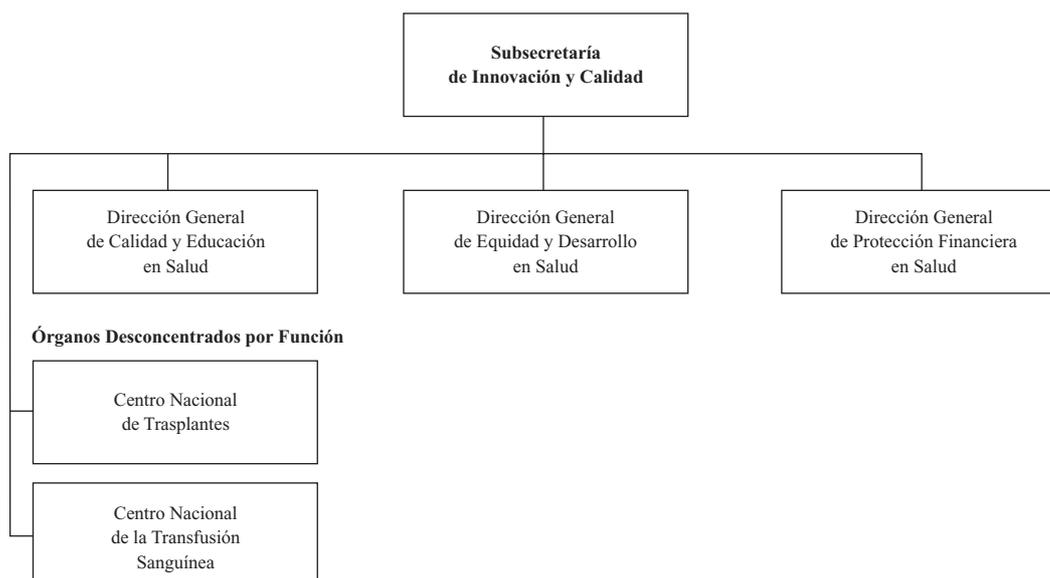


Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD



La Subsecretaría de Innovación y Calidad es el instrumento orgánico de la Secretaría de Salud para mejorar la calidad de los servicios de salud y responder a las expectativas de la población para recibir un trato digno y de calidad. Esta Subsecretaría apoya el establecimiento de políticas, estrategias, programas y acciones que optimicen la asignación y utilización de los recursos destinados a la salud, mejoren la prestación de servicios en el primer y segundo nivel de atención, fortalezca la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos, así como el desarrollo de modelos innovadores de atención y prestación de servicios que disminuyan las inequidades en salud, aseguren la protección financiera y favorezcan la atención a la población más marginada y de menor desarrollo social del país.

La Subsecretaría está conformada por tres Direcciones Generales y por el Centro Nacional de Trasplantes y el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, órganos desconcentrados vinculados a esta Subsecretaría por funciones.

Durante el período que se informa, los principales resultados obtenidos en la gestión de la Subsecretaría fueron los siguientes:

En relación con la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios*, es necesario resaltar el trabajo de la Subsecretaría para cumplir con los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, relacionados con la definición y difusión de códigos de ética para los prestadores de servicios y de los derechos de los usuarios y prestadores, a fin de hacerlos explícitos. En este sentido resaltan la distribución de los Códigos de Conducta para el Personal de Salud y las Carta de los Derechos de los Pacientes y de los Prestadores de los Servicios Médicos en 50 por ciento de las unidades que participan en la Cruzada, que incluyen unidades de la SSA, IMSS, IMSS-Oportunidades e ISSSTE. Otros instrumentos generados y distribuidos durante este período son el Código de Bioética y el Código de Ética para los enfermeros y enfermeras.

Durante este período el número de indicadores utilizados para evaluar el desempeño de la Cruzada se incrementó de 6 a 15. Estos indicadores permiten medir las acciones efectuadas en materia de trato digno y atención médica efectiva, incorporando mediciones relacionadas con la satisfacción global del enfermo o familiar por la atención recibida, la organización de los servicios y la atención médica efectiva del enfermo diabético, hipertenso, con enfermedad diarreica o respiratoria aguda en menores de 5 años y la atención prenatal. Para su aplicación se elaboraron y difundieron los "Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad" tanto del primero como del segundo nivel de atención médica. Además se otorgó capacitación al personal operativo (852 trabajadores) para garantizar un adecuado registro, captura, procesamiento, validación, reporte y evaluación de resultados de estos indicadores. A partir del 2003, las mediciones de los indicadores de la Cruzada se reportan en forma bimestral en el sistema INDICA. La conformación del Aval Ciudadano, por su parte, es un avance importante en la validación de los resultados obtenidos por la Cruzada dado que involucra a diversas organizaciones independientes que revisan y analizan los resultados del monitoreo de indicadores.

En materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos y en apego al Programa Nacional de Salud 2001-2006, la subsecretaría desarrolla un programa de capacitación dirigido a los profesionales de la salud para contribuir a la prestación de servicios de salud equitativos y de calidad. Durante el período se realizaron 26 eventos con un total de 915 participantes y un total de 667 horas de capacitación. En el área de Desarrollos Educativos en Salud se diseñaron y difundieron propuestas de modelos educativos innovadores que buscan mejorar la gestión educativa, formación, educación permanente y capacitación del personal de salud, fortaleciendo su desarrollo y coadyuvando a la mejora de la calidad de la prestación de los servicios.

En materia de equidad y desarrollo se continúan y fortalecen las acciones del Programa de Ampliación de Cobertura, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; Programa de Equidad y Desarrollo en Salud; Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad y el Programa de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas. Estos programas coadyuvan al desarrollo de otros programas de la Secretaría de Salud, inmersos en la Estrategia Contigo del Gobierno Federal, como "Arranque Parejo en la Vida", "Mujer y Salud", "Cruzada por la Calidad de los Servicios" y "Seguro Popular de Salud", entre otros.

En cada uno de estos programas se ha logrado incrementar la cobertura de atención a la población y se han reducido brechas entre la población beneficiada y la población en general del país. Por ejemplo, el Programa de Ampliación de Cobertura, durante el período de análisis, cubrió es más de 48 mil localidades de 887 municipios a cerca de 9.3 millones de mexicanos, 193.9 mil más que los atendidos durante el mismo período del año anterior. En el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades se logró otorgar poco más de 32.6 millones de consultas totales, lo que representa un promedio mensual de 2.7 millones de consultas, cifras que muestran un incremento del 33.6, 33 por ciento, respectivamente en relación con el período previo.

El apoyo a la población indígena del país también muestra avances importantes. Actualmente se cubre a 21 entidades federativas que tienen presencia de población indígena. En ellos se han desarrollado acciones encaminadas a mejorar la nutrición de 294 764 niños de 6 a 24 meses de edad y de 232 636 mujeres embarazadas y en período de lactancia, con lo que se incrementó la cobertura en 69 y 55 por ciento respectivamente.

Un elemento importante en la operación de estos programas es la otorgación del Paquete Básico de Servicios de Salud, con el cual se asegura brindar a la población beneficiada intervenciones costo efectivas probadas.

El Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, por su parte, tienen como objetivo incrementar la eficiencia tanto de las áreas administrativas centrales como de las estatales, con el fin de utilizar de manera más racional y adecuada los fondos públicos para la salud, permitiendo se brinden beneficios adicionales a la población más necesitada y a la vez disminuir el rezago en salud. En este sentido, destacan las acciones que se desarrollan para definir e implementar un nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), el cual conforma una de las estrategias del Programa Nacional de Salud.

En materia de protección financiera, resalta por su importancia la puesta en operación del Seguro Popular de Salud, que con base en las recientes reformas a la Ley General de Salud que establece la operación del Sistema de Protección Social en Salud, se constituye en el instrumento básico para consolidar la protección básica universal de salud. Con su implementación y desarrollo se busca articular el marco de aseguramiento en salud y sustituir el gasto de bolsillo por el prepago de servicios subsidiado con fondos públicos, promoviendo así una cultura del aseguramiento y la creación de incentivos que favorezcan las acciones preventivas en lugar de las curativas. Al mes de mayo de 2003, el Seguro cubre a 317 004 familias afiliadas distribuidas en 20 entidades del país, las cuales se ubican dentro de los tres deciles de la población con menores recursos.

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 de 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 y la investigación operativa de servicios de salud orientada a la calidad y regulación y adecuación normativa.

Las actividades para esos programas se realizan en 7 direcciones de área, 11 subdirecciones, 1 coordinación administrativa y 17 jefaturas de departamento.

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

Continúa vigente el reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud en nuestro país de mejorar la calidad. 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 demandas de la población por un trato digno en las unidades de atención médica.

La Cruzada articula sus objetivos, estrategias, líneas de acción e indicadores en un programa que permite conocer los avances y el impacto de las acciones de mejora de la calidad de los servicios. Para ello, se fortalecieron o en su caso, se pusieron en marcha las siguientes líneas de acción:

- ▮ Definir y difundir códigos de ética para los profesionales de la salud que garanticen un desempeño efectivo y honesto, así como un trato digno a los pacientes, ya que en esencia constituyen una herramienta para el buen desempeño profesional.
- ▮ Difundir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos, entre los que se destacan el derecho a recibir información sobre su padecimiento y los riesgos asociados a su tratamiento, así como las características generales de las unidades de atención médica y de los profesionales de la salud que laboran en ellas y el derecho al manejo confidencial de la información entre el médico y el paciente.
- ▮ Desarrollar un sistema estandarizado de información que evalúe el desempeño.
- ▮ Establecer sistemas de reconocimiento al buen desempeño.
- ▮ 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 y un acto legítimo de participación ciudadana.

- 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.

Se realizaron cambios importantes en el número de indicadores de trato digno y atención médica efectiva de la Cruzada y en la dimensión y alcance de cada uno de ellos.

Se agregó en las mediciones la satisfacción global del enfermo o familiar por la atención recibida, la organización de los servicios y la atención médica efectiva del enfermo diabético, hipertenso, con enfermedad diarreica o respiratoria aguda -en menores de 5 años- y la atención prenatal.

Los seis indicadores implantados en el plan de arranque de la Cruzada en el 2001 se incrementaron hasta alcanzar los 15 utilizados actualmente; para su operación, se elaboraron y difundieron los "Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad" tanto para el primero como el segundo nivel de atención médica; para su difusión, se capacitó mediante reuniones virtuales vía internet, al personal operativo responsable del registro, captura, procesamiento, validación, reporte y evaluación de resultados de estos indicadores, logrando capacitar con esta modalidad a 852 personas.

Principales resultados

- Se efectuaron seis reuniones regionales con los Líderes Operativos de Calidad de las Entidades Federativas con el fin de implantar los "Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad".
- Se dotaron al 50 por ciento de las unidades que participan en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud de los Códigos de Conducta para el Personal de Salud y las Carta de los Derechos de los Pacientes y de los Prestadores de los Servicios Médicos. A partir del año 2003 se difunde el Código de Conducta para el Personal de Salud a través de la página WEB de la DGCES.
- Se difundieron 20 000 dípticos de la Carta de los Derechos de los Pacientes con el apoyo de la Presidencia de la República. Asimismo, las Secretarías Estatales de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades e ISSSTE difunden las cartas entre los usuarios y el personal de las unidades médicas.
- Se definieron instrumentos que norman y orientan la prestación de servicios de salud realizándose el Código de Conducta para el Personal de Salud, Código de Bioética y Código de Ética para los Enfermeros y Enfermeras, mismos que están difundiendo las instituciones del sector salud.
- Se emitió la convocatoria al Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud 2002, al que se inscribieron 87 unidades de 17 entidades federativas, siendo premiadas la unidad médica El Pilar del Estado de Coahuila y la jurisdicción sanitaria de Lagos de Moreno de Jalisco.
- Se concluyó el Manual de Procedimientos y un Reglamento Específico del Programa de Estímulos a la Calidad y Eficiencia a favor del Personal Médico y Enfermería.
- Se inició la construcción de los indicadores para hospitales de la Secretaría de Salud, esperando cubrir en esta etapa cuando menos al 50 por ciento de los mismos.

- ▮ Se inició el sistema denominado INDICA cuyo propósito fundamental es fortalecer la gestión directiva mediante el monitoreo de indicadores de desempeño de los servicios de salud. A fin de difundir su utilización en todo el país, se instrumentó el proceso de capacitación a distancia a través de la Red Nacional de Videoconferencia, dirigido a 852 personas logrando la conectividad con las 32 Entidades Federativas y presencialmente a 938 personas de 21 estados, del Sistema Nacional de Salud.
- ▮ Se incorporó al índice de trato digno el de organización de los servicios y el de la atención médica efectiva para dar un total de 15 indicadores nuevos en esta etapa. De los indicadores antes mencionados se elaboraron y distribuyeron 5 000 ejemplares de los "Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad", a las unidades incorporadas a la Cruzada del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud en los diversos niveles administrativos y operativos. A partir del 2003, las mediciones de los indicadores de la Cruzada se reportan en forma bimestral en el sistema INDICA.
- ▮ La Cruzada Nacional por la Calidad ha impulsado la conformación del Aval Ciudadano, en el cual, organizaciones independientes revisan y avalan los resultados del monitoreo de indicadores de trato digno, atención médica efectiva y gestión de calidad.
- ▮ Con el impulso de los sistemas institucionales de recepción, manejo y seguimiento de quejas y sugerencias de los servicios de salud, a través de la línea telefónica TU VOZ EN LA SALUD (CALIDATEL), se tiene la plataforma tecnológica que asegura una comunicación oportuna, ágil y eficiente con los usuarios de los servicios.

El proyecto para promover el uso de guías clínicas determinó elaborar diez guías clínicas basadas en evidencias y desarrollar un programa de capacitación para la instrumentación, dirigido a los responsables de la educación en salud de la Secretaría de Salud. La elaboración y difusión de estas guías se redefinió en coparticipación con el Centro de Información para Decisiones en Salud (CENIDS) del Instituto Nacional de Salud Pública de México, obteniéndose los siguientes logros:

- ▮ Definición de tres contenidos estratégicos en línea con el Plan Nacional de Desarrollo, Programa Nacional de Salud y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS): Infecciones Nosocomiales, Intervención Cesárea y Prevención de Accidentes.
- ▮ Análisis de las características de los usuarios para identificar los elementos a incluir en cada uno de los boletines, con un enfoque hacia la protección y seguridad del paciente, su familia, el prestador del servicio y la institución.
- ▮ Integración de un grupo especializado de directivos, médicos, enfermeras, psicólogos y pedagogos para la definición de los contenidos y la estrategia educativa para la elaboración de boletines de infecciones nosocomiales, prevención de accidentes e intervención cesárea.
- ▮ Elaboración de los boletines de gestión, práctica médica efectiva y enfermería con el tema Infecciones nosocomiales, que se distribuirán al personal adscrito a las unidades de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud que estén afiliadas al Seguro Popular y al monitoreo de los indicadores de la 2ª etapa de la CNCSS.
- ▮ Distribución de cuarenta mil boletines de práctica médica efectiva de los temas siguientes: infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, control

prenatal con enfoque de riesgo, hipertensión arterial y diabetes mellitus a médicos adscritos a unidades médicas de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, acompañada con una estrategia educativa que favorezca en los usuarios la asimilación del contenido.

Selección de contenidos y estrategia educativa para los boletines de prevención de accidentes.

Los resultados del monitoreo de los indicadores de la Cruzada durante el período septiembre 2002 - agosto 2003, corresponden a la participación de 30 estados y 5 114 unidades médicas, es decir, 37 por ciento de aumento con respecto al año anterior y se describen a continuación:

Indicadores de la Primera Etapa

Meta o Indicadores	Alcanzado		Estándar	
	Sep 2002 - Ago 2003		1er nivel	Urgencias
	1er nivel	Urgencias		
Tiempo de espera	22.6	14.4	30	15
% de Usuarios satisfechos con el tiempo de espera	87.90%	84.60%	95%	95%
% de Satisfacción de los usuarios por la información	92.0%	89.0%	80%	80%
% de Surtimiento completo de medicamentos	82.50%	86.3%	95%	95%

Indicadores de la Primera Etapa: Primer Nivel de Atención Médica

Meta o Indicadores	Alcanzado	Estándar
	Sep 2002 - Ago 2003	
Trato digno en primer nivel	89.9	85
Satisfacción por la información proporcionada por el médico	95.4	85
Organización de servicios en primer nivel urbano	82.2	80
% de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta	75.7	80
Atención medica efectiva primer nivel	75.6	95
Atención prenatal	89.3	95
Atención al menor de 5 años con enfermedad diarreica aguda	74.1	95
Atención al menor de 5 años con infección respiratoria aguda	74.3	95
Atención al paciente hipertenso	82	95
Atención al paciente diabético	64	95

Indicadores de la Segunda Etapa: Segundo Nivel de Atención Médica

Meta o Indicadores	Alcanzado Sep 2002 – Ago 2003	Estándar
Trato digno en segundo nivel urgencias	89.6	85
Satisfacción por la oportunidad en la atención	85.4	85
Satisfacción por la información proporcionada por el médico	91.5	85
Organización en servicios de urgencias	41.4	
Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir atención	68.94	80
Diferimiento quirúrgico en cirugía general	33.3	15
Tasa de cesáreas	34.3	30
Tasa de infecciones nosocomiales	1.7	15

2.1.2. Formación, capacitación y actualización de recursos humanos para la salud

Durante el período de este informe, los principales resultados en la materia fueron:

- ▮ Se concluyó la construcción de bases de datos que favorezcan estudios estadísticos sobre estos recursos en la disciplina médica. Se continuará con odontología, enfermería, y otras áreas afines a la salud.
- ▮ Se continúa con la organización, difusión y gestión del Sistema para la Gestión del Conocimiento en Materia de Recursos Humanos para la Salud. Se desarrollaron reuniones de trabajo con AMFEM, FEMAFEE, FENACOME, AMMFEN, CONAEDO y CNEIP.

Para impulsar un Sistema Nacional de Administración de la Capacitación del Área Médica, se reportan los siguientes avances:

- ▮ Se elaboraron los instrumentos para la recolección de datos provenientes del Reporte de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, planeación de programas específicos y sustantivos e informes de actividades, mismos que establecerán un Sistema de Información de Capacitación sustentado en criterios de utilidad, validez y oportunidad.
- ▮ Se estableció un Sistema Informático para la captura de la información generada, mediante los instrumentos anteriormente señalados, el cual fue piloteado en los estados de: San Luis Potosí, Michoacán, Estado de México, Zacatecas, Puebla, Tlaxcala y Durango, así como en siete unidades administrativas y hospitalarias del Nivel Central.
- ▮ Se fortaleció la coordinación intrainstitucional con base en el Acuerdo Número 140, por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud. La vinculación de programas sustantivos y específicos de capacitación con el Programa Institucional, así como la realización de reuniones a Nivel Central y Nacional de Responsables de Educación y Capacitación del Área médica.

- ▮ Construcción de 30 indicadores en materia de capacitación, mismos que serán validados de manera piloto.
- ▮ Generación de informes solicitados por diferentes instancias (SHCP, órganos colegiados e internos de control).

Con el fin de incrementar las oportunidades de capacitación de los trabajadores de la Secretaría de Salud, el Subcomité de Capacitación Técnico -Médico realizó 11 sesiones ordinarias, en las cuales se autorizaron 173 becas económicas. Por su parte, la Comisión Nacional Mixta de Capacitación otorgó 83 becas a través de autorizaciones laborales a trabajadores para realizar estudios de la Ciencia Médica.

Se reguló el otorgamiento de aval a eventos de capacitación realizados por proveedores del sector público, social o privado del área de la salud, aplicando los "Lineamientos para el otorgamiento del aval a eventos de capacitación de recursos humanos en salud". Durante el período que se informa se avalaron 6 eventos con un total de 1 356 participantes.

En apego al Programa Nacional de Salud 2001-2006 en su Estrategia 10 "Fortalecer la inversión en Recursos Humanos, Investigación e Infraestructura en Salud", se ha venido realizando un Programa de Capacitación 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 26 eventos para un total de 915 participantes. El número de asistentes durante el período que se informa, alcanzó la cifra de 1 063 personas y un total de 667 horas de capacitación.

En el área de Desarrollos Educativos en Salud se diseñaron y difundieron propuestas de modelos educativos innovadores que permitan mejorar la gestión educativa, formación, educación permanente y capacitación del personal de salud, a fin de coadyuvar al desarrollo de los recursos humanos en la institución y contribuir a la mejora de la calidad de la prestación de los servicios.

Con el objeto de apoyar y controlar una de las principales actividades de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se conformó en la Dirección General el "Comité Interno de Evaluación de Proyectos Financiados con Presupuesto de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", el cual cuenta con un Secretario Ejecutivo. Se realizaron cinco reuniones ordinarias, una extraordinaria y una para la instalación del Comité, se generó la instalación de siete subcomités para la difusión de los proyectos de apoyo a las 32 entidades federativas para convocar a inscribirse y lograr el apoyo financiero para proyectos específicos. Se logró la participación de 30 estados, a los cuales se les autorizó un total de 351 proyectos financiados, se dio seguimiento y control de dichos proyectos durante su desarrollo y conclusión del 90 por ciento de éstos, tanto desde el punto de vista técnico como presupuestal. Se cuenta con expedientes y actas constitutivas y de reuniones de los 7 subcomités y del propio Comité Interno.

Dentro de los 7 Subcomités, se encuentra el de "Evaluación del Proceso de Certificación ISO 9001-2000 en Unidades Hospitalarias", en este Subcomité se da seguimiento a proyectos de Certificación ISO 9001-2000 en cuatro diferentes unidades hospitalarias y entidades federativas (Tabasco, Coahuila, Querétaro y Nuevo León). Durante el período que se informa, se convocó a la participación estatal, se definieron los cuatro hospitales por apoyar, se recibió, analizó y evaluó su programa de trabajo, se autorizó su inclusión al proyecto, se les radicó su presupuesto y se dio seguimiento técnico-programático-presupuestal, según su programa autorizado. Estos cuatro proyectos se concluyeron en el mes de junio de 2003, contando con 12 informes mensuales de este Subcomité al Comité Interno y los expedientes tanto general como individual de cada unidad apoyada.

2.1.3. Regulación y adecuación normativa

En materia de regulación, se avanzó en el proceso de establecer el marco legal para 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 de los sectores público, social y privado mediante una política de calidad y racionalización regulatoria para brindar seguridad, confianza y credibilidad en la población y cumplir con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la protección de la salud.

Se encuentran en proceso de publicación con Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) los siguientes aprobadas por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria:

- ▮ Proyecto de NOM-203-SSA1-2000. Para el funcionamiento de hospitales.
- ▮ Proyecto de NOM-206-SSA1-2001. Que establece los criterios de infraestructura, equipamiento y funcionamiento de los servicios de urgencias en establecimientos de atención médica.
- ▮ Proyecto de NOM-205 SSA 1 2002. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- ▮ Proyecto de NOM 207-SSA1 2001. Para la prestación de asistencia social en establecimientos con servicios de albergue.
- ▮ Actualización y modificación de la NOM 223-SSA1-2002. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

Se han elaborado y se encuentran en proceso de dictamen definitivo las Manifestaciones de Impacto Regulatorio por parte de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) de 2 Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas:

- ▮ Proyecto de NOM 208 SSA1-2002, Para la práctica de la Ultrasonografía diagnóstica.
- ▮ Proyecto de NOM 209 SSA1 2002, Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser Excimer.

Se disminuyeron los tiempos de atención al usuario de 15 minutos de espera a 5 minutos máximo, en cuanto al tiempo de acuse de avisos de responsable sanitario y de funcionamiento, la autorización se otorga de inmediato. Las licencias sanitarias y permisos sanitarios de construcción se emiten en un máximo de 45 días, con una reducción del 50 por ciento del tiempo promedio observado.

Se elaboró y difundió a cada persona que acudió al área de trámites una "Carta de Derechos del Promovente" y sistemáticamente se encuestan para conocer el grado de satisfacción al servicio. De manera aleatoria se envían cartas para solicitar opinión respecto del servicio recibido, el 99 por ciento de los promoventes han manifestado satisfacción a este respecto.

Se mantiene constante comunicación con los Servicios de Salud de los estados a efecto de 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.

En cuanto al prestador de servicios de atención médica y de asistencia social en general y de los usuarios de la normatividad para que perciban un cambio de actitud, transparencia y sistematización del acto de autoridad con alta calidad técnica.

Se participa activamente en el "Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción" que conduce la SECODAM. Como parte del programa de transparencia, se envían al azar cartas a los promoventes para conocer su apreciación respecto al trámite realizado, así como también para conocer el trato recibido. En el 100 por ciento de los casos los resultados han sido satisfactorios.

2.2. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud

El Programa Nacional de Salud (PNS), plantea como objetivos principales mejorar las condiciones de salud, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer al Sistema de Salud. Dichos objetivos serán alcanzados a través de la implantación de estrategias sustantivas e instrumentales, entre las que destacan, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan, construir un federalismo cooperativo en materia de salud y avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud.

Así pues, a través de los programas de equidad y desarrollo en salud, se continuó con el otorgamiento de servicios básicos de salud a la población no asegurada a través del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), privilegiando a los más pobres y a los que viven en las zonas más dispersas y marginadas del país; asimismo, se establecieron acciones específicas de bajo costo y alta efectividad para la atención de estos grupos vulnerables.

Para su atención continuaron en operación y se fortalecieron los programas de Ampliación de Cobertura (PAC), de Desarrollo Humano Oportunidades, de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (Procedes) y de Salud para Pueblos Indígenas, apoyados por el Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad (PAMEC), con atención quirúrgica especializada.

Estos programas coadyuvan al desarrollo de otros programas de la Secretaría de Salud, inmersos en la Estrategia del Gobierno Federal Contigo como "Arranque Parejo en la Vida", "Mujer y Salud", "Cruzada por la Calidad de los Servicios" y "Seguro Popular de Salud", entre otros. El reto es complejo, pero se están realizando múltiples acciones que converjan para lograrlo.

2.2.1. Programa de Ampliación de Cobertura

Este Programa, representa uno de los ejes de las estrategias de extensión de cobertura, su principal objetivo se centra en incrementar la cobertura integral de los servicios de salud del primer nivel de atención, para mejorar las condiciones de salud en la población rural sin acceso a los servicios y con los mayores índices de marginación a través de:

- ▮ La ampliación y fortalecimiento de la red de servicios de salud del primer nivel con base en el modelo de atención a la salud para la población abierta, y con el otorgamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS);
- ▮ El fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los estados, las jurisdicciones sanitarias y los municipios, así como a través de la programación, operación y evaluación local de las acciones prioritarias, y

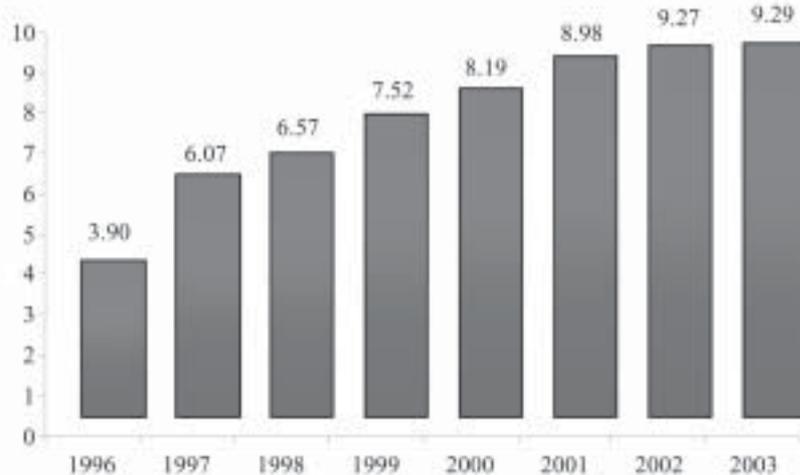
La promoción de la participación social y la cultura de la salud, articulando los recursos comunitarios con los institucionales, e incorporando las prácticas tradicionales de atención a la salud.

Principales Resultados

El Programa continuó operando en el primer nivel de atención de las 19 entidades federativas participantes las 13 intervenciones esenciales de prevención y promoción de la salud que conforman el PABSS, incorporando acciones complementarias para dar respuesta a las necesidades de cada entidad federativa y de acuerdo con las prioridades de salud locales.

Se otorgaron servicios a cerca de 9.3 millones de mexicanos, 193.9 mil más que los atendidos durante el mismo período del año anterior, pertenecientes a más de 48.7 miles localidades de 887 municipios.

Programa de Ampliación de Cobertura, 1996-2003



Fuente: Servicios Estatales de Salud

El programa fue operado por 13 545 recursos humanos institucionales: 4 607 médicos, 4 916 enfermeras, 2 580 paramédicos, 1 442 administrativos y de servicios, lo que representa un incremento de 1.2 por ciento con respecto al período anterior. En lo que respecta al personal comunitario, participan 11 790 auxiliares de salud, que también aumentaron en 7.4 por ciento en relación con el mismo período del año anterior.

Asimismo, el Programa operó en 2 598 unidades médicas fijas y 1 581 equipos de salud itinerantes, de los cuales 612 son unidades móviles y 376 brigadas a pie, comparativamente con el mismo período de 2002, las unidades médicas fijas aumentaron en 4.1 por ciento y los equipos de salud itinerantes disminuyeron 0.9 por ciento.

En términos de eficiencia, el Programa cumplió con los objetivos propuestos al inicio del mismo, ampliando la cobertura hacia la población rural dispersa en los municipios con más alta marginación en 19 entidades federativas. Su innovación más importante es la implementación del Paquete Básico de Servicios de Salud, aplicando intervenciones de alta efectividad y bajo costo, con lo que se logró disminuir la inequidad

en materia de Salud. Asimismo, estas acciones tienen un impacto positivo en la calidad de la prestación de los servicios de salud, al fortalecer la capacidad de atención a la población.

2.2.2. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes PROGRESA)

A partir del 2002, por decreto presidencial, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (ProgresA), se transformó en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades), el cual se constituye como una de las herramientas de la Estrategia Contigo del Gobierno Federal, incorporando nuevas acciones en el marco de la política de Desarrollo Social y Humano del Gobierno Federal.

Con esta visión ampliada que le otorga Contigo, Oportunidades busca que, mediante acciones intersectoriales coordinadas de educación, salud, alimentación y desarrollo social, las capacidades de las personas se traduzcan en mayores opciones para las familias en condiciones de pobreza extrema, con el fin de romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza, además de contribuir a su vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien mejorar sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida.

Las acciones del componente de salud coadyuvan al logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud (2001-2006), en particular los relacionados con:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- Abatir las desigualdades en salud
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.

Como cabeza de Sector, la Secretaría de Salud coordina el componente de salud del Programa Oportunidades, con el apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de los Servicios Estatales de Salud, con quienes comparte responsabilidades para la adecuada operación del Programa. Este componente opera bajo cuatro estrategias básicas:

- Proporcionar de manera gratuita el Paquete Esencial de Servicios de Salud
- Prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación mediante la entrega de suplementos alimenticios
- Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene
- Reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.

Principales Resultados

El componente de salud en las entidades federativas continuó a cargo de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, el IMSS Oportunidades y el IMSS Régimen Obligatorio. Se llevó a cabo en todo el país, con excepción del Distrito Federal. La Secretaría de Salud atiende familias en las 31 entidades federativas con cobertura, el IMSS Oportunidades en 17 y el IMSS Régimen Obligatorio en 30.

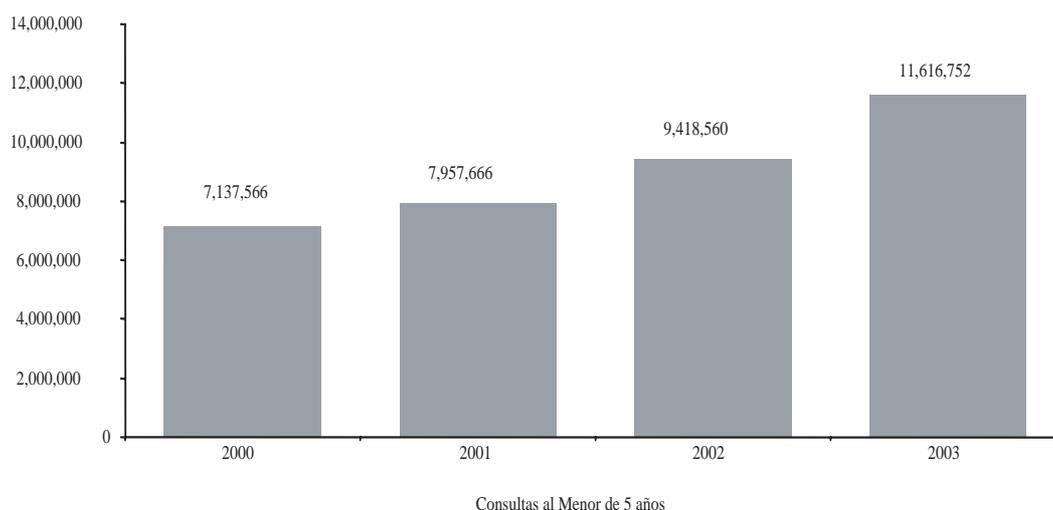
El universo cubierto por el Sector Salud fue de 4 117 880 familias. Del total de ellas, 2 768 620 son responsabilidad de la SSA, 1 137 068 del IMSS Oportunidades y 212 192 familias del IMSS Régimen

Obligatorio. En comparación con el mismo período del año 2002, se observa un incremento de poco más de 901 mil familias, lo que representa 28.0 por ciento más en el universo cubierto.

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 y a la efectiva coordinación y comunicación interinstitucional fue posible que un total de 59 394 recursos humanos institucionales, apoyaron la operación del Programa: 20 845 médicos, 23 495 enfermeras, 7 196 paramédicos y 7 858 personas de apoyo administrativo, esto significa que durante el período de análisis se incorporaron 3 078 recursos más en comparación con el mismo período del año 2002, lo que representa que existió un incremento de 5.5 por ciento en el número de recursos participantes. Asimismo, participaron 31 175 recursos humanos comunitarios, que en comparación con el período previo representa 2.6 por ciento más. El Programa también se apoyó en la operación de 11 999 unidades médicas fijas que comparativamente con el mismo período del año anterior, se incrementó en 10.8 por ciento y 2 750 equipos de salud itinerantes que tuvo decremento de 2.3 por ciento en relación con el período previo.

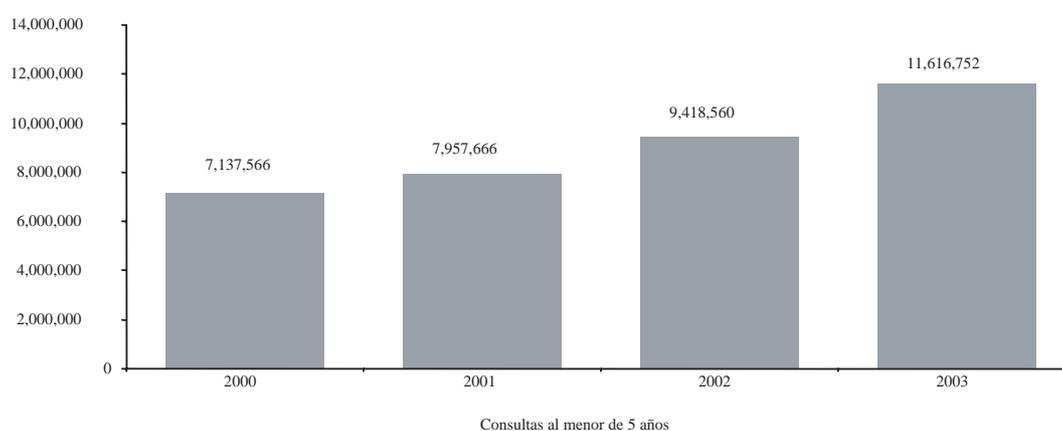
Para cumplir con las estrategias establecidas para la operación del componente de salud en las 31 entidades federativas, en relación con el otorgamiento gratuito del Paquete Esencial de Servicios de Salud, se logró que se otorgaran poco más de 32.6 millones de consultas totales, lo que representa un promedio mensual de 2.7 millones de consultas. Del total de consultas, cerca de 11.1 millones corresponden a los menores de 5 años y cerca de 1.4 millones a las de mujeres embarazadas. Estas cifras representan incrementos de 33.6, 33, 27.6 y 32.4 por ciento respectivamente con relación al período anterior.

Consultas Otorgadas al Menor de 5 Años, 2000-2003^{1/}



Fuente: Servicios Estatales de Salud de la SSA. Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades. IMSS Régimen Obligatorio.

Consultas Otorgadas al Menor de 5 Años, 2000-2003^{1/}



Fuente: Servicios Estatales de Salud de la SSA. Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades. IMSS Régimen Obligatorio

Para prevenir la desnutrición en los grupos de riesgo, se brindaron apoyos a la alimentación a niños menores de cinco años y a mujeres embarazadas y en período de lactancia; se distribuyeron 393.5 millones de dosis de suplemento alimenticio a niños menores de 5 años y de 150 millones de dosis a mujeres embarazadas. Asimismo, es importante mencionar que cerca de 2.1 millones de niños menores de cinco años y poco más de 435 mil mujeres embarazadas y en período de lactancia recibieron suplemento alimenticio.

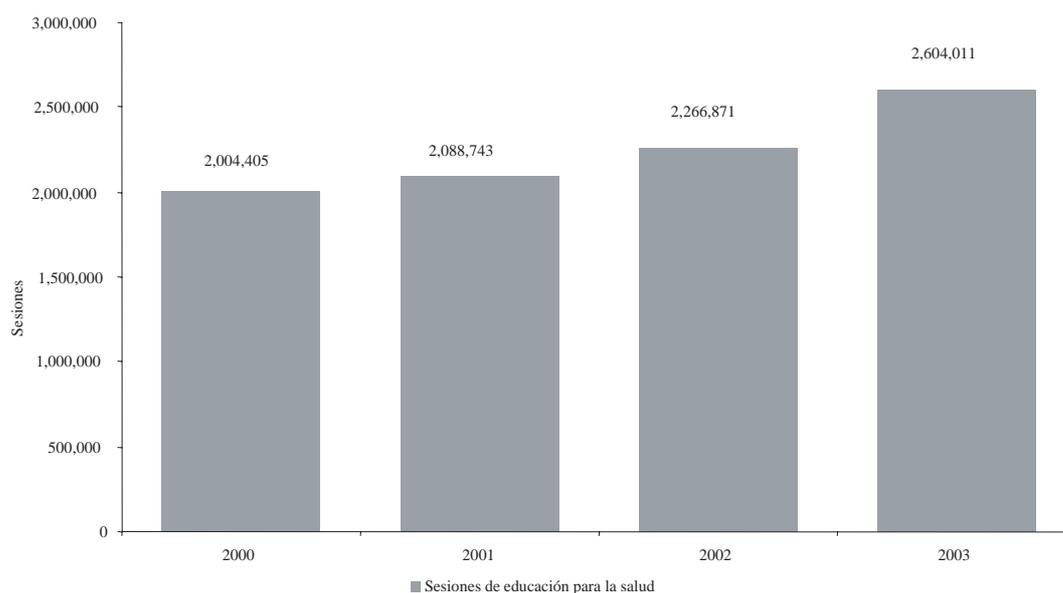
Finalmente, como parte de la estrategia de promoción y educación para la salud, se impartieron poco más de 2.5 millones de sesiones de educación para la salud, lo que representa un incremento de cerca de 153.4 mil sesiones más con respecto al período previo.

Una de las innovaciones más importantes del Programa, es favorecer la equidad de género al considerar a la mujer jefe de familia, como la pieza estratégica en la que se apoyan las acciones del Programa.

Oportunidades ha contribuido a que se modifiquen, con estrategias de promoción y educación para la salud, la conducta de la población con respecto al autocuidado de su salud y la de los prestadores de los servicios de salud al cambiar la cultura de otorgar una atención curativa por el de una de la prevención.

La estrategia del Gobierno Federal Contigo, a través de Oportunidades, coadyuva a mejorar las condiciones y abatir los rezagos de salud de los grupos más pobres y vulnerables de zonas rurales e indígenas, al favorecer que exista en las localidades donde opera el Programa, una mayor equidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Sesiones de Educación para la Salud, 2000-2003^{1/}



Fuente: Servicios Estatales de Salud de la SSA. Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades. IMSS Régimen Obligatorio

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

El Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) es un programa de acción derivado del Programa Nacional de Salud 2001-2006 que se inscribe en el marco general de estrategias de apoyo a la política de protección social Contigo del Gobierno Federal. Constituye un programa de financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud.

El PROCEDES garantiza una plataforma de recursos destinados a fortalecer programas para la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos serán canalizados a microrregiones, municipios y áreas, en donde se concentra la mayor marginación y los menores índices de bienestar social.

En su fase de planeación y diseño, se puso en marcha en 2001 considera a las personas que habitan en 908 municipios rurales de más bajo bienestar social, en 530 municipios con mayor presencia de indígenas, y en la población de mayor marginación de 50 ciudades del país en el período 2002-2006.

Actualmente, el PROCEDES se aplica en 4 entidades federativas, atendiendo a 146 municipios, de los cuales 103 son municipios indígenas. En total han sido atendidas 897 575 personas, se espera que al finalizar el año, 1 273 486 personas hayan sido atendidas.

El PROCEDES en sus diferentes componentes, busca incrementar los niveles de eficiencia tanto de las áreas administrativas centrales como de las estatales, con el fin de que un uso más racional y adecuado de los fondos públicos para la salud, se viertan en beneficios adicionales para la población más necesitada.

En respuesta a esta necesidad, las acciones mas relevantes han sido:

- ▮ Pilotaje de la automatización de la vigilancia epidemiológica simplificada a través de dispositivos PDA (Palm);
- ▮ Incorporación de equipos de Telemedicina en zonas de alta marginación de Guerrero y Puebla;
- ▮ Equipamiento médico básico y medicamentos para microrregiones prioritarias de 11 estados;
- ▮ Establecimiento de Unidades Estatales de Protección Social en Salud en 19 estados.

El PROCEDES desarrolla y promueve proyectos para el diseño, desarrollo y piloto de modelos innovadores que combatan de manera efectiva el rezago histórico en salud. Para ello se han trazado las siguientes estrategias:

- ▮ Diseño de la estrategia de análisis de futuros del modelo de atención en salud;
- ▮ Diseño del Plan para la Definición de Nuevos Modelos de Infraestructura Física en Salud;
- ▮ Diseño de la primera etapa para el pilotaje de un sistema eficiente de abasto de medicamentos en Oaxaca y Veracruz;
- ▮ Diseño de una metodología para establecer indicadores de calidad en salud para poblaciones indígenas;
- ▮ Diseño de una estrategia para operación eficaz de servicios en la Montaña de Guerrero;

Entre los principales retos que enfrenta el PROCEDES se encuentran los siguientes:

- ▮ Sistematizar este modelo en todas las zonas rurales dispersas de la República.
- ▮ Capacitar intensivamente al personal de salud para un uso eficiente de este equipo.
- ▮ Utilizar esta nueva herramienta para establecer las bases del nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS).
- ▮ Elaborar un Plan maestro de infraestructura física que responda a las prioridades nacionales.
- ▮ Incorporar al IMSS para la implantación de esta estrategia.
- ▮ Utilizar la metodología y consensar con expertos los indicadores particulares que deberán ser manejados con población indígena.
- ▮ Flexibilizar normas y reglamentos que impiden que los servicios de salud puedan aprovechar de manera integral a los recursos humanos especializados en horarios ampliados en zonas de alta marginación.
- ▮ Renovar periódicamente el equipamiento y mantener el abasto de medicamentos.
- ▮ Que las unidades sean capaces de impulsar la transformación del estado en concordancia con las modificaciones a la nueva Ley General de Salud.
- ▮ Generalizar el uso automatizado de instrumentos de recolección de información en campo.

- ▮ Demostrar que el uso de la medicina a distancia es una alternativa viable de salud.
- ▮ Iniciar modelos piloto de un nuevo modelo integrado y eficiente de salud.
- ▮ Que las 32 entidades tengan un plan maestro de referencia para el uso eficiente de los recursos para infraestructura.
- ▮ Incrementar de manera significativa los porcentajes de abasto de medicamentos.
- ▮ Incorporar estos nuevos indicadores a la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud
- ▮ Oportunidad de instrumentar nuevos modelos para la gerencia de redes de servicios en zonas de alta marginación.
- ▮ Incrementar sustancialmente los recursos que se destinan a microrregiones prioritarias.
- ▮ Transformar los servicios estatales de salud en nuevas estructuras rectoras con visión de eficiencia, equidad y calidad en salud.

2.2.4. Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad (PAMEC)

El Programa tiene como objetivo principal ofrecer atención quirúrgica de alta especialidad a los grupos poblacionales más vulnerables y desprotegidos mediante campañas de cirugía extramuros efectuadas en las propias comunidades de los individuos con necesidades quirúrgicas.

Las principales líneas de acción de las estrategias y políticas del programa son:

- ▮ Concertación con las autoridades de los servicios estatales de salud con el fin de incorporar más estados al Programa y grupos médicos locales.
- ▮ Estimular la participación altruista del gremio médico a través de concertación y estímulos escritos de agradecimiento por su participación.
- ▮ Coordinación institucional de Servicios Estatales de Salud, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Colegios Médicos, e Instituciones Privadas.

Principales Resultados

El Programa de Atención Médica Especializada a la Comunidad, logró realizar de septiembre al cierre de 2002, 6 546 cirugías en 73 campañas, con una cobertura en 26 estados de la República. Del total de cirugías, los estados participaron con 4 284 cirugías en 38 campañas mientras que se realizaron 2 262 en 35 campañas federales. El tipo de cirugías realizadas fue el siguiente: 2 881 Cirugías Generales, 380 de Ortopedia, 2 534 Oftálmicas y 751 Reconstructivas.

De enero a agosto del 2003, se realizaron 10 992 cirugías en 131 campañas, con una cobertura actual en 23 estados de la República. Del total de cirugías en este período los estados participaron con 6 321 en 69 campañas y a través de las 62 campañas federales se realizaron 4 671 cirugías. Del total de cirugías, 3 831 fueron Generales, 1 141 Ortopédicas, 3 280 Oftálmicas y 2 740 Reconstructivas.

Del 1° Septiembre de 2002 al 31 de agosto 2003 se realizaron 17 538 cirugías de 17 626 programadas, en 97 campañas federales y 107 campañas estatales. Se realizaron 6 712 Cirugías Generales, 1 521 de Ortopedia, 5 814 Oftálmicas y 3 491 Reconstructivas.

Los logros más significativos de enero a agosto de 2003, con respecto al mismo período de 2002, es que se observan incrementos del 22.1 por ciento del total de cirugías y de 21.3 por ciento en el número de campañas realizadas. Con respecto a las cirugías por tipo, son las cirugías reconstructivas las que marcan un incremento sobresaliente del 97 por ciento, le siguen las ortopédicas con un 94 por ciento, las generales con un 25 por ciento y por último se observa un decremento de un 21 por ciento en las cirugías reconstructivas.

En relación con las metas establecidas para el cierre del Programa en 2003, se observa un avance del 75 por ciento, ya que al 31 de agosto del 2003, el Programa realizó 10 992 cirugías, de 14 670 programadas para fin de año. Sobre el total de campañas comprometidas, el avance es del 77 por ciento (131 campañas realizadas de 170 programadas).

Los avances de las cirugías por tipo son los siguientes: se ha realizado el 68 por ciento en las cirugías generales (3 831 realizadas vs. 5 603 programadas). Las cirugías ortopédicas rebasaron la meta establecida para 2003 en 25 por ciento (1 141 realizadas contra 910 programadas); existe un avance del 53 por ciento con respecto a las cirugías oftálmicas y por último lo que más se destaca es la cobertura de las cirugías reconstructivas donde se rebasa lo programado en un 35 por ciento (2 740 realizadas vs. 2 025 programadas).

Acciones y Resultados, 2002-2003

	Enero-agosto 2003				Enero-agosto		
	2002	Meta*	Logro	Avance (%)	2002	2003**	Variación (%)
Campañas	181	170	131	77	108	131	21.3
Total Cirugías	15 545	14 670	10 992	74.9	8 999	10 992	22.1
General	5 944	5 603	3 831	68.4	3 063	3 831	25.1
Ortopédica	969	910	1 141	125.4	589	1 141	93.7
Oftálmica	6 492	6 132	3 280	53.5	3 958	3 280	-20.7
Reconstructiva	2 140	2 025	2 740	135.3	1 389	2 740	97.2

* Meta estimada

** Se estimó que para junio, julio y agosto se realizarán 1 200 cirugías por mes, con 16 campañas cada mes.

La eficacia en el logro de los objetivos se destaca principalmente en mantener, y en algunos casos rebasar las metas propuestas para algunos tipos de cirugía con respecto al año anterior; así como, realizar el 98 por ciento de las acciones en forma segura, y mantener el 99 por ciento de las complicaciones resueltas.

Como logros, se han realizado a la fecha 10 992 cirugías, de 14 670 programadas al cierre de 2003, con un avance del 75 por ciento. En total de campañas tenemos un avance del 77 por ciento de las programadas (131 realizadas de 170 programadas al cierre de 2003).

El Programa cuenta con acciones seguras donde se aplican técnicas modernas como cirugías laparoscópicas y endoscópicas o tratamientos de cataratas faco emulsificación, que en muchos casos se realizan por primera vez en diferentes campañas y lugares cubiertos por el programa.

Respecto a la calidad técnica, se han expuesto los parámetros considerados para asegurar el alto porcentaje de seguridad de los procedimientos, y en cuanto a la calidad interpersonal en cirugías extramuros los procedimientos, se efectúan con respecto absoluto a usos, costumbres y derechos humanos de los pacientes.

2.2.5. Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas

Este Programa tiene como propósito mejorar el nivel de salud y nutrición de los pueblos indígenas del país y de esta forma reducir la brecha en salud que existe con el resto de la población. Para ello, se han desarrollado acciones encaminadas a mejorar, tanto el acceso y disponibilidad de los servicios, como incidir en los factores que condicionan esta situación.

En las 21 entidades federativas donde opera el programa, se realiza la suplementación con vitaminas y minerales a niños de seis a 24 meses de edad y a mujeres embarazadas y en período de lactancia, para corregir incidencia de anemia en esta población; además se han ajustado los servicios a las características socioculturales de la población y se ha capacitado con un enfoque intercultural, al personal de salud que la atiende, todo ello con la finalidad de mejorar la satisfacción del usuario.

Asimismo, se ha mejorado la relación y complementación de la medicina institucional y la tradicional; se ha fortalecido la promoción de la salud mediante la incorporación de aspectos culturales y sociales de esta población en el diseño de materiales de educación en salud; se ha impulsado el saneamiento básico en tres ejes fundamentales: construcción de letrinas para evitar el fecalismo al ras del suelo; construcción de estufas de lodo y arena para evitar la contaminación por humo en el interior de las viviendas y de esta forma reducir las enfermedades respiratorias principalmente en los niños pequeños. También se ha apoyado en la protección sanitaria de fuentes de abastecimiento de agua, a fin de prevenir las enfermedades diarreicas prevalentes en esta población.

Con respecto a las adicciones, se han impulsado proyectos de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo, con el fin de evitar problemas económicos, de violencia familiar y accidentes. Se busca incorporar formalmente en los servicios de salud a la población indígena a través del seguro popular, para darle presencia en las estadísticas de salud.

Principales Resultados

Se dio especial atención a las demandas de servicios de salud presentadas por organizaciones indígenas, tramitándose a los Servicios Estatales de Salud 140 solicitudes, referidas a construcción de unidades de atención, reforzamiento con personal médico, medicamentos y material de curación y en otras, destacan las atenciones médicas especializadas.

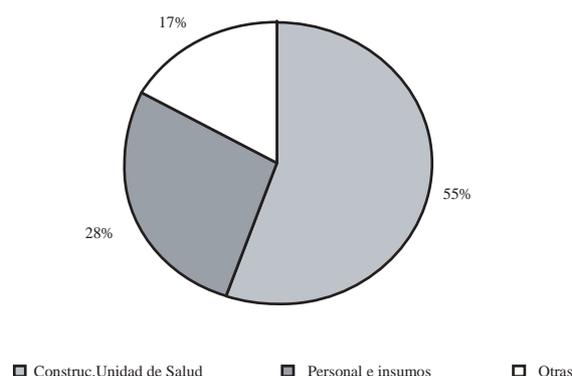
Acciones y Resultados, 2002-2003

	2002	Enero-agosto 2003		Enero-agosto	
		Meta	Logro	2002	2003e/
Solicitudes de servicios de salud de Organizaciones Indígenas	89	--	140	89	140

e/ Cifras estimadas

Fuente: Registros de la Coordinación de Salud para Pueblos Indígenas

Demandas de Servicios de Salud



Fuente: Registros de la Coordinación de salud para Pueblos Indígenas

La suplementación con multivitamínicos y minerales a los grupos más vulnerables, niños menores de dos años, mujeres embarazadas y en período de lactancia, para abatir la anemia alcanzó una cobertura de 294 764 niños y 232 636 mujeres embarazadas o en período de lactancia de 594 municipios en 21 entidades federativas.

Por la disponibilidad oportuna de los micronutrientes, se incrementó la cobertura en 69 por ciento de niños y 55 por ciento para mujeres embarazadas o en período de lactancia en relación con el ejercicio 2002, alcanzándose asimismo el 90 por ciento de la meta prevista para el actual ejercicio 2003.

Se llevaron a cabo en municipios indígenas del estado de Chiapas, acciones de detección, promoción, vigilancia y atención al problema de tracoma, que ocasiona ceguera en nuestra población.

Se ha incorporado el enfoque intercultural en los sistemas de capacitación regular del personal de salud que atiende población indígena y se han adecuados a las necesidades socioculturales de esta población, dos sistemas de salud que implican unidades de primer nivel de atención y un hospital, donde además de la calidad técnica, se agrega la sensibilidad cultural de los servicios.

Suplementación con vitamínico, 2002-2003

	Enero-agosto 2003				Enero-agosto		Variación (%)
	2002	Meta e/	Logro	Avance (%)	2002	2003	
Entidades Federativas	18	21	21	100	13	21	--
Municipios	550	594	594	100	400	594	--
Niños de 6 a 24 meses	205 411	327 515	294 764	90	174 000	294 764	10
Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia	169 717	258 485	232 636	90	150 000	232 636	10
Total	373 128	586 000	527 400	90	324 000	527 400	10

e/ Cifras estimadas

Fuente: Registros de la Coordinación de Salud para Pueblos Indígenas

Se impulsó con recursos adicionales el saneamiento básico en población indígena, con la instalación de 3 500 letrinas ecológicas, 2 000 estufas de lodo y arena y 210 baños integrales, que benefician a 4 500 familias en 13 entidades federativas.

Se ha promovido en las Escuelas de medicina y enfermería, la incorporación de contenidos de la medicina tradicional en la materia de antropología médica, que permitan que el profesional de salud reconozca que existen recursos alternos para mejorar la atención del usuario.

Se realizó un proyecto de prevención y rehabilitación del alcoholismo con la participación de la propia comunidad en dos municipios indígenas del estado de Querétaro.

La salud de la mujer indígena ha sido motivo de atención preferencial que trata de darle adecuado empoderamiento para su participación plena en el desarrollo de la familia y su comunidad.

Con la incorporación de la familia indígena en el seguro popular, se busca dar presencia a esta población en las estadísticas de salud.

Los principales retos que enfrenta este programa son los siguientes:

- ▮ La adecuación de los servicios de salud a las necesidades y cosmovisión de la población indígena para alcanzar su completa integración a los servicios de salud.
- ▮ La realización de una evaluación de efectos de la suplementación con micronutrientes, para conocer el grado de disminución de la anemia en la población indígena.
- ▮ Con la cobertura alcanzada en la suplementación con micronutrientes, establecer un sistema de suplementación de susceptibles.
- ▮ Consolidar la cobertura en atención de la salud a población indígena, con la transformación de servicios de salud con calidad y sensibilidad intercultural.

2.2.6. e-Salud Telemedicina

El objetivo de este programa es contribuir a mejorar los niveles de salud de la población y su acceso a los servicios especializados, a través de la telemática, brindando prioridad a los habitantes de los municipios con los mayores niveles de marginación, así como poner al alcance de toda la población mexicana información integral en salud, que contribuya al desarrollo humano y de las instituciones del Sector, articulándolas a través de la informática y las telecomunicaciones.

Principales Resultados

Se consolidaron y continuaron los trabajos del Comité Interinstitucional e-Salud, como mecanismo de coordinación entre las principales instituciones del sector salud para definir los contenidos que se incluirán progresivamente a los componentes Telemedicina y Portal del Programa de Acción e-Salud.

Se continuó la revisión y actualización del marco jurídico en materia de salud, con la finalidad de sustentar las acciones que se realizarán en el Programa de Acción e-Salud, como es el caso de la propuesta de modificación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-SSA-168-SSA1-1998-1) del Expediente Clínico, particularmente del numeral 5.11 donde se incluye el manejo del expediente clínico por medios electrónicos,

con las aportaciones de las áreas de la SSA, el IMSS y el ISSSTE. Por ello, se presentó ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, la propuesta de modificación a la norma para la autorización del uso del expediente por medios electrónicos, asimismo se está trabajando en la validación de la firma digital.

Se licitaron 23 sistemas integrales de telemedicina con un gasto estimado de 9.6 millones de pesos para beneficiar, potencialmente, a poco más de 141 mil habitantes de los municipios con mayores niveles de marginación de los estados de Guerrero y Puebla.

Se inició la Prueba Piloto de Telemedicina en los estados de Guerrero y Puebla, proyecto que corresponde a una segunda fase del Programa de Acción e-Salud, iniciada en el 2002 y está dirigida a sentar las bases del desarrollo instrumental de telemedicina, con la finalidad de definir el Modelo y los instrumentos que permitirán su organización y funcionamiento en las unidades de salud de los tres niveles de atención, con el propósito de replicarlo en el resto de los estados.

Se definieron 165 unidades de salud de 27 entidades federativas, donde se instalarán Centros Comunitarios Digitales (CCD), para poner al alcance de la población información en materia de salud, así como de educación, comercio y gobierno, por medio del Sistema Nacional e-México, los cuales constituyen la estrategia para promover el acceso de la comunidad a contenidos de datos, sonidos e imágenes a través de Internet.

Se puso en operación de la primera etapa del Portal e-Salud, el cual es un mecanismo de difusión del Sector Salud, orientado a brindar información a la población en general, profesionales de la salud e industria relacionada.

Se realizó el 2do. Congreso Mexicano e-Salud Integración de la Salud, con las Tecnologías de la Información, las Telecomunicaciones y la Ingeniería Biomédica.

Se determinó la programación-presupuestación correspondiente al ejercicio 2003 para la instrumentación de las acciones de Telemedicina que se realizarán en los estados de Chiapas, Oaxaca y Querétaro.

Buen Gobierno

Eficiencia. En la fase de planeación se consideró la formulación del Programa de Acción e-Salud 2001-2006, el cual se concluyó en la primera quincena de abril del 2002. El programa se formuló en coordinación con el IMSS, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, SCT a través del Sistema Nacional e-México, INEGI y los servicios de salud de las entidades federativas.

Innovación. Se programó y se realizó el 2do. Congreso Mexicano e-Salud, Integración de la Salud con las Tecnologías de la Información, las Telecomunicaciones y la Ingeniería Biomédica, cuyo propósito fue el intercambio de experiencias entre las instituciones públicas y privadas, así como de los expertos en materia de integración de la salud con las nuevas tecnologías de la información, dicho evento contó con la participación de más de 600 personas durante los días de su realización.

Se dotó de antenas satelitales a 145 unidades de salud, a través del Sistema Nacional e-México, con el propósito de instalar Centros Comunitarios Digitales para poner al alcance de la población información en salud, educación, gobierno y comercio.

Calidad de la gestión pública

Conforme a lo programado para llevar a cabo el Programa de Acción e-Salud 2001-2006 en sus dos componentes: Telemedicina y Portal e-Salud, se cumplió con las fases de planeación e instrumentación a través de los recursos del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), de donde se equipó a las unidades de salud, a partir del segundo semestre del 2002.

Retos y Oportunidades

La asignación oportuna de los recursos a través del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) para ejercer con oportunidad los recursos asignados en las entidades federativas pertenecientes al universo de trabajo del Programa.

Poner al alcance de la población servicios de salud especializados, a través de la intercomunicación de las unidades de los tres niveles de atención por medio de un sistema telemático que apoye en sus actividades de atención médica y salud pública, a los trabajadores de la salud.

Apoyar la capacitación del personal de salud, por medio de la red de Telemedicina.

Apoyar la cobertura de servicios de salud del segundo y tercer niveles de atención en los municipios con los mayores niveles de marginación, a través de Telemedicina e información en línea por medio del Portal e-Salud.

2.3. Dirección General de Protección Financiera en Salud

La Dirección General de Protección Financiera en Salud (DGPFS) atiende a la estrategia de brindar protección financiera en salud a toda la población, una de las tres grandes estrategias establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 para fortalecer el sistema nacional de salud. Las líneas de acción de esta estrategia son: consolidar la protección financiera básica y promover un seguro de salud popular, promover y ampliar la afiliación al seguro social, ordenar y regular el prepago privado, así como articular el marco de aseguramiento en salud.

Estas líneas de acción tienen como objetivo común, sustituir el gasto de bolsillo por el prepago de los servicios de salud, promoviendo la cultura del aseguramiento como una manera eficiente de gastar en salud, creando a su vez incentivos para fortalecer la acción preventiva.

Para el desarrollo de sus fundaciones, la DGPFS cuenta actualmente con tres direcciones de área: de Desarrollo Sectorial, de Operación y Vigilancia, y la de Coordinación. Cada una de estas Direcciones cuenta con una subdirección de área y un departamento, a excepción de la Dirección de Operación y Vigilancia que cuenta con dos departamentos.

Las recientes reformas a la Ley General de Salud establecieron la operación, a partir de enero del 2004, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual se constituirá en el tercer esquema de aseguramiento público en salud, orientado a brindar protección financiera en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social. Para organizar, instrumentar y conducir el SPSS está en proceso de creación la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), de la cual formará parte la Dirección General de Protección Financiera en Salud.

La Dirección General de Protección Financiera en Salud se integrará a la CNPSS como Dirección General de Financiamiento y orientará sus funciones al desarrollo, operación y supervisión de los mecanismos de financiamiento del SPSS, así como la administración y control de gestión de los recursos financieros involucrados en la operación del nuevo sistema. Para llevar a cabo estas funciones, su actual estructura orgánica sufrirá modificaciones, la cual está en proceso de elaboración y aprobación por las instancias correspondientes.

Visión

Que todas las familias mexicanas cuenten con algún esquema de protección financiera que garantice el acceso a servicios de salud de calidad y elimine la posibilidad de que al requerir atención médica, enfrenten dificultades financieras como resultado de los altos costos.

Los diferentes esquemas de protección financiera se basarán en el pago anticipado de colectividades que, a través del principio de solidaridad, cubrirán el costo de la atención de quienes la requieran. En la gran mayoría de los casos, el costo de los servicios médicos para una familia que requiere atención es superior a su contribución anticipada, pero es posible cubrirlo al canalizar las contribuciones de las familias que no utilizaron servicios de salud en un período determinado.

Esta forma de financiar los servicios de salud crea incentivos para privilegiar la atención preventiva sobre la curativa y, consecuentemente, mejorar las condiciones de salud de la población. En los esquemas de aseguramiento público prevalecerá en todo momento la progresividad en las contribuciones de las familias. Así, el esquema solidario no aplica sólo entre sanos y enfermos sino también entre familias de mayores y menores ingresos.

Misión

Mejorar el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, a través del desarrollo de esquemas de financiamiento a la salud que reduzcan el riesgo de enfrentar dificultades financieras a las familias al pagar por la atención a la salud.

2.3.1. Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud)

Para instrumentar esta línea de acción, en el primer semestre del 2002, se puso en marcha el programa Seguro Popular de Salud (SPS), el cual ofrece a las familias no derechohabientes de la seguridad social un paquete de intervenciones en salud y sus medicamentos asociados, mediante un prepago subsidiado con fondos públicos. La fase piloto del programa se desarrolló en cinco entidades federativas del país en los primeros meses del 2002.

Para el segundo semestre del 2002, el programa adquirió fortaleza al incorporarse 16 entidades más, lo que provocó que para diciembre del 2002, el SPS contará con 295 511 familias afiliadas. A mayo de 2003, el programa contaba con 317 004 familias beneficiarias en 20 entidades federativas.

La mayor parte de las familias inscritas al programa, se ubican dentro del segmento de la población con menores ingresos. Según registros del SPS, el 98.9 por ciento de las familias afiliadas pertenecen a los tres deciles de la población con menores ingresos. Si consideramos el dato de que son precisamente estos sectores de menores ingresos los más vulnerables a los gastos catastróficos por la desprotección financiera ante riesgos de salud, se comprenderá la contribución del Seguro Popular de Salud en esta materia.

El programa se ha convertido en un gran instrumento para mejorar la equidad de género, pues el 76.3 por ciento de los titulares de las familias inscritas en el programa son mujeres, lo que contribuye a mejorar las condiciones de acceso a la salud de este sector.

Sin embargo, el mayor avance en la estrategia de brindar protección financiera en salud, es la aprobación de las reformas a la Ley General de Salud por el Congreso de la Unión, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo del 2003, mediante las cuales se crea el Sistema de Protección Social en Salud. Esta reforma establece la operación, a partir del 2004, del tercer seguro público en salud para todas las familias no derechohabientes de la seguridad social, las cuales en un plazo de siete años deberán contar todas ellas con este beneficio. Estas reformas establecen la obligación del Estado mexicano de apoyar financieramente la atención a la salud de estas familias no derechohabientes, y modifica las reglas de distribución de los recursos presupuestales hacia los servicios estatales de salud, planteando una redistribución proporcional a las necesidades de salud.

2.3.2. Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Aunado a las acciones de fortalecimiento del seguro popular y de la seguridad social, se han desarrollado simultáneamente acciones de promoción del prepago privado entre los segmentos poblacionales con capacidad económica para acceder a estos esquemas de aseguramiento en salud. El propósito es que este tipo de aseguramiento se constituya en un complemento importante de las acciones de protección financiera en salud que se llevan a cabo para beneficio de la población.

En este sentido, la Secretaría de Salud ha venido fortaleciendo su papel regulatorio en la supervisión de las ISES, con el fin de garantizar a los inscritos en estos esquemas los niveles de calidad adecuados en la provisión de estos servicios. En esta materia, la Secretaría de Salud mantiene una supervisión permanente a través de distintos mecanismos como la emisión de los dictámenes anuales, provisionales y definitivos para la operación de estas empresas. A partir del segundo semestre del año 2002, han sido autorizadas 5 nuevas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), que se suman a las 3 autorizadas a principios del año 2002. En todos los casos, la Secretaría de Salud mantiene un permanente contacto con el fin de mejorar los servicios prestados por estas instituciones.

Otros esquemas de protección financiera

Se ha trabajado en la ampliación de la solidaridad del sistema al incorporar a mayores grupos de población como son los pequeños productores del campo, a las familias de migrantes, etc. Pero evidentemente será la operación del nuevo Sistema de Protección Social en Salud en el próximo año, la gran acción que permitirá mejorar sustancialmente el marco de aseguramiento en salud pues permitirá coordinar las acciones de protección social en salud en todo el país e incluirá a grandes segmentos de la población que compartirán el riesgo financiero de enfermarse.

2.4. Centro Nacional de Trasplantes

La estructura del Centro Nacional de Trasplantes consta de 2 direcciones área: la del Registro Nacional de Trasplantes y la de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional; 4 subdirecciones, 5 jefaturas de departamento, una coordinación administrativa y un secretario particular.

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, ha continuado fortaleciendo su papel de autoridad sanitaria dentro del ámbito de las instituciones de salud, así como de impulsor del desarrollo del Sistema Nacional de Trasplantes.

Principales Resultados

Se estimuló la reestructuración de las Coordinaciones de Trasplantes del Instituto Mexicano del Seguro Social y reforzó la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Los lineamientos emitidos por el CENATRA para que la asignación de órganos y tejidos se lleve a cabo considerando, en primer lugar, la institución a la que pertenece el hospital generador de la donación han logrado el consenso y compromiso de trabajo de los diferentes grupos de cirujanos, procuradores y coordinadores hospitalarios de trasplantes.

Se actualizó el registro de hospitales autorizados para la disposición de órganos y tejidos, así como el registro y credencialización de profesionales en el área de trasplantes. Con respecto a los informes que emiten los hospitales autorizados se ha creado dentro de la página electrónica del CENATRA un vínculo que permite que esta información se haga a través de este medio con las ventajas que brinda dada su rapidez.

El total de trasplantes realizados en el período fue de 3 056 de los cuales el número de trasplantes renales fue de 1 312, mientras que los de córnea alcanzaron los 1 650. De manera destacada cabe mencionar que el aumento que se registró en el número de trasplantes de hígado fue muy notable ya que en el período previo se realizaron 63 y en el período que estamos analizando hubo 11 más, alcanzando la cifra de 74.

Trasplantes Realizados

	Alcanzado	Alcanzado	Variación Absoluta
	Sep 2001 - Ago 2002	Sep 2002 - Ago 2003	
Riñón	1 319	1 312	-7
Córnea	1 966	1 650	-316
Hígado	63	74	11
Corazón	22	20	-2
Total	3 370	3 056	-314 *

*El número de trasplantes hasta el mes de agosto de 2003 se presentan de manera preliminar debido a que los informes se reciben por trimestre y a la fecha de la elaboración de éste reporte aún no se cierra el período de recepción

El número de corazones trasplantados se mantuvo dentro del mismo rango, habiéndose realizado un total de 20 trasplantes durante este período. Cabe destacar que en este año se cumplen 15 años del primer trasplante de corazón realizado en nuestro país.

La tasa de donación cadavérica continúa siendo muy baja, sin embargo hay un esfuerzo creciente para fortalecer la conciencia y la información existente en la sociedad para incrementar la donación cadavérica.

El fortalecimiento de la estructura también conoció cambios ya que el número de centros autorizados para la disposición de órganos y tejidos aumentó a 207, mientras que en el período anterior existían 179 únicamente.

Capacidad Instalada

	Alcanzado	Alcanzado
	Sep 2001 - Ago 2002*	Sep 2002 - Ago 2003
Centros autorizados para la disposición de órganos y tejidos	179	207
Centros de trasplantes de córnea	100	117
Centros de trasplantes de riñón	114	125
Centros de trasplantes de hígado	25	29
Centros de trasplantes de corazón	23	26

* Se reporta número de centros acumulados hasta la fecha indicada

Se firmaron cuatro convenios de colaboración con instituciones públicas y privadas como las aerolíneas Mexicana y Aeroméxico, la Cruz Roja y la Procuraduría General de la República, para facilitar las acciones de traslado del personal médico y los órganos a través del territorio nacional en forma gratuita y facilitar los trámites necesarios para la donación cuando se requiera la intervención de la autoridad.

Se realizó un programa con diversas actividades en torno a la donación y trasplantes, el cual incluyó reuniones con Organizaciones no Gubernamentales, campañas en medios escritos, el Donatón de la Fundación Nacional de Trasplantes (FUNAT) y un curso para agentes del Ministerio Público.

Se organizó la Semana Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos con el desarrollo de diversas actividades en coordinación con otras instituciones del Sector Salud.

Se contabilizaron un total 42 352 personas que visitaron la página Web de CENATRA, de las cuales, 2 500 se registraron como donadores.

2.5. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) tiene como misión garantizar un abasto suficiente y seguro de sangre y sus componentes conforme a lo establecido en la legislación sanitaria. Para cumplir con sus propósitos actualiza conforme a los avances científicos y tecnológicos la legislación sanitaria, aumentando la solidez jurídica en su aplicación y reforzando los organismos de reglamentación para acrecentar su competencia, de forma que aumenten la capacidad de los servicios nacionales de control.

Su estructura orgánica se encuentra integrada por 2 direcciones de área, 4 subdirecciones de área, 8 jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

Principales Resultados

El Proyecto de Modificación PROYM del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos se encuentra en poder de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud. La Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) que corresponde al CNTS está concluido. Se espera la MIR correspondiente al Centro Nacional de Trasplantes para integrarlos, y enviarla a la Secretaría de Economía para su aprobación.

El Proyecto de Modificación de la PROYMNOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes fue concluida, el documento final se encuentra en la Dirección Consultiva de la Dirección General de Asuntos Jurídicos para su revisión y aprobación. Este PROYM integra los componentes de la disposición de células progenitoras Hematopoyéticas y el modelo organizacional y de infraestructura con el que deben contar los bancos de sangre y servicios de transfusión, lo que permite llenar el vacío legal en el que opera el Programa Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Se dio cumplimiento al Programa de Mejora Regulatoria 2001-2003 con la inclusión de los nuevos formatos denominados: solicitud de licencia sanitaria para banco de sangre y servicio de transfusión, informe mensual de ingresos y egresos de sangre, componentes y pruebas de detección de enfermedades transmisibles por transfusión, autorización de libro de ingresos y egresos de sangre y componentes, solicitud de aviso de responsable de banco de sangre y servicio de transfusión, permiso de internación o salida de sangre y componentes, que suman un total de cinco e incluyen ya el componente de células progenitoras hematopoyéticas y contempla el cobro por pago de derechos conforme a lo que establece la Ley Federal de Derechos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2002 en su artículo 195-K-2.

En coordinación con el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud, se inició el desarrollo y la implementación de un Programa de Mejora Continua, que pretende implantar, desarrollar, mantener y mejorar un Modelo de Calidad Total. Esta permitirá el cumplimiento de nuestras metas y la Certificación ISO 9001:2000, NMX-CC-9001:2000, fortaleciendo además el liderazgo activo de la Secretaría de Salud.

El control y la vigilancia sanitarios de los establecimientos que realizan la disposición de la sangre y sus componentes se lleva a cabo a través de la emisión de las autorizaciones de licencia sanitaria, aviso de responsable y las visitas de verificación; en coordinación con los 31 Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea (CETS) ubicados en las entidades federativas, con excepción del Distrito Federal; en donde este CNTS asume esta responsabilidad.

Actividades	1 de septiembre de 2002 a 31 diciembre 2002	1 de enero de 2003 a 31 de agosto de 2003
Licencia sanitaria	191	124
Aviso de responsable	397	407
Verificaciones	362	294

La disminución en la emisión de las autorizaciones de licencias sanitarias y avisos de responsable para banco de sangre y servicio de transfusión, está relacionada con la revisión documental que se está realizando para definir la conformidad en el cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad específica vigente. Por otra parte, el número de visitas de verificación se ve disminuido ya que el programa de verificación esta orientado a los bancos de sangre que registran el mayor número de anomalías en el área técnica, las cuales inciden directamente en la seguridad biológica de la sangre y sus componentes.

Para asegurar la calidad en la obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución y uso clínico de la sangre y sus componentes, incluyendo las células progenitoras hematopoyéticas se tienen implementados programas educativos para la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de salud en cuatro componentes:

- ▮ Programa anual (PA)
- ▮ Programa de capacitación para el desempeño (PD)
- ▮ Programa Sangre y componentes seguros, en su modalidad de Programa de educación a distancia (PED)
- ▮ Programa de postgrado (PP)

Número de capacitados

Componente	1 de septiembre de 2002 a 31 diciembre 2002	1 de enero de 2003 a 31 de agosto de 2003
PA	29	144
PD	5	102
PED*	133	1 049
PP	3	2

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

	1 de septiembre de 2002 a 31 diciembre 2002	1 de enero de 2003 a 31 de agosto de 2003
Exámenes	67	30
Número de aprobados	18 (27%)	2 (7%)