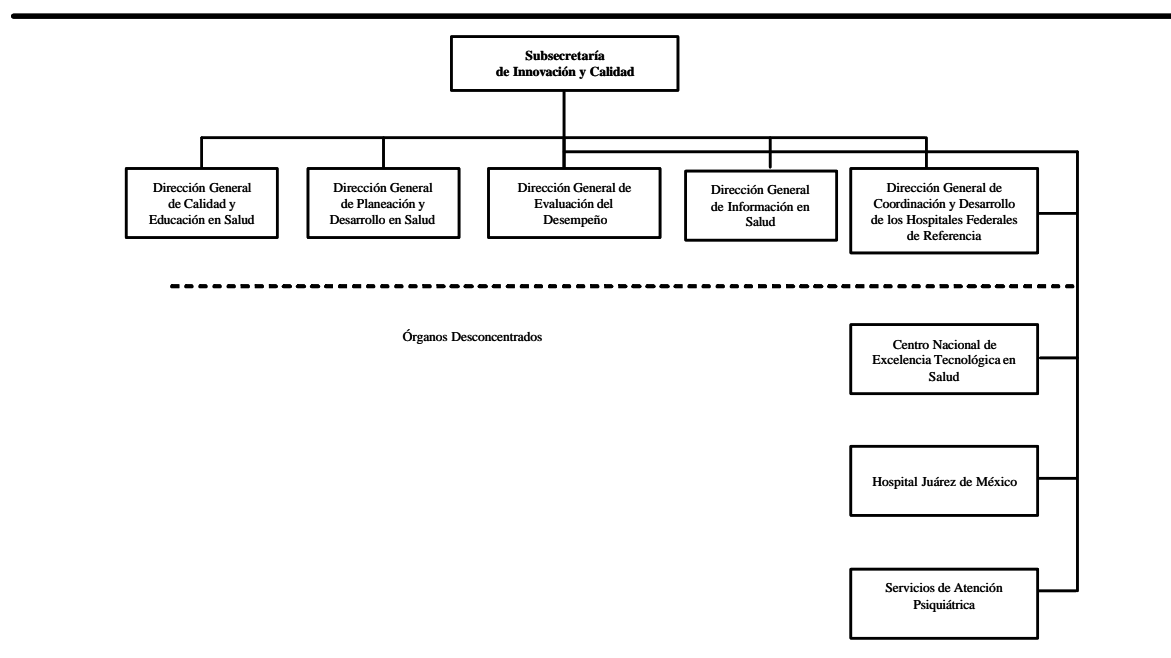


Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD



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

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

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

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

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

2.1 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

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

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

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

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

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

Principales resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seguridad del paciente

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

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

2.2.4 Abasto de insumos para la salud

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

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

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

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

Medicina tradicional

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

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

Modelo Integrado de Atención a la Salud

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

de salud públicos de todo el país.

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

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

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

Plan Maestro de Infraestructura en Salud

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

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

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

2.3 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica

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

y oportuna.

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

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

Banco de Información de Tecnologías (BITS)

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

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

Telemedicina

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

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

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

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

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

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

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

Otras actividades

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

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

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

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

Función

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

Principales actividades

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios de Atención Psiquiátrica

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

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

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

2.5 Dirección General de Evaluación del Desempeño

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.6 Dirección General de Información en Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Subsistema de Información en Prestación de Servicios Ambulatorios y Hospitalarios

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

2.6.4 Subsistema de Información sobre Hechos Vitales

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

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

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

Normatividad y Estándares

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

Coordinación interinstitucional

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

Consulta dinámica de información en salud

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

2.7 Hospital Juárez de México

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

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

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

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

Investigación

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

Actividades de investigación, Hospital Juárez 2003-2004

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

Enseñanza

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

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

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

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

Atención médica

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

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

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

Recertificación

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