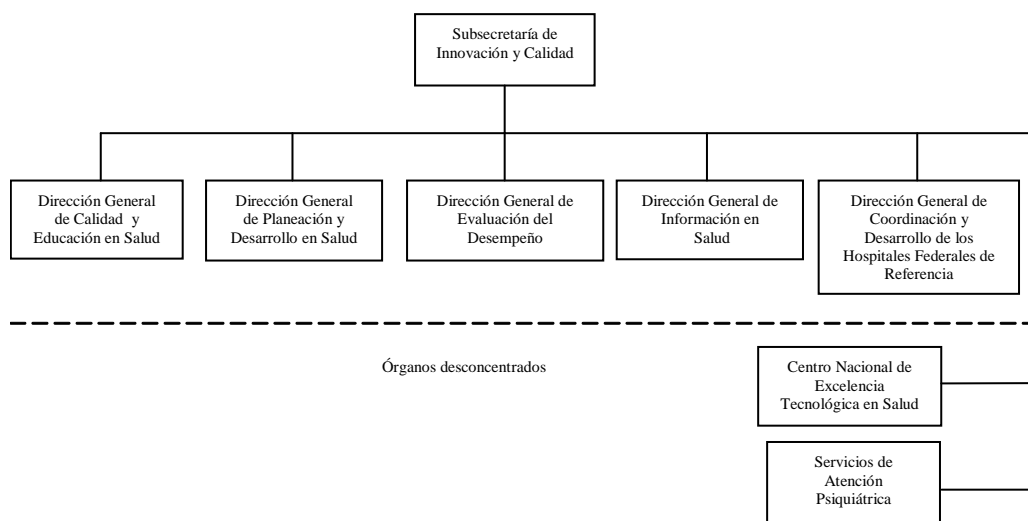


Capítulo 2

Subsecretaría de Innovación y Calidad

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

La Subsecretaría de Innovación y Calidad continúa consolidándose como una instancia orientada a la calidad y a la innovación en materia de salud. En 2004, como parte de los cambios estructurales realizados, el Hospital Juárez de México pasó de ser un órgano desconcentrado a uno descentralizado, a fin de brindarle mayor autonomía y eficiencia.



La Subsecretaría propone, con el apoyo de sus áreas adscritas, la política nacional para elevar continuamente la calidad de los servicios de atención médica y salud pública; establece los instrumentos para la innovación y modernización de la Secretaría y el Sistema Nacional de Salud; coordina las actividades del sector salud y el educativo orientadas a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; establece las políticas y estrategias que permiten optimizar y garantizar la equidad en la asignación de recursos financieros para la atención a la salud, y 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.

También dirige el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud; establece las políticas y normas sobre información estadística; conduce los procesos 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 realizar acciones conjuntas y la 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.

Destaca, en este periodo, el hecho de que las oficinas de la Subsecretaría renovaron el certificado ISO 9001:2000. La auditoría se realizó en el mes de febrero y se recibió la notificación de aprobación en el mes de abril de 2005.

2.1 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Gestión de Calidad

- Este informe comprende el ejercicio 2004, durante el cual se emitió el Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud 2004, que conforma su tercera emisión. La convocatoria tuvo una respuesta importante al contar con 27 entidades federativas interesadas en participar, enviando a evaluación 664 reportes breves dentro de las 8 categorías establecidas que incluyeron: 12 oficinas administrativas de los servicios estatales, 20 oficinas jurisdiccionales, 10 hospitales de especialidad, 74 hospitales generales, 16 hospitales integrales, 10 laboratorios de salud pública, 115 centros de salud urbanos y 407 centros de salud rurales.
- De éstas, llegaron a la 2ª etapa de evaluación 65 unidades, seleccionándose para la 3ª etapa de verificación de la información en visita de campo 14 unidades, mismas que quedaron como finalistas.

Plan Nacional de Capacitación en Calidad

Durante el año 2004 el Plan Nacional de Capacitación en Calidad obtuvo los siguientes resultados:

- Se formaron 669 directivos en varios temas para la Gestión de la Calidad.
- Se formaron 1 329 Instructores y facilitadores en las diversas metodologías y herramientas para la mejora continua, los cuales replicaron sus cursos en las entidades federativas, así como la facilitación de metodologías para la elaboración de proyectos de mejora.
- Se contó a nivel nacional con 41 207 trabajadores de la secretaría capacitados en los diferentes temas de calidad, lo que representa un avance importante en relación a la meta planteada de 44 000.

Acreditación

- A finales de 2004 inició la evaluación de gastos catastróficos para cáncer cérvico-uterino, leucemia linfoblástica aguda, prematuridad y VIH/SIDA en unidades de segundo y tercer nivel de atención. Hasta agosto de 2005 se han evaluado 92 servicios en 55 institutos y hospitales en el país, apoyados por 90 evaluadores estatales capacitados.
- En el siguiente cuadro se muestran las unidades evaluadas y los resultados de la acreditación tanto para el Catálogo de Servicios Esenciales en Salud (CASES) como para gastos catastróficos.

Unidades evaluadas y dictámenes obtenidos, 2005

(Número)

Concepto	Evaluadas			Total	Dictámenes			Total
	C. S	Hospital o Instituto	Unidad Móvil		Acreditada	Acreditada Condicionada	No Acreditada	
CASES	698	55	8	761	391	243	59	693
Gastos Catastróficos		55		55	92			92
TOTAL	698	110	8	816	483	243	59	785*

* El número de dictámenes no coincide con el número de unidades evaluadas ya que algunas de ellas fueron re evaluadas tomando como válido el último resultado obtenido al realizar la evaluación.

Calidad de los Servicios de Salud

- Hasta agosto de 2005 se habían incorporado al Sistema de Información para el Monitoreo Bimestral de Indicadores de Calidad (INDICA) 8 493 unidades médicas de primer nivel de atención y 692 hospitales.
- El monitoreo de los indicadores en las unidades médicas registró las siguientes variaciones con respecto al inicio de la administración:
 - Se redujo el promedio de tiempo de espera en el primer nivel de atención en 4.9 minutos y en el segundo nivel de atención disminuyó 5.3 minutos.
 - El porcentaje de recetas surtidas en forma completa en el primer nivel disminuyó 7.8 puntos porcentuales.
 - Se incrementó en 25.4 puntos porcentuales la satisfacción de los usuarios con respecto a la información sobre su diagnóstico en el primer nivel y en 10.4 puntos porcentuales en el segundo nivel, así como la satisfacción con la información sobre su tratamiento en 24.5 y 10.4 puntos porcentuales, respectivamente.
 - En el área de enfermería se han incorporado al INDICA 310 unidades con tres indicadores: 1) cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral; 2) vigilancia y control de venoclisis instalada, y 3) trato digno al paciente. La tendencia observada en el comportamiento de estos indicadores es a la alza.
 - Para el indicador de ministración de medicamentos vía oral se pasó de 94.9 por ciento de cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2004 a 97.4 por ciento en el mismo periodo de 2005.
 - El indicador vigilancia y control de venoclisis instalada registró en el primer cuatrimestre de 2004 un 93.2 por ciento de cumplimiento, mientras que en el mismo periodo de 2005 fue de 95.8 por ciento.
 - El indicador de trato digno rebasó el estándar del 95 por ciento (96.6 por ciento). Sin embargo, es posible mejorarlo en aspectos de presentación e identificación de la enfermera con el paciente.

Mejora y Estandarización de Procesos

- Se abatieron significativamente los tiempos de espera, acercándolos al estándar de 15 minutos en 5 hospitales generales del ISSSTE y en 11 unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante la intervención “Servicios de Urgencia para la Mejora de la Atención y Respeto” (SUMAR).
- Se formaron 135 facilitadores en 13 estados del país sobre el uso de la información para la gestión de calidad con el desarrollo de 120 proyectos de mejora sobre indicadores de atención médica efectiva.

- Se contribuyó a la organización del 3^{er} Foro Nacional por la Calidad en Salud, donde se difundieron experiencias exitosas de las unidades operativas; se expusieron 192 carteles, y hubo una participación de más de 1 500 asistentes y cerca de 4 000 trabajadores del sector y ministerios de salud de otros países de habla hispana conectados a través de Internet.

Formación, Capacitación y Actualización de los Recursos Humanos para la Salud

Política de Asignación de Campos Clínicos

- Al mes de agosto de 2005, 50.6 por ciento de las 79 facultades y escuelas de medicina habían acreditado sus planes y programas de estudio.
- Se alcanzó la cifra récord de 40 escuelas de medicina acreditadas, aunado a este logro, el 6 de enero de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos para Ciclos Clínicos e Internado Médico, mediante la cual se norman los requisitos obligatorio para la utilización de los campos clínicos. Actualmente, de las 79 facultades y escuelas de medicina en el país, sólo una no ha iniciado el proceso de acreditación.

Acciones de Capacitación

- Se realizaron 26 eventos con un total de 595 participantes y un total de 638 horas de capacitación.
- En apego al acuerdo No. 140 por el cual se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo del Personal de la Secretaría, el Subcomité de Capacitación Técnico-Médico realizó 11 sesiones ordinarias, en las cuales se dictaminaron 117 solicitudes de beca.
- La Comisión Nacional Mixta de Capacitación realizó 12 reuniones, en las cuales se dictaminaron 89 becas para trabajadores de la institución, con objeto de realizar estudios en ciencias de la salud.
- La Dirección General de Calidad y Educación en Salud otorgó el aval a 3 eventos de capacitación realizados por proveedores del sector público, social o privado del área de la salud, los cuales pertenecen al Programa Permanente de Capacitación de Responsables Sanitarios de Farmacias, Droguerías y Boticas y Responsables Sanitarios de Industria Químico Farmacéutica, organizado por el Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos Biólogos de México. A.C.

Internado Médico de Pregrado y Servicio Social

- En las promociones de enero y julio de 2005 del internado médico de pregrado se cubrieron un total de 11 816 becas para alumnos que se desempeñan en los hospitales de la Secretaría de Salud y de otras instituciones. En cuanto al servicio social se programaron 44 543 becas (13 119 en febrero y 31 424 en agosto).

Especialidades Médicas de Posgrado

- Se programaron en los hospitales de la Secretaría de Salud un total de 5 345 becas para la

formación de médicos especialistas en 71 ramas de la medicina y se extendieron 1 375 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 148 médicos extranjeros en 18 hospitales de la Secretaría. Los tres países que envían un mayor número de médicos a especializarse son Colombia, Costa Rica y Guatemala.

- Actualmente se tiene un total de 120 sedes para el Servicio Social Profesional donde participan durante 4 meses un total de 1 063 residentes de 3^{er}o y 4^{to} año de las especialidades de anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, medicina familiar y pediatría.
- En los 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 14 médicos en Maestrías y 6 en Doctorado. Así mismo, se otorgaron 120 becas para cursos de posgrado para médicos especialistas en 17 sedes.

Regulación y Adecuación Normativa

Se revisó con fines de actualización la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la Organización y funcionamiento de residencias médicas;

Se elaboraron dos Proyectos de NOM y se publicó una:

- PROY-NOM-000-SSA3-2005. Educación para la salud, utilización de campos clínicos para la práctica clínica y el servicio social de enfermería.
- PROY-NOM-000-SSA3-2005. Educación en salud, realización del servicio social de pasantes de medicina y odontología en primer nivel de atención del sector salud.
- Se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-234-SSA1-2003, utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Aval Ciudadano

- En 2004 se logró instalar el Aval Ciudadano en 29 entidades del país. Está constituido a nivel nacional por 642 organizaciones y grupos ciudadanos que han sido facultados para aplicar el monitoreo ciudadano en las instituciones del sector salud. Las organizaciones se clasifican de la siguiente manera: 172 universidades y otras organizaciones educativas, 16 grupos colegiados, 18 cámaras y confederaciones, 40 organizaciones no gubernamentales, 7 empresas privadas, 14 agrupaciones diversas y 375 grupos ciudadanos, que aplicaron el monitoreo ciudadano en 631 centros de salud y hospitales de las diferentes instituciones. En 388 unidades avaladas los ciudadanos no encontraron diferencias iguales o mayores al 20 por ciento en los resultados de trato digno.
- Las sugerencias ciudadanas de mejora más destacadas fueron: dar mayor difusión a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS); mejorar los tiempos de espera y el surtimiento de medicamentos; realizar acciones para garantizar espacios dignos (limpieza, pintura

y equipamiento); sensibilizar al personal para mejorar la actitud en los servicios de enfermería, recepción, área médica, archivo clínico y farmacia; brindar información clara al paciente sobre todo en los servicios de urgencia de los hospitales, y gestionar la contratación de personal médico y de enfermería, en particular en turnos vespertinos, sábados, domingos y días festivos.

Calidatel

- En el periodo de septiembre de 2004 a junio de 2005 el total de llamadas recibidas fue de 24 819, de las cuales 2 451 fueron quejas, 143 sugerencias y 194 felicitaciones, entre otras.
 - El comportamiento de las mismas por institución durante el periodo fue el siguiente: 44 por ciento para la Secretaría, 18.7 por ciento para el ISSSTE, 24 por ciento para el IMSS, 4.1 por ciento para el IMSS Oportunidades, 7.2 para el Seguro Popular, y 2 por ciento otros, mismas que fueron canalizadas a las instituciones del sector salud para las respuestas respectivas.

Acuerdos de Gestión para la Mejora de la Calidad

El esquema de Acuerdos de Gestión para la mejora de la calidad se soporta en un sistema de información a través del monitoreo de indicadores de calidad (INDICA) y un sistema de financiamiento propio de la Cruzada Nacional por la Calidad diseñado *ad hoc* para este propósito, con asignaciones de 70 000 pesos para centros de salud y 100 mil pesos para hospitales, con un mecanismo de compensación por la obtención de los mejores resultados. Estos recursos se destinan a mejorar las condiciones de los trabajadores de la salud en las unidades médicas, favoreciendo la prestación de los servicios para los pacientes.

- Esta estrategia inició en 2002 con la participación de 18 unidades médicas, número que aumentó en 2003 a 70 unidades y se consolidó en el 2004 con la adhesión de 303 unidades, manteniéndose el incremento en 2005 con 340 participantes, habiéndose transferido recursos presupuestales por un total de 58 590 000 pesos.

2.2 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Certificado de Necesidades de Inmuebles y Equipamiento

El Certificado de Necesidad es el elemento básico para la planeación de nuevos establecimientos que ofrezcan atención médica, así como para la adquisición de nuevas tecnologías que permitan sustentar su inclusión en el Plan Maestro de Infraestructura. Este instrumento permitirá el reordenamiento de la infraestructura en salud, la construcción de infraestructura nueva y las innovaciones del modelo de atención, así como la priorización de las acciones de infraestructura.

Objetivo:

La emisión del Certificado de Necesidad garantiza la incorporación de la acción de infraestructura en el Plan Maestro de Infraestructura, no así la asignación de recursos financieros por parte de la federación.

Principales Resultados

- Durante este periodo se definió el procedimiento para certificar las necesidades, y la información que debe incluir el estudio técnico para solicitar la emisión del certificado de la necesidad. Este

procedimiento se difundió a las 32 entidades junto con formatos, guías e instructivos.

Suministro de Medicamentos

Asegurar el abasto de insumos para la salud es un componente esencial del Programa Nacional de Salud. Las principales acciones que se desplegaron en este rubro fueron: planeación de la demanda, prescripción de medicamentos, compra de medicamentos y distribución del medicamento hacia las unidades o puntos de consumo.

Objetivo:

Elevar los niveles de abasto a un 90 por ciento al final del año 2006, mediante la búsqueda de eficiencia en las cuatro líneas de trabajo: planeación de la demanda y administración de inventarios, control de la prescripción de medicamentos, compras y distribución de medicamentos.

Principales Resultados

- Se difundió en el sitio de abasto el análisis de precios mínimos y máximos, resultado del envío de datos provenientes de 23 estados. Adicionalmente, se apoyó a 31 estados en la integración de sus procesos de cotización de claves para compra de medicamentos de programas federales, estatales y del Sistema de Protección Social en Salud.
- Se coordinó una compra anticipada de medicamentos para el 2005, contando con la participación de 6 entidades federativas (Aguascalientes, Coahuila, Chihuahua, Jalisco, Michoacán, San Luis Potosí) y el Hospital General “Manuel Gea González”.
- Se apoyó con la difusión de procesos licitatorios estatales a cámaras y asociaciones de fabricantes de medicamentos en seis entidades federativas: Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Querétaro, Tamaulipas y San Luis Potosí (Seguro Popular).
- Se capacitó en control de prescripción, y en planeación de la demanda y administración de inventarios a nueve estados. Se recibieron 20 experiencias de proyectos para un mejor abasto de medicamentos y 26 planes estatales de abasto para 2005 y 2006.
- Se continuó con la difusión para uso del mecanismo de traspaso entre los estados. En este periodo se registraron un total de 388 claves en sobreinversión para la donación o intercambio de medicamentos. Los niveles de inventario promedio disminuyeron de 12 meses a 4.7 meses respecto del periodo anterior.
- Durante 2003 y hasta la fecha se ha dado seguimiento mensual a los indicadores de la cadena de abasto de medicamentos (CAM) y al de surtimiento de recetas (SR). Hubo 30 estados en promedio que participaron en el reporte.
- Como consecuencia de las acciones implementadas en los 32 estados en materia de abasto de medicamentos y optimización de la cadena de suministro, los resultados en el indicador del surtimiento de recetas completas a usuarios o derechohabientes de los servicios de salud pasó de 75.8 por ciento del periodo anterior a 79.5 por ciento en el mes de junio de 2005. Se tiene previsto concluir el 2005 con un promedio de 82 por ciento de recetas surtidas de manera completa.

Porcentaje de pacientes con recetas surtidas completas en los servicios de salud

(Porcentajes)

Concepto	Datos anuales observado					Enero-agosto		Variación % anual real
	2000	2001 ¹	2002 ²	2003 ³	2004 ⁴	2004	2005 ^a	
Primer Nivel	95.2	94.6	91.5	86.2	86.0	85.3	81.0	4.3
Segundo nivel			55.0	64.5	74.3	68.0	78.0	10.0

1/ Corresponde a cifras promedio recibidas de 16 entidades federativas y que incluyen un total de 2,938 unidades médicas de primer nivel y 438 unidades médicas de segundo nivel de sector salud.

2/ Corresponde a la cifra promedio recibidas de 25 entidades federativas y que incluyen un total de 4,329 unidades medicas de primer nivel y 582 unidades médicas de segundo nivel.

3/ Corresponde a la cifras promedio de 32 unidades federativas y que incluyen un total de 4,232 unidades medicas de primer nivel y 502 unidades medicas de segundo nivel.

4/ Corresponde a las cifras promedio recibidas de 32 entidades federativas y que incluyen un total de 7,902 unidades médicas de primer nivel y 670 unidades médicas de segundo nivel.

a/ Valor estimado para el primer semestre 2005

FUENTE: SSA, Sistema de Monitoreo de Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; Dirección de Procesos Logísticos, Subdirección de Extensión Logística, Departamento de Pruebas Estratégicas.

Nota: En la estrategia para el fortalecimiento del abasto se incluye la medición en hospitales de 2do nivel de atención; Institutos Nacionales de Salud.

Plan Maestro de Infraestructura

En la reforma a la Ley General de Salud y su reglamento, se establece la responsabilidad de la federación de integrar el Plan Maestro de Infraestructura en Salud de forma coordinada con las entidades federativas.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea entre sus diez estrategias, dos relevantes en lo que se refiere a infraestructura física en salud: avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud (MIDAS), y fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud, destacándose la línea de acción 10.5 en lo que hace hincapié en la relevancia de diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud.

Principales Resultados

- Se elaboraron criterios preliminares para la incorporación de unidades de salud al Plan Maestro de Infraestructura
- Se registraron más de 4 000 necesidades de acciones en materia de infraestructura por entidad federativa en centros de salud, centros avanzados de atención primaria a la salud, unidades de salud mental y unidades de apoyo.
- Se construyeron escenarios para la distribución del recurso contenido en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- Se tuvo comunicación permanente con funcionarios estatales para mantener actualizada la información del Plan Maestro de Infraestructura, con el suministro de información de cada entidad federativa para realizar los ajustes y conciliaciones respectivas.

Política de Interculturalidad

La misión es dirigir las acciones de capacitación intercultural en el Sistema Nacional de Salud y proponer modelos innovadores de atención de acuerdo las características y necesidades culturales de la población.

Objetivo

Eliminar las barreras culturales, fomentar la competencia cultural para mejorar la calidad en los servicios de salud y ofrecer servicios complementarios de atención a la salud en el marco del MIDAS y de las atribuciones conferidas a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Principales Resultados

- Interculturalidad en los programas de salud
 - Se realizaron talleres de implantación del Modelo Intercultural que propone “servicios de salud con sensibilidad cultural” para la adecuación de los programas con el personal directivo de “Vete Sano y Regresa Sano”, “Arranque Parejo en la Vida”, Enfermedades Transmitidas por Vectores y del Programa de Adicciones del CONADIC.
- Interculturalidad en la capacitación del personal en operación
 - Se realizaron tres talleres nacionales de formación de replicadores, conformándose 29 equipos estatales. Esto incluyó: elementos para la valoración de las unidades de salud, un modelo de sensibilización intercultural para el personal directivo y operativo, y una propuesta de competencias culturales para el personal de salud.
- El enfoque intercultural en los estudiantes de ciencias de la salud
 - Se realizaron talleres de capacitación y orientación al personal directivo y docente de diferentes instituciones académicas de enfermería y medicina de Tamaulipas, Campeche y del Distrito Federal.
 - Finalmente, se conformó la Academia Mexicana de Enfermería en Antropología de la Salud con el apoyo de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE).
- Fortalecimiento de los servicios de salud con los sistemas complementarios de atención a la salud
 - Se definieron los modelos operativos y las cartillas de consultorios de acupuntura y homeopatía para su incorporación en el MIDAS y en el Plan Maestro de Infraestructura en Salud. Ocho hospitales en el país incorporaron a sus servicios las especialidades de homeopatía y acupuntura y ocho estados aceptaron incorporar la acupuntura para la atención de adicciones.
 - Se elaboró una propuesta de capítulo para la Ley General de Salud sobre medicinas complementarias.
- Reconocimiento y modulación de la medicina tradicional
 - Se difunden lineamientos de interrelación de los servicios de salud con la medicina tradicional y se promueve una coordinación nacional de los estados de la República que han incorporado la oferta de servicios de medicina tradicional en las unidades de salud.
 - Se implanta el Modelo Intercultural con parteras denominado “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” en colaboración con el programa “Arranque Parejo en la Vida”.

- Se difundió la sustentación teórica de la medicina tradicional como sistema de atención a la salud en busca de su aval por expertos del INAH e IPN, para promover su incorporación a la Ley General de Salud.
- Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas
 - Se elaboró el documento “Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas” obteniendo el consenso de 14 direcciones generales de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y la de Prevención y Promoción de la Salud.
 - La propuesta ubica objetivos y metas específicas de estas direcciones generales hacia dicha población, relacionados con la rectoría institucional, el acceso efectivo, la visibilidad en los sistemas de información, la dignificación de unidades y la calidad cultural.
 - La propuesta se asumió como base de la Secretaría de Salud en respuesta a las recomendaciones de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios.
 - En este tenor, se elaboró en conjunto con el IMSS-Oportunidades, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y la OPS el proyecto “México OPS para la Salud de los Pueblos Indígenas de Centroamérica”, en el contexto de la política intercultural en salud.

2.3 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) tiene el objetivo de brindar información confiable, científica, basada en evidencia y costo-efectiva acerca de las tecnologías en salud. Las áreas sustantivas están orientadas a la resolución de las problemáticas del proceso tecnológico que van del análisis, la gestión, la evaluación y la difusión de las tecnologías para lograr que la toma de decisiones tenga una base sólida, pertinente y oportuna.

Las atribuciones que le fueron otorgadas mediante el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud son:

- I. Difundir de forma sistemática y objetiva, información sobre la efectividad, utilidad, seguridad y aplicaciones de tecnologías en salud;
- II. establecer un banco de información sobre tecnologías en salud;
- III. asesorar en materia de políticas de evaluación y gestión de tecnologías para la salud;
- IV. establecer y conducir el Comité Interinstitucional de Tecnologías en salud;
- V. establecer coordinación permanente con los organismos internacionales dedicados a la evaluación y gestión de tecnologías de salud;
- VI. evaluar y dictaminar los proyectos que impliquen tecnologías en salud;
- VII. establecer evaluaciones de los impactos económicos, sociales y éticos de las tecnologías para la salud;

- VIII. proponer esquemas innovadores para la racionalización de la adquisición, uso y distribución de las tecnologías médicas;
- IX. establecer los lineamientos nacionales de infraestructura, políticas y procesos para el desarrollo de telemedicina;
- X. emitir lineamientos de ingeniería clínica, referente a la gestión de tecnología biomédica;
- XI. conducir y asesorar el desarrollo de áreas de ingeniería biomédica a nivel estatal, regional o institucional;
- XII. emitir conforme a las disposiciones legales aplicables, las especificaciones técnicas, de seguridad, calidad y funcionalidad genérica de tecnología para la salud, y
- XIII. evaluar los proyectos de investigación y desarrollo tecnológico nacional, así como las innovaciones internacionales que satisfagan las necesidades nacionales de las unidades de atención a la salud.

Estrategia Programática

En el ejercicio 2004 sólo se maneja el proyecto A001 P001 para apoyo administrativo y sustantivo, debido a que este Centro asumió de manera paulatina la operación de sus procesos administrativos y como consecuencia la asignación de los recursos financieros se dio en el segundo semestre de 2004; concluyendo el ejercicio con un gasto de 1.7 millones de pesos.

El presupuesto autorizado a cada uno de los proyectos ha permitido avanzar en el desarrollo y realización de las metas encomendadas, logrando un gran impacto en la aplicación de tecnologías más efectivas en el ámbito de las tecnologías en salud.

Presupuesto Gasto

El presupuesto autorizado y devengado por el CENETEC pasó de 1.7 millones de pesos en 2004 a 8.4 millones en 2005. Los mayores incrementos se ubican en servicios personales que pasó de 1.2 millones en 2004 a 6.1 millones en 2005, así como en servicios generales que pasó de 0.3 millones a 2 millones de pesos.

Este incremento ha permitido al CENETEC adquirir gran parte de los insumos y contratar servicios que se requieren en el desarrollo y realización de las metas, así como dar cumplimiento a las funciones encomendadas, este apoyo ha tenido repercusiones favorables en los resultados obtenidos, así como en el desarrollo y crecimiento del campo de aplicación de las tecnologías médicas.

Las acciones y los resultados obtenidos por el CENETEC durante este periodo se describen a continuación:

Guías Tecnológicas

Las guías tecnológicas son uno de los productos desarrollados por el CENETEC y en ellos se integran descripciones detalladas de equipos médicos que incluyen su clasificación, los riesgos que representan

tanto para los pacientes como para el personal que los maneja y las recomendaciones para la selección.

- Se cuenta para el periodo reportado con 16 guías tecnológicas de equipo médico concluidas y 4 en proceso de revisión final.

Cédulas de Especificaciones Técnicas

Son instrumentos de utilidad para la adquisición de equipamiento, incluye diversas variedades y niveles tecnológicos, así como las especificaciones técnicas mínimas que se orientan a garantizar la calidad del producto y la seguridad del paciente.

- Durante este periodo se concluyeron un total de 230 cédulas de especificaciones técnicas pertenecientes a 34 equipos médicos.
 - Integran aspectos como definiciones y usos, nomenclatura internacional, identificadores y codificación en sistemas nacionales como el Catálogo de Bienes Muebles (CAMBS), los Cuadros Básicos; la normatividad nacional e internacional que deben cumplir, consumibles, necesidades generales de mantenimientos preventivos y correctivos, riesgos, entre otros aspectos relevantes.

Estudios sobre Tecnologías Emergentes

- Contadores de Leucocitos CD4 T necesarios para el ajuste del tratamiento de VIH/SIDA
- Ultrasonido Enfocado de Alta Frecuencia (HIFU) para el tratamiento del cáncer de próstata
- Estudio de los MEMS (*Micro Electro Mechanical Systems*) y sus posibles aplicaciones dentro del sector salud
- Instrumentos para la planeación e incorporación de los sistemas denominados *Picture Archiving and Communication System* (PACS), utilizados para digitalizar imágenes obtenidas en los equipos de diagnóstico o tratamiento
- Convertidor de plasma para procesamiento de residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI)

Comentarios a Cédulas del Cuadro Básico

En cumplimiento de las atribuciones de este Centro, se analizaron y emitieron comentarios a las cédulas de especificaciones técnicas, correspondientes a la 19^{ava} y 20^{ava} modificaciones del Cuadro Básico, propuestas por el Consejo de Salubridad General.

Guías de Equipamiento

El objetivo de estas guías es contar con una propuesta de funcionamiento y organización de los diversos servicios médicos, con recomendaciones para el equipamiento. Incluyen la definición de los procedimientos a realizar, las áreas físicas, los equipos médicos necesarios, los insumos requeridos, los costos y la productividad, el personal de salud, los gastos de operación e indicadores, finalizando con la integración del documento.

- Durante el periodo del informe se concluyeron las Guías de Equipamiento de las UNEME de hemodiálisis, urgencias, cirugía ambulatoria, imagen, fisioterapia, laboratorio, oncología y CAPASITS y se generaron los materiales para sus servicios, contando con la aprobación por parte de expertos clínicos y técnicos. Dicho trabajo se ha desarrollado en conjunto con diversas direcciones de la Secretaría.

Banco de Información de Tecnologías en Salud (BITS)

El Banco de Información de Tecnologías (BITS) tiene como objetivo ser un repositorio de información de tecnologías en salud, que permita a los usuarios contar con información de las tecnologías, de acuerdo a criterios de eficacia, seguridad, costo efectividad y en cumplimiento de la normatividad.

En el BITS se pone a disposición de los usuarios diversos contenidos para la toma de decisiones en los servicios de salud, por lo que se incluyen Guías Tecnológicas, Cédulas de Especificaciones Técnicas y Guías de Equipamiento. Asimismo, cuenta con información para pacientes, evaluación de tecnologías, noticias y eventos relacionados con las tecnologías médicas. EL BITS puede ser consultado en www.cenetec.gob.mx

Plan Maestro de Equipamiento

El CENETEC participa en las actividades de apoyo al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en el fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud, tanto en los talleres organizados para este efecto como en el seguimiento y replanteamiento de necesidades de equipamiento remitida por los servicios estatales de salud y los organismos descentralizados.

- Se participa en la generación de las cédulas de verificación para el proceso de acreditación de las unidades de salud en el esquema del SPSS, integrando las necesidades de equipo mínimo indispensable para el cumplimiento del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud.
- Se cuenta con datos de necesidades 2004, y se determinaron los precios promedio de las tecnologías, para asignar prioridades y montos a los requerimientos. En 2004 se concluyó el modelo de Plan Maestro de Equipamiento con cédulas de servicio y relación entre áreas de apoyo para un hospital de segundo nivel.

Certificado de Necesidad

Uno de los instrumentos más importantes que se ofrecen a los servicios de salud es el Certificado de Necesidad, que apoya el proceso de incorporación de tecnologías en los establecimientos de atención médica de manera sustentada tanto en las necesidades médicas como en las variables de la gestión y administración.

- En el periodo de referencia, se generaron el formato y las instrucciones generales para la etapa de pre-aprobación. Se cuenta ya con el formato y la metodología para el Certificado de Necesidad, para la incorporación de equipamiento en los servicios de salud, asimismo, se han realizado pruebas para su aplicación en el proceso de autorización que se llevará a cabo para el fortalecimiento ordenado de la infraestructura de salud en coordinación con la DGPLADES.

Asesorías a Entidades Federativas

- Se generó una herramienta interna para planear el equipamiento de establecimientos de atención a la salud, desde centros de salud hasta hospitales regionales de alta especialidad, esta herramienta es un instrumento que se utiliza para la planeación de las diversas áreas médicas y paramédicas.
 - Las asesorías se han enfocado al análisis y recomendaciones sobre funcionalidad de áreas, determinación de espacios y ubicación de equipos médicos, además de flujos de personal y dentro de las unidades, así como de mantenimiento de equipo médico.
 - Se brindó asesoría tecnológica a los servicios de salud de Estado de México, Guanajuato, Oaxaca, Sinaloa y Yucatán, para la planeación de los hospitales de especialidades y generales que se construyen o remodelan en dichas entidades, así como asesoría técnica de equipo médico a Chiapas, Estado de México, Guerrero, Morelos, Sinaloa y Tlaxcala.
 - Se brindó asesoría para la planeación de diversos tipos de establecimientos de atención a la salud y definición de equipamiento para procesos licitatorios a los estados de Oaxaca, Yucatán, Campeche, Chiapas, Baja California, Coahuila y Sinaloa.
 - Se atendieron solicitudes de asesoría del Estado de Guerrero con relación al Instituto Estatal de Cancerología, así como para las UNEMEs de oncología de Campeche y Nayarit. En el Estado de Chiapas se asesoró a los hospitales de alta especialidad de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula.
 - Se realizaron análisis, recomendaciones y envío de cédulas de especificaciones técnicas para los proyectos de equipamiento de dos hospitales en Tlaxcala, dos en Oaxaca y uno en Zacatecas, así como para una licitación pública internacional.
 - De igual forma, se desarrolló el diagnóstico para realizar propuestas de reordenamiento de servicios en Tabasco y Campeche.

Ingeniería Clínica

- Se desarrollaron los manuales de Ingeniería Clínica, orientados a la gestión de los equipos en los hospitales a fin de optimizar su utilización y apoyar la realización de los procesos involucrados en el servicio. Se desarrolla actualmente el documento rector que sustente la plaza de ingeniero biomédico en las Secretarías Estatales de Salud. Con base en ese documento, se dará curso a las solicitudes de Chiapas, Yucatán, Tabasco, Coahuila y Campeche, para contar con áreas de ingeniería biomédica.

Apoyo a Otras Áreas de la Secretaría de Salud

- A fin de coadyuvar en el proceso de incorporación de tecnologías en los servicios de salud, se analizó y emitió el dictamen correspondiente sobre la adquisición de equipo médico especializado para el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Se atendió la solicitud de apoyo para la realización del estudio técnico del Certificado de Necesidad para la incorporación de un acelerador lineal para el Hospital General de México.
- Se concluyó el estudio y dictamen respecto de la reubicación de un equipo de resonancia magnética

nuclear que donó el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y se trabaja en su puesta en operación.

- Se brindó apoyo a la COFEPRIS para la búsqueda de Centros Notificadores de la Comunidad Europea a fin de apoyar las revisiones de los registros de dispositivos médicos entregados por proveedores en la realización de trámites de registro de nuevos productos médicos.
- Se cruzaron las bases de datos de riesgos de la COFEPRIS y sugerencias de riesgos de la *Global Harmonization Task Force* (GHTF) para las recomendaciones de incorporación de tecnología biomédica en los servicios de salud.
- Se realizaron un total de 11 notificaciones sobre alertas sanitarias internacionales a la COFEPRIS relacionadas con dispositivos médicos para su difusión entre los usuarios interesados.
- De octubre a diciembre de 2004 se apoyó a la Subsecretaría de Administración y Finanzas en el grupo de trabajo de la UNEME de Diálisis, para generar las bases de licitación para estas unidades. Se le apoyó también en la revisión de los anexos técnicos de equipamiento y prestación de servicios, vinculados con el proceso licitatorio del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío bajo el esquema de Proyectos para Prestación de Servicios (PPS).

Programa de Acción e-Salud

Telemedicina

El componente de telemedicina busca incorporar las tecnologías de la información y de telecomunicaciones a los servicios de salud a fin de contribuir en el avance en la cobertura de consulta a poblaciones aisladas y en particular el acceso a consultas especializadas.

- Se trabaja en el desarrollo de la Red Nacional de Telemedicina como una estrategia para el fortalecimiento de las redes de servicios de atención a la salud, a fin de acercar los servicios de salud especializados a la población, mediante una red nacional de cobertura virtual. A la fecha se realiza el diagnóstico de necesidades de infraestructura de telecomunicaciones para el establecimiento de esta estrategia.
- Se desarrolló la propuesta de especificaciones técnicas para el equipamiento en telemedicina y para la guía de equipamiento con el objeto de integrar su licitación. Se trabaja en la elaboración de los lineamientos de operación de las redes estatales de telemedicina, y se elaboró el presupuesto para 2005 en materia de equipamiento para telemedicina.
- Se brindó seguimiento al proyecto de telemedicina en Guerrero y Puebla en conectividad y se inicia la primera fase para el desarrollo de los proyectos en otros estados. Se brindó asesoría a Coahuila, Oaxaca, Morelos y Guerrero para la adquisición de equipo relacionado con servicios de telemedicina o tele-educación, así como a Sinaloa para el desarrollo del módulo de laboratorio del Sistema de Información de Gerencia Hospitalaria.
- De octubre diciembre de 2004, se realizó la consultoría para el desarrollo de proyectos de

telemedicina para rehabilitación en cooperación con la Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU). Se brindó asesoría al programa de Centros del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología, al programa de telemedicina de Nuevo León y para el establecimiento de grupos de trabajo para desarrollar especificaciones del uso de estándares de imagenología médica en México. Asimismo, se desarrolló el *Basic Operational Framework* e inicio de adaptación para aplicación en los diferentes estados.

Centros Comunitarios Digitales

- Se integraron los listados de la segunda y tercera redes de los centros comunitarios digitales que se instalaron durante el último trimestre del año 2004 en unidades de salud, por lo que se cuenta con un total de 916 centros al servicio de las comunidades.

Portal e-Salud

- Durante el período que se informa se trabajó en el rediseño de las secciones que integran el Portal e-Salud; se crearon los contenidos orientados al público en general, y se rediseñó el área dedicada a los profesionales de la salud, con actualizaciones en contenidos para las diferentes disciplinas que trabajan por la salud.
- Por otro lado, se trabajó en el diseño gráfico y funcional del portal, a fin de hacerlo más amigable para el usuario, con lo cual se lograrán los objetivos planteados para la segunda etapa del Portal e-Salud, lanzada en julio de 2005.

Información para Pacientes

- Se generaron fichas de información para pacientes, validadas por profesionales de la salud, y con el objetivo de proveer información y consejos médicos fáciles de comprender. Las guías presentan información sobre diez procedimientos médicos, los objetivos de su uso, los posibles efectos y la preparación para los mismos. Actualmente se prepara el formato para su incorporación a Internet y dicha información estará disponible para los usuarios en el BITS.

Organización de Eventos

- Dentro del marco del *Global Forum for Research on Health*, celebrado en la Ciudad de México en noviembre de 2004, se llevaron a cabo dos *Satellite Meetings* organizados por el CENETEC, con la participación y apoyo de la OMS, la OPS, e instituciones nacionales e internacionales relacionadas con las tecnologías en salud de los sectores público, social y privado.
- Se organizó el Seminario *e-Health on the Americas*, que contó con la participación de los responsables nacionales de las políticas en e-salud de los países de América Latina y cuyos resultados se orientan a la generación de una estrategia conjunta para la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones en salud.
- Se organizó el Tercer Congreso Mexicano e-Salud, que se realizó de manera paralela al evento de e-Salud para las Américas y que reunió a los responsables estatales de nuestro país para la discusión y el intercambio de experiencias en materia de telemedicina, sistemas de administración hospitalaria, expediente clínico electrónico y estrategias en tele-educación, entre otros temas.

- Se organizó el Primer Taller de Evaluación de Tecnologías en Salud en América Latina. Dicho evento contó con la presencia de expertos provenientes de las principales agencias de evaluación de tecnologías en el mundo, así como de los interesados de las instituciones que en nuestro país se dedican a la evaluación de tecnología.

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

Función

La Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia (DGCDHFR) tiene como propósito principal conformar un sistema integrado en red de prestación de servicios a la salud, a través de una coordinación que opere con efectividad, eficiencia y calidad; estableciendo vías de comunicación desde la alta dirección, que garantice congruencia entre los objetivos, las acciones y las metas.

Objetivo

Conducir las estrategias técnico-administrativas para establecer un Sistema de Gestión Hospitalaria en red, entre los Hospitales Federales de Referencia (HFR) de la Secretaría de Salud, dirigiendo, coordinando y evaluando su funcionamiento, propiciando su buen desarrollo y encaminando su desempeño para proporcionar servicios de salud de buena calidad.

Estructura

Con base en las nuevas atribuciones y para desarrollar las funciones recientemente autorizadas se cuenta con la siguiente estructura: una dirección general, una dirección general adjunta, tres direcciones de área, tres subdirecciones y una jefatura de departamento. La DGCDHFR coordina los hospitales descentralizados o centralizados siguientes: Hospital General de México (HGM), Hospital “Dr. Manuel Gea González” (HGG), Hospital Juárez de México (HJM), Hospital Juárez Centro (HJC), Hospital Nacional Homeopático (HNH) y Hospital de la Mujer (HM).

Calidad de los Servicios de Salud

- El Comité Corporativo de Calidad dirige las acciones de los Comités de Mejora Continua de los HFR. Se reúne periódicamente para dar seguimiento al comportamiento de los indicadores de la CNCSS, que se incorporan en el sistema INDICA. Sus resultados sirven de base para la toma de decisiones y la instrumentación de acciones en favor de la calidad de los servicios.
- Asimismo, cada unidad médica da continuidad al Programa de Mejora Continua mediante la capacitación y asesoría de equipos de mejora integrados por personal operativo y directivo de los hospitales. Con esta estrategia se han mejorado los procesos en las áreas de urgencias, tutoría a los residentes, consulta externa, información proporcionada por el médico, entre otros.
- El resultado de dichas acciones ha mejorado el comportamiento de los indicadores que vigila la CNCSS y que se enuncian a continuación:
 - El índice de trato digno en todos los HFR presentó un aumento de 7 puntos porcentuales con relación al año 2004. El indicador de información proporcionada por el médico rebasó la cifra

estándar de 85 por ciento, ubicándose en 86.1 por ciento. Los indicadores de satisfacción con la oportunidad en la atención y con el trato recibido aumentaron poco más de 7 puntos porcentuales respecto del periodo anterior, aunque todavía no alcanzan la cifra estándar de 90 por ciento.

- El índice de organización de servicios de urgencias pasó de 71.1 en 2004 a 87 por ciento en lo que va de 2005, mientras que el porcentaje de usuarios que esperan un tiempo estándar pasó de 71.1 a 88.9 por ciento. Ambos indicadores rebasaron la cifra estándar de 80 por ciento.
- El porcentaje de cesáreas en todo el corporativo fue de 37.8 por ciento. Este resultado está por arriba de la cifra estándar de 30 por ciento. Este aumento puede deberse a que se trata de hospitales de concentración y de enseñanza.
- La tasa de infecciones nosocomiales fue de 2.5 por ciento, muy por debajo del 15 por ciento que se describe en la literatura médica. Es de resaltar el hecho de que aún cuando no se cuenta con la infraestructura suficiente, las tasas de infecciones nosocomiales de las áreas de terapias intensivas de adultos y neonatos registran 11.2 y 17.1 por ciento respectivamente, igualmente por abajo del valor estándar de 30 por ciento.
- Se han instalado y se encuentran funcionando con resultados documentados los Avales Ciudadanos en los siguientes hospitales: HGG, HGM y HM.
- El 81 por ciento de las llamadas que se han recibido por medio de CALIDATEL corresponden a quejas, el 15 por ciento a sugerencias y el 4 por ciento restante a felicitaciones. A todas las llamadas se les dio respuesta, en un promedio de 72 horas. De septiembre de 2004 a agosto de 2005, no se ha recibido ninguna recomendación por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos dirigida hacia los HFR.
- En cuanto al Programa de Certificación de Establecimientos de Salud del Consejo de Salubridad General, se llevó una pre-evaluación en todos los HFR previo a la certificación oficial, en donde el HGG, HJM y HGM obtuvieron su recertificación como se tenía programado y el resto de las unidades se encuentra en proceso de documentación y adecuación de la infraestructura.
- Se autorizó la cantidad de 700 mil pesos en junio de 2005 como estímulo para los HFR, aplicando la metodología de Acuerdos de Gestión con el objeto de mejorar los indicadores de la CNCSS.

Principales Actividades

- Se continuó con la gestión del Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción, en donde se evidenció que en los hospitales centralizados se revisaron el 95 por ciento de los expedientes clínicos de primera vez. El porcentaje de adjudicación directa correspondió al 8 por ciento. Se detectó un 3 por ciento de errores en la nómina, solucionado en su. Dicho programa ha permitido a la alta dirección la detección de desviaciones y la oportunidad de aplicar las medidas correctivas oportunamente.
- Como seguimiento al programa de referencia de pacientes dentro del Corporativo Hospitalario para la conformación de la Red de Apoyo Médico Eje Norte, Centro y Sur de la Ciudad de México, se registraron 4 212 referencias enviadas y 893 referencias atendidas. La principal

causa de referencia fue el evento obstétrico con 714 casos, lo que representa el 17 por ciento del total de referencias.

- Se dio seguimiento al Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM) con la participación de las siguientes instituciones: IMSS, ISSSTE, SSDF y SS, incluyendo a cuatro HFR. El registro del total de las regulaciones de este sistema fue de 14 393 atenciones, correspondiendo a regulaciones rojas 1 461 para un 10 por ciento del total, con 5 rechazos que significa un 0.03 por ciento. Los regulados a través de los HFR fueron 45 pacientes catalogados como rojos.
- En el rubro de enseñanza e investigación, el HGM produjo 183 artículos científicos, lo que representó un 30.7 por ciento más de la productividad observada en el mismo periodo del año anterior. Asimismo, el promedio de artículos por investigador fue de 1.4, para un incremento de 54 por ciento respecto del periodo anterior. En el HGG se publicaron 58 artículos en revistas nacionales como internacionales, obteniendo una productividad de 1.6 artículos científicos publicados por investigador, y se realizaron 122 protocolos.
- Participación en el Comité Estatal de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, donde se han obtenido varios acuerdos, los cuales se han implementado puntualmente en los HFR.
- La DGCDHFR con la asesoría del gremio homeopático y a través del HNH, ha implantado un modelo de atención con terapéutica homeopática en los hospitales HGM, HJM y HGG, en donde se ha tenido gran aceptación por parte del personal adscrito y sobre todo de la población usuaria, ya que se ha visto beneficiada al disponer de una alternativa terapéutica. Entre junio de 2004 y junio de 2005 se otorgaron 4 478 consultas relacionadas con control de peso, climaterio, colitis nerviosa e infecciones de vías respiratorias.
- Se anunció como compromiso presidencial la puesta en marcha de la Red Federal de Hospitales para la Atención de la Mujer, para lo cual se inició con la remodelación de la infraestructura del HM, teniendo como objetivo implantar, coordinar y consolidar un sistema de atención en la red de los HFR que permita asegurar la atención oportuna con calidad y equidad a las mujeres sin seguridad social durante el evento obstétrico.

2.4.1 Hospital General de México

- Se otorgaron 750 631 consultas que incluyen consultas de medicina general, de urgencias y de las 36 especialidades con que cuenta la institución. Los egresos hospitalarios generados de septiembre 2004 a agosto de 2005 fueron 41 375, lo que representó un incremento del 0.1 por ciento con respecto al año anterior. Se realizaron 32 527 cirugías, 2.2 por ciento más que en el año 2004 y se atendieron 7 236 partos.
- El hospital continúa impulsando el programa de citas vía telefónica al que se incorporan los servicios de geriatría y urología. En total se programaron 13 740 citas vía telefónica y fueron otorgadas 9 323 consultas.
- Se emprendieron una serie de actividades para conmemorar el primer centenario de la institución y el presidente de la República inauguró la nueva unidad de radio terapia del servicio de oncología, que fue equipada con un novedoso acelerador lineal que es uno de los más modernos de América Latina.

2.4.2 Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

- Se otorgaron 166 996 consultas, lo que significó un decremento de 3.0 por ciento respecto de las consultas del periodo anterior. Este decremento se debió a la mejoría en la referencia y contrarreferencia de pacientes. Sin embargo, se registró un incremento de 4.4 por ciento con respecto a las 160 mil consultas programadas.
- Las 63 957 consultas de urgencias otorgadas representaron un incremento del 8.0 por ciento.
- La ocupación hospitalaria mejoró en tres puntos porcentuales respecto del periodo anterior, pasando de 92.6 a 95.6 por ciento, respectivamente. Se generaron 18 232 egresos hospitalarios, 7.7 por ciento más que el periodo previo.

2.4.3 Hospital Juárez de México

- El Hospital Juárez de México se constituyó como Organismo Público Descentralizado desde el 26 de enero de 2005.
- Se otorgaron 258 328 consultas y los egresos hospitalarios generados de septiembre de 2004 a agosto de 2005 fueron 19 088, lo que representó un incremento de 2.65 por ciento con el año anterior.
- Se instaló un equipo de tomografía lineal y otro helicoidal multicorte, este último donado por la Fundación Gonzalo Rio Arronte, IAP, el cual inició su funcionamiento el 17 de abril de 2005. En el servicio de neonatología se logró incrementar en un 50 por ciento el área física, lo que permitió aumentar el número de equipos.

2.4.4 Hospital Nacional Homeopático

- Se otorgaron un total de 47 161 consultas, de las cuales el 68 por ciento correspondieron a la terapéutica homeopática y el resto a otras especialidades, en particular a la revisión periódica de las mujeres gestantes. La tasa de mortalidad neonatal fue del 0.1 por ciento, mientras que la tasa de mortalidad materna fue de 0.01 por ciento.
- En el servicio de urgencias se proporcionaron 24 200 atenciones médicas.
- Se llevó a cabo la remodelación e inauguración del área de toco-cirugía en agosto de 2004, y la reestructuración del estacionamiento que concluyó en enero de 2005. Se mejoró la imagen institucional con impermeabilización y pintura general a todos los cuerpos arquitectónicos.

2.4.5 Hospital de la Mujer

Es esta unidad médica especializada se atiende a la población de mujeres sin seguridad social. La demanda proviene principalmente del Estado de México (60 por ciento), Distrito Federal (35 por ciento) y de otras entidades federativas (5 por ciento).

- En el periodo de septiembre de 2004 a agosto de 2005, se proporcionaron 32 812 consultas externas y 37 356 atenciones en el servicio de urgencias. De éstas, 10 812 correspondieron a eventos obstétricos y se egresaron a 16 554 pacientes.
- En noviembre de 2004 se inició un proyecto integral de remodelación y modernización que incluyó la unidad de toco-cirugía, quirófanos, fachada del hospital, acceso principal, baños y vestidores, concluyéndose todo lo programado para este año.
- Se asignó un presupuesto global de 200 millones de pesos para el proyecto Red Federal de Hospitales para la Atención de la Mujer, en donde el eje del proyecto es el HM con una asignación de 120 millones de pesos (62 millones de pesos para equipamiento y 58 millones de pesos para obras). Los demás integrantes son los HGM, HJM, HGG, con una inversión de 20 millones para los dos primeros y de 40 millones de pesos para el HGG.

2.5 Dirección General de Evaluación del Desempeño

La DGED ha continuado impulsando y consolidando las actividades de evaluación de servicios, programas y políticas de salud, con resultados que han contribuido a los procesos de rendición de cuentas, a la redefinición de políticas y a la toma de decisiones para la operación de los servicios y programas sustantivos de la Secretaría.

Para el desarrollo de sus funciones, la DGED cuenta con una dirección general, tres direcciones de área y siete subdirecciones, una más respecto del año previo por conversión de la plaza que ocupa la coordinación administrativa y que se encontraba comisionada por la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Las actividades principales de la DGED se despliegan en la evaluación de los sistemas nacional y estatales de salud, en la elaboración de los Indicadores de Resultados propuestos por el Consejo Nacional de Salud, el seguimiento de metas del PRONASA 2001-2006, la evaluación de programas prioritarios y la evaluación de servicios de salud.

Los resultados obtenidos entre septiembre de 2004 a agosto de 2005 son los siguientes:

Evaluación de los Sistemas Nacional y Estatales de Salud

- El principal producto de este apartado es el informe Salud: México. En su versión 2004, al igual que en ediciones previas, el documento estuvo constituido por tres capítulos: el primero presentó indicadores sobre condiciones de salud de la población, calidad y cobertura de los servicios, y gasto en salud en el país y a nivel estatal; el segundo estuvo dedicado a los mejores desempeños en los programas de atención médica y salud pública, reconociendo el esfuerzo de unidades, instituciones y entidades federativas, y el tercero –que siempre presenta novedades- presentó una evaluación comparativa del quehacer de nuestras instituciones públicas: la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX e IMSS-Oportunidades.
 - En ediciones previas de Salud: México se dio el gran paso de comparar el desempeño de las entidades federativas, ahora se agrega la comparación entre las distintas instituciones que conforman el sistema público de salud. Estos resultados desagregados por instituciones elevarán sustancialmente el valor de la información para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

- Este documento se presentó en el 4º Foro Ciudadano de la Salud “Información para la rendición de cuentas”, 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 civil y de los medios de comunicación.

Indicadores de Resultado

- En este rubro se publicaron, durante el periodo, las cifras 2003 de los 57 indicadores seleccionados. En esta ocasión, junto con las cifras nacionales y estatales de cada uno de ellos, se incluyó la base de datos para la consulta de los numeradores y denominadores empleados.

Metas del PRONASA 2001-2006

- En seguimiento de las metas establecidas en el PRONASA 2001-2006 se publicaron, en octubre de 2004, los avances y cumplimiento de las metas correspondientes al año 2003.

Evaluación de Programas

La DGED ha priorizado la evaluación de estrategias y programas esenciales para la Secretaría. Destacan en este rubro la evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), Arranque Parejo en la Vida, y de manera especial, la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La evaluación de estos programas y estrategias se realiza por consultoras externas, con la coordinación de la DGED y con el apoyo de las áreas responsables.

- A la fecha, se han realizado dos ejercicios de evaluación de la CNCSS y está en curso un tercero. Los resultados de estos ejercicios han permitido establecer mejoras en la operación de esta importante estrategia.
- En el periodo de septiembre de 2004 a agosto de 2005 se ha preparado, junto con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el proyecto de evaluación de Arranque Parejo en la Vida que se realizará en el segundo semestre de 2005. Los resultados de este ejercicio darán cuenta de los avances y retos en materia de atención del embarazo, parto y puerperio, mortalidad materna y neonatal, así como de los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de la población de niñas y niños menores de dos años.
- La evaluación del Seguro Popular de Salud es una de las tareas más importantes que tiene la DGED en el presente año. Durante el periodo se elaboró la propuesta de evaluación que cuenta con tres grandes componentes: evaluación de procesos, contable y evaluación de los efectos. En este último componente se medirán los cambios esperados en protección financiera, cobertura efectiva, trato adecuado y condiciones de salud. El trabajo de recolección de información inició en julio de 2005 y los resultados de la primera fase estarán disponibles en diciembre de 2005.
- Otro de los productos que se obtuvieron en el periodo fue la evaluación inicial del programa Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud que se realizó en el primer cuatrimestre de 2005 a solicitud de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. El objetivo del ejercicio fue determinar si los recursos destinados para este fin estaban contribuyendo a fortalecer los servicios de salud de los estados incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. Los resultados se entregaron en junio de 2005 al área responsable de su operación.

Evaluación de Servicios de Salud

- En diciembre de 2004 se difundió el Observatorio del Desempeño Hospitalario con información de 119 hospitales de las Secretarías Estatales de Salud. Se incluyeron 34 indicadores agrupados en cinco dominios: sistemas de información, seguridad del paciente, calidad y eficiencia clínica, satisfacción del paciente, y desempeño financiero y de los recursos humanos.
 - Se inició la preparación de la segunda edición que será publicada en noviembre de 2005. Esta edición incluirá la comparación del desempeño hospitalario por instituciones. Para este fin se seleccionó y estudió una muestra de hospitales de la seguridad social (IMSS e ISSSTE), hospitales de las Secretarías Estatales de Salud y del IMSS-Oportunidades.

ISO-9001:2000

- Se continuó con la preparación del proceso de certificación. En el periodo se completó la documentación e implementación de los dos procesos sujetos a la certificación: Indicadores de Resultado y Salud: México. Se iniciaron los cursos de capacitación para los auditores internos y se prevé para el mes de noviembre del presente año alcanzar la Certificación ISO-9001:2000.

2.6 Dirección General de Información en Salud

A la DGIS le corresponde: 1) coordinar el Sistema Nacional de Información en Salud, que se corresponde con el modelo conceptual del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al Sistema de Protección Social en Salud; 2) generar estadísticas en salud y elaborar y difundir los procedimientos de captación, producción y difusión de las mismas; 3) emitir las normas para la elaboración y actualización de las estadísticas de salud y vigilar su cumplimiento; 4) participar como Secretariado Técnico del Comité Técnico Sectorial de Información Estadística y Geográfica del sector salud, así como coordinar los trabajos del Grupo Interinstitucional de Información en Salud y del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades, y 5) desarrollar y actualizar el sistema de información de la infraestructura física en salud.

Para el cumplimiento de sus atribuciones está conformada por tres direcciones de área, 9 subdirecciones, ocho jefaturas de departamento y una coordinación administrativa.

La organización adoptada en la DGIS sigue el proceso de producción de salud por lo que se conforman tres direcciones de área: una encargada de la información de los recursos para la salud, otra de la prestación de los servicios y otra de los resultados. A su vez dentro de cada una de las direcciones de área se identifican los subsistemas en los que se apoya el Sistema de Información en Salud.

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

- Se concluyó la etapa de desarrollo de la herramienta electrónica que permite el funcionamiento del SINERHIAS; se realizó la programación y diseño de la plataforma Web; se elaboró el Manual de Usuario y los Lineamientos de Operación y Actualización del Subsistema con el fin de contar con documentos de apoyo para los usuarios. En estos lineamientos se especifican las

responsabilidades de todos los actores involucrados, así como los cronogramas de actualización y los procedimientos para resolver los problemas derivados de su ejecución.

- Todas las entidades recibieron capacitación en la utilización de la herramienta y se mantiene asesoría permanente tanto a distancia como con visitas a las entidades federativas cuando esto se juzga conveniente.
- Cada entidad federativa tiene un Coordinador del Subsistema, responsable del proceso de implantación y seguimiento.
- A la fecha SINERHIAS cuenta ya con información de camas censables y no censables, consultorios, personal médico y de enfermería de todas las entidades federativas. Con respecto a variables de equipo médico, once entidades han incorporado información al subsistema, incluyendo el 75 por ciento de sus unidades.
- Por último se logró la integración de un directorio de unidades médicas a nivel nacional basado en el identificador de Clave Única de Establecimientos en Salud. Se inició el proceso de integración de los restantes establecimientos (almacenes, laboratorios, unidades administrativas, etc). En la DGIS se administra esta base de datos.

Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS)

- Este año se continuó con la capacitación de las entidades federativas, y a la fecha suman 23 las entidades en las que se ha impartido el curso de Introducción al Sistema de Cuentas de Salud.
- A finales de este periodo se publicó el Manual del Sistema de Cuentas de Salud en México, distribuido a todas las entidades federativas y unidades centrales de la Secretaría. Se encuentra disponible en la página de Internet de la Dirección General.
- En este año se incorporó información financiera de los Órganos Desconcentrados y Organismos Descentralizados de la Secretaría de Salud, conformándose una base de datos a partir de 2001 con información desagregada de cada uno de ellos.
- Se elaboró el Boletín de Información Estadística 2003 Volumen IV: Recursos Financieros, con información desagregada por condición de aseguramiento sobre el ejercicio del presupuesto público del sector salud en 2003. Incorpora información del gasto en salud del gobierno federal, programas de combate a la pobreza, contribución de los gobiernos estatales, y el gasto en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de Petróleos Mexicanos.
- Además, el SICUENTAS se incorporó al *Proyecto Regional de Institucionalización de las Cuentas de Salud en América Latina y el Caribe* bajo la iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Subsistema de Información en Prestación de Servicios Ambulatorios y Hospitalarios

- Se concluyó la elaboración del Anuario Estadístico 2003. Para la información de 2004 de la Secretaría de Salud, se consolidó el cierre de la información correspondiente a la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios en los establecimientos de la Secretaría de las 32 entidades federativas, misma que sirve de base para la elaboración de informes nacionales e internacionales. Se cuenta ya con la propuesta de cuadros de presentación para el Anuario Estadístico de 2004.
- A partir de enero del año 2005 inició la recolección mensual de la estadística de servicios por unidad médica. De igual manera se trabajó en el proceso de homologación de unidades médicas para su identificación mediante el uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- Se inició la revisión y análisis de formatos, informes, instructivos y manuales del Sistema de Información en Salud (SIS), para su actualización con base en las nuevas necesidades de los usuarios.
- Se continúa enviando el reporte mensual a las direcciones generales, y con el fin de contar con una herramienta dinámica de consulta de información, se construyó un sitio Web para la consulta y difusión de las estadísticas de prestación de servicios.
- Se elaboró el Boletín de Información Estadística 2003, con información sobre egresos y mortalidad hospitalaria de las instituciones públicas que conforman el sector salud.
- Se concluyó el proceso de actualización del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la Secretaría de Salud.
- En seguimiento a un acuerdo del Consejo Nacional de Salud se ha estado colaborando en la construcción del expediente clínico electrónico. Esto ha permitido incorporar catálogos, normas y estándares. Se estima que para 2005 se continúe con la implantación del expediente electrónico en otras entidades federativas. Actualmente solo se usa en Sinaloa.

Subsistema de Información sobre Hechos Vitales

- Actualmente 19 entidades federativas cuentan con el Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). En este periodo se fortaleció la implementación en cinco de ellas y se iniciaron las gestiones para su ejecución en otros seis estados. Por otra parte, el programa de captura del sistema fue actualizado con el fin de facilitar el trabajo de captación de información en las entidades federativas, generando informes oportunos para la planeación de servicios y la toma de decisiones.
- En los primeros meses del año se consolidó la base de datos de las defunciones de 2004 con la nueva versión de la aplicación de captura del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED). Los cambios realizados en el certificado de defunción y la captura completa del mismo, han permitido realizar análisis más detallados de las causas de muerte, del médico que certifica, así como del sitio exacto donde ocurren los accidentes, esto último es información indispensable para establecer planes de prevención.
- Se ha trabajado intensamente con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), para reducir los tiempos de confronta de los registros de las muertes maternas, lo que

permitió tener en el mes de mayo la cifra oficial de defunciones por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. A partir del mes de junio inició la confronta del conjunto de los registros de defunciones con énfasis en las muertes de menores de cinco años.

Normatividad y Estándares

- Dentro del programa de capacitación en el uso de la familia de clasificaciones se impartieron 15 cursos: 12 nacionales y 3 internacionales, con los cuales se logró capacitar un total de 355 participantes (codificadores, epidemiólogos, informáticos, estadísticos, entre otros) de diferentes entidades federativas e instituciones del sector salud.
- Entre los cursos con proyección internacional, como todos los años, se realizó el *Curso Internacional para Formación de Instructores de Codificación Médica* con la participación de representantes de Guatemala, Haití, Nicaragua y Panamá. Adicionalmente, se impartieron 2 cursos a solicitud de los Ministerios de Salud de Guatemala y Perú, con sede en estos países.
- Como parte del proceso de descentralización de la capacitación de codificadores, a la fecha se cuenta con tres Centros Regionales para la Clasificación de Enfermedades, uno ubicado en el estado de Jalisco, otro en la Secretaría de Salud del Distrito Federal y otro en el Estado de México. Adicionalmente se encuentra en proceso la creación del centro de Querétaro.
- El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades autorizó la NOM-040-SSA2-2004 en Materia de Información en Salud así como los comentarios recibidos al proceso de consulta, ambos documentos se encuentran en revisión de la Dirección General de Asuntos Jurídicos para ser publicados en el Diario Oficial de la Federación. Se inició la elaboración del manual para la aplicación de dicha NOM.
- Se ha participado en distintos foros de médicos, investigadores y representantes institucionales para la difusión y futura aplicación de la Norma Oficial Mexicana.

Coordinación Interinstitucional

- Se cuenta con una primera versión de los Lineamientos de Operación del Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud.
 - En el marco de esta institucionalización se elaboraron también los Lineamientos de Operación del Grupo Interinstitucional de Información en Salud (GIIS), se conformaron subgrupos de trabajo sobre los temas de: cobertura de poblaciones institucionales, estadística de establecimientos privados, indicadores sectoriales y discapacidad.

Consulta Dinámica y Difusión de Información en Salud

- Se incorporó a la base de datos de defunciones los datos para 2003 y se encuentran disponibles en el sitio Web del Sistema Nacional de Información en Salud, así como las diferentes publicaciones que ponen a disposición del público en general, la información generada por cada uno de los subsistemas.

2.7 Servicios de Atención Psiquiátrica

El órgano administrativo desconcentrado está integrado por seis establecimientos médicos especializados, tres hospitales y tres centros ambulatorios, teniendo como principal objetivo proporcionar atención médica en salud mental a la población de la región centro del país.

- De manera conjunta con otras unidades de la Secretaría de Salud, se han efectuado acciones relacionadas con la atención psiquiátrica y se han generado opiniones a las propuestas de reformas legislativas en la materia. Se participó en la actualización de proyectos normativos y de los instrumentos de información y evaluación de servicios de atención médica.
- La productividad y desempeño logrado en las unidades de atención psiquiátrica se incrementó en relación con los resultados del año anterior. Se otorgaron 199 203 consultas especializadas y 5 084 egresos hospitalarios, para un porcentaje de ocupación hospitalaria de 85.4 por ciento. La tasa de mortalidad fue de 0.1 y el promedio de estancia de 26.1 días. Entre septiembre de 2004 y agosto de 2005 se atendieron 23 146 urgencias.
- En materia de fortalecimiento del equipo e instalaciones de las unidades médicas se tienen los siguientes resultados: instalación de un laboratorio de video-electroencefalografía, equipamiento de un centro de cómputo en la unidad de terapia ambiental y la remodelación de la división de investigación del hospital Juan N. Navarro. El Hospital Fray Bernardino Álvarez recibió en donación un equipo de resonancia magnética que se encuentra en proceso de instalación. Asimismo, en los CECOSAM's se realizaron obras de mantenimiento y remodelación.