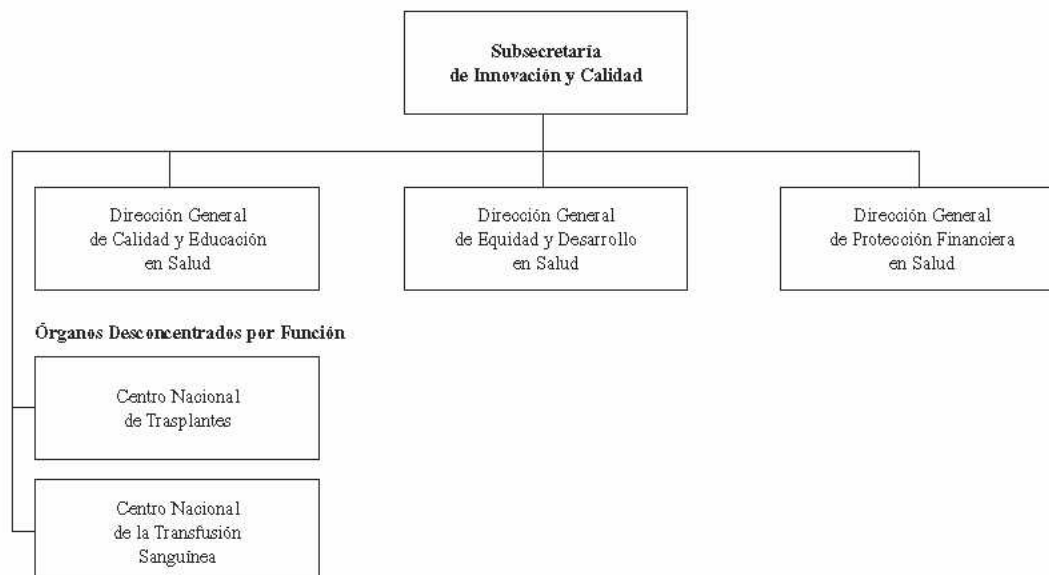


# Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

## 2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ***2.1. Dirección General de Calidad y Educación en Salud***

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre los principales logros destacan los siguientes:

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

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

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

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

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

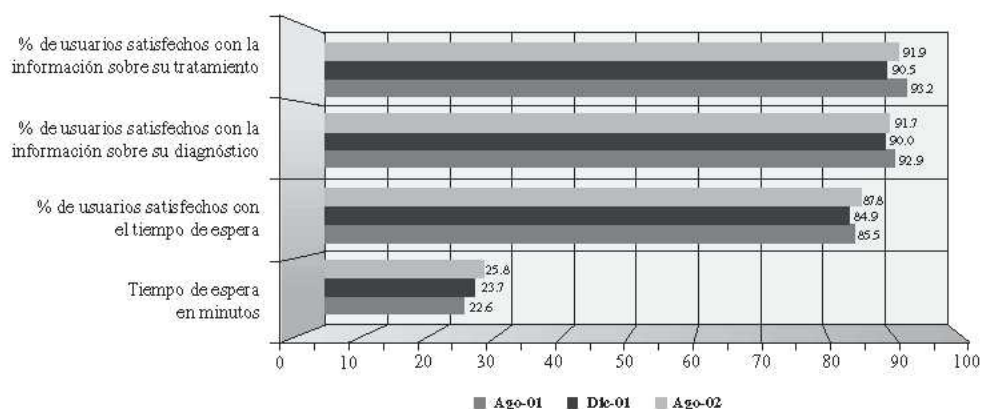
Meta o Indicadores	Estándar	Alcanzado Ago. 2001	Alcanzado Dic. 2001	Alcanzado Ene-ago 2002
Tiempo de espera en minutos	30.0	22.6	23.7	25.8
% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera	95.0	85.5	84.9	87.8
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico	80.0	92.9	90.0	91.7
% de usuarios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

Fuente: Secretaría de Salud.

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

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

Indicadores del primer nivel de atención



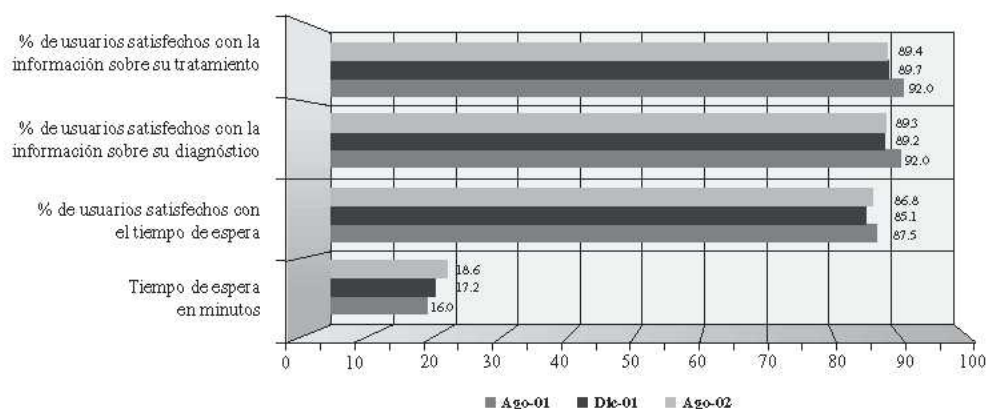
Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud  
Indicadores del Segundo Nivel de Atención

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

Fuente: Secretaría de Salud.

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

*Indicadores del segundo nivel de atención*



Calidad total de la gestión pública:

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

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

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



Principales problemas a superar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo a otras carreras:

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

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

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

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

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

**2.1.3. Regulación y adecuación normativa**

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

Los logros alcanzados en este período son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ***2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud***

A la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud le corresponde contribuir a elevar el nivel de vida y bienestar de los grupos vulnerables mediante el otorgamiento de un paquete de servicios de salud, con equidad de acceso y utilización, principalmente en las regiones prioritarias y a la población con acceso limitado o sin cobertura de los servicios de salud, con énfasis en la atención de la salud de los pueblos indígenas; formular, difundir y coordinar las políticas, programas y estrategias en materia de equidad y desarrollo de los servicios esenciales de salud; e impulsar el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población, con base en estrategias innovadoras que permitan captar y atender las demandas de la población, entre otras.

Tiene bajo su responsabilidad los siguientes programas:

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

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

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

### ***2.2.1. Programa de Ampliación de Cobertura***

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

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

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

### ***Principales acciones y resultados***

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

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

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

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

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



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

### **2.2.1. Programa de Ampliación de Cobertura**

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

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

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

### **Principales acciones y resultados**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Cobertura de Servicios de Salud 2002  
(miles de personas)*

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

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

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

### **2.2.2. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes PROGRESA)**

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

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

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

### *Principales acciones y resultados*

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Impacto del programa***

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

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

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

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

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

El Programa contempla los siguientes objetivos: procurar mayor equidad en los servicios de salud para población que vive en zonas de alta marginación; aumentar la calidad de los servicios de salud en municipios con los menores índices de bienestar; incrementar el acceso, equidad y calidad de los servicios de salud con dignidad a grupos indígenas y desarrollar modelos de innovación en servicios que permitan disminuir los rezagos en salud.

Aun cuando este proyecto arrancó formalmente en el 2002, en el 2001 se iniciaron acciones preparatorias, evaluaciones ex-ante y modelos piloto, cuyo objetivo fue el crear esquemas innovadores para disminuir los rezagos en salud, hacer un uso más eficiente de los recursos públicos destinados a este sector y separar el financiamiento de la prestación de servicios.

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

Dentro del marco de fortalecimiento de un auténtico federalismo, el PROCEDES pretende desarrollar la mayoría de sus acciones, derivadas de propuestas que presenten los propios gobiernos de las entidades federativas interesadas. Destinará recursos hacia programas sustantivos prioritarios de la SSA, que vayan etiquetados a aumentar la calidad de los servicios, aumentar el acceso a servicios esenciales, y a disminuir el rezago en salud, acumulado por décadas, en regiones altamente marginadas y destinados a poblaciones altamente vulnerables.

### ***Principales acciones y resultados***

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

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

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

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

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

### ***Impacto del programa***

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

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

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

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

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

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

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

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

#### ***Principales acciones y resultados***

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

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

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

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

### ***Impacto del programa***

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

### ***2.2.5. Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas***

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

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

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

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



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

### ***Principales acciones y resultados***

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

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

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

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

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

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

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

### ***Principales acciones y resultados***

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

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

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

### ***Impacto del programa***

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

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

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

### ***2.2.6. Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)***

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

Su antecedente es el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta (MASPA), en operación, que pretende generar una estructura del sistema de salud, que garantizará una cohesión de los servicios, dando igualdad a las condiciones de atención de la población sin seguridad social. Al transcurrir de los años, se han generado traslapes, inequidades y falta de calidad en la atención. El MASPA no abarcó más allá de la atención primaria, y dejó fuera de su alcance al nivel hospitalario, así como a otras instituciones de salud, considerando que un alto porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención.

El MIDAS es un modelo de atención que separa las funciones de financiamiento y prestación de servicios, propicia la autonomía de gestión hospitalaria, integra la operación de todos los servicios de salud en sus diferentes niveles, está orientado al usuario, incrementa la capacidad resolutive del primer nivel y el acceso a niveles más complejos del sistema y articula el cuidado profesional con el autocuidado, favoreciendo la participación ciudadana, comunitaria y de las autoridades locales en los procesos de toma de decisiones para la prestación de servicios de salud. Tiene como objetivos: evitar fragmentaciones en la atención proporcionada por las diferentes instancias de salud, instituciones de atención a la salud, prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos para la salud;

- Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario.
- Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato.
- Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas.
- Optimizar la capacidad instalada del Sector Salud, para el logro de la cobertura total.
- Crear una red virtual sectorial para la prestación de servicios de salud.

### ***Principales acciones y resultados***

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

### ***Impacto del programa***

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

#### ***2.2.7 e-Salud Telemedicina***

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

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

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

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

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

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

### ***Principales acciones y resultados***

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

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

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

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

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

### *Telemedicina*

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Impacto del programa***

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

### ***2.2.8. Capacitación Gerencial***

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

En este marco, los principales retos comprenden:

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

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

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

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

### ***2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud***

En su segundo año de operación, continuó con sus funciones de: proponer y determinar políticas y estrategias encaminadas a proveer protección financiera a la salud para grupos de población abierta; colaborar en el diseño de los instrumentos de operación, procesos de administración, necesarios para la provisión de protección financiera a la salud para grupos de población abierta; establecer los mecanismos de coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría que participen en acciones encaminadas a proveer protección financiera a la salud, entre otras.

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

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

#### ***2.3.1. Seguro Popular de Salud***

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### ***2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)***

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

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

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

En materia de orientación se cumplió con el programa de reuniones con los contralores médicos propuestos para las ISES y los directivos de las mismas, para orientar y definir las acciones que se tienen que ir efectuando para cumplir con la regulación establecida. Se tuvieron reuniones con el Comité de Salud, integrado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y la Secretaría de Salud, para afinar detalles sobre la regulación de las ISES. Adicionalmente se participó en seis reuniones con grupos médicos y hospitales para presentar el contenido de las reglas de operación, el ámbito de influencia de la SSA y aclarar dudas sobre el alcance de las ISES.

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Otros esquemas de protección financiera***

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

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

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

### ***2.4. Centro Nacional de Trasplantes***

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

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

Las estrategias desarrolladas durante el período 2001-2002 incluyeron:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Avance de Indicadores, 2001-2002*

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

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

## ***2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea***

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

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

Sus objetivos estratégicos son:

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

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

### ***Marco jurídico***

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

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

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

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

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

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

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

### Donación altruista

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

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

Capacitación en medicina transfusional tiene cuatro componentes:

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

### Número de capacitados

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

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

- No se ha registrado un solo caso de VIH/SIDA asociado a transfusión.
- Captación de 803 315 donadores en todo el país en el período enero-agosto del 2002.
- Se realizaron 4.2 millones de pruebas serológicas, para detectar agentes infecciosos en los donadores de sangre: VIH, AgsHB, HVC, T. cruzi y *Treponema Pallidum*.
- Se obtuvieron cerca de 1.7 millones de componentes sanguíneos, de los cuales se transfundieron 69 por ciento.
- 2 747 donantes autólogos a nivel nacional.
- 16 370 componentes obtenidos por procedimientos de aféresis a nivel nacional.
- Fortalecimiento de los bancos de sangre de manera conjunta con los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.
- Otorgamiento oportuno de los componentes sanguíneos a las instituciones que los requieren.
- Actualización permanente del registro de donadores de fenotipo poco común, cuyo número asciende a 276 donadores.
- El Programa Plasma-Albúmina para mejorar el aprovechamiento e industrialización del plasma y la producción de albúmina y de otros hemoderivados se ha visto interrumpido, pues el convenio con la compañía procesadora no ha sido autorizado.
- Capacitación profesional en Medicina Transfusional y posgrado, mediante la impartición de 71 cursos incluyendo el Programa de Educación a Distancia, con un total de 1 661 capacitados y tres médicos residentes egresados.
- Se impulsó a la promoción de campañas de donación altruista de sangre en todo el país, con la realización de 38 035 campañas en el período enero-agosto.
- Rectoría en el funcionamiento de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea.

### ***Racionalización y mejoría en el uso de la sangre humana y sus componentes***

#### ***Metas comprometidas***

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

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



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

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