

Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

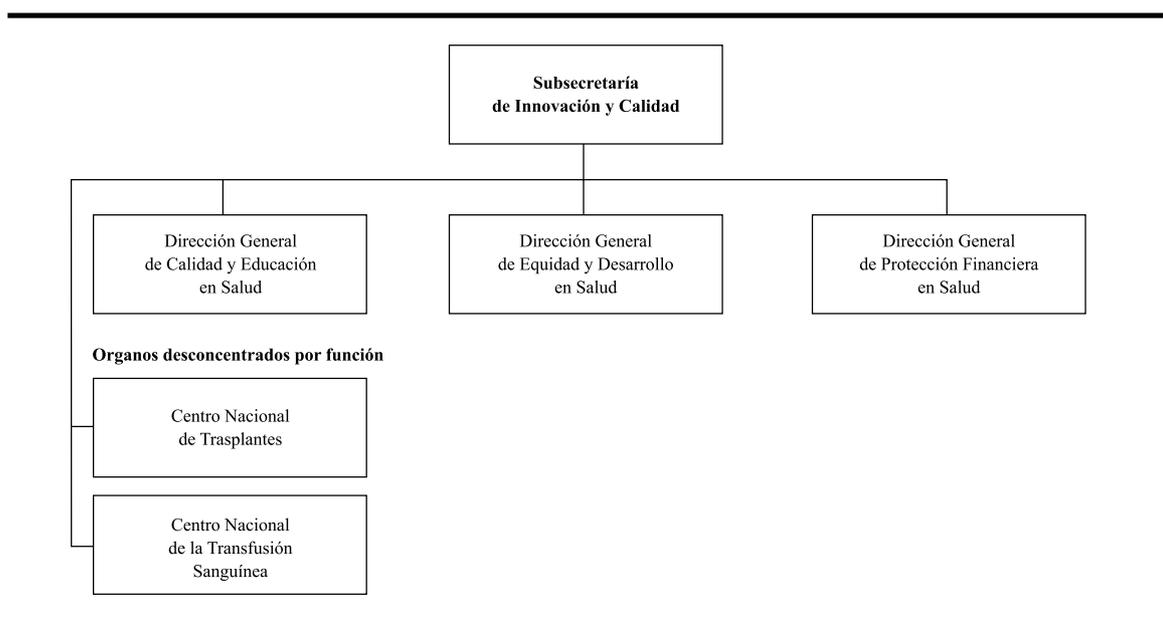
2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

Función

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

Estructura Orgánica

Subsecretaría de Innovación y Calidad



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

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

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

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

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

2.1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avance Nacional de Indicadores del Primer Nivel de Atención

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

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

Avance Nacional de Indicadores del Segundo Nivel de Atención

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

1/ Corresponde a cifras de diciembre 2000

2/ Corresponde a cifras de enero a agosto de 2001

Principales determinantes para la obtención de los avances

Calidad técnica

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

Calidad percibida

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

Desarrollo de cultura por la calidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Investigación de servicios de salud con enfoque de calidad

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

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

2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud

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

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

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

2.2.1. Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud

Programa de Ampliación de Cobertura

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

Universo de trabajo

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

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

Principales acciones y resultados

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

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

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

Recursos Humanos

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

Infraestructura

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

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

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

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

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

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

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

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

Parque vehicular

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

Principales acciones sustantivas

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

Actividades relevantes

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

Los objetivos específicos de la reunión fueron:

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

Descentralización del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)

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

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

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

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

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

Al concluir el proceso de descentralización se habrán transferido:

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

Programa de Educación, Salud y Alimentación

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

Principales acciones y resultados

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

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

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

Recursos humanos

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

Suplemento alimenticio

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

Promoción y educación para la salud

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

Principales acciones sustantivas

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

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

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

Indicadores de seguimiento y evaluación

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

Fuente: Dirección de Información Gerencial. IMSS-Solidaridad

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

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

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

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

Programa de Cirugía Extramuros

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

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

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

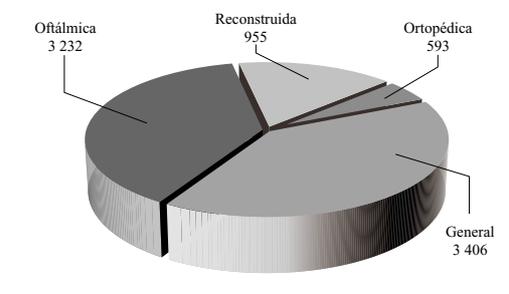
Principales acciones sustantivas

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

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

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

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



2.2.2. Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos del MIDAS

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

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

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

Beneficio social tangible. Se espera con esto:

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

2.2.4. Sistema e-Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud

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

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

Reuniones

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

2.3.1. Seguro Popular de Salud

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

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

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

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

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

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

2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

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

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

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

Dictámenes anuales

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

Dictámenes provisionales

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

Dictámenes definitivos

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

Ratificación de Contralores Médicos

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

Informes cuatrimestrales de Contralores Médicos

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

Reuniones con Contralores Médicos

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

Reuniones del Comité Interno de ISES

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

Fortalecimiento del marco jurídico de las ISES

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

Coordinación con autoridades del estado de California de los Estados Unidos

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

2.4. Centro Nacional de Trasplantes

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

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

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

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

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

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

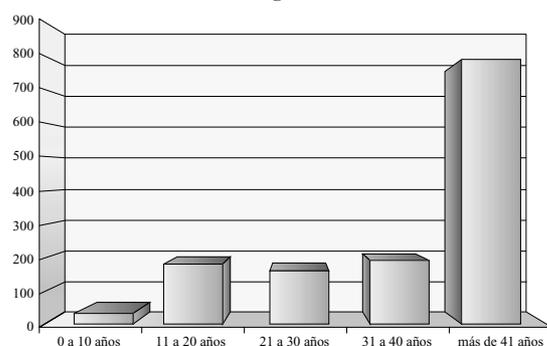
Con la finalidad de asegurar una mayor calidad de los procedimientos para los trasplantes, se dispone de un registro de profesionales de las diferentes disciplinas del proceso donación y trasplantes, este registro esta conformado actualmente por 1 400 profesionistas.

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

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

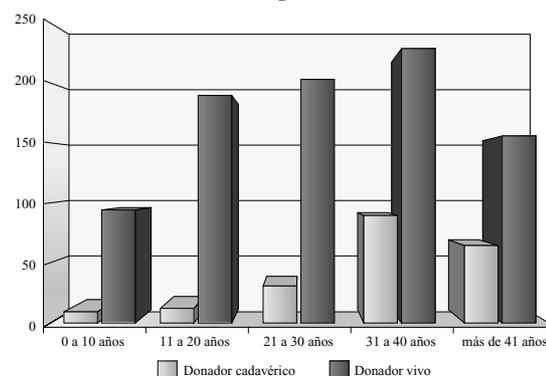
Con el propósito de favorecer la difusión de información, durante el período de este informe se fortaleció la capacitación del personal que labora en las instituciones de salud que atienden a la población sin seguridad social, para brindar información real, confiable y oportuna. Asimismo, se logró la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

**Trasplante de Córneas
enero - agosto 2001**



Fuente: Registro Nacional de Trasplantes

**Trasplante de Riñones
enero - agosto 2001**



Fuente: Registro Nacional de Trasplantes

Trasplantes realizados 1997-2001

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

2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Es un órgano desconcentrado por función que tiene como responsabilidad:

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

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

Para cumplir con este propósito se aplicaron las siguientes estrategias:

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

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

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

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

Capacitación

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

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

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

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

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

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

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

Cursos y Trabajadores Capacitados

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

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

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

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

Promoción y captación de donadores

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

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

Donadores Totales enero - junio 2001

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

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

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