

Los Mejores Desempeños

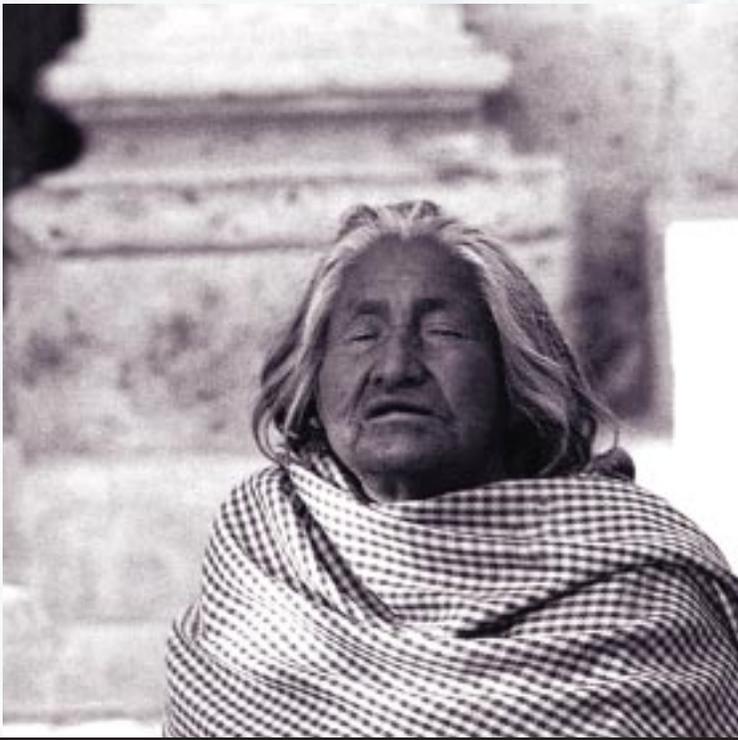
- Atención médica

- ▶ Cruzada Nacional por la Calidad
- ▶ Arbitraje médico

- Salud pública

- ▶ Prevención y control de enfermedades
- ▶ Prevención y control de las adicciones

- ▶ Prevención y control de riesgos sanitarios
- ▶ Investigación en salud



Compromiso con la Cruzada por la Calidad

El compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se evalúa a través de un índice que mide el desempeño de los Comités Estatales de Calidad en los siguientes rubros: i) número de instituciones participantes en el Comité; ii) participación de los principales directivos de las instituciones en las actividades de la Cruzada; iii) regularidad en la medición de los indicadores de la Cruzada; iv) integridad de la información proporcionada por el Comité, y v) valores de los indicadores.

Impulsar la calidad de los servicios de salud es un reto impostergable. En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud del año 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud habían empeorado en comparación con los servicios ofrecidos en 1994. Cuatro de cada 10 mexicanos pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. La insuficiencia de medicamentos y los tiempos de espera prolongados fueron también reclamos frecuentes de los usuarios de los servicios de salud.

Con el fin de enfrentar este gran reto, la actual administración puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país de manera que las mejoras sean claramente percibidas por la ciudadanía.

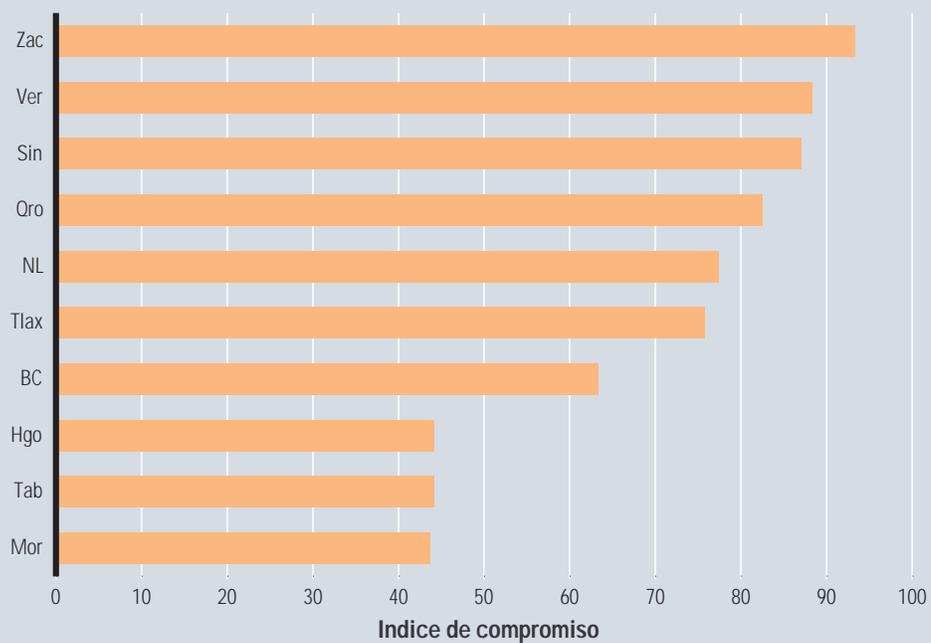
La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios contempla la creación de Co-

mités Estatales de Calidad en los que participan las principales instituciones públicas de salud. Durante 2001 se instalaron 30 Comités Estatales de Calidad que tienen como función implantar acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención. Destacan dentro de ellas las medidas dirigidas a mejorar las condiciones generales de las unidades de atención, reducir los tiempos de espera en consulta externa y en los servicios de urgencias, proporcionar información sobre su padecimiento a los usuarios de los servicios de salud y garantizarles un trato digno.

Para generar evidencias de los resultados se diseñó un sistema de monitoreo que proporciona información a los directivos de los diferentes niveles organizacionales para tomar decisiones de mejora de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la ciudadanía y que son analizados en forma sectorial por el Comité Estatal de Calidad para impulsar los procesos de cambio.

Los mejores comités estatales de calidad se destacaron por la participación interinstitucional y la regularidad en el monitoreo de los indicadores de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud.

Entidades con el mayor compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México 2001



Trato digno en unidades de primer nivel

El desempeño en **trato digno en unidades de primer nivel** se evalúa a través de un índice que toma en cuenta: i) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; ii) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y iii) el surtimiento de medicamentos y la satisfacción del usuario con este elemento.

En 2001 la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud se enfocó en los llamados aspectos interpersonales de la relación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud. Destacan dentro de ellos los tiempos de espera y la información al paciente, que son variables a las que se le da un seguimiento muy estrecho, incluso por parte de los medios de comunicación, en los países de mayores recursos.

Otra variable a la que se ha privilegiado en esta primera fase de esta iniciativa es el

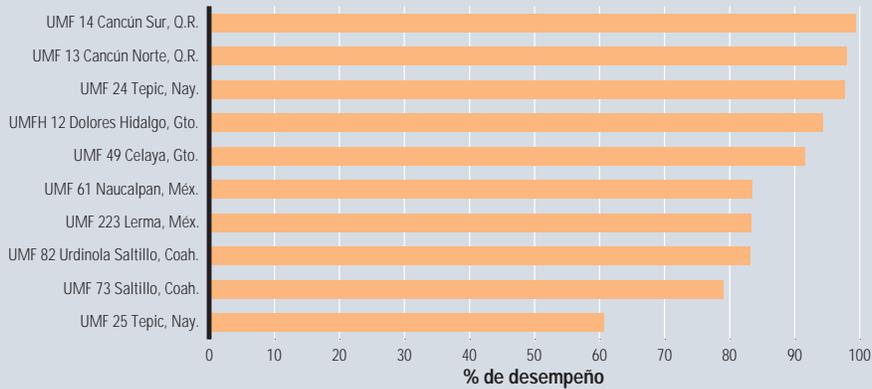
surtimiento de medicamentos, que en muchos países del mundo se identifica como un atributo central de la calidad de la atención. De hecho, en este caso las medidas adoptadas han estado dirigidas no sólo a mejorar la disponibilidad de medicamentos sino incluso a garantizar el surtimiento de la prescripción médica. Esto bajo el supuesto de que no basta que los medicamentos estén allí; también es necesario que el usuario tenga un acceso efectivo a ellos.

**Unidades de primer nivel de la SSA
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



Veracruz y Zacatecas destacan por su compromiso con las iniciativas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios para unidades de primer nivel de atención de la SSA.

**Unidades de primer nivel del IMSS
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



**Unidades de primer nivel del ISSSTE
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



Trato digno en servicios de urgencias en hospitales de segundo nivel

El desempeño en **trato digno en servicios de urgencias** se evalúa a través de un índice que toma en cuenta: i) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; ii) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y iii) el surtimiento de medicamentos y la satisfacción del usuario con este elemento.

El tiempo de espera en un servicio de urgencias es una variable literalmente vital, ya que puede representar la diferencia entre la vida y la muerte. Por esta razón, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud decidió en su primera fase seguir de manera muy estrecha la evolución del tiempo de espera en los servicios de urgencias. El seguimiento de esta variable se acompaña también del seguimiento de aquellas iniciativas dirigidas a mejorarla.

Lo mismo sucede con la información proporcionada al paciente, que en estos casos resulta también un determinante fundamental del resultado final de la atención.

El surtimiento de medicamentos es un tercer componente de la evaluación de la calidad en los servicios de urgencias propuesta por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en sus etapas iniciales.

**Servicios de urgencias de la SSA
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**

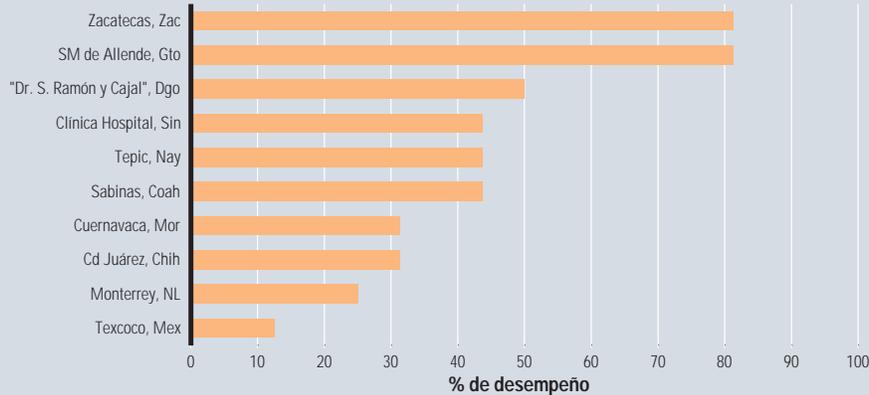


Las unidades de urgencias de la SSA con mejores desempeños en calidad presentaron valores promedio mayores de 60 puntos. En el IMSS y en el ISSSTE las unidades con el mejor desempeño superan los 80 puntos.

**Servicios de urgencias del IMSS
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



**Servicios de urgencias del ISSSTE
con los mejores desempeños en trato digno. México 2001**



Arbitraje médico

El indicador de **número de entidades federativas con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico** creadas y en operación incorpora dos variables: la existencia de un decreto de creación y la entrada en funcionamiento de dichas comisiones.

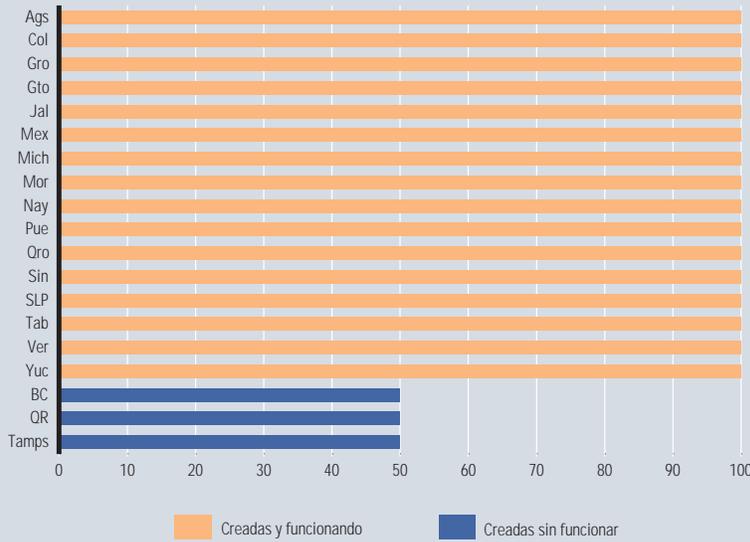
Hasta hace poco en México los pacientes no contaban con instancias para presentar quejas sobre los servicios de salud. Para remediar esta situación, en 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuya función principal es contribuir a la solución de controversias entre usuarios y proveedores públicos y privados de servicios de salud a través de procedimientos más simples y menos costosos que las demandas legales.

Una de las metas de esta administración es promover la creación de instancias de este

tipo en todas las entidades federativas. La CONAMED, sin embargo, no tiene la atribución de establecer comisiones estatales de arbitraje médico. En general debe limitarse a ofrecer el apoyo necesario a los gobiernos y congresos estatales para su creación.

Los resultados iniciales de estas actividades de promoción son alentadores ya que en 16 entidades federativas ya se cuenta con comisiones estatales de arbitraje formalmente constituidas y funcionando.

Entidades con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico creadas y en funcionamiento. México 2001



Actualmente el país cuenta con 16 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico funcionando. En tres entidades existe un decreto de creación pero todavía no entran en funciones.

Asuntos recibidos y concluidos por la CONAMED*. México 1996-2001



El número de asuntos recibidos y concluidos por la CONAMED se ha incrementado consistentemente desde 1996.

* En algunos años los asuntos concluidos superan a los recibidos porque incluyen asuntos rezagados de años previos.

Programa de Salud Reproductiva

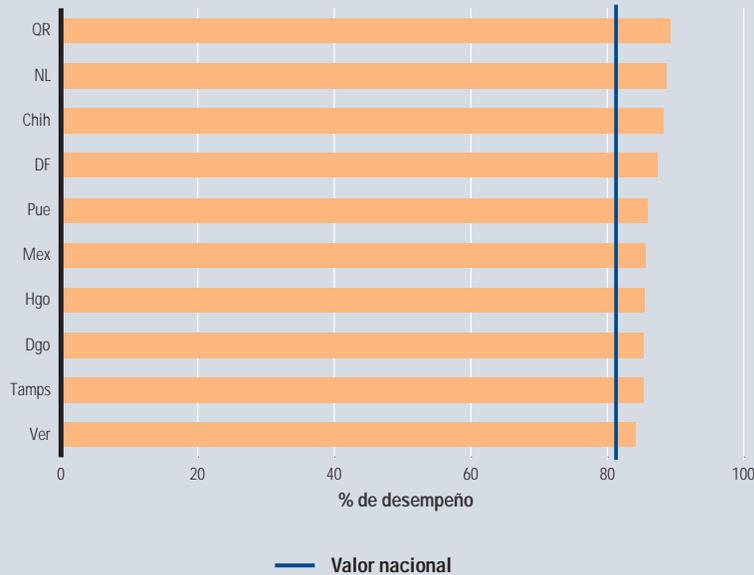
El índice de desempeño del subcomponente de planificación familiar del Programa de Acción de Salud Reproductiva se construyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura (25%); ii) calidad de la atención (30%); iii) oportunidad de la atención (30%), y iv) participación del hombre en las acciones de planificación (15%).

En México se han logrado avances notables en el campo de la salud reproductiva. Estos progresos se deben en buena medida a las acciones de planificación familiar, las cuales han promovido el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población y garantizado el derecho de los individuos y de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

Con el fin de consolidar estos avances, el Programa de Acción de Salud Reproductiva

en su componente de planificación familiar establece un esquema operativo integrado por siete subcomponentes: regulación de la fertilidad en el varón; atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente; fomento de la anticoncepción postevento obstétrico; introducción de la tecnología anticonceptiva moderna; atención a la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas; atención en el climaterio y la postmenopausa, y orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad.

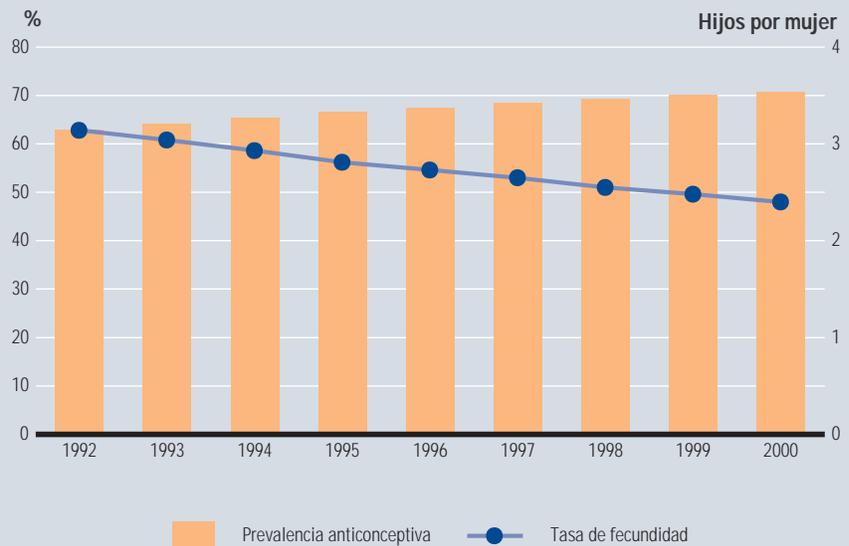
Entidades federativas con los mejores desempeños en planificación familiar. México 2001



Las entidades federativas con mejores desempeños en planificación familiar tuvieron logros superiores al 80% en el índice compuesto que mide el avance del programa.

De 1992 a 2000 el número promedio de hijos por mujer disminuyó de 3.14 a 2.4, mientras que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se incrementó siete puntos porcentuales.

Tasa global de fecundidad y prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. México 1992-2000



Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino

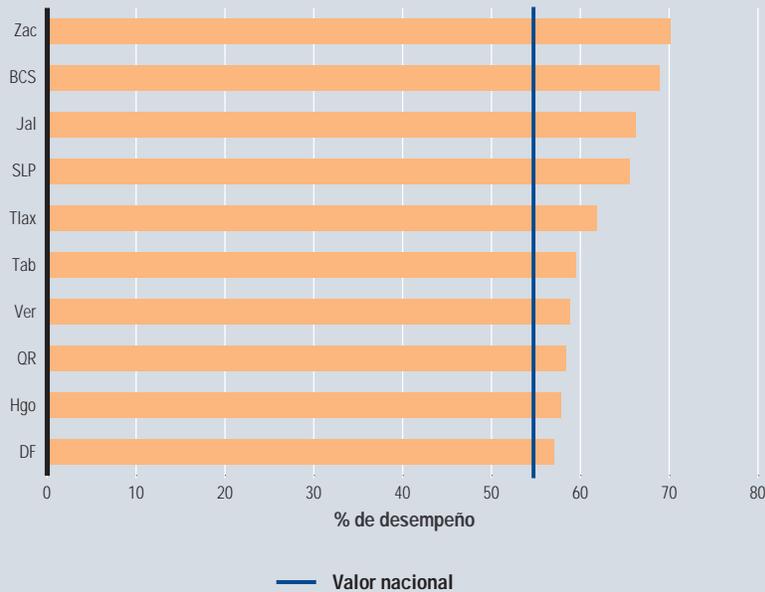
El índice de desempeño del Programa de Acción de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino se construye a partir de la integración ponderada del logro en cinco indicadores: i) cobertura global (15%); ii) cobertura específica (25%); iii) calidad de la toma (20%); iv) grado de eficiencia (20%), y v) control de calidad (20%).

El cáncer cérvico-uterino es el tumor maligno más común entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva y su primera causa de muerte. Una proporción muy alta de estas muertes pueden evitarse mediante la detección oportuna y el tratamiento efectivo en las primeras etapas del desarrollo de la enfermedad. En general se trata de muertes injustas e inaceptables porque afectan sobre todo a las mujeres pobres y porque el sistema de salud cuenta con los medios para prevenir y tratar este padecimiento.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* estableció una línea de acción específica para lidiar con esta enfermedad. El instrumento guía

es el Programa de Acción de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino que tiene como objetivos principales: i) alcanzar y mantener la detección temprana en por lo menos 80% de la población en riesgo; ii) disminuir en 15% la mortalidad por esta causa; iii) garantizar el tratamiento del 90% de los casos detectados de displasias y cáncer *in situ*, y iv) ofrecer tratamiento al 80% de los casos de cáncer invasor. En 2001, se realizaron 4 280 000 estudios citológicos (Papanicolaou), para una cobertura de 55% en mujeres de 25 a 64 años, lo que permitió detectar 102 598 lesiones premalignas, incluidos 7 625 casos de cáncer invasor.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino. México 2001



Los estados con mejor desempeño en el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico-Uterino presentaron cifras mayores de 50% en el índice de desempeño del programa.

Mortalidad y defunciones por cáncer cérvico-uterino. México 1990-2001



En la última década la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha descendido sostenidamente. Sin embargo, la cifra de mortalidad por esta causa continúa siendo más alta que la de muchos países de América.

Programa de Hipertensión Arterial

El índice de desempeño del Programa de Acción de Hipertensión Arterial se construye a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30%); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

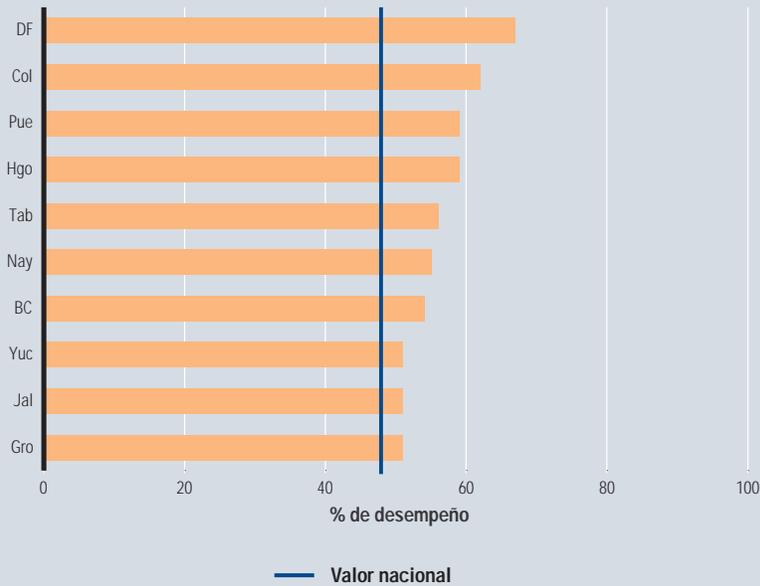
La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para muchas enfermedades cardiovasculares, en particular para el infarto agudo del miocardio y las enfermedades cerebrovasculares. Cualquier esfuerzo dirigido a reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares debe incluir la prevención primaria y secundaria de la hipertensión arterial. Se estima que en los próximos 10 años morirán alrededor de 20 millones de personas en las Américas debido a las enfermedades cardiovasculares. Casi un cuarto de estas defunciones ocurrirán en personas menores de 60 años.

En México, alrededor del 30% de la población entre los 20 y 69 años padece de hipertensión arterial. Dos terceras partes de esta población desconoce que sufre de este

padecimiento y por lo tanto no toma ningún tipo de medida. El grupo de población con la prevalencia más alta es el de mujeres mayores de 50 años: entre 51 y 63% de esta población sufre de esta enfermedad.

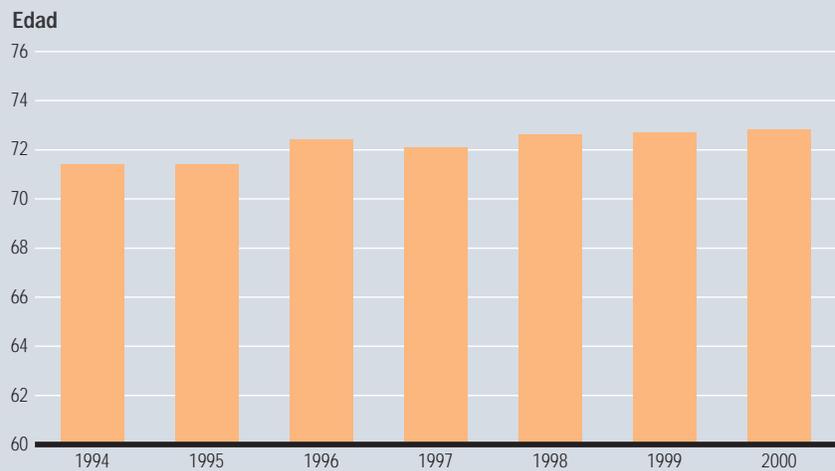
El Programa de Acción para Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial hace uso de diversas estrategias para modificar el riesgo de la población de padecer o morir por estos padecimientos. Entre las acciones que despliega el programa se incluyen la detección oportuna de casos mediante la búsqueda intencionada en usuarios de los servicios de salud, la identificación de grupos de riesgo, y la capacitación continua del personal de salud en el diagnóstico y manejo del paciente hipertenso.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial. México 2001



Las calificaciones alcanzadas por las entidades federativas con mejor desempeño en el Programa contra la Hipertensión Arterial indican que este programa aún no se ha consolidado.

Edad promedio de muerte asociada con hipertensión arterial. México 1994-2000



La edad promedio de la muerte asociada con hipertensión arterial en México se ha incrementado lenta pero consistentemente.

Programa de Acción contra Diabetes Mellitus

El índice de desempeño del Programa de Acción de Diabetes

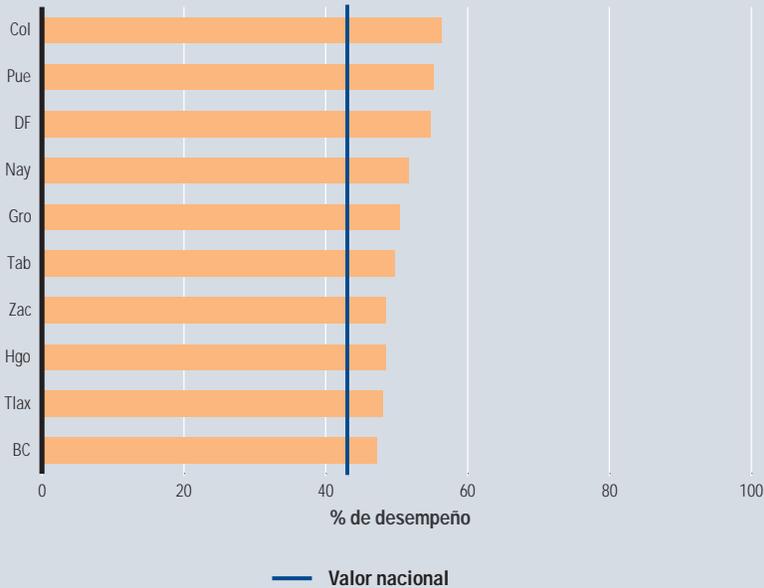
se construye a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30%); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

La diabetes se ha convertido en una de las prioridades del sistema nacional de salud debido a la mortalidad y la discapacidad que genera.

El Programa de Acción contra la Diabetes tiene como propósitos centrales prevenir la aparición de la enfermedad o retrasar, en la población susceptible, la edad de inicio del padecimiento, así como prevenir la discapacidad. Dentro de sus principales estrategias se cuentan la difusión de las normas oficiales mexicanas para su prevención y manejo entre la comunidad médica, el desarrollo de cam-

pañías de comunicación educativa dirigidas a prevenir la exposición a factores de riesgo y la explicación de los procedimientos de control a los pacientes diabéticos. El programa también busca facilitar el acceso a información veraz y oportuna al personal de salud involucrado en estas acciones y vigilar que se lleve a cabo periódicamente la evaluación clínica de los pacientes. Un aspecto fundamental de las acciones que realiza este programa es la promoción de estilos de vida saludables, que incluyen el control de peso, la actividad física y la reducción del consumo de alcohol.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción contra Diabetes Mellitus. México 2001



Las calificaciones alcanzadas por las entidades federativas en el desempeño del Programa contra la Diabetes indican que existe un amplio trecho por recorrer para disminuir la carga de esta enfermedad.

Edad promedio de muerte asociada a diabetes. México 1994-2000



La edad promedio de la muerte asociada con la diabetes ha aumentado ligeramente en los últimos años.

Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis

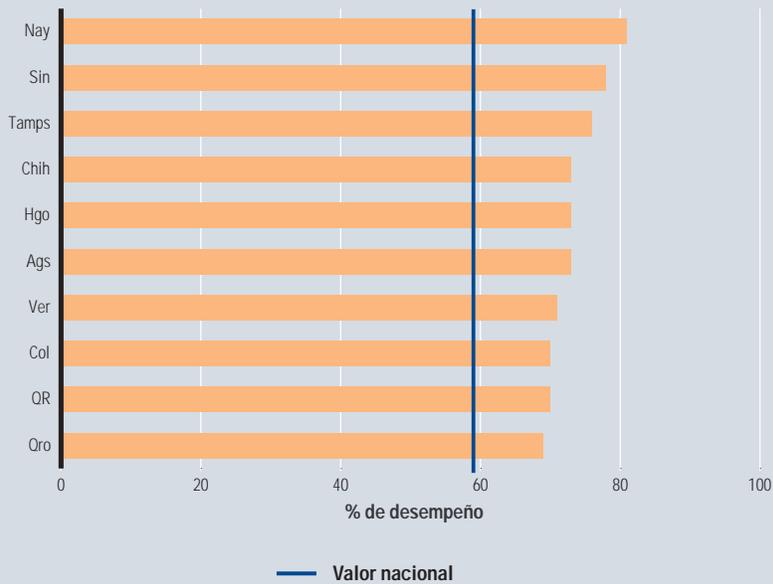
El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se construye a partir de la integración ponderada del logro de cinco indicadores: i) cobertura de detección (20%); ii) diagnóstico oportuno (15%); iii) curación (30%); iv) seguimiento adecuado (25%) y, v) productividad de laboratorio (10%).

La tuberculosis ha regresado como problema de salud pública debido sobre todo a la aparición de cepas resistentes a la terapia antimicrobiana y a su asociación con la epidemia de VIH/SIDA.

El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis tiene como objetivo fundamental disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta causa en la población mexicana. Este programa busca garantizar la detección oportuna de casos y sus contactos, el diagnóstico confiable y el tratamiento estricta-

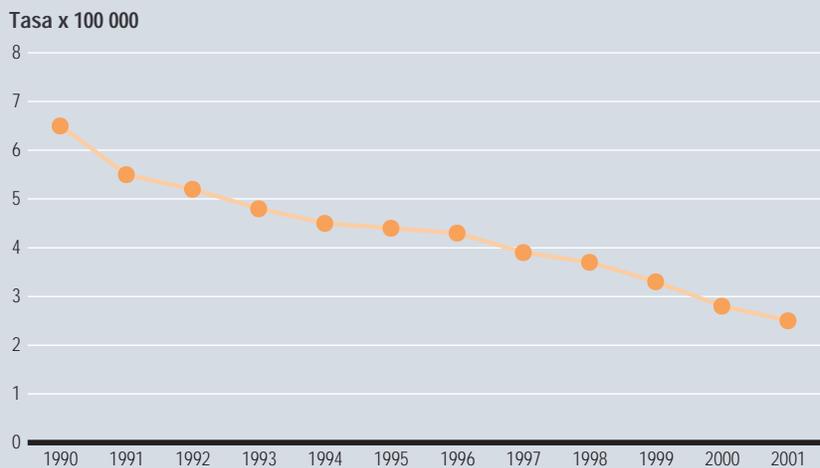
mente supervisado para garantizar la curación de los individuos afectados y prevenir la transmisión de la enfermedad. Otras actividades importantes de este programa son la detección y búsqueda de soluciones para el creciente problema de la farmacorresistencia. De manera particular, el programa ha identificado comunidades en riesgo y fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios, además de ofrecer un programa bi-anual de capacitación, acreditación y certificación de los profesionales de la salud.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. México 2001



Nayarit y Sinaloa han logrado avances particularmente importantes en la prevención y control de la tuberculosis.

Mortalidad por tuberculosis pulmonar. México 1990-2001



La mortalidad por tuberculosis pulmonar ha disminuido consistentemente en los últimos 10 años

Programa de Acción VIH/SIDA e ITS

El índice de desempeño del Programa de Acción VIH-SIDA e ITS,

se construyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores en el ámbito de responsabilidad de la SSA y un indicador sectorial: i) porcentaje de usuarios activos de condones (20%); ii) porcentaje de detecciones de sífilis en mujeres embarazadas (20%); iii) porcentaje de casos de SIDA registrados oportunamente (20%); iv) gasto por persona viviendo con VIH (20%), y v) pacientes con SIDA que recibe tratamiento antirretroviral (20%).

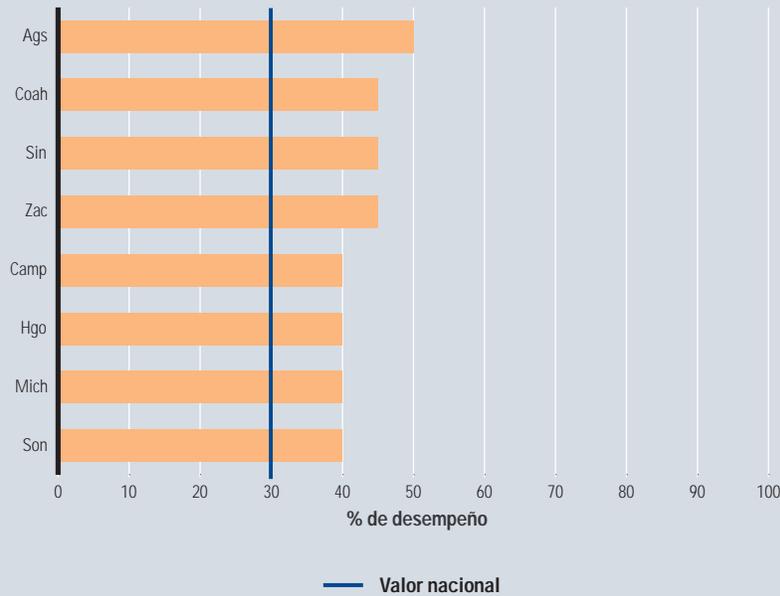
El VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) son problemas de salud pública con enormes impactos bio-psico-sociales. La pobreza y la vulnerabilidad social están íntimamente ligados a estos padecimientos, por lo que las acciones tendientes a modificarlos deben vincularse al desarrollo social y económico del país.

El Programa de Acción VIH/SIDA e ITS está dirigido a planear y coordinar, bajo un ámbito descentralizado, las acciones definidas por consenso entre distintas instituciones y organizaciones, con el objetivo de disminuir el riesgo de contraer esta enfermedad, tratar de manera efectiva los casos, y limitar el impacto .

Los objetivos de este programa son los siguientes: 1) incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas

de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS; 2) disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país; 3) interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis; 4) garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud; 5) disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos y 6) promover la coordinación con instituciones estatales, regionales e internacionales que facilite el ejercicio de la regulación y de la aplicación de políticas que permitan sumar esfuerzos y operar programas que favorezcan las mejores prácticas.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción VIH-SIDA e ITS.* México 2001



El Programa de Acción VIH/SIDA e ITS en 2001 muestra logros que pueden calificarse de discretos. Las entidades con mejores desempeños obtuvieron calificaciones cercanas a 50% en el indicador compuesto utilizado.

* Existen 6 estados empatados en el noveno lugar con 35 puntos: Colima, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Estado de México y Tamaulipas

Mortalidad por SIDA en población de 25-44 años. México 1990-2000



En México el SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte. El grupo de población más afectado es el de 25 a 44 años. La tasa de mortalidad por SIDA en este grupo aumentó de 1990 a 2000: pasó de 4.99 a 9.7 por 100 000 habitantes.

Programa de Prevención del Cólera

El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención del Cólera se contruyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) cobertura de detección (30%); ii) tratamiento oportuno (40%); iii) cloración del agua (20%), y iv) eficiencia de los laboratorios (10%).

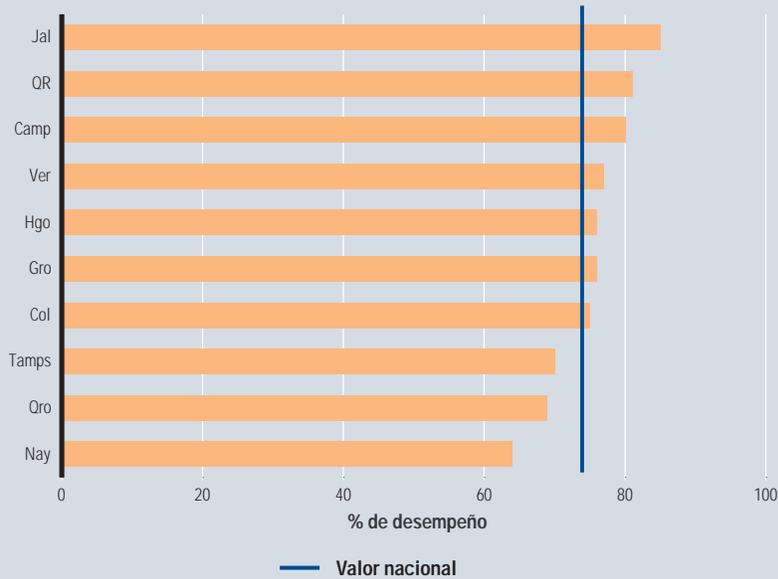
El Programa de Acción para la Prevención del Cólera busca mantener el nivel alcanzado en los últimos años en el control de esta enfermedad. En 2001 se presentó un sólo caso. De hecho, la Organización Mundial de la Salud declaró a México país libre de áreas infectadas por cólera. Sin embargo, la presencia de esta infección en países de la región obliga a mantener una vigilancia estrecha que impida la aparición de nuevos brotes.

Las estrategias básicas del programa son las siguientes: mantener la detección y atención oportunas de casos sospechosos y brotes; fortalecer la capacidad diagnóstica de los laboratorios, y apoyar las acciones de vigilancia en la desinfección del agua para uso y consumo humanos, y la vigilancia de expendios de alimentos.

Las acciones de detección son fundamentales, ya que permiten identificar oportunamente la circulación humana del agente causal mediante la búsqueda activa de la bacteria en pacientes con enfermedad diarreica aguda que solicitan atención médica. Otra herramienta básica es el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial en materia de información, que ha permitido el intercambio de datos y el desarrollo de acciones conjuntas.

Un producto agregado del programa ha sido la reducción del número de casos nuevos de diarreas debidos a otros agentes que se transmiten a través del agua.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción para la Prevención del Cólera. México 2001



En 2001, Jalisco y Quintana Roo tuvieron un desempeño particularmente destacado en lo que se refiere a la prevención y el control del cólera.

Morbilidad por cólera. México 1991-2001



El Programa de Prevención del Cólera redujo significativamente el número de casos nuevos de esta enfermedad a partir de 1996. En 2001 sólo se registró un caso.

Programa de Prevención de la Rabia

El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia se construyó con la integración ponderada del logro en cinco indicadores: i) cobertura en las Semanas Nacionales de Vacunación (20%); ii) calidad de la atención de agredidos (20%); iii) vigilancia de muestras de laboratorio (20%); iv) promoción de la esterilización (20%), y v) control de la población canina (20%).

La rabia es una enfermedad viral que transmiten los animales a los seres humanos. Los principales vectores de la enfermedad son los perros y otros animales domésticos y salvajes (gatos, lobos, coyotes, zorros y murciélagos). Se estima que en el mundo anualmente ocurren entre 40 000 y 70 000 casos de esta enfermedad y alrededor de 10 millones de personas reciben tratamiento por mordedura de animales sospechosos.

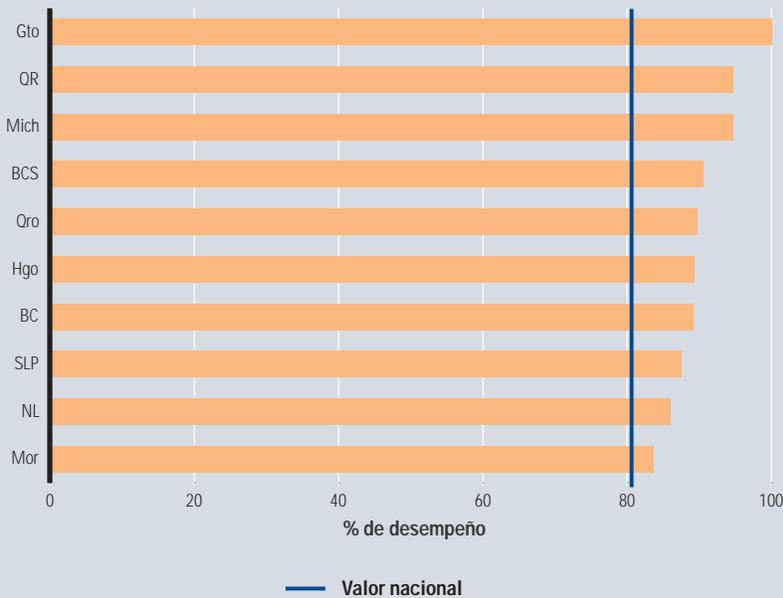
En México, los casos de rabia humana han disminuido consistentemente en los últimos años. En la década de los ochenta se presentaron en promedio 60 casos anuales; en los noventa el promedio fue de 24 casos. A partir de 1998 la cifra de casos cayó a menos de 10 y en 2000 no se presentó ningún caso de rabia humana.

La principal estrategia de control de la rabia es la vacunación de los perros. Aún cuando en México se han hecho enormes progresos en la vacunación canina en cola-

boración con la población, los perros callejeros continúan representando un riesgo alto de transmisión. Además hay áreas geográficas del país, principalmente agrícolas y ganaderas, en donde existe un alto riesgo de transmisión por murciélagos.

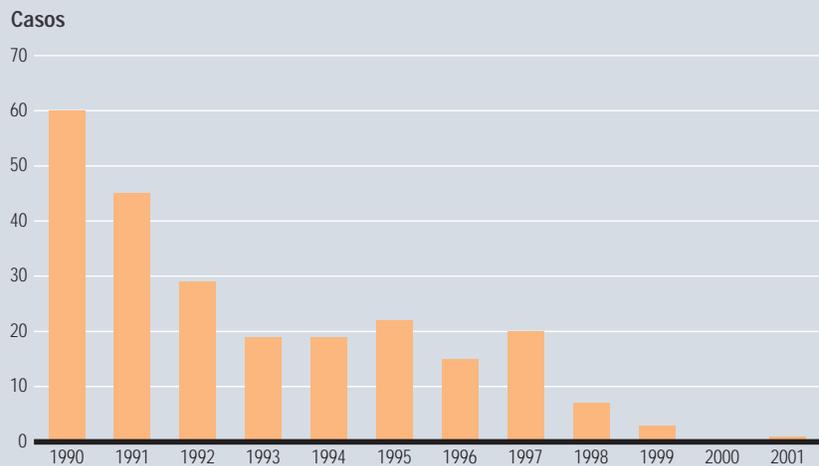
Las actividades de prevención de esta enfermedad están orientadas a interrumpir la transmisión entre animales y eliminar el riesgo en el ser humano, ofrecer atención anti-rábica oportuna y gratuita a toda persona agredida por animales, y promover entre los propietarios de perros la posesión responsable de mascotas a fin de fomentar la sana convivencia con ellas y reducir el número de perros callejeros. En estas acciones se ha buscado la participación de los municipios, que tienen la tarea de estabilizar a la población de perros, y de transformar los centros antirrábicos y las perreras municipales en centros de atención canina.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia. México 2001



En 2001 las entidades federativas con mejores desempeños en el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia alcanzaron índices de desempeño superiores a 80%.

Casos de rabia en humanos transmitida por perros. México 1990-2001.



En el periodo 1990-2001 el número de casos de rabia en humanos transmitida por perros se redujo considerablemente. En 2000 no se presentaron casos de esta enfermedad.

Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Paludismo)

El índice de desempeño del Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (paludismo) se construyó a partir de la integración ponderada del logro en cuatro indicadores: i) vigilancia epidemiológica (15%); ii) cobertura de tratamiento (25%); iii) promoción de la salud (30%), y iv) calidad (30%).

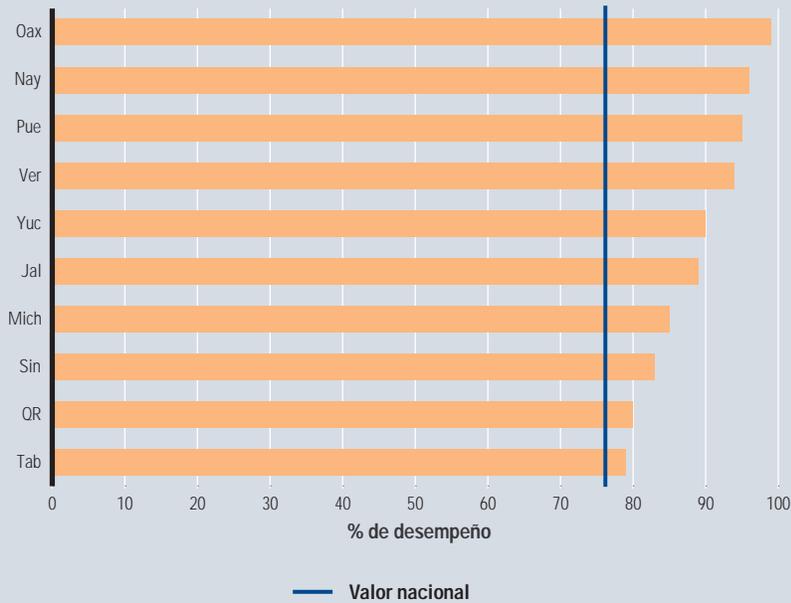
Al igual que el dengue, el paludismo es una enfermedad transmitida por un mosquito que afecta a las poblaciones que habitan en zonas geográficas ubicadas a menos de 2 000 metros de altitud. Las acciones desarrolladas en los últimos años para combatir este padecimiento se han orientado a la curación radical de los enfermos, la eliminación de los principales vectores, y la prevención y control de los brotes epidémicos.

México es el único país endémico que ha eliminado, dentro de sus actividades de control de las poblaciones de mosquitos, el uso de DDT. Desde el año 2000 lo sustituyó por un insecticida piretroide que mejora la efectividad y el costo del rociado. Los servicios de salud también han ampliado las acciones de saneamiento ambiental en comunidades y municipios.

Dentro de las metas del Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por vector 2001-2006 se incluyen la detección oportuna y el control de brotes, y el mantenimiento del número de casos por debajo de 1550 en el 2006.

Este programa cuenta con dos componentes: uno sustantivo, relacionado con la eliminación de focos de transmisión y el control epidemiológico de la endemia en los estados de la frontera sur, y otro estratégico, que fomenta la participación comunitaria en la eliminación de criaderos, el saneamiento básico, y la coordinación con autoridades locales y municipales, incluyendo la concertación de acciones con los países de Centroamérica.

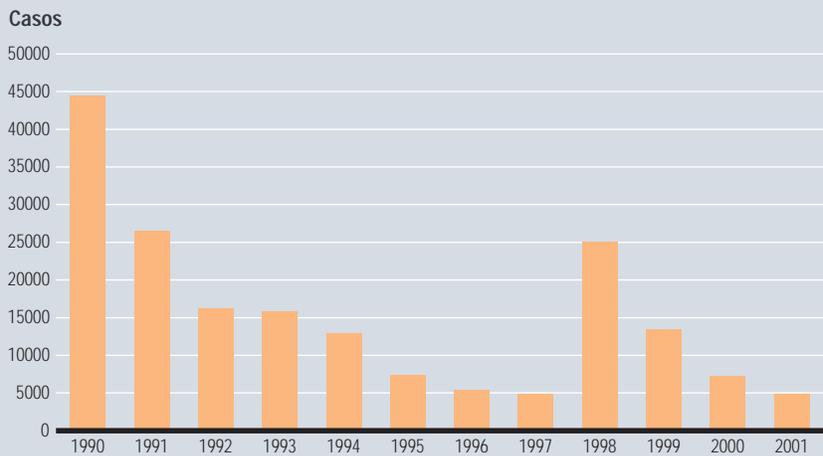
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Paludismo). México 2001



Las entidades federativas que se ubican en zonas endémicas de paludismo y que tuvieron los mejores desempeños en 2001 presentaron logros de 79% y más en el indicador agregado del programa.

Para reducir el número de casos de paludismo a 1550 o menos en 2006 es necesario anticiparse a los aumentos epidémicos que ocurren cada cierto tiempo.

Casos de paludismo. México 1990-2001



Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue)

El índice de desempeño del Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue) se construyó a partir de la interacción ponderada del logro en tres indicadores: i) cobertura de localidades con riesgo (40%); ii) notificación oportuna (25%), y iii) localidades con acciones simultáneas con impactos sobre el índice de casos positivos <5% (35%).

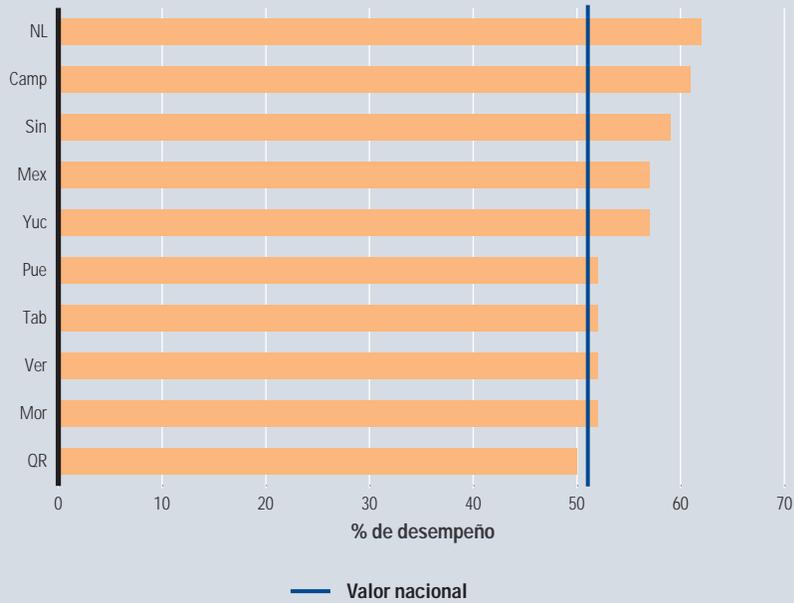
Muchos países de las Américas están enfrentando una emergencia sanitaria debido al aumento de casos de dengue y dengue hemorrágico. En 2001 se presentaron cerca de 610 000 casos, incluidos 15 000 casos de dengue hemorrágico y 115 defunciones. Costa Rica, Venezuela, Brasil y Colombia fueron los países más afectados. México tuvo alrededor de 4 900 casos de dengue, incluidos 312 casos de dengue hemorrágico, con una defunción.

Debido a que no existen vacunas ni medicamentos específicos para tratar la enfermedad, las medidas de control más efectivas son las relacionadas con el saneamiento de las viviendas y sus alrededores, en particular aquellas que impiden la reproducción de los

mosquitos en los depósitos de agua. En este tipo de acciones la corresponsabilidad de la población es fundamental. Por otra parte, las acciones de vigilancia para la detección oportuna de casos y brotes epidémicos debe ser permanente en las áreas de mayor riesgo.

El Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector se ha diseñado para reducir los riesgos y mantener bajo control epidemiológico al dengue y al dengue hemorrágico. Este programa incluye: el control de brotes, el incremento de acciones de prevención y participación municipal; el empoderamiento de la comunidad, y el fortalecimiento de la capacitación y desarrollo humano del personal del programa.

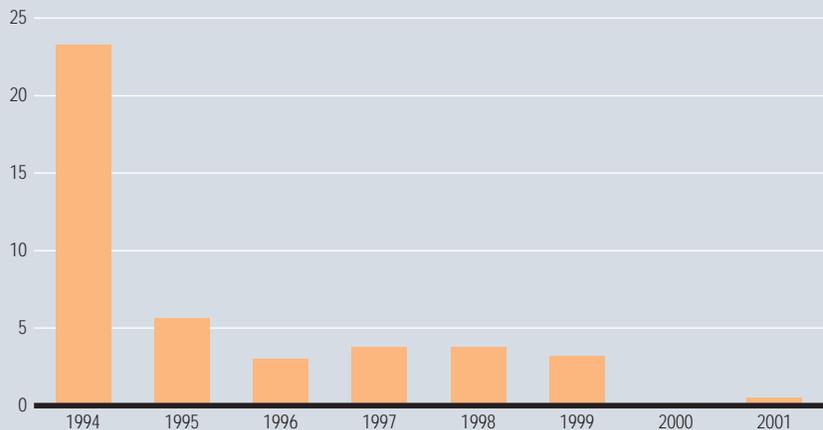
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción de Enfermedades Transmitidas por Vector (Dengue). México 2001



En las entidades federativas donde el dengue es endémico se han alcanzado desempeños promedios de 51%.

Letalidad por dengue. México 1994-2001

Tasa x 100 casos



La meta de esta administración es mantener la tasa de letalidad por dengue hemorrágico por debajo de 3 por cada 100 casos, cifra que se ha logrado durante los dos últimos años.

Salud bucal

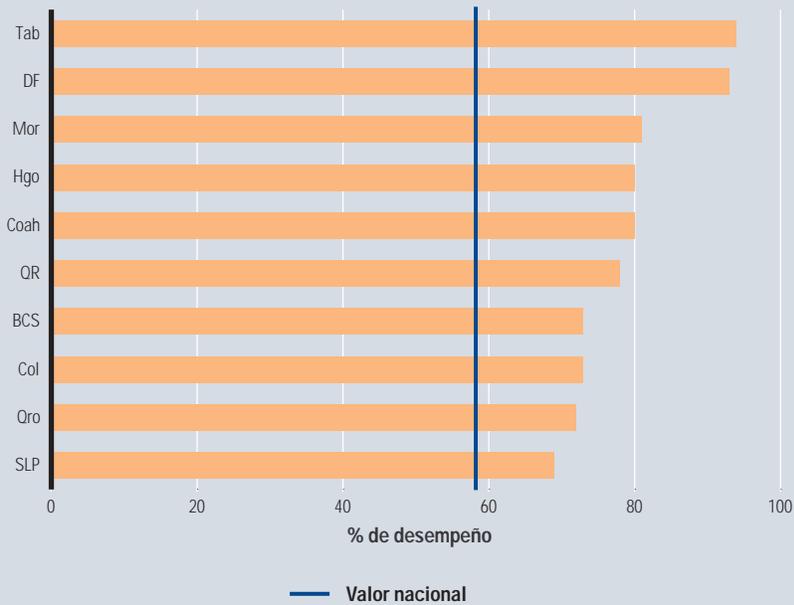
El índice de desempeño del Programa de Acción de Salud Bucal se construyó a partir de la ponderación del logro en tres indicadores: 1) *cobertura* (40%), 2) *calidad de la atención* (30%), y 3) *promoción de la salud* (30%).

México tiene una alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales, principalmente caries dentales y enfermedades periodontales. El Programa de Acción de Salud Bucal pretende reducir esta carga de enfermedad, que afecta principalmente a los pobres, y reducir las brechas existentes entre los distintos grupos poblacionales.

Las acciones que desarrolla este programa están enfocadas a mejorar la salud bucal de la población y a disminuir las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia. El programa cuenta con cuatro componentes: i) salud bucal del preescolar y escolar; ii) ac-

ciones curativo-asistenciales; iii) fluoruración de la sal de mesa, y iv) un componente de normatividad. A partir de ellos se busca mantener o recuperar la salud bucal de los preescolares y escolares de 4 a 15 años de edad; disminuir la caries dental en la población, principalmente a través del consumo de sal yodada fluorurada; establecer estrategias para abatir los costos en la atención curativa-asistencial; elevar la calidad de la atención proporcionada a la población, y difundir y vigilar la aplicación de la normatividad en materia de salud bucal.

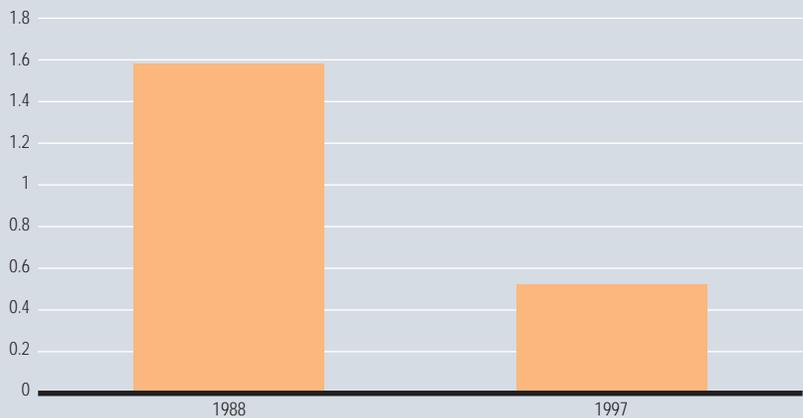
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción de Salud Bucal. México 2001



Las entidades federativas con mejor desempeño en el Programa de Acción de Salud Bucal muestran logros superiores al 60% en el índice compuesto de cobertura, calidad de la atención y promoción de la salud bucal.

Índice de CPOD en escolares de 3-10 años de edad. México 1988 y 1997

Número de dientes afectados



El índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) es un buen indicador del estado de salud bucal de la población de 3 a 10 años de edad. Entre 1988 y 1997 la cifra de este índice se redujo significativamente.

Programa de Vacunación

El índice de desempeño del Programa de Vacunación, se construyó a partir de la ponderación del logro en tres indicadores: 1) cobertura (40%), 2) calidad de la atención (30%), y 3) promoción de la salud (30%).

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establecieron tres metas de vacunación para garantizar un arranque parejo en la vida: i) mantener por arriba de 95% las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños de un año de edad; ii) incrementar a 90% la cobertura de vacunación con dosis de refuerzo en los niños de dos años, y iii) alcanzar una cobertura de 100% de vacunación con toxoide tetánico en embarazadas que viven en zonas de riesgo.

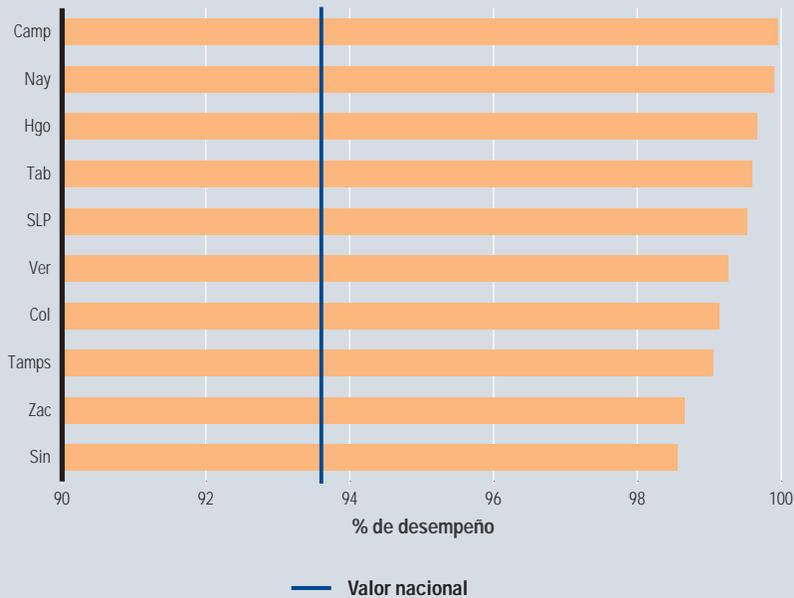
Mantener, y en algunos casos, incrementar las coberturas de vacunación en la población en riesgo es una garantía para consolidar los logros alcanzados hasta ahora en estas actividades de prevención.

El programa de vacunación es uno de los más exitosos en el campo de la salud pública nacional, lo que ha permitido mantener

bajo control las enfermedades que ocasionaban un número considerable de muertes y de discapacidad en la población menor de cinco años. Desde 1998 a la fecha, la cobertura promedio con esquema básico completo en niños de un año de edad ha sido de 93.4 por ciento. Aún cuando se trata de un nivel de cobertura muy aceptable, es imprescindible mantener los esfuerzos para garantizar el máximo control sobre las enfermedades prevenibles por vacunación.

Actualmente el esquema básico completo de vacunación en niños de un año de edad incluye las siguientes dosis de vacunas: tres dosis de antipoliomielítica (Sabin); tres dosis de pentavalente (tétanos, difteria, tos ferina, *haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B); una dosis de BCG y una dosis de triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).

Entidades con los mejores desempeños en cobertura de vacunación. México 2001



Las entidades federativas con mejor desempeño en las actividades de vacunación han alcanzado más de 95% de cumplimiento en cobertura, calidad y promoción de la salud.

En los últimos cuatro años la cobertura con esquema completo de vacunación se ha mantenido, en promedio, por arriba de 93%.

Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad. México 1991-2001



Prevención y control de las adicciones

El índice de desempeño de los programas contra las adicciones en el ámbito estatal se define como el porcentaje de avance alcanzado por los Consejos Estatales contra las Adicciones en los siguientes aspectos ponderados: i) estructura organizacional; ii) programas estatales; iii) coordinación interinstitucional e intersectorial; iv) recursos humanos y financieros; v) desarrollo normativo, y vi) infraestructura para la atención.

La **cobertura de Programas Municipales contra las Adicciones** se define como el porcentaje de municipios en los que se han instalado Consejos Municipales contra las Adicciones o se desarrollan programas municipales en relación con la totalidad de municipios existentes en la entidad. Se obtiene de dividir el número de municipios que tienen instalados COMCAs o programas contra las adicciones entre el total de municipios de ese estado.

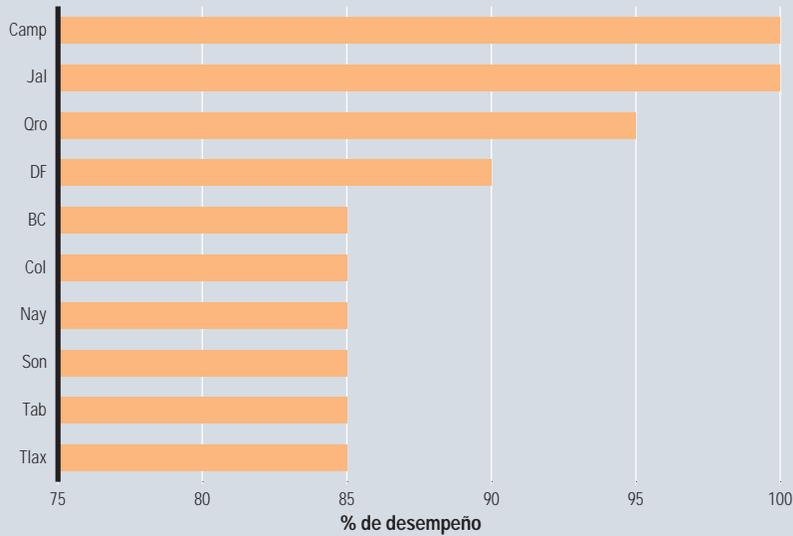
El consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas constituye un fenómeno biopsicosocial complejo con repercusiones nocivas para la salud de los individuos, las familias y la sociedad en general. México se ubica entre los principales países consumidores de alcohol y tabaco del mundo, con prevalencias de 58 y 27.7%, respectivamente. El consumo de drogas ilícitas (5%) no es tan común como en otros países, pero muestra un aumento preocupante.

El *Programa contra las Adicciones 2001-2006* resume las estrategias que las dependencias del gobierno federal y otras instituciones públicas y privadas han convenido para actuar sobre este fenómeno. Las acciones fundamentales del programa incluyen: la colaboración estrecha entre las diversas instancias involucradas en la prevención y atención de las adicciones; el fomento y desarrollo de un mayor número de investigaciones que sus-

tenten el uso de nuevas tecnologías y modelos de intervención; el fortalecimiento de las medidas legislativas para el control de los procesos de producción, distribución y comercialización de las sustancias adictivas, y la colaboración internacional para contrarrestar el avance de este problema.

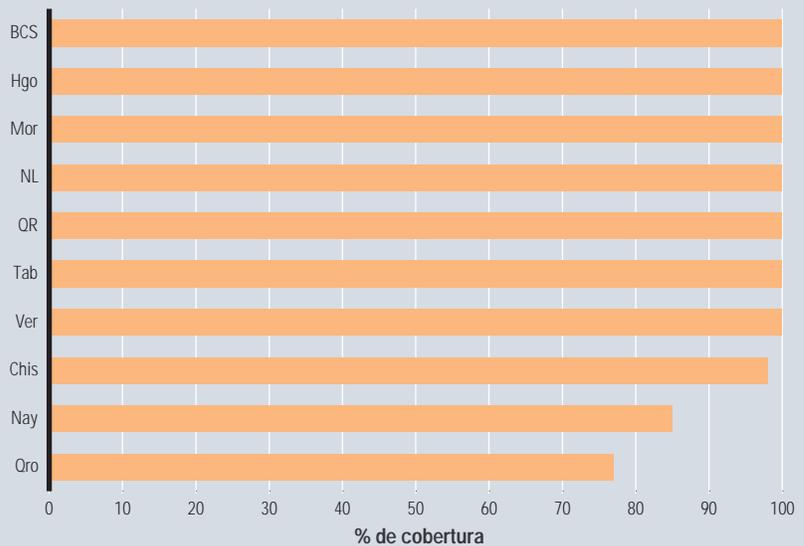
Un elemento básico para contender con las adicciones es fortalecer y consolidar la estructura y operación tanto de los Consejos Estatales como Municipales Contra las Adicciones (CECAs y COMCAs), principalmente en las zonas de alto riesgo. En el momento actual todas las entidades federativas cuentan con CECAs funcionando, aunque con diferentes niveles de efectividad y eficiencia. Sin embargo, en la constitución de los COMCAs todavía se requiere un esfuerzo adicional para lograr su formación y operación, principalmente en los municipios vulnerables.

**Entidades con los mejores desempeños
en el Programa contra las Adicciones. México 2001**



En 2001 se reactivaron todos los Comités Estatales contra las Adicciones.

**Entidades con los mejores desempeños
en comités municipales contra las adicciones.
México 2001**



En 2001 se instalaron 328 comités municipales contra las adicciones que sumados a los 518 ya existentes alcanzan una cobertura de 34.6% del total de los municipios del país.

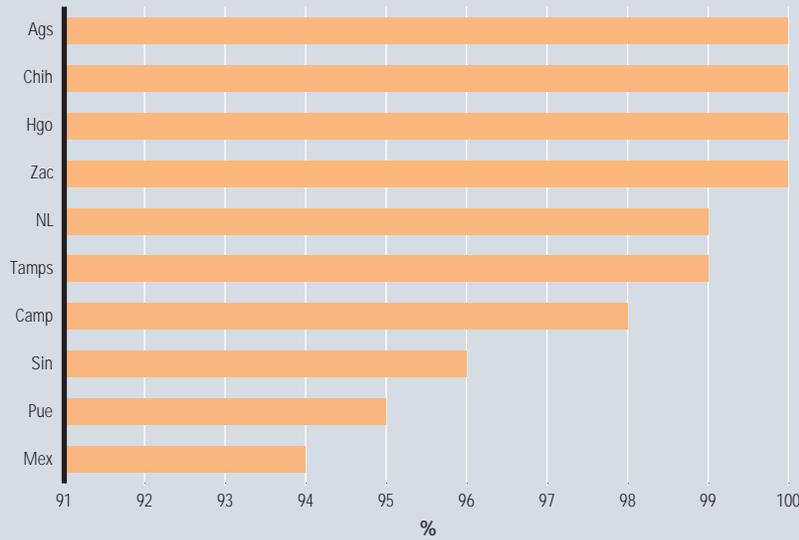
Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos

La **población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos** se define como la proporción de habitantes del país que recibe agua desinfectada con cloro a través de sistema formal de abastecimiento.

La desinfección del agua destinada al uso y consumo humanos inactiva o destruye la mayor parte de los agentes patógenos que se pueden transmitir por esa vía. Por la importancia que tiene este procedimiento para asegurar la calidad higiénica de los sistemas de abastecimiento de agua potable, es esencial medir con frecuencia la concentración de desinfectantes. Por este motivo, la Secretaría de Salud estableció en 1991 el Programa de Monitoreo de Cloro Residual en todas las entidades federativas.

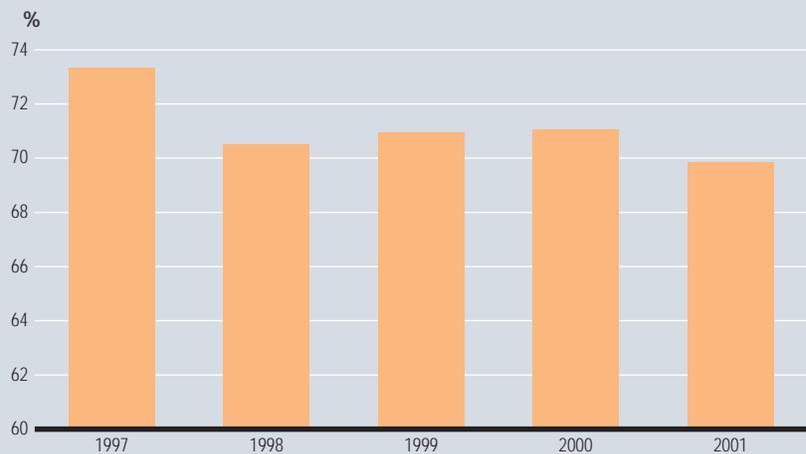
Es importante tener presente que los agentes desinfectantes deben mantener su capacidad de desinfección y eficiencia durante el almacenamiento y la distribución del agua potable. En este sentido, el mantenimiento y la vigilancia del cloro residual tiene dos beneficios: suprimir el crecimiento de organismos dentro del sistema y proteger contra la contaminación que puede producirse a través de conexiones cruzadas o fugas.

Entidades con los mejores desempeños en muestras de agua con cloro residual libre de acuerdo con la norma. México 2001



En 2001 Aguascalientes, Chihuahua, Hidalgo y Zacatecas presentaron cifras de cloro residual libre dentro o por encima de la norma en todas sus determinaciones.

Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humanos. México 1997-2001



Alrededor del 30% de la población del país sigue sin contar con agua de calidad bacteriológica.

Yodación de sal para consumo humano

El desempeño del Programa Nacional de Vigilancia de la Sal se define como la relación entre las muestras de sal obtenidas para su análisis y el número total de muestras comprometidas por los estados. Se obtiene de dividir el número de muestras analizadas entre el número de muestras programadas o comprometidas.

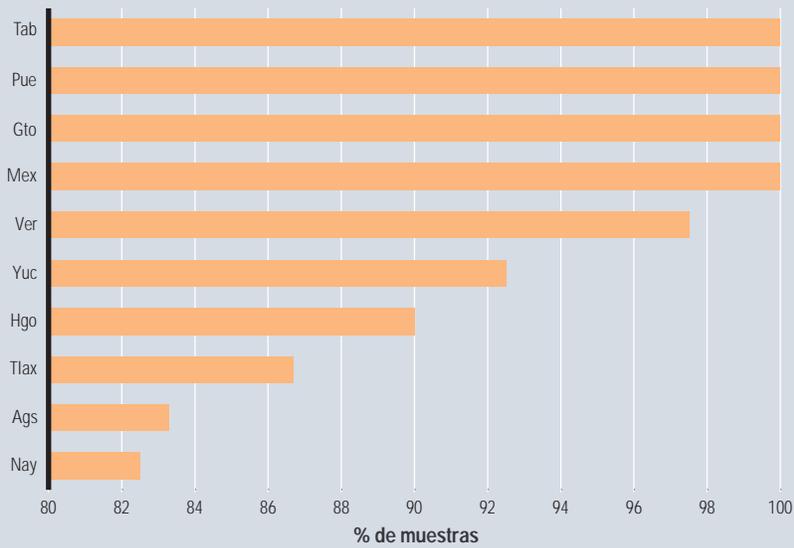
El yodo es un micronutriente esencial para la vida. Su carencia en el organismo propicia inmadurez del cerebro en los niños, que se asocia con retraso mental, sordera y falta de desarrollo. Debido al agotamiento de este elemento en la superficie del planeta, los gobiernos se han visto en la necesidad de asegurar su consumo en la dieta diaria de las personas. El vehículo más adecuado para dotar de yodo a la población es la sal.

En México se estima que el consumo diario promedio de sal es de 13 gramos por habitante. Para alcanzar el nivel recomendado de consumo se estima que se requiere adicionar 15 miligramos de yodo por kilo en la sal de los puntos de venta. Gracias a estas acciones México ha podido alcanzar la meta de proporcionar a 90% de los hogares las con-

centraciones de yodo en sal necesarias para evitar problemas carenciales. Esto ha sido reconocido en el documento *Progreso hacia la eliminación de los trastornos por carencia de yodo* de la Organización Mundial de la Salud.

Una de las manifestaciones de la carencia de yodo es el crecimiento de la glándula tiroidea, que se conoce como bocio. Este signo es un indicador utilizado en salud pública para vigilar la carencia de este micronutriente, especialmente en la población infantil. La prevalencia encontrada en 2001, tanto a nivel nacional y estatal, muestran que la deficiencia de yodo en México ya no representa un problema de salud pública. Sin embargo, el reto consiste en dar continuidad a los logros alcanzados y mantener la vigilancia epidemiológica en las zonas de mayor riesgo.

Entidades con los mejores porcentajes en la vigilancia de sal para consumo humano con concentraciones adecuadas de yodo. México 2001



Tabasco, Puebla, Guanajuato y el Estado de México fueron las entidades federativas en donde el desempeño para la vigilancia sanitaria del nivel de yodo en la sal para consumo humano alcanzó el 100%.

Los casos nuevos detectados de bocio en la población menor de 15 años se han reducido significativamente desde 1998.

Tasa de incidencia de bocio. México 1994 - 2001

Tasa x 100 000 menores de 15 años



Porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores

El porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores se define como el número de investigadores pertenecientes al SNI por cada 100 investigadores de una determinada institución en un año específico.

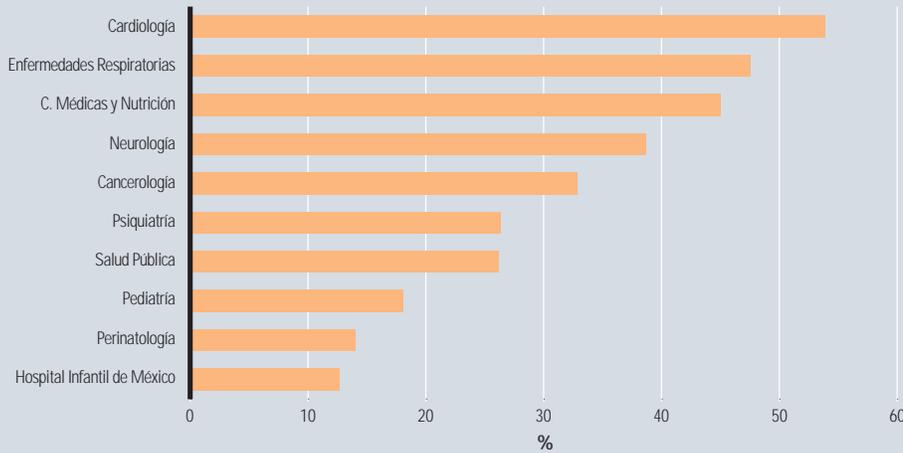
Una de las funciones esenciales de los sistemas de salud es la generación de recursos. Dentro de este rubro se cuentan no sólo los recursos financieros, la infraestructura física, el equipo y los medicamentos; también se incluye la información y el conocimiento.

Para poder producir el conocimiento y la tecnología que requiere el sistema de salud es necesario contar con una masa sólida de investigadores de excelencia. Con el propósito de fortalecer y estimular la eficiencia y la calidad de la investigación en nuestro país, el gobierno mexicano creó en 1984 el Sistema Nacional de Investigadores (SNI). A través sobre todo de estímulos económicos, el SNI ha buscado apoyar a los investigadores de las

instituciones de educación superior y de los centros de investigación que se han destacado en tareas de generación de conocimiento, educativas y de formación de profesores e investigadores. Los investigadores de las instituciones públicas de salud constituyen una parte muy importante de este sistema dentro del área de medicina y ciencias de la salud.

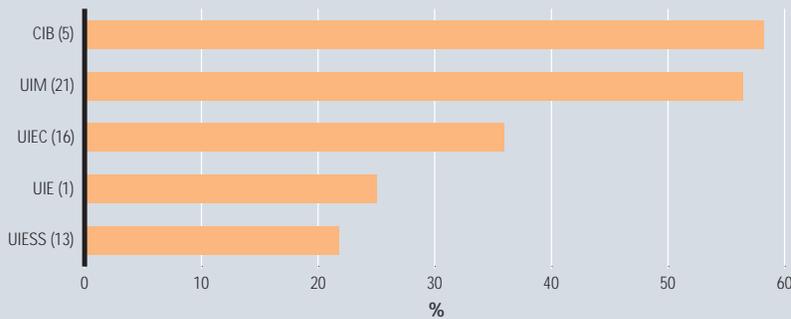
Sin embargo, para atender de mejor manera las necesidades de salud de nuestra población y contribuir a generar ventajas comparativas basadas en el conocimiento en el mundo del siglo XXI, es necesario incrementar la inversión en investigación en salud en México y ampliar no sólo el número sino también la calidad de nuestros investigadores.

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. Institutos Nacionales de Salud. México 2001



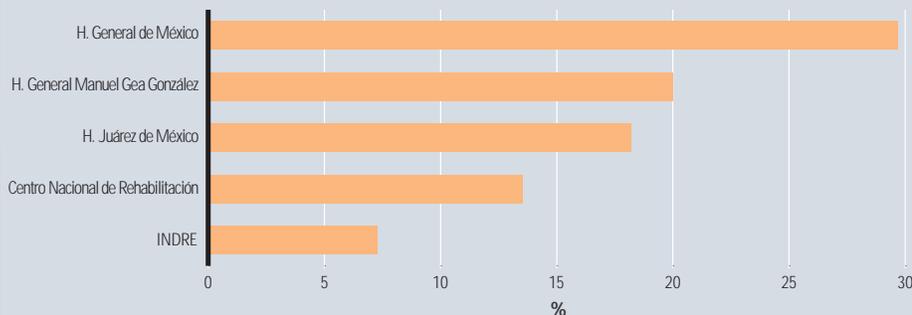
El SNI reporta 826 miembros en el área de medicina y ciencias de la salud; casi dos terceras partes se concentran en los institutos nacionales de salud, el IMSS y los hospitales desconcentrados de la SSA.

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. IMSS. México 2001



CIB: Centros de Investigación Básica
 UIM: Unidades de Investigación Médica
 UIEC: Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica
 UIESS: Unidades de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud
 UIE: Unidades de Investigación en Educación

Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores. Hospitales desconcentrados de la SSA. México 2001



Productividad de la investigación en salud

La **productividad en la investigación** se define como el número promedio de artículos publicados por investigador en revistas indizadas en un año.

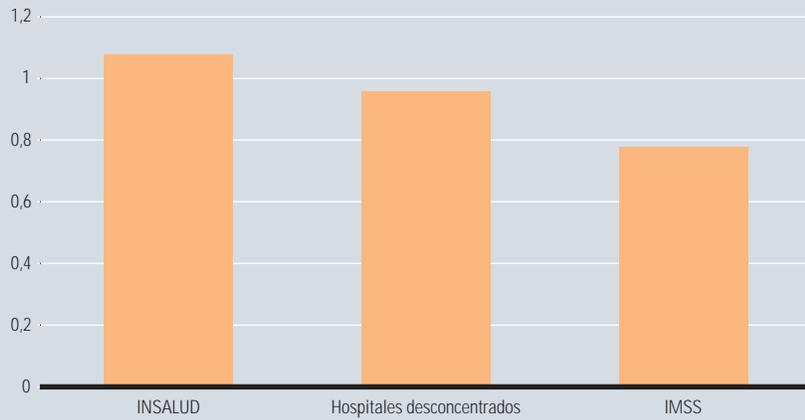
La medición de la productividad en cualquier campo de la investigación constituye una tarea delicada ya que es muy difícil reducir la complejidad de la investigación científica a un indicador numérico. Dos de los indicadores que se han utilizado con este fin son el número de protocolos registrados y el número de publicaciones científicas generadas.

A nivel nacional, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología reporta un total de 24 188 proyectos de investigación registrados. Alrededor de 10% de estos proyectos fueron generados por investigadores de los institutos nacionales de salud, el IMSS y los hospitales desconcentrados de la SSA. La productividad medida a través de este indicador es más alta

en el grupo de investigadores de esta institución que la reportada como promedio por el CONACYT a nivel nacional.

También es digno de resaltarse el hecho de que el campo de la salud genera más del 50% de la producción científica nacional y que la medicina clínica es la segunda disciplina más productiva del país, a juzgar por el número de publicaciones científicas con las que contribuye al total nacional. La productividad promedio de la investigación en salud a nivel nacional (un artículo por investigador por año), sin embargo, está muy por debajo de la productividad de los países desarrollados. Además existen diferencias muy importantes entre instituciones.

Artículos publicados por investigador.
México 2001



Los institutos nacionales de salud presentan la mayor productividad científica en el campo de la salud con poco más de un artículo por investigador por año.

Artículos publicados en revistas indizadas de los
Institutos Nacionales de Salud y el IMSS. México 1994-2001



El número de artículos publicados por investigadores de los institutos nacionales de salud y del IMSS se ha incrementado de manera consistente en los últimos años.