gobierno, para que los Sistemas DIF de todo el país cuenten con una herramienta que les permita medir e incrementar la calidad y calidez de los servicios que prestan a las personas que desean realizar adopciones, y con ello permitir que éstas perciban una mejora sustancial en el proceso, específicamente en lo que se refiere a la forma que son tratados, los tiempos en que son atendidos, la certeza de que gozan durante el proceso, la claridad y transparencia con que es atendida su solicitud.

De manera directa, se logró la regularización jurídica de 121 menores albergados en los Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación, se reintegraron 138 menores a su núcleo familiar y se concluyeron un total de 23 adopciones.

Atención a la Población Migrante

Programa Interinstitucional de Atención a Menores Migrantes y Fronterizos

Se continuaron coordinando las acciones de atención a las niñas, niños y jóvenes migrantes en la frontera norte con 5 sistemas estatales y 11 sistemas municipales DIF. Atendiéndose en el período que abarca este informe a 7 134.

Mediante la difusión de la Campaña de Promoción y Defensa de Derechos de las Niñas y los Niños Migrantes, en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Instituto Nacional de Migración y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se buscó sensibilizar a la opinión pública respecto a esta problemática.

Para atender esta situación a partir de sus causas, se iniciaron las etapas relativas a la aplicación del Modelo de Atención Diferenciada en Lugares de Origen, generándose un perfil de las problemáticas como alcoholismo, trabajo infantil, madres adolescentes, deserción escolar, entre otros. Esto permitirá contar con las herramientas necesarias para la aplicación de acciones efectivas que puedan evitar la migración infantil y juvenil a las zonas fronterizas.

En coordinación con el Gobierno del Estado de Chiapas, la Secretaría de Relaciones Exteriores, y el Instituto Nacional de Migración, entre otras dependencias, en el mes de junio se iniciaron los trabajos relativos a la atención de la migración infantil en la frontera sur del país, definiéndose un plan de trabajo en el que se señalan las acciones a desarrollar en el presente año.

Promoción y Fortalecimiento del Desarrollo de las Personas con Discapacidad

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

El SNDIF, desde su creación, tiene como misión promover el bienestar de la infancia y la familia y atender a los grupos más vulnerables de la sociedad.

Ha establecido y coordinado los programas para la atención de las personas con discapacidad en los órdenes federal, estatal y municipal con la participación de organizaciones sociales, principalmente a través de las Comisiones o Consejos Estatales que funcionan en las 32 entidades federativas y sus similares creados en los municipios.

Este programa tiene como objetivo garantizar que las personas con discapacidad, ejerzan los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población, reduciendo o eliminando las barreras físicas y conductuales que hasta hoy lo han obstaculizado. Para cumplir con ello, en los centros, unidades básicas y unidades móviles de rehabilitación se realizan acciones de prevención, de rehabilitación y de impulso a la integración social para alcanzar la observancia plena del ejercicio de sus derechos.

Mediante el Programa de Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de Personas con Discapacidad se destinaron recursos económicos a 14 Sistemas Estatales DIF para el equipamiento

de 77 nuevas unidades básicas, la adquisición de cinco unidades móviles de rehabilitación en otras tantas entidades, incrementando a la fecha en 847 las unidades básicas, en 35 las unidades móviles que se suman a los 74 centros de rehabilitación, que conforman la infraestructura de servicios a la población con discapacidad.

Se aplicaron recursos para la operación de cinco nuevos sistemas estatales de telemedicina para la rehabilitación de los habitantes en comunidades aisladas, los cuales se sumarán a los tres ya existentes.

Los centros y unidades tienen como misión la plena integración social, lo que implica ir más allá de las acciones de rehabilitación, involucrándose en los aspectos familiares, educativos, laborales y afectivos, mismos que contribuyen al logro de una vida digna y satisfactoria. Por ello se ha fortalecido la operación de cinco Agencias de Integración Laboral en el Distrito Federal y 18 programas similares en los Centros de Rehabilitación de los Estados, situándonos en el liderazgo de este programa operativo en el país. Así mismo, se realizó el II Congreso Nacional y Primero Internacional de Rehabilitación Laboral.

Se instalaron 8 nuevos centros de tecnología adaptada para personas con discapacidad, con el apoyo de la empresa IBM de México, incrementándose a 30 los existentes.

Egresaron 10 especialistas en medicina de rehabilitación, 61 licenciados en terapia física, cinco en terapia ocupacional, dos técnicos ortesistas-protésistas, así como 37 auxiliares de terapia. Continúan en formación 29 médicos residentes, 274 alumnos en la licenciatura en terapia física, 26 en la de terapia ocupacional y dos de la carrera de órtesis y prótesis.

Se llevó a cabo el Segundo Encuentro Nacional de Centros de Rehabilitación del DIF Formadores de Recursos Humanos en Rehabilitación.

Se realizaron dos diplomados: “Investigación en Salud” y “Elevación de la Calidad Docente”; además diversos mandos medios de los centros de rehabilitación asistieron al taller: Organización y Funcionamiento de los Comités de Bioética.

Con la finalidad de promover el desarrollo y empoderamiento de las familias de las personas con discapacidad se elaboró el Programa Nacional para las Familias de las Personas con Discapacidad.

Se inició el Programa Nacional de Credencial Única para Personas con Discapacidad, lo que permitirá a esta población acceder a diversos beneficios económicos, así como a la prestación de servicios de asistencia social. Se formalizó el convenio respectivo con seis entidades federativas.

Se elaboró el instrumento de captación de datos y se envió a todas las entidades federativas del país para integrar un diagnóstico nacional del Programa de Atención a Personas con Discapacidad. Para el mismo fin se organizó en el mes de noviembre la Primera Reunión Nacional de Responsables Estatales del Programa de Atención a Personas con Discapacidad.

El Sistema Nacional DIF se empeña permanentemente en consolidar una asistencia social moderna, a tono con las circunstancias que requiere la población vulnerable. La atención de las personas con discapacidad, además de la rehabilitación, da énfasis a la prevención, así como a su participación social plena y comprometida para facilitar su acceso a todas las oportunidades y con ello a la plena inclusión social y productiva del país.

En cuanto a las metas programáticas realizadas por los cuatro centros operados directamente por el DIF Nacional, los 20 centros centralizados operados en coordinación con los DIF estatales y los 10 centros descentralizados se presentan los resultados en el cuadro siguiente:

Atención a Personas con Discapacidad, 2003-2004

Concepto	Unidad de Medida	enero- agosto		Variación	
		2003	2004 e/	Abs.	%
Orientar e informar acerca de la discapacidad	Evento	8 200	13 436	5 236	63.9
	Asistentes	149 111	231 538	82 427	55.3
Atender la discapacidad	Consulta	747 648	1 120 776	373 128	49.9
	Persona	168 211	253 393	85 182	50.6
Proporcionar terapia rehabilitatoria	Sesión	1 566 193	2 401 052	834 859	53.3
	Persona	49 828	74 404	24 576	49.3
Proporcionar ayudas funcionales	Pieza	20 753	32 386	11 633	56.1
	Persona	9 577	15 038	5 461	57.0
Detectar enfermedades y la discapacidad	Persona	53 871	87 343	33 472	62.1
Formar Recursos Humanos	Curso	0	5	5	No aplica
	Persona	0	385	385	No aplica
Educación Continua	Sesión	0	5 612	5 612	No aplica
	Asistentes	0	65 413	65 413	No aplica

e/ Cifras estimadas

FUENTE: DIF

Otra vertiente son los apoyos que van dirigidos a población abierta de escasos recursos comprendida por menores, adolescentes, adultos, personas con discapacidad y adultos mayores, considerando sus condiciones de desamparo:

Apoyos Económicos a Personas. Denominados como Subsidio Familiar u Hogares Familiares, mismos que son proporcionados en forma mensual y cuya finalidad es otorgar una ayuda económica temporal para atender situación de crisis causada por problemas de salud, carencia de apoyo familiar, de empleo o con alguna discapacidad.

De septiembre de 2003 a agosto del 2004 se contabilizaron de la siguiente manera:

Descripción	Apoyo de personas			
	Programado		Realizado	
Apoyo Económicos a Personas	145	580	110	359
Apoyo en Especie	240	240	186	186
Apoyo a Instituciones	17	277	17	283
Total	402	1 097	313	828

Fuente: DIF.

El SNDIF mantiene establecidos 17 convenios de colaboración con instituciones de Asistencia Privada o Asociaciones Civiles, a las que se canaliza a la población que por sus características de alta vulnerabilidad no pueden ser incluidas en los centros asistenciales del mismo sistema.

A estas instituciones con convenio el Sistema aporta una cantidad mensual por cada uno de los beneficiarios derivados, con el objeto de que estos reciban una atención integral con calidad y calidez, este

tipo de apoyo se define como Hogares Específicos.

Apoyos Económicos en Especie. Son apoyos que se brindan por única vez de acuerdo a las necesidades específicas de cada solicitante y éstos pueden, ser entre otros: órtesis, prótesis, ayudas funcionales (sillas de ruedas, auxiliares auditivos, andaderas), medicamentos, material de cirugía, hospitalizaciones, pago de servicios funerarios y pasajes foráneos nacional vía terrestre.

Enlace Laboral. Otro de los servicios que proporciona el Programa de Atención a Población en Desamparo es brindar a la población abierta una cartera de empleos, misma que proporcionan empresas de la iniciativa privada, el enlace laboral tiene la finalidad de incorporar laboralmente en las áreas productivas a personas que carecen de un trabajo o bien desean mejorar su calidad de vida, coadyuvando así a su desarrollo personal, familiar y social.

Consejo Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad

La información sobre la actividad de este Consejo ha sido manejada en el periodo de este informe por la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad de la Presidencia de la República.

Cobertura y servicios de prevención, discapacidad, rehabilitación e integración social

Se incluye como información del Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad

Este Programa se extinguió en noviembre de 2000, siendo reemplazado por el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad.

Desarrollo de Políticas Incluyentes para la Atención de Adultos Mayores

Campamentos recreativos

Otra vertiente importante de asistencia social es la atención que a través de siete Campamentos Recreativos (ubicados en Aguascalientes, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa y Veracruz), brinda este sistema a grupos de toda la República Mexicana que por sus escasos recursos económicos, no pueden tener acceso a lugares de esparcimiento y recreación. Se atiende a niños, adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores.

En estos Campamentos se brinda hospedaje, alimentación, actividades sociales, deportivas y culturales, durante una estancia de seis días a cada grupo, iniciando los lunes y terminando en sábado; el servicio se proporciona todo el año, excepto las últimas dos semanas de diciembre.

Por otra parte estos Campamentos han sido considerados un excelente recurso de apoyo en la formación de la personalidad y carácter de los menores que los visitan, ya que para los menores y adolescentes el programa recreativo contribuye a enriquecer sus valores cívicos y culturales, despertando en ellos el compañerismo y espíritu de cooperación.

De enero a diciembre del 2003 se proporcionó atención a 33 153 personas de las cuales 5 943 fueron menores de 8 a 12 años de edad; 5 205 adolescentes de 13 a 19 años; 14 194 adultos mayores; 1 592

personas con alguna discapacidad y 6 219 personas adultas entre personal responsable y consejeros de grupo; otorgándose a todos ellos 474 232 raciones alimenticias.

En cuanto a los eventos del Programa Recreativo, se realizaron 6 854 acciones de modelado en arena, pintura y dibujos sobre experiencias vividas en los lugares visitados.

Es importante subrayar que la participación de la mujer fue determinante para la consecución de este logro, ya que de un total de 33 153 personas atendidas, 21 613 fueron del sexo femenino.

Este Programa también otorga atención a la población no cautiva a través de los siete Campamentos Recreativos. Las acciones realizadas de septiembre de 2003 a agosto de 2004 beneficiaron a 33 331 personas. Se otorgaron 481 671 raciones y se realizaron 6 798 eventos culturales, recreativos y deportivos.

Programas para la Atención de los Adultos Mayores

El DIF Nacional cuenta con cuatro Casas Hogar para Ancianos con una capacidad instalada para 447 personas. En 2003 la población atendida en las Casas de Asistencia fue en promedio de 483 personas y durante el ejercicio de enero diciembre del año en curso, a 388 personas en promedio, a las que se les brindaron servicios de atención social, médica, psicológica, alimentación, terapia rehabilitatoria y ocupacional, atención de enfermería y de gericultura.

Programas de extensión a la comunidad de las Casas Hogar

Atención de Día. Consiste en ampliar los contactos sociales y desarrollar las habilidades de los adultos mayores que viven solos o que cuentan con familia, expuestos a riesgos físicos y depresión; y contribuye a mejorar su autoestima y estilo de vida, permitiéndoles permanecer dentro de su núcleo familiar sin riesgos de institucionalización. El promedio mensual de personas atendidas en 2003 fue de 94 y en 2004 de 83 adultos mayores, mismos que originan un impacto social de 290 integrantes de familias beneficiadas

Escuela para Hijos. El objetivo es educar a la población en general sobre el fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor. Promueve en las nuevas generaciones, así como en los adultos estrategias de conocimientos y de fortalecimiento de hábitos y relaciones interpersonales para mejorar las expectativas sobre su propio proceso de envejecimiento que reditúe en salud, autonomía, funcionalidad e integración social al llegar a la vejez.

En los dos Centros Nacionales de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet y Vicente García Torres” ubicados en el Distrito Federal, se proporcionaron 88 sesiones de capacitación a 1 887 personas durante el 2003. De enero a junio de 2004 se impartieron 39 sesiones con una asistencia de 625 personas.

Adultos mayores	enero - septiembre	enero - diciembre	enero - diciembre	enero - diciembre
	2000	2001	2002	2003
Población atendida en centros asistenciales	429*	405*	483*	471*
Población atendida a través del Programa de Día	117*	108*	97*	94*
Sesiones de escuela para hijos			45	88
Número de asistentes a la escuela para hijos			910	1887
Número de personas beneficiadas con el Programa de Campamentos Recreativos.	7743	12 051	13 000	14 194
Personas atendidas en instituciones con convenio de colaboración con el sistema		60*	60*	67*
Personas beneficiadas con ayuda económica		635	597	789
Personas beneficiadas con apoyos en especie.		3	9	11

* Personas atendidas en promedio.

FUENTE: DIF.

Buen gobierno

En este rubro el DIF Nacional ha realizado las siguientes acciones:

- Elaboración de los lineamientos para la ocupación de los Campamentos Recreativos, con la finalidad de contar con un instrumento normativo que permita homogeneizar, efficientar y transparentar los mecanismos para el otorgamiento de uso a la población sujeta de asistencia social, que lo solicita.
- Elaboración del Manual de Recreación para la operación de los Campamentos Recreativos.
- Con la finalidad de facilitar la movilidad de las personas con discapacidad, en los Campamentos Recreativos se realizan obras de infraestructura.
- Se han creado micrositiros en la página Web. Los cuales permiten a los ciudadanos acceder de forma inmediata a la información relativa a los servicios asistenciales que el DIF Nacional ofrece.
- Como parte de las mejoras regulatorias del Programa de Atención a Población en Desamparo, y a fin de garantizar que la ciudadanía efectúe trámites con facilidad, seguridad y rapidez, se han disminuido los tiempos para el otorgamiento de una ayuda, de un apoyo económico o en especie, proporcionándolo a los sujetos de asistencia social en un tiempo máximo de 45 días.
- En el aspecto de gestión y mejora de procesos concluyó en el mes de marzo de 2004 el proceso de Certificación del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal” de acuerdo a la Norma ISO 9001:2000 para la implantación del sistema de calidad en el proceso de atención integral de menores albergadas.
- Actualmente la mayoría de las áreas cuentan con procedimientos documentados (control de documentos, control de registros de calidad, entre otros).

- Se ha establecido una coordinación entre Casas Cuna, el área de trabajo social del Hospital de la Mujer y la dirección del Registro Civil del Distrito Federal, con el objeto de dar a conocer los servicios que prestan, promoviendo primordialmente la protección temporal de menores en estado de vulnerabilidad, para que a través de esta Institución se realice la canalización de la población infantil que requiera de atención integral asistencial.
- Una de las estrategias fundamentales para la reorientación de funciones es la capacitación de los recursos humanos al interior de las unidades para que cuenten con las herramientas metodológicas para la investigación y la docencia.

Por esto, durante el año 2003, se llevaron a cabo dos diplomados:

- *Elevación de la Calidad Docente*, participando 26 profesionales de las ramas médica y paramédica, personal de los centros operativos y del área normativa de esta Dirección.
- *Investigación en Salud*, con 24 profesionales de las ramas médica y paramédica, personal de los centros y área normativa, y en el presente año se capacitan a 25 profesionales en cada uno de los diplomados.
- En los Centros Nacionales se ha promovido la capacitación del personal. De enero a junio del 2004 se ha registrado la participación de 708 personas en 104 cursos, talleres, conferencias y seminarios diversos.
- Trámites y servicios de alto impacto a la comunidad en el proceso de Adopción Nacional e Impacto a la Comunidad en el Proceso de Adopción Nacional e Internacional; para lo cual actualmente trabajan de forma coordinada profesionales de las Casa Cuna y la Subdirección de Servicios Asistenciales sobre acciones de mejora del proceso cuyo resultado es la Carta a la Ciudadanía, actividad coordinada por el órgano de Control Interno de este Sistema.
- Implantación del Modelo de Calidad Intragob por unidad funcional. Actualmente la Subdirección de Servicios Asistenciales cuenta con una estructura de calidad, de la cual dos de sus integrantes han recibido capacitación para el desempeño de sus funciones (Promotora de Calidad y Diseñadora de Procesos)

Programa de Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (antes COPUSI)

- Durante 2003, la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario sentó las bases del Modelo Comunidad DIFerente en los 31 sistemas estatales DIF y profundizó y desarrolló los componentes del Programa de Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo en este Modelo.
- En el periodo de enero a agosto del 2004, se establecieron las bases normativas para reorientar este programa y dotarlo de una estrategia de desarrollo integral y sostenible.
- El Programa de Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo forma parte de las estrategias orientadas a fomentar la participación social en la toma de decisiones, la organización comunitaria y el establecimiento de un proceso educativo formativo.

Retos y oportunidades

Retos

- En materia de promoción del desarrollo familiar y comunitario el reto es la capacitación de los 31 SEDIF para reorientar el Programa. La participación de éstos es de suma importancia para orientar su quehacer asistencial a partir del desarrollo de modelos de atención sustentados en metodologías participativas comunitarias.
- Orientar la cobertura de atención con base en criterios de atención a grupos de población con mayores índices de vulnerabilidad y marginación, incrementando la atención a grupos indígenas y jornaleros agrícolas.

Oportunidades

- Contar con un Modelo de Desarrollo Comunitario consensuado por los 31 SEDIF.
- Los comedores comunitarios en Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo articulan el encuentro colectivo, a través de la visión integral de acciones, a partir de las necesidades de la comunidad y la confluencia de servicios, ayudas y promociones en materia de alimentación.

Población atendida en los CADI y CAIC, 2003-2004

Concepto	Datos anuales		enero- agosto		enero- agosto 2004 (%)	
	2003 Observado	2004 Meta	2003	2004 e/	Avance respecto a la meta anual	Variación Anual
Total	108 699	112 050	108 257	111 252	99.3	2.8
CADI	43 238	43 709	42 852	43 015	99.4	0.4
CAIC	65 461	68 341	65 405	68 237	99.8	4.3

e/ Cifras estimadas.

FUENTE: DIF.

Cuarto Informe de Labores

Programas de apoyo alimentario del DIF, 2003-2004

Concepto	Datos anuales		enero- agosto		enero- agosto 2004 (%)	
	2003 Observado	2004 Meta	2003	2004 e/	Avance respecto a la meta anual	Variación anual
Desayunos escolares						
Desayunos distribuidos	789 530 040	791 633 818	504 690 300	513 724 088	64.89	-1.8
Municipios atendidos	2230	2230	1935	2183	97.89	12.8
Cobertura de municipios atendidos % 1/	29%	29%	31%	28%	96.55	-9.7
Asistencia social alimentaria a familias						
Paquetes de despensas distribuidas al mes	19 109 830	17 046 480	13 954 851	9 349 582	54.85	-33.0
Municipios atendidos	2260	2260	2116	1933	85.53	-8.6
Cobertura de municipios atendidos % 1/	30%	30%	30%	30%	100	
Cocinas populares						
Personas beneficiadas	1 163 360	1 172 859	921 646	1 163 360	98.41	26.2
Cocinas en operación	10 787	11 082	9 517	10 787	92.47	13.3
Municipios atendidos	1 487	1 487	1 487	1 487	100	0.0
Cobertura de municipios atendidos % 1/	51.0%	53.4%	51.0%	51.0%	95.33	0.0

1/ Se refiere al porcentaje de municipios atendidos respecto al total de municipios considerados con mayor población indígena.

FUENTE: DIF.

Población albergada en los centros asistenciales, 2003-2004

Concepto	Datos anuales		enero- agosto		enero- agosto 2004 (%)	
	2003 Observado	2004 Meta	2003	2004 e/	Avance respecto a la meta anual	Variación anual
Atender Diariamente en Centros						
Asistenciales Personas						
Servicios	947	929	955	925	99.6	-3.1
Raciones	2 926 300	2 251 849	1 964 640	1 678 139	74.5	-14.6
	1 163 725	1 167 052	757 417	755 958	64.8	-0.2
Proporcionar Ayuda a los Grupos Vulnerables						
Apoyo						
Personas	402	402	250	227	56.4	-9.2
	1 076	1 110	758	773	69.6	2.0
Fomento de Actividades Recreativas, Culturales y Deportivas						
Persona	33 153	34 850	21 052	21 530	61.7	2.3
Raciones	474 232	522 750	300 380	307 819	58.9	2.5
Eventos	6 854	7 000	4 368	4 312	61.6	-1.3

** A partir del año 2003 se integró la unidad de medida raciones

e/ Cifras estimadas

Indicadores del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, 2003-2004

Concepto	Datos anuales		enero- agosto		enero- agosto 2004 (%)	
	2003 Observado	2004 Meta	2003	2004 e/	Avance respecto a la meta anual	Variación anual
Número de personas que se dieron de alta por rehabilitación y se incorporaron al ámbito familiar, escolar, de capacitación laboral y al trabajo entre el total de población atendida por primera vez en los centros de rehabilitación, por 100.	13.0%	14.2%	12.0%	14.0%	98.5%	16.7%
	14 333	18 151	8 897	12 184		
	110 003	127 692	73 769	86 657		
Número de personas aceptadas en el servicio de rehabilitación por 100 entre el total de consultas médicas de prevaloración	87.6%	No aplica	87.4	No aplica		
	91 683		62 185			
	104 615		71 121			
Número de ayudas funcionales entregadas x 100 entre el número de personas atendidas en rehabilitación e/ Cifras estimadas.	29.4	23.3	28.7	23.1	99.1%	-19.5%
	<u>32 386</u>	<u>29 840</u>	<u>21 236</u>	<u>20 028</u>		
	110 003	127 692	73 769	86 657		

e/ Cifras estimadas.

FUENTE: DIF.

Capítulo 8

Laboratorio de Biológicos y Reactivos
de México, S.A. de C.V. (BIRMEX)

8. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V. (BIRMEX)

Planeación y coordinación

Durante el periodo que se informa, la entidad desarrolló una intensa actividad encaminada al estudio y ejecución de diferentes proyectos para ampliar las opciones de atención a las necesidades de sus clientes. El proyecto más importante fue la Remodelación Integral del Instituto Nacional de Virología, mediante el cual se plantea ejecutar las obras para remodelar el Instituto, a fin de construir nuevas instalaciones que aseguren el cumplimiento de la NOM 059 (Buenas Prácticas de Fabricación) y también obtener la pre-certificación de las vacunas contra la poliomielítis, sarampión, doble y triple viral, por parte de la Organización Mundial de Salud (OMS), lo que permitiría exportar 300 millones de dosis anuales de vacuna oral contra la polio (OPV) y 75 millones de dosis anuales de vacuna contra sarampión a través de la UNICEF, institución que ha manifestado su interés porque Birmex pueda surtir estas vacunas. Este proyecto se encuentra en revisión debido al anuncio de la OMS, en febrero de 2004, informando que sus planes para erradicar la poliomielítis podrían adelantarse para lograr este objetivo en el año 2006, lo que afectará la demanda mundial de esta vacuna.

Adicionalmente, durante el periodo que se informa se establecieron convenios para que Birmex acondicione y produzca la vacuna contra influenza y la vacuna inactivada contra la poliomielítis (IPV), primero a partir de viales sin etiquetar y luego a partir de graneles que se envasarán y acondicionarán en Birmex. También se trabajó en un convenio similar para la producción en Birmex de las vacunas contra sarampión, rubéola y parotiditis (triple viral) y se iniciaron esfuerzos para ampliar estos convenios para lograr la producción de la vacuna contra hepatitis b, entre otras.

Comercialización

Las ventas del periodo que se informa ascendieron a 432.7 millones de pesos, cifra 21 por ciento superior a las ventas del periodo anterior, que ascendieron a 356.6 millones de pesos. En particular las ventas de vacunas bacterianas se incrementaron en 85 por ciento respecto del periodo anterior y las de vacunas virales lo hicieron en 26 por ciento. En este resultado influyeron, de manera favorable, las licitaciones internacionales de vacunas que realizaron tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social, como la propia Secretaría de Salud, las cuales fueron ganadas por Birmex. Esto originó que vacunas como la antipoliomielítica y el toxoide diftérico incrementaran sus ventas de manera significativa. Las ventas del periodo septiembre 2003 a agosto 2004 se integran por ventas de vacunas virales que ascendieron a 272.3 millones de pesos. De vacunas bacterianas las ventas ascendieron 89.2 millones de pesos. De sueros las ventas ascendieron a 49.6 millones de pesos. La diferencia por 21.6 millones de pesos correspondió a reactivos de diagnóstico y otros ingresos, entre los que destacan los servicios de distribución, que ascendieron a 19.7 millones de pesos.

Producción de biológicos y reactivos

La producción total liberada para su comercialización, durante el periodo septiembre de 2003 a agosto de 2004, ascendió a 63.8 millones de dosis (MDD) de vacunas, sueros heterólogos y reactivos para diagnóstico. Esta cifra muestra un incremento del 21.3 por ciento respecto del periodo anterior en el que la producción fue de 52.6 MDD. El incremento en la producción se reflejó en la fabricación de un mayor volumen de vacuna antipoliomielítica, a fin de contar con las existencias necesarias para cubrir la demanda de esta vacuna en previsión del eventual cierre del Instituto Nacional de Virología para su remodelación integral. La producción obtenida permitió atender en un 100 por ciento la demanda de los Organismos Públicos de Salud de las Entidades Federativas y además surtir los compromisos adquiridos como resultado de las licitaciones de vacunas que fueron ganadas por la entidad.

Administración y finanzas

Flujo de ingresos-egresos

Los resultados de Birmex durante el ejercicio 2003 muestran el desempeño con una sana operación. Los ingresos generados por la empresa durante ese ejercicio ascendieron a 515.9 millones de pesos, integrados por 378.4 millones de pesos de ventas de bienes, 21.4 millones de pesos de ingresos por servicios, 4.9 millones de pesos por inversiones bancarias, 29.1 millones de pesos por ingresos diversos, 3.0 millones por operaciones ajenas y 79.1 millones de pesos por transferencias del Gobierno Federal. Por su parte el gasto ejercido durante el mismo ejercicio 2003 ascendió a 410.8 millones de pesos, de los cuales 118.7 millones de pesos son de servicios personales, 193.9 millones de pesos corresponden a materiales y suministros, 70.4 millones de pesos a servicios generales, 13.1 millones de pesos a inversiones de bienes muebles, 11.7 millones de pesos corresponde a obra pública y 3.0 millones de pesos a operaciones ajenas. La disponibilidad final del ejercicio 2003 ascendió a 112.6 millones de pesos.

Estado de resultados

Al 31 de diciembre de 2003, las ventas netas facturadas por la entidad ascendieron a 448.5 millones de pesos, cifra superior en un 53 por ciento a las generadas en el ejercicio anterior. Asimismo, el costo de ventas ascendió a 278.1 millones de pesos, como consecuencia también del incremento de las ventas, por lo que la utilidad bruta obtenida para el ejercicio de 2003 es de 170.4 millones de pesos.

Los gastos de administración en el periodo de referencia ascendieron a 70.6 millones de pesos, lo que representa el 15.7 por ciento de las ventas netas, en tanto que los gastos de ventas fueron de 7.1 millones de pesos, equivalente a 1.58 por ciento de las ventas netas, lo que generó una utilidad de operación de 92.7 millones de pesos. Esta utilidad disminuida del costo integral de financiamiento y de otros productos y otros gastos, arroja una utilidad antes de impuestos y PTU de 62.1 millones de pesos. Este resultado modifica totalmente la situación financiera que padecía la entidad al inicio de la actual administración.

Asimismo, con base en las disposiciones fiscales aplicables al ejercicio de 2003 se determinó una PTU de 8.2 millones de pesos, impuesto al activo por 11.5 millones de pesos y se reconoció contablemente el efecto del Boletín D-4 referente a impuestos diferidos, el cual repercutió virtualmente en forma favorable en el resultado de la empresa. De lo anterior se obtuvo una utilidad antes de subsidios y transferencias por

51.9 millones de pesos. Las transferencias recibidas del Gobierno Federal en el ejercicio ascendieron a 78.8 millones de pesos, por lo que al integrar esta cifra a las anteriores se llega a una utilidad neta de 130.7 millones de pesos durante el ejercicio de 2003.

Estado de situación financiera

Al cierre de 2003, el activo total ascendió a 777.8 millones de pesos, que en comparación con el activo del ejercicio 2002, que fue de 636.8 millones de pesos, muestra un incremento favorable de 141.0 millones de pesos. El efectivo y las inversiones temporales tuvieron un incremento importante de 91.7 millones de pesos, al pasar de 20.9 millones de pesos en diciembre de 2002 a 112.6 millones de pesos al mismo periodo de 2003. Las Cuentas por Cobrar en el rubro de Clientes registra un saldo de 78.8 millones de pesos al cierre de diciembre de 2003, contra 29.6 millones de pesos en 2002, esto es un incremento de 49.2 millones de pesos.

El pasivo a corto plazo observa un incremento neto de 3.2 millones de pesos, situación que se presenta en el renglón de las Provisiones Diversas, Acreedores Diversos, impuesto al Activo y el reconocimiento de la Participación de los Trabajadores en las Utilidades para el ejercicio de 2003. Los pasivos a largo plazo se incrementaron 7.1 millones de pesos, correspondiente a partidas virtuales aplicadas a resultados por tratarse del reconocimiento de los efectos del boletín D-3 "Pasivo Laboral". Por lo que corresponde al Capital Contable, éste registra un incremento en el renglón del Capital Social en su parte variable por un importe de 104.3 millones de pesos, debido a la capitalización de los recursos transferidos por el Gobierno Federal en el ejercicio 2002. Asimismo, se llevó a cabo el registro del capital social en su parte variable por 232.1 millones de pesos. De esta manera el Capital Contable pasó de 561.9 millones de pesos en el ejercicio 2002 a 692.6 millones de pesos correspondientes al ejercicio 2003, dando como resultado un incremento de 130.7 millones de pesos.

Investigación y desarrollo

Durante el periodo que se informa, la entidad continuó trabajando en cinco proyectos de investigación, todos ellos para el desarrollo de nuevas vacunas y técnicas de control de calidad, lo que permitirá que Birmex incremente su competitividad. Los proyectos en ejecución y su estado actual son los siguientes:

Proyecto de producción de vacuna antirrubéola en células MRC-5

Durante el periodo que se informa se trabajó en diferentes ensayos enfocados a la optimización de las cinéticas de crecimiento celular, así como de la clarificación y filtración de la vacuna. En este sentido, se ensayaron cinéticas de producción viral utilizando diferentes medios de infección y se compararon cultivos estacionarios con botellas roladas de vidrio con diferentes multiplicidades de infección y velocidades de rotación, a partir de lo cual se trabaja para determinar la generación óptima de las células y probar multiplicidades menores de 0.1 para elevar el título viral obtenido en este proceso.

Proyecto de mejoramiento de la calidad de la vacuna antipoliomielítica producida en células vero

Se completó el expediente de estabilidad longitudinal de la vacuna antipoliomielítica oral producida en células vero para solicitar la ampliación del plazo de caducidad a -20°C. Sin embargo, la Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud solicitó efectuar el estudio en lotes de producto final. Los

trabajos para el mejoramiento de esta vacuna se orientaron a la optimización de los rendimientos de la semilla viral y el ensayo de diferentes estabilizadores para optimizar la estabilidad de la vacuna a diferentes temperaturas. Con el propósito de efectuar estudios de seguimiento en campo de esta vacuna, se elaboró un protocolo y se logró la aceptación del Hospital de la Mujer y del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) para participar en dicho estudio. Además, se iniciaron gestiones para la participación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Proyecto de producción de vacuna antirrábica humana en células vero

Durante el periodo que se informa se trabajó en la estandarización de las pruebas de potencia, de titulación viral y de inmunofluorescencia para esta vacuna. Se elaboró un protocolo de purificación del virus rábico a nivel experimental, utilizando técnicas cromatográficas y se continúa con la implementación de la técnica de potencia del National Institute of Health (NIH). La adquisición de un Biorreactor de 20 Lts; 2 columnas cromatográficas y un equipo de ultrafiltración para este proyecto permitirá producir mayores volúmenes de graneles experimentales, reducir tiempos en la purificación de la vacuna así como en el proceso, y optimizar los títulos obtenidos por las cosechas virales.

Se realizaron estudios en colaboración con el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica para la determinación de focos fluorescentes como una prueba en el control de calidad.

Proyecto de producción de anticuerpos monoclonales

Se estandarizó la prueba de inhibición de efecto citopático, así como las pruebas de fusión y el esquema de inmunización para los tres serotipos de polio virus y el virus de la rabia. Se continúa con la estandarización de las diferentes etapas del proyecto: esquemas de inmunización (por cambio de cepa de ratones), la prueba de inhibición como una herramienta en el control de calidad, la prueba de ELISA, así como de la determinación de isoenzimas en geles de poliacrilamida. Se adquirió un equipo para la determinación de ELISA, necesario para la estandarización de esta técnica, como una herramienta en el control de calidad de los hibridomas productores.

Vacuna Hib y Pentavalente

Etapas de producción de biomasa (polisacárido - PRP)

En el periodo informado se han probado, a nivel de matraz, diferentes medios y sistemas de cultivo buscando incrementar los rendimientos de este polisacárido. En uno de los medios se logró, a nivel piloto, hasta un 41 por ciento más de rendimiento. A nivel de matraz se han ensayado algunas modificaciones del medio de cultivo original, a fin de optimizarlo y facilitar la purificación posterior del polisacárido. A nivel de matraz también se ha ensayado el sistema de lote alimentado para la producción de este polisacárido y se plantea escalar las alternativas anteriores, a nivel piloto para verificar si los resultados son reproducibles en un fermentador de 70 litros.

Etapas de purificación del polisacárido (PRP) y su control de calidad

En este periodo se realizó la purificación de los dos lotes anteriores producidos a nivel de 70 litros; se obtuvieron de 3.7 a 4.7 veces más polisacárido purificado con el nuevo medio de cultivo en comparación

con el medio INH. Los resultados obtenidos indican que es necesario ajustar la metodología de purificación para cumplir las especificaciones.

Etapas de conjugación, polisacárido-toxoide tetánico

La purificación del conjugado por cromatografía de filtración en gel parece mejorar los rendimientos hasta casi un 20 por ciento, por lo cual se ha continuado ensayando esta metodología. Se realizaron dos lotes de conjugado, con cuatro sublotes cada uno, para probar las alternativas de purificación mencionadas. También se determinó la eficiencia de la columna utilizando acetona y un equipo automatizado AKTA para el cálculo de los platos teóricos y del establecimiento, con más precisión, de algunas de las condiciones para su escalamiento a nivel piloto/industrial.

Ensayos de liofilización y prueba de estabilidad (presentación de 10 dosis)

Se iniciaron las pruebas de estabilidad de los cinco lotes de vacunas experimentales liofilizados en diciembre del 2003 y se realizó un ensayo de un ciclo de liofilización más corto de 48 hrs, con el fin de aumentar la capacidad de producción por año de esta vacuna

Control de calidad de la vacuna conjugada

Se trabajó en la implementación de algunas de las pruebas de control de calidad faltantes, se estandarizó la prueba de determinación de fósforo para el PRP purificado, utilizando como testigo un lote analizado por el RIVM en Holanda. Se realizó la determinación de esta prueba, en los dos lotes de PRP experimentales, que se han producido durante este año a nivel de fermentador de 70 litros.

Obras e instalaciones

Durante el periodo que se informa el gasto de inversión canalizado a obras ascendió a 11.7 millones de pesos. Estos recursos se destinaron a cubrir los gastos del proyecto ejecutivo de ingeniería, para la Remodelación Integral del Instituto Nacional de Virología. El proyecto considera la demolición y reconstrucción de los edificios para la producción e investigación de vacunas virales: antipoliomielítica, antirrábica, antisarampión, doble y triple viral, de modo que pueda surtirse la demanda y además la exportación, a través de UNICEF, de vacunas contra polio y contra sarampión. A la fecha de este informe, el proyecto se está revisando ya que la Organización Mundial de la Salud informó en febrero de 2004 su plan actualizado para la erradicación mundial de la poliomielitis en el año 2006. A partir de la erradicación, seguiría probablemente una fase de vacunación post erradicación, lo que afectará la demanda de la OPV para los años futuros, por lo cual el proyecto se encuentra en fase de revisión.

Control y aseguramiento de la calidad

Durante el periodo septiembre 2003 a agosto 2004 se realizaron 119 auditorías técnicas de acuerdo a las Buenas Prácticas de Fabricación, que comprenden auditorías de seguimiento y a proveedores, así como autoinspecciones; también se llevaron a cabo 22 trámites en regulación sanitaria, 187 Procedimientos Normalizados de Operación nuevos y actualizados, 50 originales mecánicos de materiales de identificación y se elaboraron 28 Ordenes Maestras de Producción, además se emitieron 457 ordenes de fabricación

para su aplicación y se elaboraron 33 especificaciones de material de envase y empaque. En materia de validación, se realizaron 230 actividades que comprenden: ejecución de la calificación de instalación, operación y funcionamiento, así como la elaboración de los reportes y/o dictámenes de calificación y/o validación.

Capítulo 9

Consejo de Salubridad General

9. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El Consejo de Salubridad General, sin incrementar el número de plazas, grados, ni niveles, reorganizó su estructura a fin de tener la mayor capacidad de respuesta en el ámbito de su competencia, manteniendo la responsabilidad asignada y coadyuvando al cumplimiento de los objetivos, programas y proyectos asignados a la Secretaría de Salud. Atendiendo las demandas que presenta la instrumentación de la Reforma a la Ley General de Salud, su estructura quedó integrada por una dirección general, dos direcciones de área, dos subdirecciones, tres jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

Fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud

El Consejo de Salubridad General, órgano colegiado con carácter constitucional, está considerado en el PRONASA 2001-2006 en la Estrategia 7. “Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud”, con el objetivo primordial de funcionar como un foro de análisis y decisión de temas sanitarios de importancia coyuntural o estratégica, así como en la definición de políticas, estrategias y acciones conjuntas para el seguimiento y cumplimiento de las metas de ese mismo programa.

En este sentido en el periodo que se informa, se han realizado las siguientes actividades:

- La instalación del Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud.
- El acuerdo por el que se establece la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, el 23 de octubre de 2003.
- El Acuerdo por el que se establecen diversas medidas de protección tendientes a disminuir la ocurrencia y el impacto de los accidentes de tránsito, el 19 de noviembre de 2003.
- El Acuerdo por el que se establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, el 28 de abril de 2004.
- El Acuerdo por el que se emite recomendación a fin de proteger la salud de los no fumadores por la exposición involuntaria al humo de tabaco, el 28 de mayo de 2004.
- El Acuerdo por el que se establecen medidas de protección en materia de salud humana para prevenir el alcoholismo y evitar la ingesta de alcohol etílico, el 6 de Julio de 2004.

La estrategia de fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud plantea entre sus líneas de acción, reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos, ya que son un componente esencial de la atención de la salud, por lo que es necesario garantizar su efectividad y seguridad, abasto suficiente y oportuno, prescripción racional, y su venta en las presentaciones adecuadas a un costo razonable.

Como contribución a lo anterior, el Consejo elabora los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud, como lo señala la Ley General de Salud, a través de la Comisión Interinstitucional, que emite los dictámenes colegiados para la actualización de los medicamentos, material de curación, instrumental y equipo médico y auxiliares de diagnóstico que adquieren y utilizan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que prestan servicios de salud. Del desarrollo de sus actividades podemos destacar:

- Considerando el avance mundial en el conocimiento científico y el desarrollo tecnológico en

materia de salud, y con el fin de ofrecer a los usuarios mejores insumos, la Comisión en un ambiente de coordinación y consenso, reestructuró los Cuadros Básicos, con el fin de reubicar los insumos de acuerdo a su uso, e identificar los que han sido superados en eficacia, seguridad y eficiencia.

- Asimismo, para dar cumplimiento al artículo cuarto del acuerdo de la Comisión, sobre la actualización permanente de los Cuadros Básicos y Catálogos, de septiembre del 2003 a la fecha se han elaborado dos nuevos Cuadros Básicos: el de Material de Curación y el de Auxiliares de Diagnóstico, así como la primera actualización de éste último, y se tiene publicada hasta la 15ª Actualización del Cuadro Básico de Medicamentos y la 17ª de Instrumental y Equipo Médico, que contienen el número de insumos señalados en la tabla siguiente y que refleja el esfuerzo de los comités específicos de la Comisión.

Cuadro básico y catalogo	DOF	Inclusiones	Modificaciones	Exclusiones
Decimotercera Actualización de Medicamentos	3 de octubre de 2003	42	21	1
Decimocuarta Actualización de Medicamentos	16 de enero de 2004	14	46	12
Decimoquinta Actualización de Medicamentos	25 de febrero de 2004	20	12	16
Decimocuarta Actualización de Instrumental y Equipo Médico	1º de octubre 2003	2	86	7
Decimoquinta Actualización de Instrumental y Equipo Médico	29 de diciembre de 2003	52	57	10
Decimosexta Actualización de Instrumental y Equipo Médico	7 de junio de 2004	1	165	99
Decimoséptima Actualización de Instrumental y Equipo Médico	9 de julio de 2004	64	29	649
Decimooctava Actualización de Instrumental y Equipo Médico	Julio de 2004	2 645	0	70
Nuevo Cuadro Básico de Material de Curación (antes de Material de Curación y Prótesis)	25 de febrero de 2004	Contiene en el Cuadro Básico 340 claves, y en el Catálogo 2427 claves, en total 2767		
Nuevo Cuadro Básico de Auxiliares de Diagnóstico (antes Biológicos y Reactivos)	30 de enero de 2004	Contiene en el Cuadro Básico 754 claves, y en el Catálogo 2215, para hacer un total de 2969.		
1ª Actualización de Auxiliares de Diagnóstico	4 de junio de 2004	26	11	4

Con el fin de proveer a la población de medicamentos de calidad, eficacia y a un menor costo en las instituciones de salud, se impulsó el uso de los Medicamentos Genéricos Intercambiables (MGI), que son las mismas sustancias activas, con igual concentración y potencia, vía de administración y especificaciones farmacopéicas, que han demostrado mediante pruebas de laboratorio ser iguales a los medicamentos innovadores o de patente. Se publicó en el D.O.F. un Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del sistema nacional de salud deberán comprar medicamentos genéricos intercambiables, por esto, ahora las instituciones de salud compran en primer lugar medicamentos genéricos intercambiables. En este sentido el Consejo, en el periodo en que se informa, publicó dos Acuerdos por los que se relacionan las especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables y diez Actualizaciones del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables, como se señala en el cuadro.

Actualización	DOF	Presentaciones	Genéricos
Decimosegunda del Acuerdo de susceptibles de incorporarse al Catálogo de MGI	16 de marzo de 2004	37	32
Decimotercera del Acuerdo de susceptibles de incorporarse al Catálogo de MGI	11 de junio de 2004	10	8
Total		47	40

Actualización	DOF	Presentaciones	Genéricos
Duodécima del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	14 de octubre de 2003	128	64
Decimotercera del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	16 de octubre de 2003	117	53
Decimocuarta del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	10 de noviembre de 2003	125	64
Decimoquinta del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	28 de noviembre de 2003	191	94
Decimosexta del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	16 de diciembre de 2003	22	12
Decimoséptima del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	2 de febrero de 2004	22	16
Decimoctava del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	4 de marzo de 2004	34	16
Decimonovena del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	23 de marzo de 2004	23	15
Vigésima del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	14 de mayo de 2004	27	16
Vigésima primera del Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables	14 de junio de 2004	48	19
Total		737	369

Todo esto, sumado a los 634 anteriores, nos dan 674 genéricos susceptibles de incorporarse al Catálogo de MGI, que sumados a los 1 775 anteriores, nos dan 2 144 genéricos.

Esta medida hace posible que la población tenga acceso a medicamentos de calidad comprobada, coadyuvando al objetivo de la política farmacéutica integral, de garantizar el consumo racional de medicamentos de alta calidad.

Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud

La Certificación de los Establecimientos de Atención Médica, estrategia toral de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se realiza a través de una Comisión conformada por representantes de academias, colegios, asociaciones médicas e instituciones de educación superior, que tiene la responsabilidad de certificar que los establecimientos de atención médica cuenten con la estructura y procesos que les permitan proporcionar una óptima atención a los usuarios; esta actividad coadyuva a mejorar el nivel de salud y el bienestar de la población, además de fomentar y reconocer la capacidad de servicio de las instituciones.

- Desde el 20 de septiembre de 2002, día en que se publicó en el D.O.F. el Acuerdo por el que se

establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, a la fecha se han inscrito al programa 420 unidades hospitalarias distribuidas por institución y etapa del proceso como se señala en el cuadro:

Institución	Inscritos	Autoevaluación		Certificadas
		concluida	cumplida	
SESA ,s	147	55	38	15
IMSS	125	106	89	45
ISSSTE	54	31	15	3
Privados	72	30	29	17
MARINA	10	3	3	3
S.D.N	3	3	3	3
PEMEX	4	4	3	3
Universitarios	2	1	1	1
Otras de Seg. Social	3	2	2	1
TOTAL	420	235	183	91

- Se certificaron 91 establecimientos de atención médica, que sumados a los 425 certificados, da un total de 516.
- Con el objeto de dar cumplimiento a la certificación de otros establecimientos de atención médica se definieron los criterios de estructura, procesos y resultados de los establecimientos de: atención médica ambulatoria, rehabilitación, psiquiatría y unidades de hemodiálisis. Se ha dado inicio a la evaluación de las unidades de atención ambulatoria, de las que nueve se certificaron, dos de ellas de alta especialidad.
- Se cuenta con 422 evaluadores capacitados por la empresa canadiense Quality Management Institute (QMI) como “Auditores Internos en Calidad”, habiéndose desarrollado 23 cursos de auditor interno y cinco de auditor líder, que corresponden por entidad federativa e institución a 152 evaluadores de los Servicios Estatales de Salud, 111 del IMSS, 65 del ISSSTE, 54 de instituciones privadas, 11 de PEMEX, 16 de SDN y 13 de SEMAR.

La certificación es la forma más eficiente para corregir la principal imperfección en la interacción entre prestadores y usuarios, que es la asimetría de información. Los usuarios generalmente carecen de elementos para juzgar la calidad técnica de los servicios y la certificación corrige esta imperfección.

Protección financiera en materia de salud a toda la población

En la Reforma de la Ley General de Salud en Materia del Sistema de Protección Social en Salud, publicada en mayo de 2003, al Consejo de Salubridad General se le asignaron las atribuciones siguientes:

- Se plantea la constitución del Fondo de Gastos Catastróficos, en el que el Consejo de Salubridad General con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, definirá las enfermedades, así como los tratamientos y medicamentos asociados que satisfagan las necesidades de salud y que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren. (Art. 77 bis 29), los que debe actualizar periódicamente.
- La unidad de protección social parte del concepto de núcleo familiar (Art. 77 bis 4), donde el

Consejo tendrá la responsabilidad de determinar otros supuestos de titulares con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente al núcleo familiar.

- El Consejo de Salubridad General establecerá para algunas intervenciones y medicamentos un esquema de cuota reguladora, de administración estatal, que tendrá como finalidad favorecer el uso responsable de los servicios de salud. (Art. 77 bis 28).
- A solicitud de la Secretaría de Salud, el Consejo de Salubridad General debe realizar el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica. (Artículo 77 BIS 5, Apartado A, fracción XI), considerando entre otros que el gobierno federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos que, por concepto de cuota social le correspondan con base en los padrones de familias beneficiarias del Sistema de Seguro de Protección Social en Salud.

Al respecto, el Consejo de Salubridad General ha realizado las siguientes actividades en el periodo que se informa:

- Creó la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos en el Acuerdo por el que se establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2004.
- Se identificaron a través de nueve grupos de expertos de acuerdo a cada categoría de la Ley, 60 enfermedades así como sus tratamientos y medicamentos asociados con base en los criterios de: efectividad y costo de las intervenciones, peso de la enfermedad, seguridad y eficacia, aceptabilidad social, adherencia a normas éticas profesionales y evolución de la enfermedad, las que fueron aprobadas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General.

Problemas emergentes

El Consejo contempla como una de sus líneas de acción, disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas. En este sentido, el CSG, con base en sus atribuciones constitucionales, cuyas decisiones son obligatorias en todo el país, dictó el Acuerdo por el que se emite recomendación a fin de proteger la salud de los no fumadores por la exposición involuntaria al humo de tabaco, D.O.F. 28 de mayo de 2004 y el Acuerdo por el que se establecen medidas de protección en materia de salud humana para prevenir el alcoholismo y evitar la ingesta de alcohol etílico, emitido el 6 de julio de 2004.

Asimismo, con base en la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos, que tiene el objeto de evitar el desvío de estas sustancias para la producción de drogas ilícitas, el CSG tiene la responsabilidad de la operación y resguardo de la base de datos de Precursores Químicos, alimentada por las dependencias que contempla la Ley, y a cuyo acceso sólo está facultada la Procuraduría General de la República. Esta base de datos se modernizó y actualizó y en el periodo que se informa, con la participación de personal de la Organización de las Naciones Unidas, además, quedó vinculada con el National Data System (NDS) con lo que se utilizan los parámetros e indicadores recomendados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Capítulo 10

Anexo Estadístico

*Esperanza de vida al nacer por entidad federativa
Estados Unidos Mexicanos
2003*

Entidad Federativa	Total	Hombres	Mujeres
República Mexicana	74.9	72.4	77.4
Aguascalientes	75.6	73.2	77.9
Baja California	76.1	73.9	78.3
Baja California Sur	75.5	73.0	78.0
Campeche	74.3	71.9	76.8
Coahuila	75.7	73.3	78.1
Colima	75.3	73.0	77.7
Chiapas	73.2	70.6	75.9
Chihuahua	75.8	73.4	78.1
Distrito Federal	76.1	73.8	78.5
Durango	74.8	72.4	77.2
Guanajuato	74.8	72.3	77.2
Guerrero	73.5	70.8	76.2
Hidalgo	74.1	71.5	76.7
Jalisco	75.4	73.0	77.8
México	75.4	72.9	77.8
Michoacán	74.5	72.1	77.0
Morelos	75.2	72.8	77.6
Nayarit	74.8	72.3	77.3
Nuevo León	75.8	73.4	78.2
Oaxaca	73.5	70.8	76.1
Puebla	74.4	71.7	77.0
Querétaro	74.9	72.4	77.4
Quintana Roo	75.2	72.8	77.6
San Luis Potosí	74.4	71.9	76.9
Sinaloa	75.0	72.5	77.4
Sonora	75.5	73.2	77.9
Tabasco	74.3	71.8	76.8
Tamaulipas	75.3	72.9	77.7
Tlaxcala	75.0	72.4	77.5
Veracruz	74.0	71.4	76.6
Yucatán	74.4	71.9	76.9
Zacatecas	74.5	72.1	76.9

Fuente: Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Diez principales causas de mortalidad general
Estados Unidos Mexicanos
2003**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CÓDIGO CIE-10.	DEFUNCIÓNES	TASA **
	Total	A00-Y98	465,200	446.4
1	Diabetes mellitus	E10-E14	55,584	53.3
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	49,156	47.2
3	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	26,902	25.8
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	26,494	25.4
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	17,083	16.4
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	13,849	13.3
7	Asfixia y trauma al nacimiento	P03, P10-P15, P20-P28	11,261	10.8
8	Enfermedades hipertensivas del corazón	I10-I15	10,845	10.4
9	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	10,210	9.8
10	Nefritis y nefrosis	N00-N19	10,203	9.8
	Las demás Causas		233,613	224.2

* Información preliminar.

** Tasa por 100,000 habitantes.

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas a los programas de atención a la salud.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

Diez principales causas de mortalidad infantil
Estados Unidos Mexicanos
 2 0 0 3*

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CÓDIGO CIE-10.	DEFUNCIONES I/	TASA **
	Total	A00-Y98	41,530	2,060.8
1	Asfixia y trauma al nacimiento	P03, P10-P15, P20-P28	12,638	627.1
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	3,553	176.3
3	Malformaciones congénitas del corazón	Q20-Q24	2,993	148.5
4	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	1,698	84.3
5	Bajo peso al nacimiento y prematurez	P05-P07	1,491	74.0
6	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	943	46.8
7	Anencefalia y malformaciones similares	Q00	396	19.7
8	Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	a/	378	18.8
9	Defectos de la pared abdominal	Q79.2-Q79.5	258	12.8
10	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06	245	12.2
	Las demás Causas		16,937	840.4

* Información preliminar.

**Tasa por 100,000 nacidos vivos estimados por CONAPO.

I/ Defunciones estimadas con base en tablas de mortalidad.

a/ D65-D89, E01-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E89

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas por las diferentes causas de muerte asociadas con los programas de atención a la salud.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

Mortalidad en la infancia por entidad federativa

2003

Entidad Federativa	< 1 año*		< 5 años**	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
República Mexicana	22.9	18.0	27.7	22.2
Aguascalientes	19.1	14.8	22.8	18.0
Baja California	18.2	14.0	21.6	17.0
Baja California Sur	19.7	15.3	23.6	18.7
Campeche	24.5	19.5	29.1	23.4
Coahuila	18.2	14.1	21.5	16.9
Colima	19.9	15.5	23.6	18.7
Chiapas	30.2	24.4	38.0	31.4
Chihuahua	19.9	15.4	23.8	18.8
Distrito Federal	17.0	13.0	20.2	15.7
Durango	22.4	17.6	26.7	21.3
Guanajuato	22.9	18.1	27.5	22.1
Guerrero	29.2	23.6	36.5	29.8
Hidalgo	25.8	20.6	31.0	25.2
Jalisco	20.2	15.7	24.2	19.2
México	20.2	15.8	24.0	19.2
Michoacán	24.1	19.1	29.8	24.1
Morelos	21.1	16.5	25.2	20.1
Nayarit	22.9	18.1	27.8	22.3
Nuevo León	17.3	13.3	20.5	16.1
Oaxaca	29.4	23.7	36.9	30.3
Puebla	25.2	20.0	30.5	24.7
Querétaro	22.2	17.4	26.4	21.1
Quintana Roo	21.1	16.5	25.1	20.1
San Luis Potosí	24.7	19.7	29.9	24.3
Sinaloa	22.0	17.3	26.4	21.1
Sonora	19.7	15.4	23.3	18.5
Tabasco	25.2	20.0	31.2	25.3
Tamaulipas	20.0	15.6	23.6	18.7
Tlaxcala	22.2	17.5	26.8	21.4
Veracruz	26.1	20.9	31.4	25.5
Yucatán	24.0	19.0	28.2	22.7
Zacatecas	24.5	19.5	30.2	24.3

* Probabilidad de morir por 1,000 niños menores de un año

** Probabilidad de morir por 1,000 niños menores de cinco años

Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Diez principales causas de mortalidad en edad preescolar
Estados Unidos Mexicanos
2003**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CÓDIGO CIE-10.	DEFUNCIONES	TASA **
	Total	A00-Y98	6,432	78.2
1	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	626	7.6
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	624	7.6
3	Malformaciones congénitas del corazón	Q20-Q24	406	4.9
4	Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74	346	4.2
5	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	346	4.2
6	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9	282	3.4
7	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	a/	232	2.8
8	Leucemia	C91-C95	212	2.6
9	Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	b/	152	1.8
10	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	107	1.3
	Las demás Causas		3,100	37.7

* Información Preliminar.

** Tasa por 100,000 habitantes de 1 a 4 años.

a/ V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

b/ D65-D89, E01-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E89

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas a los programas de atención a la salud.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Diez principales causas de mortalidad en edad escolar
Estados Unidos Mexicanos
2003**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CÓDIGO CIE-10.	DEFUNCIONES	TASA **
	Total	A00-Y98	6,713	29.8
1	Leucemia	C91-C95	583	2.6
2	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	*/	514	2.3
3	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9	442	2.0
4	Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74	365	1.6
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	222	1.0
6	Malformaciones congénitas del corazón	Q20-Q24	201	0.9
7	Nefritis y nefrosis	N00-N19	198	0.9
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	187	0.8
9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84, Y87.0	159	0.7
10	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	133	0.6
	Las demás Causas		3,709	16.5

* Información preliminar.

** Tasa por 100,000 habitantes de 5 a 14 años.

*/ V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas a los programas de atención a la salud.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Diez principales causas de mortalidad en edad productiva
Estados Unidos Mexicanos
2 0 0 3**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CÓDIGO CIE-10.	DEFUNCIONES	TASA **
	Total	A00-Y98	172,040	259.7
1	Diabetes mellitus	E10-E14	22,041	33.3
2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	17,576	26.5
3	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	12,649	19.1
4	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	8,860	13.4
5	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	a/	7,744	11.7
6	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	6,219	9.4
7	VIH/SIDA	B20-B24	4,286	6.5
8	Nefritis y nefrosis	N00-N19	3,789	5.7
9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84, Y87.0	3,389	5.1
10	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9	3,281	5.0
	Las demás Causas		82,206	124.1

* Información preliminar.

** Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años.

a/ V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas a los programas de atención a la salud.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Diez principales causas de mortalidad en edad postproductiva
Estados Unidos Mexicanos
2 0 0 3**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA	CÓDIGO CIE-10.	DEFUNCIONES	TASA **
	Total	A00-Y98	245,015	4,685.0
1	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	37,227	711.8
2	Diabetes mellitus	E10-E14	34,107	652.2
3	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	20,892	399.5
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	15,388	294.2
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	8,712	166.6
6	Enfermedades hipertensivas del corazón	I10-I15	8,555	163.6
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	7,625	145.8
8	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	6,637	126.9
9	Nefritis y nefrosis	N00-N19	6,113	116.9
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	4,642	88.8
	Las demás Causas		95,117	1,818.8

* Información Preliminar.

** Tasa por 100,000 habitantes de 65 años y más.

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas a los programas de atención a la salud.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Mortalidad materna
Estados Unidos Mexicanos
2 0 0 3**

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	TASA **
Total	O00-O99, A34, B20- B24 ***	1,325	65.7
Aborto	O00-O08	89	4.4
Hemorragia obstétrica	O20,O44-O46, O67, O72	349	17.3
Infección puerperal	O85-O86, A34	44	2.2
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	417	20.7
Parto obstruido	O64-O66	2	0.1
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	184	9.1
Otras causas maternas	^{a/}	240	11.9

* Información preliminar.

** Tasa por 100,000 nacidos vivos estimados por CONAPO.

*** Si la mujer estaba embarazada.

^{a/} O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O95

No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97)

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana de 165 agrupaciones la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas a los programas de atención a la salud.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

Tendencias de la mortalidad según grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003

AÑO	General 1/	Infantil 2/	Preescolar 3/	Escolar 4/	Productiva 5/	Pos- productiva 6/	Materna 7/
1980	6.4	41.9	3.2	8.2	4.4	51.1	15.6
1985	5.4	29.6	2.4	6.0	3.7	53.2	11.4
1990	5.0	27.8	2.2	5.3	3.1	52.1	8.9
1991	4.7	24.1	1.5	4.4	3.1	51.6	8.7
1992	4.6	22.0	1.2	3.9	3.1	50.7	8.6
1993	4.6	20.8	1.2	3.8	3.0	50.7	8.5
1994	4.5	20.8	1.1	3.6	3.0	50.0	8.4
1995	4.6	20.5	1.1	3.6	2.9	51.0	8.3
1996	4.6	19.9	1.1	3.6	2.8	51.5	8.3
1997	4.5	19.8	1.0	3.5	2.8	50.2	8.2
1998	4.5	19.2	0.9	3.5	2.8	49.3	8.2
1999	4.4	18.7	0.9	3.3	2.7	48.4	8.1
2000	4.3	18.3	0.8	3.1	2.6	46.2	7.9
2001	4.3	17.4	0.8	3.1	2.6	46.0	7.7
2002	4.4	21.4	0.8	3.1	2.6	46.6	6.4
2003 ^a	4.5	20.6	0.8	3.0	2.6	46.9	6.6

1/ Tasa por 1,000 habitantes.

2/ Probabilidades de morir con base en tablas de mortalidad.

3/ Tasa por 1,000 habitantes de 1 a 4 años.

4/ Tasa por 10,000 habitantes de 5 a 14 años.

5/ Tasa por 1,000 habitantes de 15 a 64 años.

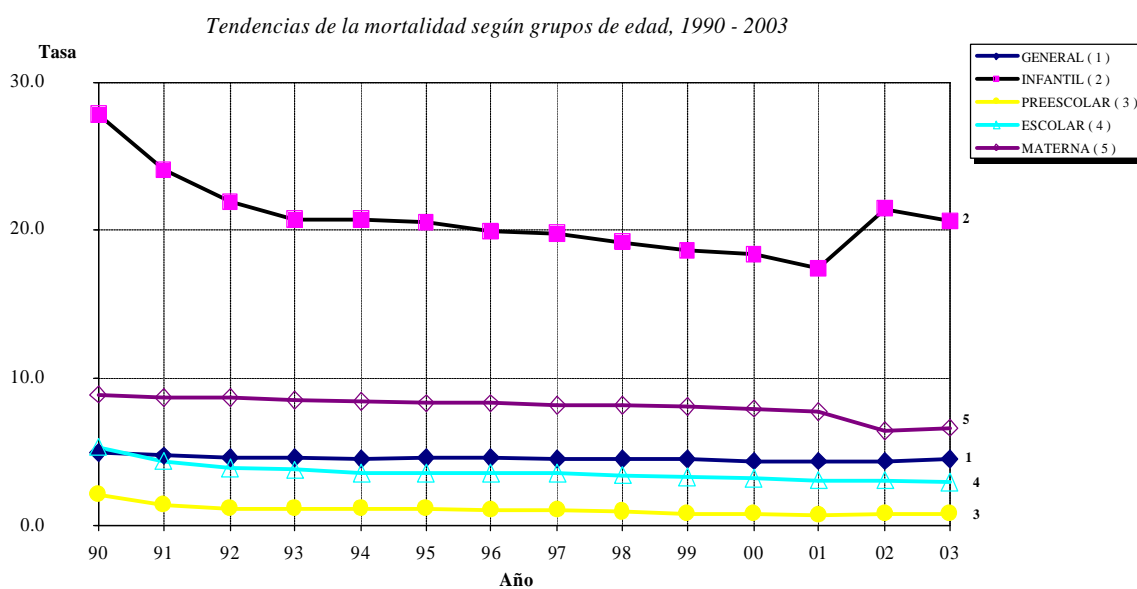
6/ Tasa por 1,000 habitantes de 65 y más años.

7/ Tasa por 10,000 nacidos vivos. Calculado a partir de la corrección del subregistro de defunciones maternas y los nacimientos estimados por CONAPO.

^a Información Preliminar.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.



*Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en < 5 años, total y por sexo
Estados Unidos Mexicanos
1990 - 2003*

Año	Total*	Hombres*	Mujeres*
1990	121.4	130.3	111.4
1991	93.7	99.1	87.9
1992	62.0	65.5	58.3
1993	57.8	60.6	54.7
1994	46.3	50.3	42.1
1995	41.5	44.2	38.8
1996	36.6	39.2	33.8
1997	32.0	34.3	29.7
1998	28.3	30.7	25.7
1999	24.8	27.6	21.9
2000	22.9	24.4	21.2
2001	20.8	23.3	18.1
2002	20.7	22.0	19.2
2003 ^a	19.8	21.7	17.8

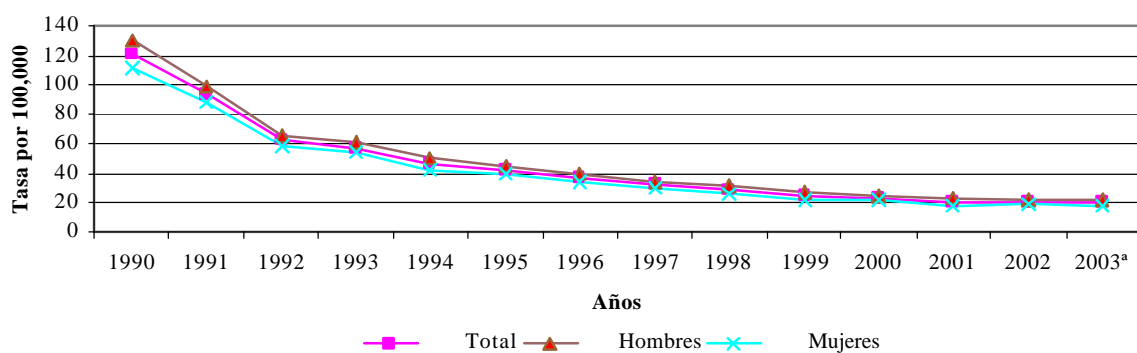
^a Información preliminar.

* Tasa por 100,000 niños menores de 5 años.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en menores de 5 años, total y por sexo
1990-2003*



Mortalidad por diarreas en niños menores de 5 años por entidad federativa, según sexo
Estados Unidos Mexicanos
 2 0 0 3*

<i>Entidad Federativa</i>	<i>Hombres**</i>	<i>Mujeres**</i>
Nacional	21.74	17.81
Aguascalientes	10.73	13.02
Baja California	11.79	10.92
Baja California Sur	8.42	31.18
Campeche	7.50	10.48
Coahuila	4.83	5.07
Colima	0.00	15.60
Chiapas	61.50	64.50
Chihuahua	15.52	13.78
Distrito Federal	13.86	9.68
Durango	8.70	5.18
Guanajuato	23.30	12.56
Guerrero	17.70	19.05
Hidalgo	9.28	6.16
Jalisco	10.90	9.85
México	30.10	24.18
Michoacán	14.32	8.68
Morelos	18.46	17.95
Nayarit	14.46	8.64
Nuevo León	5.53	3.68
Oaxaca	43.47	30.41
Puebla	39.64	32.85
Querétaro	12.44	19.44
Quintana Roo	20.12	15.33
San Luis Potosí	24.91	10.91
Sinaloa	6.71	2.34
Sonora	10.73	14.70
Tabasco	32.05	16.22
Tamaulipas	4.00	6.28
Tlaxcala	30.43	25.71
Veracruz	27.18	18.92
Yucatán	24.85	18.56
Zacatecas	10.69	12.51

* Información preliminar.

**Tasa por 100,000 niños menores de cinco años.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en < de 5 años, total y por sexo
Estados Unidos Mexicanos
1990 - 2003*

Año	Total*	Hombres*	Mujeres*
1990	111.87	120.4	102.4
1991	88.50	95.1	81.3
1992	82.53	89.4	75.1
1993	73.71	79.0	68.1
1994	79.85	86.0	73.4
1995	73.91	80.5	67.1
1996	70.03	75.6	64.2
1997	65.07	71.5	58.4
1998	50.50	54.5	46.4
1999	46.30	50.7	41.7
2000	38.80	42.2	35.2
2001	34.39	38.3	30.2
2002	38.90	42.5	35.1
2003 ^a	33.16	36.6	29.7

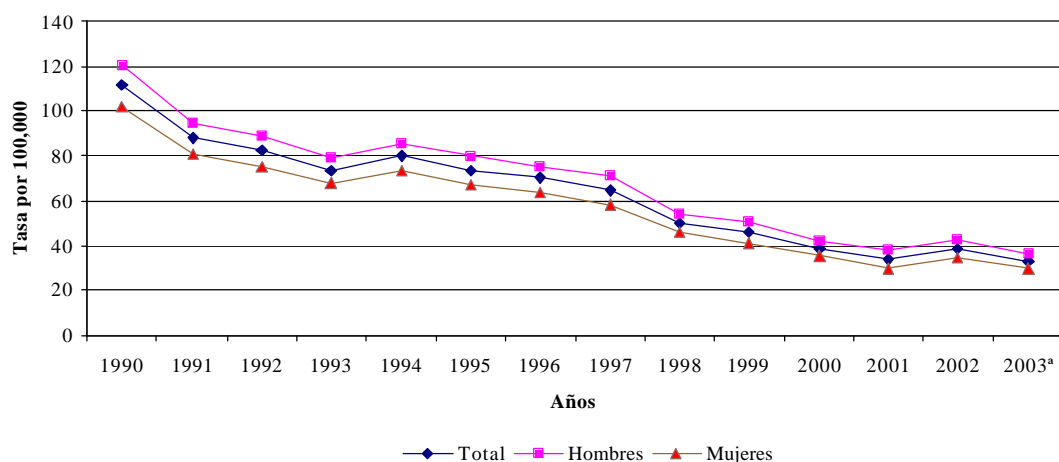
^a Información preliminar.

* Tasa por 100,000 niños menores de 5 años.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en < de 5 años, total y por sexo
1990-2003*



*Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños < de 5 años, según sexo
Estados Unidos Mexicanos
2 0 0 3**

Entidad Federativa	Hombres**	Mujeres**
Nacional	36.6	29.7
Aguascalientes	7.2	11.2
Baja California	22.2	16.0
Baja California Sur	33.7	35.6
Campeche	20.0	7.9
Coahuila	12.1	12.7
Colima	0.0	15.6
Chiapas	52.1	48.4
Chihuahua	29.3	16.9
Distrito Federal	42.1	29.6
Durango	5.0	2.6
Guanajuato	27.3	24.7
Guerrero	12.3	17.4
Hidalgo	17.7	14.1
Jalisco	17.1	16.9
México	87.8	66.9
Michoacán	15.7	19.8
Morelos	22.1	18.0
Nayarit	6.2	4.3
Nuevo León	12.1	12.1
Oaxaca	37.8	29.9
Puebla	82.5	73.8
Querétaro	29.9	29.8
Quintana Roo	14.6	9.6
San Luis Potosí	38.6	16.0
Sinaloa	13.4	4.7
Sonora	20.6	18.2
Tabasco	24.3	15.2
Tamaulipas	4.0	6.3
Tlaxcala	74.2	71.2
Veracruz	33.3	19.8
Yucatán	17.8	22.3
Zacatecas	25.4	29.2

* Información preliminar.

**Tasa por 100, 000 niños menores de cinco años.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Mortalidad por cáncer cérvico-uterino
Estados Unidos Mexicanos
1990 - 2003*

Año	Tasa *
1990	25.1
1991	23.7
1992	23.7
1993	22.9
1994	22.1
1995	21.5
1996	21.4
1997	20.7
1998	20.1
1999	19.6
2000	19.2
2001	18.2
2002	16.9
2003 ^a	16.2

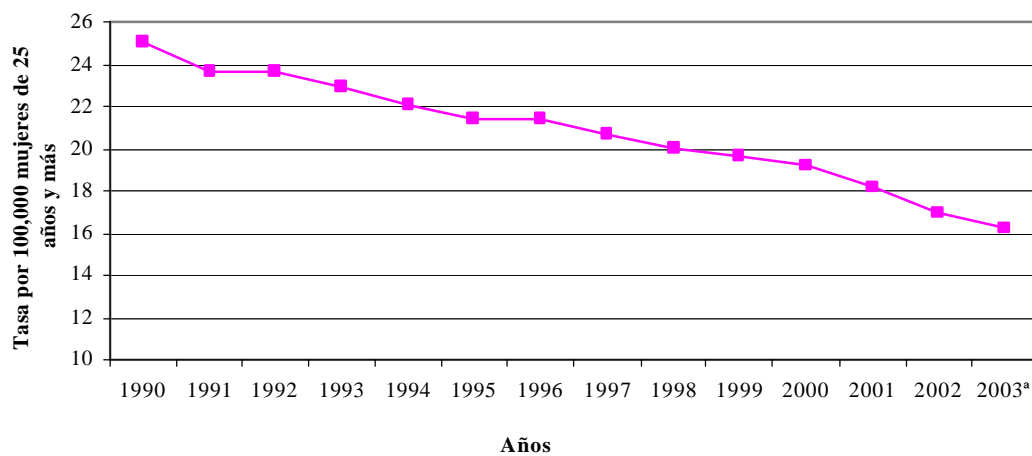
^a Información preliminar.

* Tasa de mortalidad por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

Mortalidad por cáncer cérvico-uterino, 1990 - 2003



Mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más
Estados Unidos Mexicanos
 2 0 0 3*

<i>Entidad Federativa</i>	<i>Tasa**</i>
Nacional	16.2
Aguascalientes	14.2
Baja California	11.8
Baja California Sur	21.9
Campeche	15.5
Coahuila	15.7
Colima	16.5
Chiapas	22.2
Chihuahua	15.9
Distrito Federal	13.3
Durango	11.9
Guanajuato	14.0
Guerrero	20.4
Hidalgo	12.7
Jalisco	14.7
México	12.7
Michoacán	17.7
Morelos	19.6
Nayarit	23.4
Nuevo León	10.5
Oaxaca	26.2
Puebla	16.4
Querétaro	12.3
Quintana Roo	13.1
San Luis Potosí	21.0
Sinaloa	14.7
Sonora	14.7
Tabasco	17.5
Tamaulipas	14.4
Tlaxcala	18.6
Veracruz	25.3
Yucatán	21.6
Zacatecas	13.2

* Información preliminar.

** Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

*Mortalidad por cáncer de mama
Estados Unidos Mexicanos
1990 - 2003*

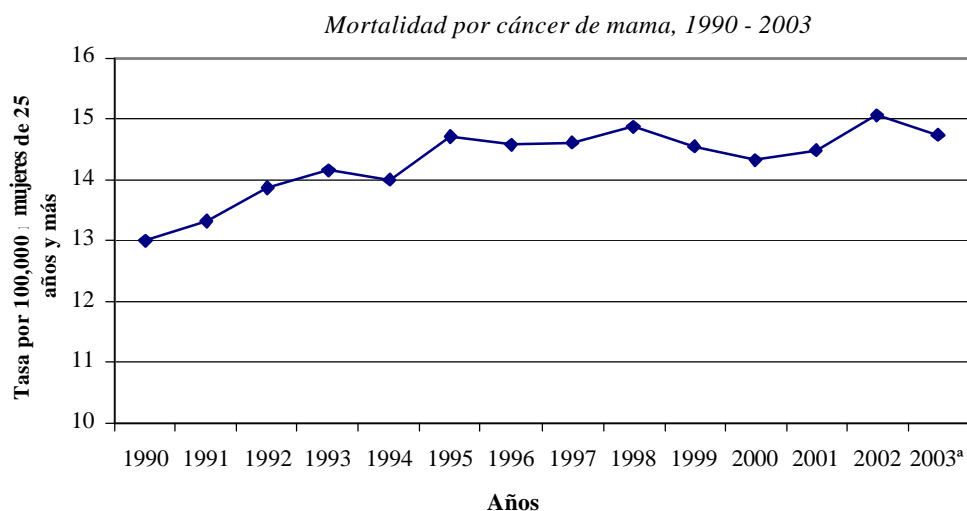
Año	Tasa *
1990	13.0
1991	13.3
1992	13.9
1993	14.2
1994	14.0
1995	14.7
1996	14.6
1997	14.6
1998	14.9
1999	14.6
2000	14.3
2001	14.5
2002	15.1
2003 ^a	14.7

^a Información preliminar.

* Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.



Mortalidad por diabetes, total y por sexo
Estados Unidos Mexicanos
1990 - 2003

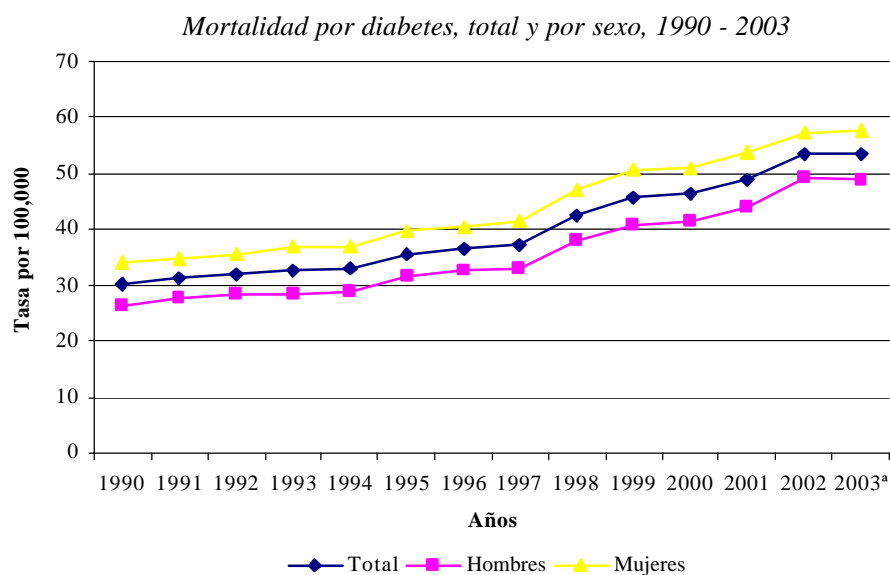
Año	Total*	Hombres*	Mujeres*
1990	30.3	26.4	34.1
1991	31.3	27.7	34.7
1992	32.0	28.5	35.4
1993	32.8	28.6	36.8
1994	33.0	29.0	36.9
1995	35.6	31.5	39.6
1996	36.6	32.6	40.6
1997	37.3	33.0	41.5
1998	42.6	38.1	47.1
1999	45.9	40.9	50.8
2000	46.3	41.6	50.9
2001	49.0	44.0	53.8
2002	53.3	49.2	57.4
2003 ^a	53.3	48.8	57.8

^a Información preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.



*Mortalidad por homicidios, total y por sexo
Estados Unidos Mexicanos
1990 - 2003*

Año	Total*	Hombres*	Mujeres*
1990	16.97	30.4	3.5
1991	17.35	31.2	3.5
1992	18.61	33.6	3.6
1993	17.65	32.0	3.4
1994	17.09	31.1	3.2
1995	16.55	30.0	3.2
1996	15.15	27.3	3.0
1997	13.93	25.1	2.8
1998	13.82	24.6	3.1
1999	12.20	21.7	2.8
2000	10.57	18.7	2.5
2001	9.98	17.5	2.5
2002	9.68	17.0	2.4
2003 ^a	9.70	17.0	2.5

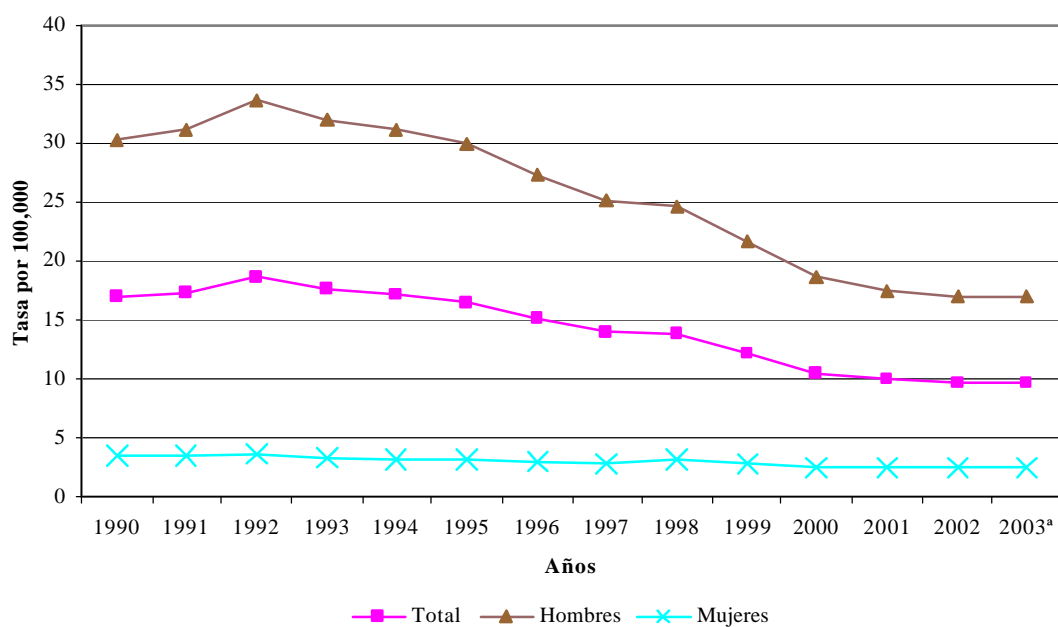
^a Información preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

Mortalidad por homicidios, total y por sexo, 1990-2003



Mortalidad por suicidios, total y por sexo
Estados Unidos Mexicanos
1960 - 2003

Año	Total*	Hombres*	Mujeres*
1960	1.83	2.64	1.02
1965	1.67	2.37	0.96
1970	1.10	1.76	0.43
1975	1.72	2.79	0.64
1981	1.44	2.29	0.57
1985	2.07	3.40	0.70
1990	2.27	3.90	0.66
1995	3.07	5.21	0.94
2000	3.44	5.84	1.06
2001	3.72	6.14	1.32
2002	3.76	6.22	1.27
2003 ^a	3.75	6.22	1.27

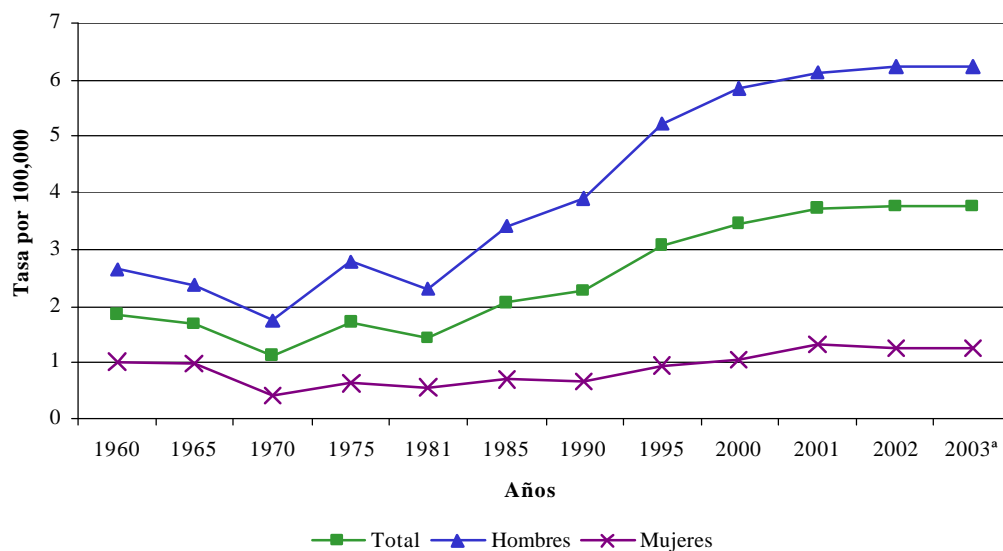
^a Información preliminar.

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002.

Mortalidad por suicidios, total y por sexo, 1960 - 2003

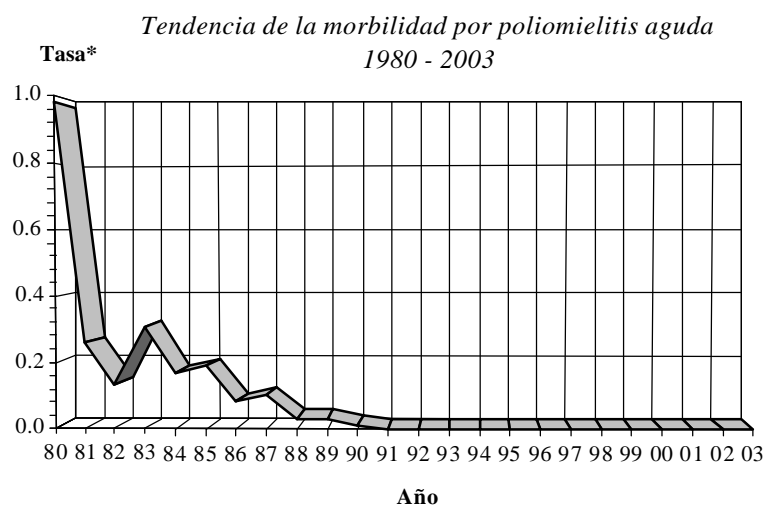


*Tendencia de la morbilidad por poliomielitis aguda
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	682	0.98
1981	186	0.26
1982	98	0.13
1983	232	0.31
1984	128	0.17
1985	148	0.19
1986	65	0.08
1987	81	0.10
1988	21	0.03
1989	27	0.03
1990	7	0.01
1991	0	0.00
1992	0	0.00
1993	0	0.00
1994	0	0.00
1995	0	0.00
1996	0	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	0	0.00
2001	0	0.00
2002	0	0.00
2003	0	0.00

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.



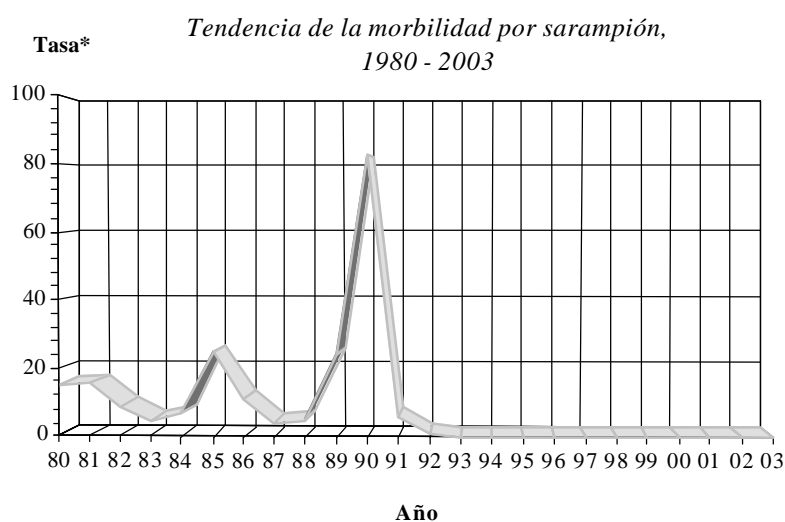
*Tendencia de la morbilidad por sarampión
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	10,546	15.14
1981	11,136	15.60
1982	6,364	8.71
1983	3,368	4.51
1984	5,158	6.76
1985	19,460	24.97
1986	8,883	11.17
1987	3,156	3.89
1988	3,789	4.58
1989	20,381	24.18
1990	68,782	82.50
1991	5,077	5.97
1992	846	0.97
1993	172	0.14
1994	128	0.14
1995	12	0.01
1996	2	0.00
1997	0	0.00
1998	0	0.00
1999	0	0.00
2000	30	0.03
2001	0	0.00
2002	0	0.00
2003 ^a	44	0.00

^a Preliminar

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.



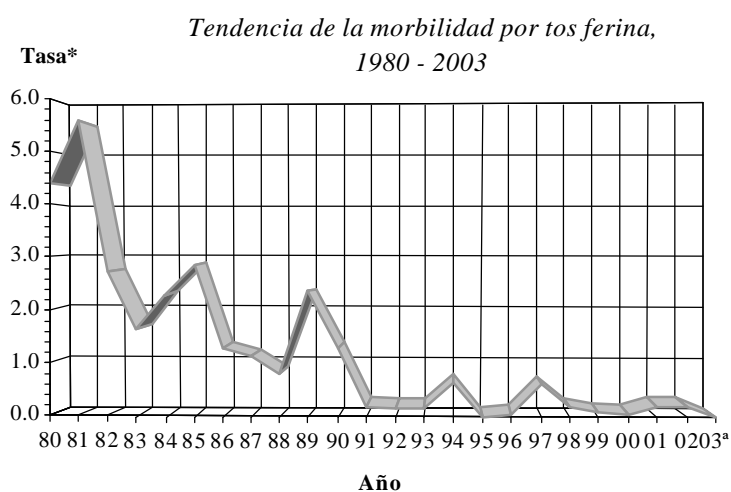
*Tendencia de la morbilidad por tos ferina
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	3,048	4.38
1981	3,977	5.57
1982	2,000	2.74
1983	1,227	1.64
1984	1,753	2.30
1985	2,231	2.86
1986	1,035	1.30
1987	914	1.13
1988	659	0.80
1989	1,978	2.35
1990	1,078	1.29
1991	163	0.19
1992	136	0.16
1993	149	0.17
1994	599	0.66
1995	15	0.02
1996	32	0.03
1997	593	0.62
1998	188	0.19
1999	92	0.09
2000	53	0.05
2001	218	0.22
2002	214	0.21
2003 ^a	97	0.00

^a Preliminar

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.



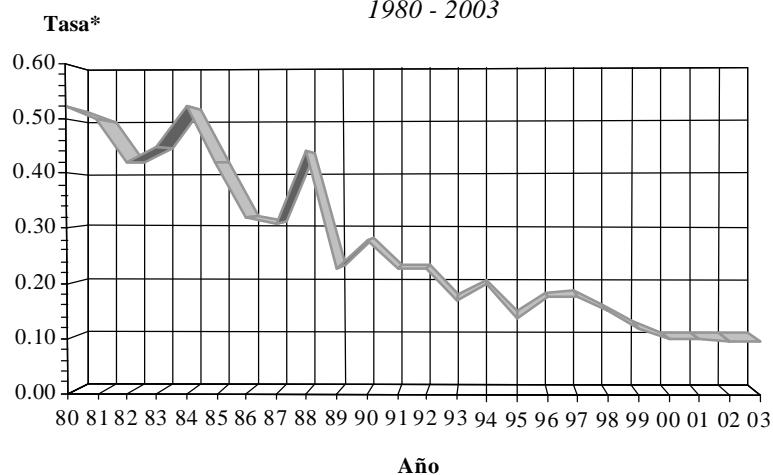
*Tendencia de la morbilidad por tétanos
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	363	0.52
1981	359	0.50
1982	307	0.42
1983	339	0.45
1984	399	0.52
1985	317	0.42
1986	255	0.32
1987	252	0.31
1988	364	0.44
1989	198	0.23
1990	236	0.28
1991	194	0.23
1992	202	0.23
1993	148	0.17
1994	177	0.20
1995	128	0.14
1996	165	0.18
1997	169	0.18
1998	148	0.15
1999	119	0.12
2000	103	0.10
2001	101	0.10
2002	101	0.10
2003	105	0.10

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

*Tendencia de la morbilidad por tétanos
1980 - 2003*

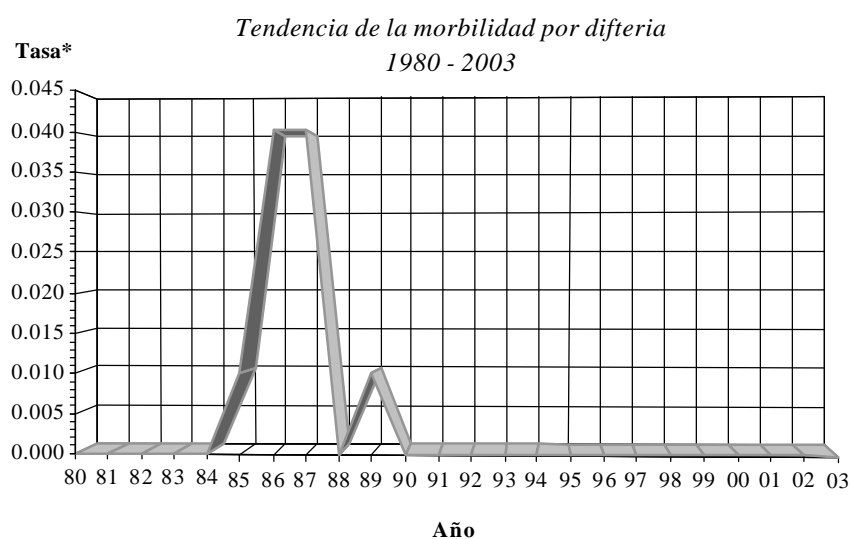


Tendencia de la morbilidad por difteria
Estados Unidos Mexicanos
 1980 - 2003

AÑO	CASOS	TASA*
1980	3	0
1981	1	0
1982	0	0
1983	0	0
1984	0	0
1985	4	0.01
1986	28	0.04
1987	31	0.04
1988	2	0
1989	6	0.01
1990	0	0
1991	1	0
1992	0	0
1993	0	0
1994	0	0
1995	0	0
1996	0	0
1997	0	0
1998	0	0
1999	0	0
2000	0	0
2001	0	0
2002	0	0
2003	0	0

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

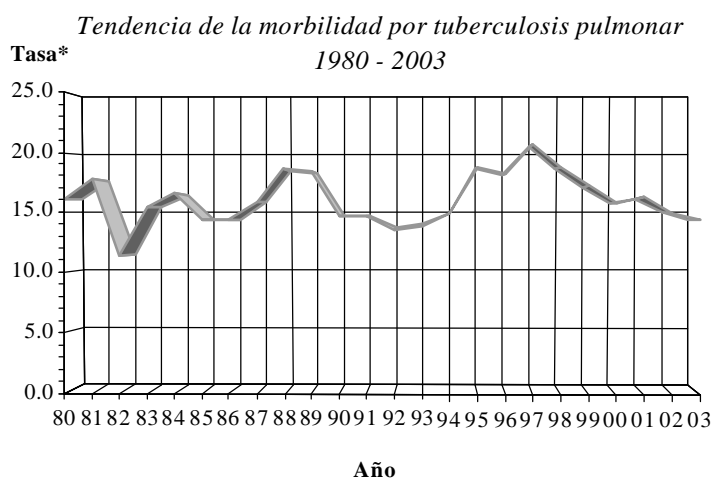


*Tendencia de la morbilidad por tuberculosis pulmonar
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	11,165	16.09
1981	12,651	17.72
1982	8,265	11.31
1983	11,506	15.40
1984	12,609	16.52
1985	11,211	14.38
1986	11,455	14.40
1987	12,906	15.91
1988	13,129	18.61
1989	13,406	18.43
1990	12,242	14.66
1991	12,554	14.74
1992	11,855	13.64
1993	12,370	13.94
1994	13,451	14.92
1995	17,157	18.65
1996	16,995	18.16
1997	19,577	20.58
1998	18,032	18.66
1999	16,881	17.20
2000	15,649	15.69
2001	16,323	16.16
2002	15,432	14.98
2003	15,055	14.40

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

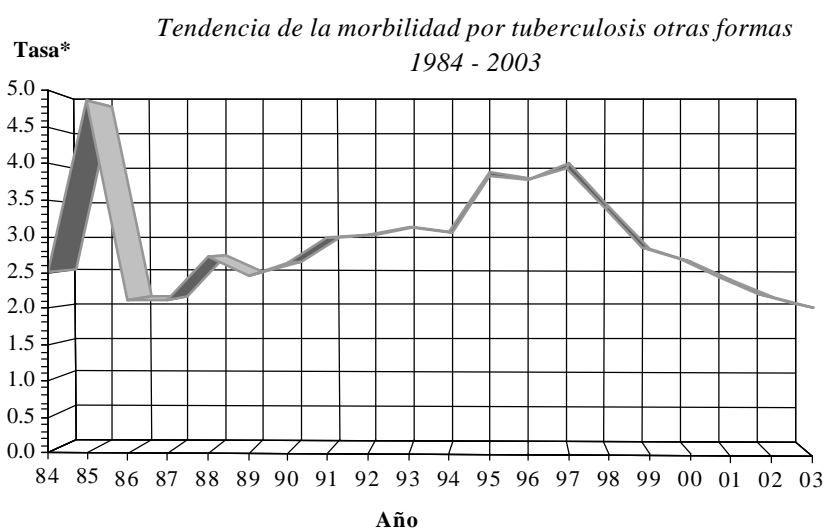


*Tendencia de la morbilidad por tuberculosis otras formas
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	N.D	-
1981	N.D	-
1982	N.D	-
1983	N.D	-
1984	1,922	2.52
1985	3,806	4.88
1986	1,695	2.13
1987	1,725	2.13
1988	2,242	2.71
1989	2,083	2.47
1990	2,195	2.63
1991	2,555	3.00
1992	2,611	3.01
1993	2,775	3.14
1994	2,759	3.06
1995	3,576	3.89
1996	3,559	3.80
1997	3,798	3.99
1998	3,297	3.41
1999	2,782	2.83
2000	2,666	2.67
2001	2,422	2.40
2002	2,230	2.16
2003	2,109	2.02

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

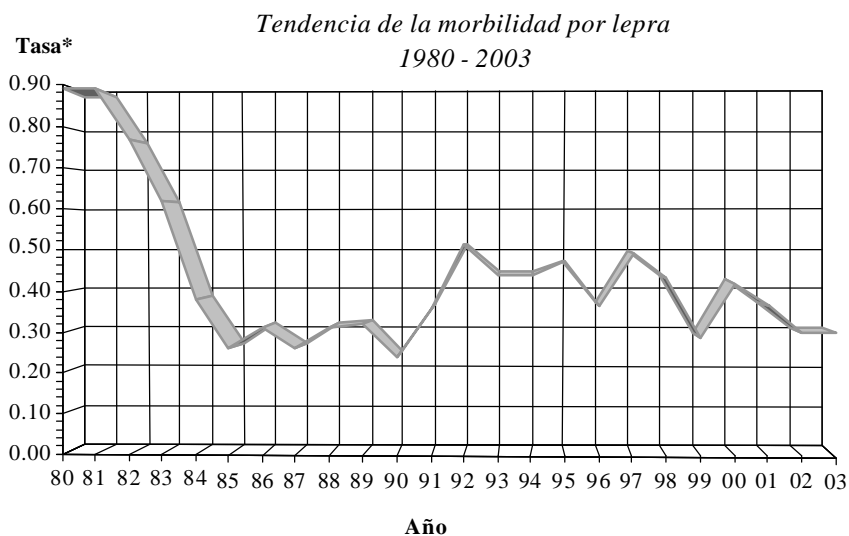


*Tendencia de la morbilidad por lepra
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	621	0.89
1981	632	0.89
1982	564	0.77
1983	465	0.62
1984	289	0.38
1985	204	0.26
1986	250	0.31
1987	213	0.26
1988	257	0.31
1989	267	0.32
1990	199	0.24
1991	310	0.36
1992	445	0.51
1993	388	0.44
1994	397	0.44
1995	433	0.47
1996	340	0.36
1997	470	0.49
1998	418	0.43
1999	283	0.29
2000	414	0.42
2001	365	0.37
2002	309	0.30
2003	267	0.30

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

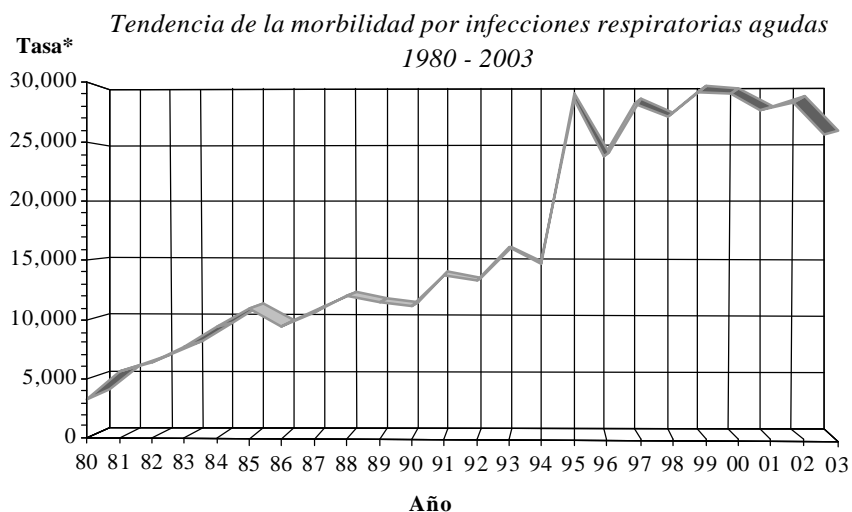


*Tendencia de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	2,313,197	3,320.93
1981	4,025,442	5,638.76
1982	4,721,683	6,461.99
1983	5,799,483	7,762.98
1984	7,158,759	9,379.24
1985	8,502,817	10,909.68
1986	7,554,083	9,496.95
1987	8,700,519	10,722.93
1988	9,899,699	11,967.55
1989	9,668,848	11,473.33
1990	9,264,520	11,112.07
1991	11,723,215	13,784.96
1992	11,558,839	13,320.52
1993	14,196,536	16,047.63
1994	13,291,100	14,740.85
1995	26,574,579	28,887.87
1996	22,507,643	24,053.92
1997	27,242,388	28,637.76
1998	26,542,632	27,462.93
1999	29,130,929	29,685.33
2000	29,318,354	29,427.32
2001	28,259,646	27,980.49
2002	29,560,794	28,688.67
2003	27,042,259	25,948.90

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.



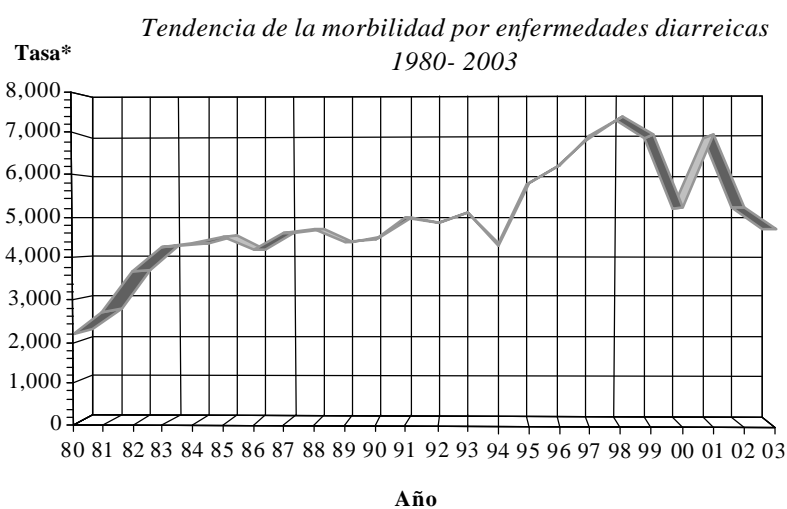
*Tendencia de la morbilidad por enfermedades diarreicas
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	1,519,791	2,181.88
1981	1,919,292	2,688.50
1982	2,692,159	3,684.43
1983	3,184,523	4,262.69
1984	3,313,417	4,341.16
1985	3,528,500	4,527.30
1986	3,335,245	4,193.05
1987	3,721,826	4,586.95
1988	3,873,520	4,682.62
1989	3,707,434	4,399.35
1990	3,724,536	4,467.29
1991	4,236,261	4,981.29
1992	4,193,049	4,832.11
1993	4,482,983	5,067.52
1994	3,888,649	4,312.81
1995	5,344,590	5,809.83
1996	5,830,323	6,230.87
1997	6,577,450	6,914.35
1998	7,151,739	7,399.71
1999	6,805,724	6,935.25
2000	5,184,776	5,203.32
2001	6,908,455	6,937.44
2002	5,374,980	5,216.40
2003	4,881,368	4,684.01

* Tasa por 100,000 habitantes.

No incluye absceso hepático amibiano (006.3,9a. Rev. y A06.4,10a. Rev.).

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología

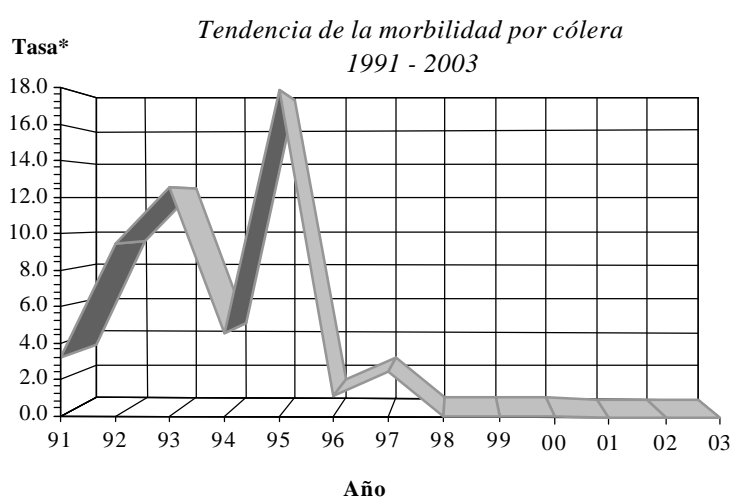


*Tendencia de la morbilidad por cólera
Estados Unidos Mexicanos
1991 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1991	2,690	3.16
1992	8,162	9.41
1993	11,091	12.54
1994	4,075	4.52
1995	16,430	17.86
1996	1,088	1.16
1997	2,356	2.48
1998	71	0.07
1999	9	0.01
2000	5	0.01
2001	1	0.00
2002	0	0.00
2003	0	0.00

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

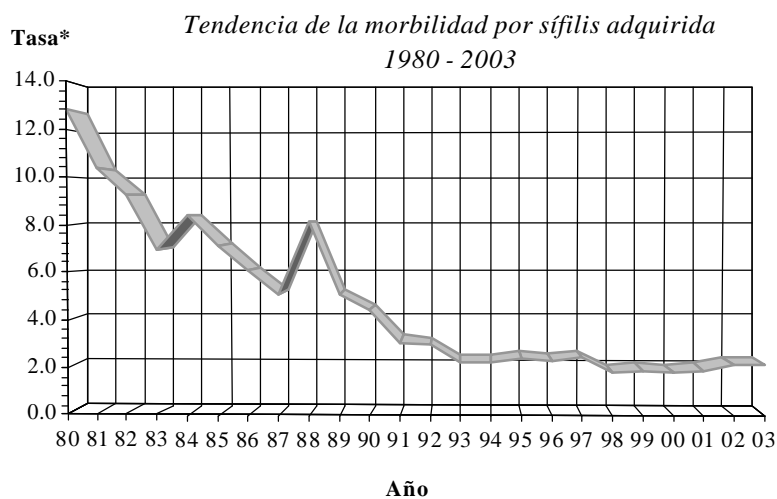


*Tendencia de la morbilidad por sífilis adquirida
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	8,931	12.82
1981	7,376	10.33
1982	6,773	9.27
1983	5,176	6.93
1984	6,396	8.38
1985	5,547	7.12
1986	4,844	6.09
1987	4,109	5.06
1988	6,712	8.11
1989	4,294	5.10
1990	3,685	4.42
1991	2,632	3.09
1992	2,553	2.94
1993	1,947	2.20
1994	1,991	2.21
1995	2,204	2.40
1996	2,140	2.29
1997	2,322	2.44
1998	1,732	1.79
1999	1,821	1.86
2000	1,824	1.82
2001	1,876	1.86
2002	2,256	2.19
2003	2,219	2.13

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

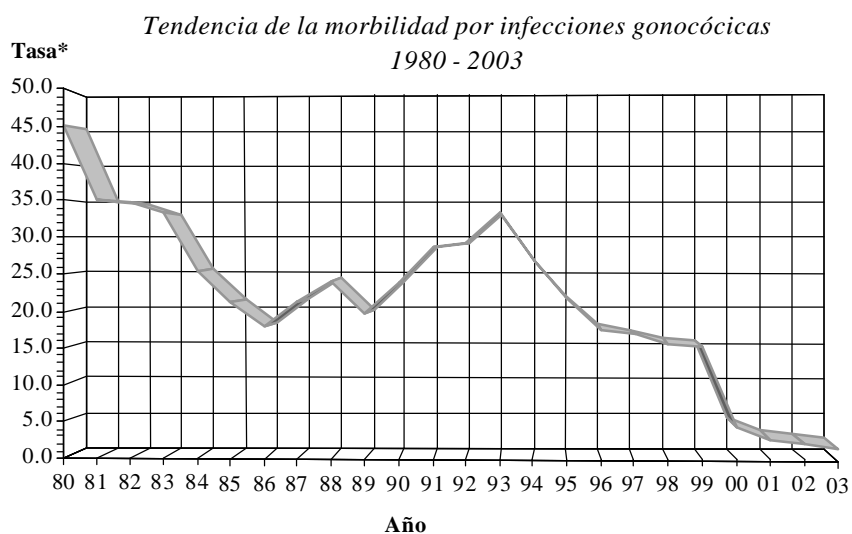


*Tendencia de la morbilidad por infecciones gonocócicas
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	31,546	45.29
1981	24,924	34.91
1982	25,354	34.70
1983	24,868	33.29
1984	19,302	25.29
1985	16,534	21.21
1986	14,306	17.99
1987	17,259	21.27
1988	19,961	24.13
1989	16,558	19.65
1990	19,870	23.83
1991	24,335	28.61
1992	25,292	29.15
1993	29,439	33.28
1994	24,085	26.71
1995	20,027	21.77
1996	16,471	17.60
1997	16,050	16.87
1998	15,101	15.62
1999	15,169	15.46
2000	4,567	4.54
2001	2,767	2.74
2002	2,414	2.34
2003	1,665	1.60

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

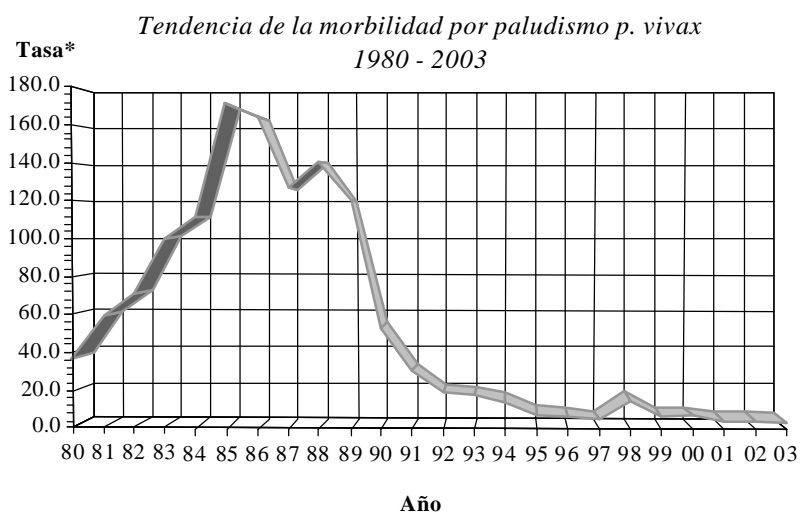


*Tendencia de la morbilidad por paludismo p. vivax
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	25,734	36.94
1981	42,104	58.98
1982	52,094	71.29
1983	75,029	100.43
1984	85,501	112.02
1985	133,698	171.54
1986	130,915	164.59
1987	102,938	126.87
1988	116,230	140.51
1989	101,241	120.14
1990	44,513	53.39
1991	26,565	30.44
1992	16,170	18.63
1993	15,793	17.85
1994	12,864	14.27
1995	7,330	7.97
1996	6,293	6.73
1997	4,788	5.03
1998	15,100	15.62
1999	6,402	6.52
2000	7,259	7.27
2001	4,927	4.88
2002	4,605	4.47
2003	3,775	3.60

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

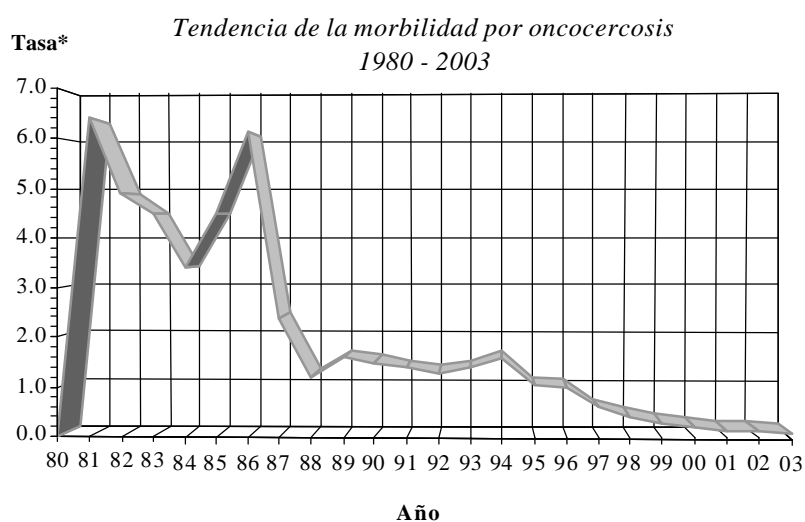


*Tendencia de la morbilidad por oncocercosis
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	0	0.00
1981	3,107	6.40
1982	2,436	4.90
1983	2,169	4.50
1984	1,695	3.40
1985	2,264	4.50
1986	3,266	6.10
1987	1,358	2.40
1988	1,431	1.20
1989	1,395	1.60
1990	1,252	1.50
1991	1,238	1.40
1992	1,138	1.30
1993	1,234	1.40
1994	1,470	1.60
1995	989	1.08
1996	963	1.03
1997	579	0.61
1998	411	0.43
1999	274	0.28
2000	174	0.20
2001	139	0.14
2002	125	0.12
2003	99	0.10

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

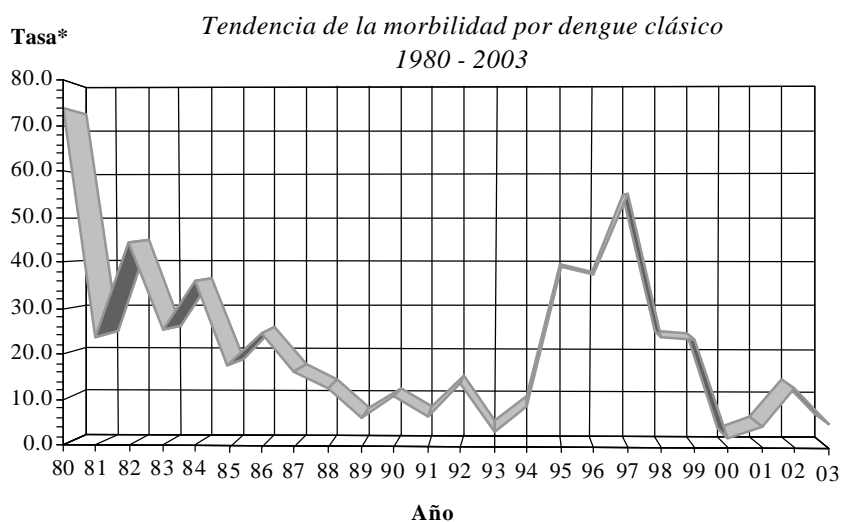


*Tendencia de la morbilidad por dengue clásico
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	51,406	73.80
1981	17,046	23.88
1982	32,640	44.67
1983	19,028	25.47
1984	27,645	36.22
1985	13,688	17.56
1986	19,708	24.78
1987	13,371	16.48
1988	10,526	12.72
1989	7,120	6.20
1990	9,516	11.09
1991	5,863	6.72
1992	11,925	13.74
1993	2,899	3.28
1994	8,072	8.95
1995	36,029	39.17
1996	35,082	37.49
1997	52,561	55.25
1998	23,267	24.07
1999	22,982	23.42
2000	1,714	1.72
2001	4,643	4.60
2002	13,254	12.86
2003	5,220	5.00

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

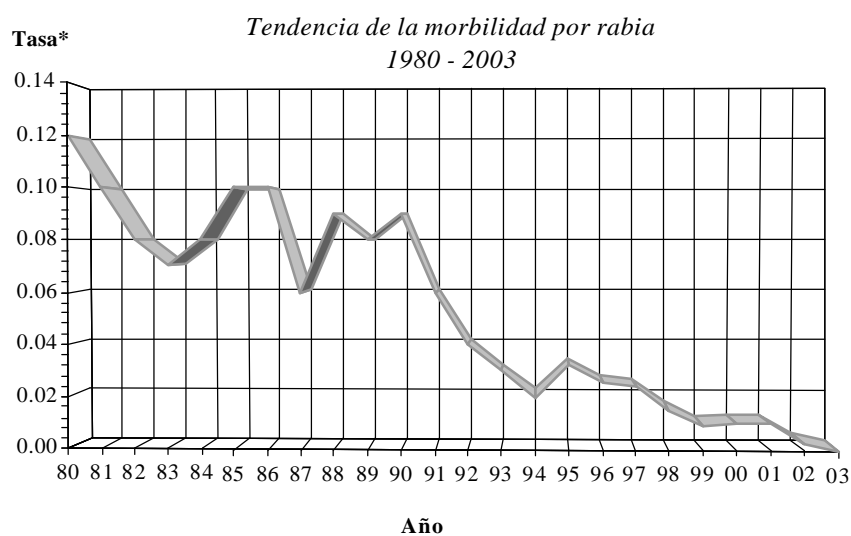


*Tendencia de la morbilidad por rabia
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	83	0.12
1981	71	0.10
1982	55	0.08
1983	55	0.07
1984	58	0.08
1985	76	0.10
1986	79	0.10
1987	51	0.06
1988	72	0.09
1989	66	0.08
1990	73	0.09
1991	50	0.06
1992	35	0.04
1993	26	0.03
1994	22	0.02
1995	30	0.03
1996	24	0.03
1997	23	0.02
1998	15	0.02
1999	9	0.01
2000	5	0.01
2001	7	0.01
2002	3	0.00
2003	1	0.00

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.

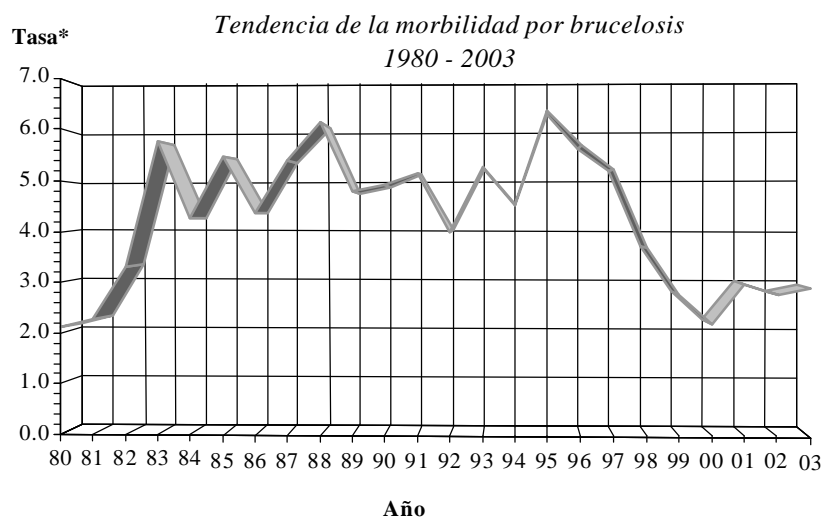


*Tendencia de la morbilidad por brucelosis
Estados Unidos Mexicanos
1980 - 2003*

AÑO	CASOS	TASA*
1980	1,471	2.11
1981	1,617	2.27
1982	2,409	3.30
1983	4,300	5.76
1984	3,260	4.27
1985	4,272	5.48
1986	3,461	4.35
1987	4,374	5.39
1988	5,063	6.12
1989	4,025	4.78
1990	4,106	4.91
1991	4,375	5.13
1992	4,012	4.00
1993	4,652	5.26
1994	4,083	4.53
1995	5,860	6.37
1996	5,324	5.69
1997	4,955	5.21
1998	3,550	3.67
1999	2,719	2.77
2000	2,171	2.18
2001	3,013	2.98
2002	2,851	2.77
2003	3,008	2.90

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología.



Recursos humanos y físicos por entidad federativa^{1/}
Estados Unidos Mexicanos
 2003

Estado	Médicos* ^{2/}	Camas censables*	Consultas por Consultorios
Nacional	1.28	0.68	23.59
Aguascalientes	1.65	0.77	26.90
Baja California	1.00	0.52	24.28
Baja California Sur	2.17	0.97	20.81
Campeche	1.73	0.81	17.96
Coahuila	1.45	0.86	28.99
Colima	1.77	0.79	17.95
Chiapas	0.79	0.36	20.47
Chihuahua	1.11	0.70	25.06
Distrito Federal	3.03	1.66	25.94
Durango	1.53	0.79	21.96
Guanajuato	0.92	0.49	23.50
Guerrero	1.08	0.42	18.37
Hidalgo	1.14	0.52	20.09
Jalisco	1.36	0.87	24.91
México	0.72	0.39	28.70
Michoacán	1.04	0.49	23.65
Morelos	1.21	0.47	21.30
Nayarit	1.62	0.63	19.24
Nuevo León	1.29	0.75	25.55
Oaxaca	1.02	0.43	17.11
Puebla	0.88	0.52	22.09
Querétaro	1.21	0.49	26.11
Quintana Roo	1.26	0.46	21.83
San Luis Potosí	1.10	0.61	23.69
Sinaloa	1.25	0.66	30.75
Sonora	1.41	0.87	26.04
Tabasco	1.53	0.62	21.81
Tamaulipas	1.48	0.83	22.65
Tlaxcala	1.29	0.50	23.36
Veracruz	1.18	0.58	20.62
Yucatán	1.43	0.80	37.25
Zacatecas	1.21	0.52	21.71

* Por 1,000 habitantes.

1/ Incluye datos del sector público.

2/ Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes de las instituciones del sector público.

Fuente: Secretaría de Salud.DGIS. Boletín de Información Estadística No. 23, 2003.

*Principales Servicios Proporcionados
Secretaría de Salud
2003 - 2004*

Servicios	2003	2004 ^{e/}	Variación porcentual
Consulta			
Externa general ^{1/}	70,130,108	74,177,824	5.8
Especializada ^{2/}	10,062,568	10,582,820	5.2
De Urgencias	5,953,685	6,376,382	7.1
De Planificación Familiar ^{3/}	6,605,207	6,885,060	4.2
Odontológica	4,989,532	5,155,327	3.3
Pláticas de Educación para la Salud	6,094,924	6,371,855	4.8
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,008,890	1,072,367	6.3
Egresos	1,719,216	1,767,353	2.8

1/ Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.

2/ Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

3/ No incluye información de estrategia de extensión de cobertura.

^{e/} Cifras estimadas.

Fuente: Secretaría de Salud. DGIS. Sistema de Información en Salud. Subsistema de Servicios.

*Porcentaje de nacimientos por cesárea por entidad federativa
Estados Unidos Mexicanos
2003*

Entidad Federativa	Porcentaje
Nacional	33.6
Aguascalientes	37.1
Baja California	34.6
Baja California Sur	40.1
Campeche	35.3
Coahuila	35.0
Colima	38.1
Chiapas	29.7
Chihuahua	31.6
Distrito Federal	39.5
Durango	29.3
Guanajuato	33.0
Guerrero	29.4
Hidalgo	30.9
Jalisco	34.3
México	30.1
Michoacán	33.0
Morelos	34.9
Nayarit	31.8
Nuevo León	40.3
Oaxaca	32.7
Puebla	29.3
Querétaro	37.0
Quintana Roo	36.7
San Luis Potosí	25.2
Sinaloa	39.2
Sonora	36.3
Tabasco	37.3
Tamaulipas	36.4
Tlaxcala	33.0
Veracruz	35.9
Yucatán	37.7
Zacatecas	25.0

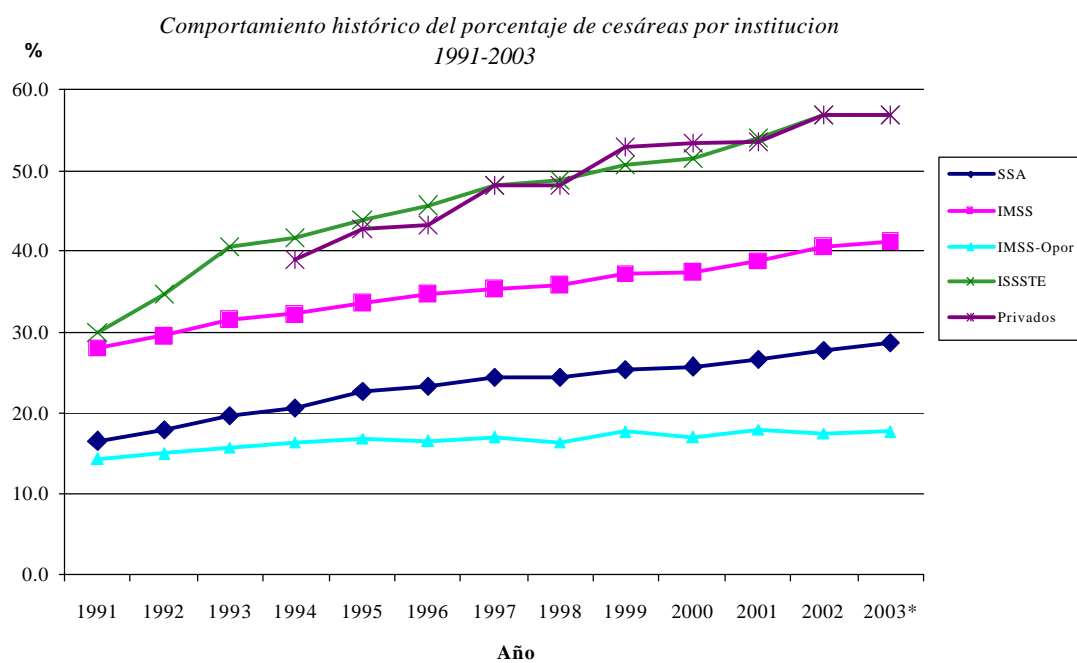
Fuente: Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística No. 23, 2003.

*Porcentaje de cesáreas por institución
Estados Unidos Mexicanos
1991 - 2003*

Año	SSA	IMSS	IMSS-Opor	ISSSTE	Privados
1991	16.5	27.9	14.4	30.1	
1992	18.0	29.6	14.9	34.6	
1993	19.6	31.5	15.7	40.6	
1994	20.5	32.3	16.3	41.7	39.0
1995	22.6	33.6	16.8	43.9	42.8
1996	23.2	34.7	16.6	45.6	43.2
1997	24.4	35.3	17.1	48.0	48.1
1998	24.4	35.8	16.3	48.9	48.2
1999	25.4	37.2	17.6	50.6	52.8
2000	25.6	37.5	17.0	51.6	53.2
2001	26.7	38.8	17.8	53.9	53.6
2002	27.8	40.6	17.4	56.8	56.9
2003*	28.6	41.3	17.7	56.8	56.9

* Para el ISSSTE y privados son datos preliminares.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.



Cobertura de vacunación en niños de 1 año y en niños de 1 a 4 años
Estados Unidos Mexicanos
 2003

Entidad Federativa	% de niños de 1 año*	% de niños de 1-4 años*
Nacional	95.3	98.1
Aguascalientes	96.8	98.6
Baja California	92.7	97.5
Baja California Sur	99.3	99.7
Campeche	100.0	100.0
Coahuila	96.9	99.0
Colima	97.1	99.0
Chiapas	95.4	97.9
Chihuahua	94.9	98.4
Distrito Federal	83.2	92.9
Durango	95.8	98.6
Guanajuato	96.1	98.6
Guerrero	97.8	99.2
Hidalgo	99.8	99.9
Jalisco	95.0	96.1
México	86.5	95.6
Michoacán	98.7	99.6
Morelos	97.2	99.2
Nayarit	100.0	100.0
Nuevo León	95.7	98.2
Oaxaca	98.6	99.4
Puebla	97.3	98.9
Querétaro	96.8	98.6
Quintana Roo	98.1	99.3
San Luis Potosí	99.6	99.9
Sinaloa	98.7	99.3
Sonora	96.1	98.8
Tabasco	99.9	100.0
Tamaulipas	100.0	100.0
Tlaxcala	98.9	99.6
Veracruz	98.9	99.6
Yucatán	98.7	98.9
Zacatecas	99.6	99.8

* Esquema completo de vacunación.

Fuente: Secretaría de Salud. Consejos Estatales de Prevención y Control de Enfermedades, PROVAC.

*Tiempo de espera y porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera
Estados Unidos Mexicanos
2003*

Entidad Federativa	Tiempo de espera en Primer Nivel ^{1/}	Tiempo de espera en Urgencias ^{1/}	% de usuarios satisfechos Primer Nivel	% de usuarios satisfechos Urgencias
Nacional	26.23	17.75	90.07	86.61
Aguascalientes	28.59	18.32	88.66	88.38
Baja California	66.82	28.68	77.13	65.38
Baja California Sur	23.71	16.65	88.88	91.39
Campeche	34.20	27.99	85.92	88.63
Coahuila	20.56	14.80	89.59	80.15
Colima	29.29	25.36	94.67	87.28
Chiapas	23.35	14.14	93.47	91.28
Chihuahua	21.89	17.98	92.38	87.73
Distrito Federal	NPMI	NPMI	N.A.	N.A.
Durango	21.37	10.74	93.31	89.97
Guanajuato	38.37	14.12	86.38	84.35
Guerrero	35.55	19.63	86.09	84.32
Hidalgo	28.81	21.14	86.07	78.41
Jalisco	16.42	17.22	84.58	86.54
México	51.07	30.70	84.03	82.21
Michoacán	28.91	22.30	88.46	81.06
Morelos	16.78	15.89	87.58	82.77
Nayarit	18.05	12.79	92.05	91.59
Nuevo León	27.01	18.38	93.49	89.50
Oaxaca	22.86	37.08	91.29	77.46
Puebla	37.92	25.37	85.16	87.82
Querétaro	24.57	19.36	81.45	78.27
Quintana Roo	25.75	19.25	83.99	75.01
San Luis Potosí	56.12	12.69	87.98	89.58
Sinaloa	25.69	14.30	92.26	91.74
Sonora	24.54	11.73	89.92	89.91
Tabasco	34.12	26.10	92.91	87.11
Tamaulipas	18.33	14.39	90.52	92.17
Tlaxcala	20.44	16.96	89.18	78.47
Veracruz	13.51	10.59	92.67	93.67
Yucatán	26.21	35.09	89.27	87.67
Zacatecas	24.31	11.57	90.94	87.82

1/ Tiempo promedio de espera en minutos.

NPMI: No participa en el monitoreo de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

N.A: No aplica.

Fuente: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Monitoreo de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Gasto público en salud per cápita por tipo de aseguramiento
Estados Unidos Mexicanos
2003

Entidad Federativa	Asegurados ^{1/}	No asegurados ^{1/}
Nacional	2,732	1,117
Aguascalientes	2,395	1,628
Baja California	2,266	750
Baja California Sur	3,680	2,111
Campeche	3,123	1,644
Coahuila	2,416	1,279
Colima	2,876	1,883
Chiapas	1,863	822
Chihuahua	2,147	1,226
Distrito Federal	7,046	2,065
Durango	2,185	1,337
Guanajuato	2,166	626
Guerrero	2,338	715
Hidalgo	2,099	1,006
Jalisco	2,450	1,101
México	1,215	729
Michoacán	2,071	629
Morelos	2,571	816
Nayarit	2,668	1,102
Nuevo León	2,620	937
Oaxaca	1,772	856
Puebla	2,446	575
Querétaro	1,991	997
Quintana Roo	2,367	1,283
San Luis Potosí	2,137	844
Sinaloa	2,235	1,209
Sonora	2,315	1,612
Tabasco	3,051	1,785
Tamaulipas	2,553	1,310
Tlaxcala	2,139	854
Veracruz	2,915	824
Yucatán	3,005	1,115
Zacatecas	2,171	996

^{1/} Las poblaciones están contabilizadas a mitad del período por la Dirección General de Información en Salud, SSA.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.

Relación entre las aportaciones estatales y federales
Estados Unidos Mexicanos
2003

Entidad Federativa	Estatad ^{1/}	Federal ^{1/}
Nacional	10,395,475	53,213,834
Aguascalientes	140,451	521,434
Baja California	5,130	793,673
Baja California Sur	27,822	346,874
Campeche	66,211	600,502
Coahuila	59,907	756,998
Colima	14,937	496,085
Chiapas	280,645	2,554,633
Chihuahua	343,424	1,136,625
Distrito Federal	2,702,370	5,053,963
Durango	27,940	916,096
Guanajuato	348,171	1,576,822
Guerrero	28,371	1,719,110
Hidalgo	53,900	1,544,535
Jalisco	1,505,518	2,187,661
México	50,450	5,416,228
Michoacán	175,193	1,690,623
Morelos	118,344	719,065
Nayarit	50,625	579,008
Nuevo León	123,670	984,392
Oaxaca	129,610	2,234,801
Puebla	345,629	1,866,967
Querétaro	47,915	710,042
Quintana Roo	72,629	549,498
San Luis Potosí	53,800	1,122,968
Sinaloa	286,307	1,142,291
Sonora	436,684	998,006
Tabasco	1,352,636	1,036,500
Tamaulipas	349,584	1,353,662
Tlaxcala	55,432	518,294
Veracruz	1,026,380	2,880,358
Yucatán	53,413	920,054
Zacatecas	62,379	849,614

1/ Cifras expresadas en miles de pesos. Los recursos federales corresponden al ramo 12 y ramo 33 de la Secretaría de Salud. La información de las aportaciones estatales fue proporcionada por las entidades federativas.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.

Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto
Estados Unidos Mexicanos
 2003

Entidad Federativa	% PIB
Nacional	2.9
Aguascalientes	3.1
Baja California	2.3
Baja California Sur	4.4
Campeche	2.4
Coahuila	2.7
Colima	4.2
Chiapas	4.2
Chihuahua	2.3
Distrito Federal	3.1
Durango	3.5
Guanajuato	3.1
Guerrero	3.4
Hidalgo	3.8
Jalisco	3.0
México	2.2
Michoacán	3.1
Morelos	3.0
Nayarit	4.9
Nuevo León	2.1
Oaxaca	4.1
Puebla	2.8
Querétaro	2.3
Quintana Roo	2.3
San Luis Potosí	3.1
Sinaloa	3.9
Sonora	3.0
Tabasco	5.9
Tamaulipas	3.4
Tlaxcala	4.2
Veracruz	4.2
Yucatán	4.5
Zacatecas	4.1

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.

Directorio

DR. JULIO FRENK MORA	SECRETARIO DE SALUD
DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS	SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DR. ROBERTO TAPIA CONYER	SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
LIC. MA. EUGENIA DE LEÓN-MAY	SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DR. JAIME SEPÚLVEDA AMOR	COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
ACT. JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ ORTÍZ	COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER	TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO
DR. SANTIAGO LEVY ALGAZI	DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SRA. ANA TERESA ARANDA OROZCO	DIRECTORA DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DRA. MERCEDES JUAN LÓPEZ	SECRETARIA DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL
DR. JAVIER DE JESÚS CABRAL SOTO	COORDINADOR GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
DR. GABRIEL GARCÍA PÉREZ	TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Unidades Participantes

DR. MIGUEL ÁNGEL LEZANA FERNÁNDEZ	COORDINACIÓN DE ASESORES DEL C. SECRETARIO DE SALUD
LIC. IGNACIO IBARRA ESPINOZA	DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
LIC. ADRIANA CUEVAS ARGUMEDO	DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL
LIC. MARÍA EUGENIA GALVÁN ANTILLÓN	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
DR. MIGUEL BERNARDO ROMERO TÉLLEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DR. CARLOS SANTOS BURGOA	DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
DR. LUIS RUBÉN DURÁN FONTES	DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA	CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA
DR. RODOLFO ROJAS RUBÍ	SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD
DR. JOSÉ JULIO BUSTOS PÉREZ	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN CON LOS ESTADOS
DR. BERNARDO BIDART RAMOS	DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA
LIC. MAURICIO BAILÓN GONZÁLEZ	DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES
MTO. FERNANDO JAVIER CHACÓN SOSA	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO
DR. VÍCTOR MANUEL GUERRA ORTÍZ	DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
C.P. MIGUEL VILLASEÑOR MIRANDA	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
ING. ARTURO PÉREZ ESTRADA	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA
DR. RAFAEL LOZANO ASCENCIO	DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
DR. OCTAVIO GÓMEZ DANTÉS	DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
DR. EDUARDO VÁZQUEZ-VELA SÁNCHEZ	DIRECCIÓN GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES
M. EN C. ADRIANA VELÁZQUEZ BERUMEN	CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD
DR. RAÚL CONTRERAS BUSTAMANTE	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DR. CRISTOBAL RUÍZ GAYTÁN LÓPEZ	SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES
DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG	DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
DR. ADOLFO MARTÍNEZ PALOMO	DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
LIC. HERMILO LÓPEZ COELLO	LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO S.A. DE C.V.

Órganos Desconcentrados

DR. CARLOS TENA TAMAYO	COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DR. RAFAEL ANTONIO MARÍN Y LÓPEZ	CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
DR. LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA	CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DR. ARTURO DIB KURI	CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DR. OSCAR JULIO VELÁZQUEZ MONROY	CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DR. JORGE ALEJANDRO SAAVEDRA LÓPEZ	CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA
DR. ROMEO SERGIO RODRIGUEZ SUÁREZ	CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
DR. HERIBERTO PÉREZ TERRAZAS	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DR. ENRIQUE CAMARENA	SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
DR. LUIS SOLÓRZANO FLORES	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
LIC. ERNESTO ENRÍQUEZ RUBIO	COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Organismos Públicos Descentralizados

DR. GERHARD HEINZE MARTÍN	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”
DR. VÍCTOR MANUEL GUIZA CRUZ	CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
DR. GERMAN FAJARDO DOLCI	HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
DR. FRANCISCO HIGUERA RAMÍREZ	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DR. JOSE IGNACIO SANTOS PRECIADO	HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”
DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DR. FAUSE ATTIE CURY	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DR. FERNANDO CANO VALLE	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
DR. FERNANDO GABILONDO NAVARRO	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”
DR. JULIO E. SOTELO MORALES	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ”
DR. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ WEBER	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DR. ROBERTO AHUED AHUED	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Cuarto Informe de Labores de la Secretaría de Salud,
Se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2004, en
Talleres Gráficos de México, Canal del Norte No. 80,
Col. Felipe Pescador, Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06280, México, D. F.

Esta edición consta de 1,250 ejemplares