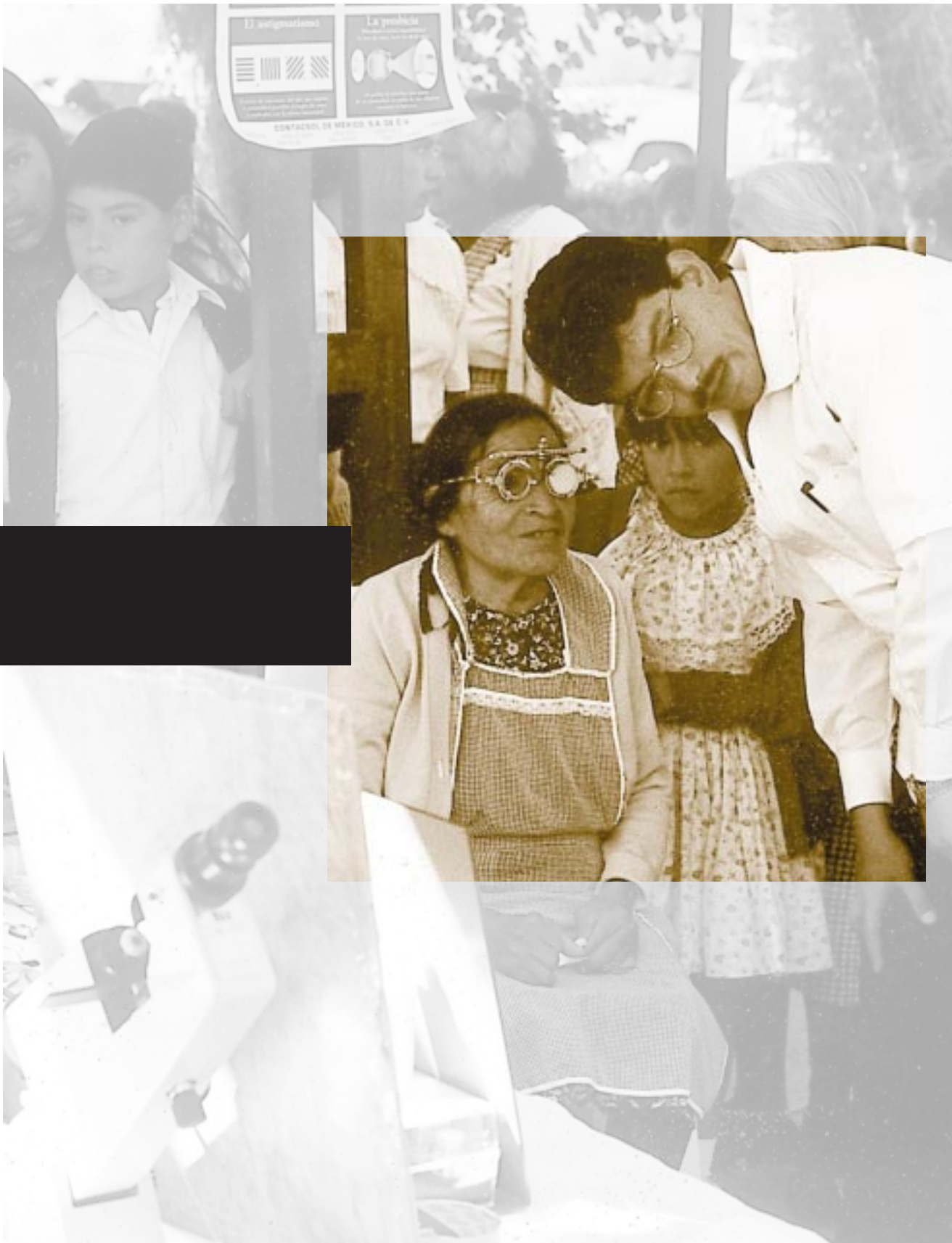


# Los Mejores Desempeños

- Atención médica
  - Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
  - 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

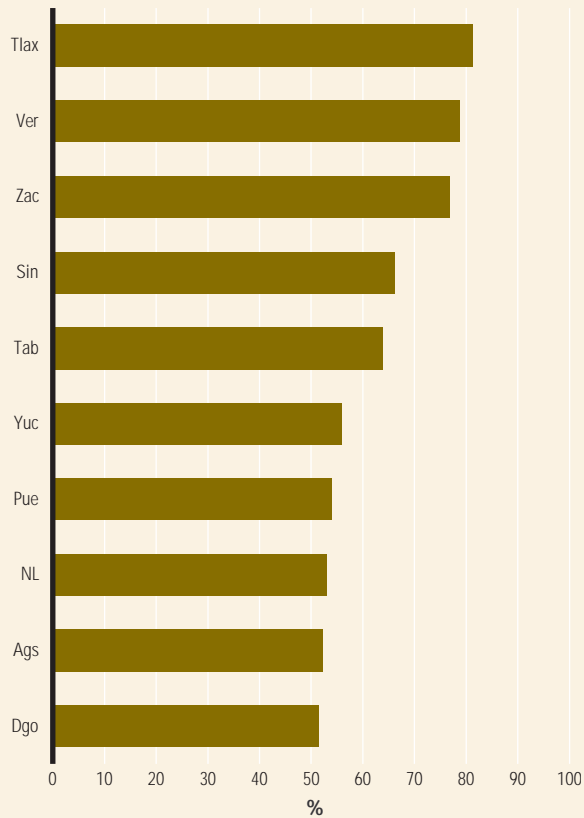
**E**l compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se evalúa a través de un índice que mide el desempeño de cada uno de los Comités Estatales de Calidad en los siguientes rubros: I) número de instituciones participantes en el Comité; II) participación de los principales 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; V) valores de los indicadores; VI) cobertura de unidades médicas participantes, y VII) integración del Aval Ciudadano.

Impulsar una cultura de la calidad en los servicios de salud ha sido el compromiso de los Comités Estatales de Calidad establecidos en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. En 2002 se pudieron crear Comités Estatales en las 32 entidades federativas con la participación de las principales instituciones de salud. Las acciones sectoriales desplegadas por estos comités están dirigidas a mejorar la calidad de la atención, con énfasis en el trato digno a los pacientes y sus acompañantes, la reducción de los tiempos de espera en con-

sulta externa y urgencias, la disponibilidad y entrega de medicamentos, y la utilización de la información del monitoreo de calidad para instrumentar proyectos de mejora continua en los diferentes niveles organizacionales.

En 2002 seis Comités Estatales se mantuvieron entre los 10 con mejores desempeños en su compromiso con la Cruzada por la Calidad respecto de 2001. Destacan dentro de ellos los comités de Tlaxcala, Veracruz, Zacatecas, Sinaloa y Tabasco.

Entidades con los mejores desempeños en el Compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad, México 2002



Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas repiten de nuevo como las entidades que mayor compromiso mostraron con la Cruzada por la Calidad en 2002.

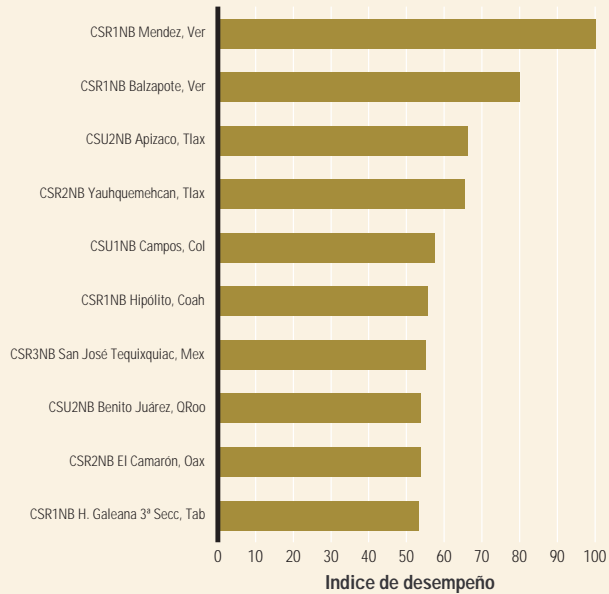
## Trato de calidad en unidades de primer nivel

El desempeño en **trato de calidad en unidades de primer nivel** se evalúa a través de un índice que mide: 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 respectiva satisfacción del usuario con este elemento.

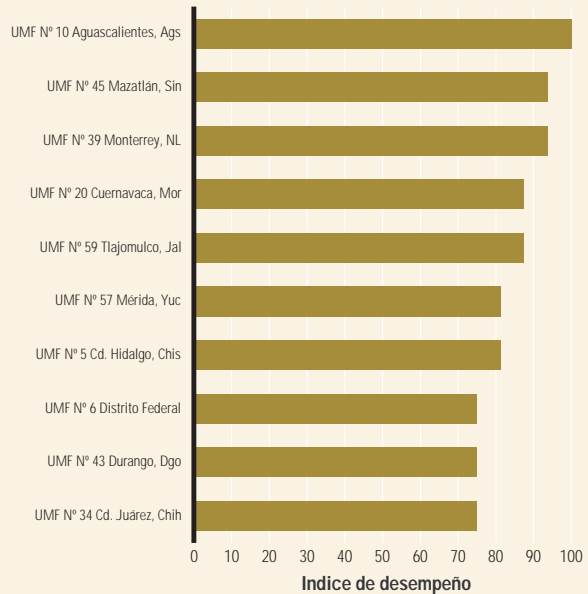
En 2001 y 2002 el énfasis de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se orientó a mejorar los aspectos interpersonales de la relación entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Los indicadores utilizados para evaluar este aspecto fueron el nivel de satisfacción de los usuarios con el tiempo de espera, la información al paciente y el surtimiento de medicamentos.

En la Secretaría de Salud los estados de Tlaxcala y Veracruz mantuvieron los buenos desempeños obtenidos el año previo. Se agregan a esta lista unidades de Colima, Coahuila, México, Oaxaca, Quintana Roo y Tabasco. En el caso del IMSS y del ISSSTE, los mejores desempeños los mostraron unidades de atención de entidades distintas a las reportadas el año anterior.

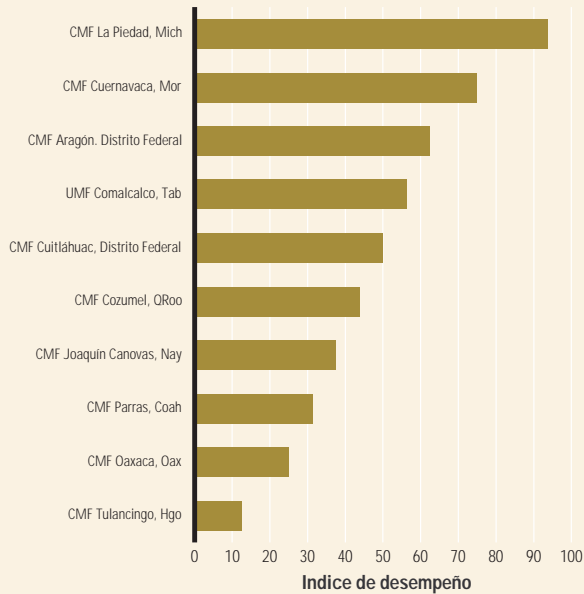
**Unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



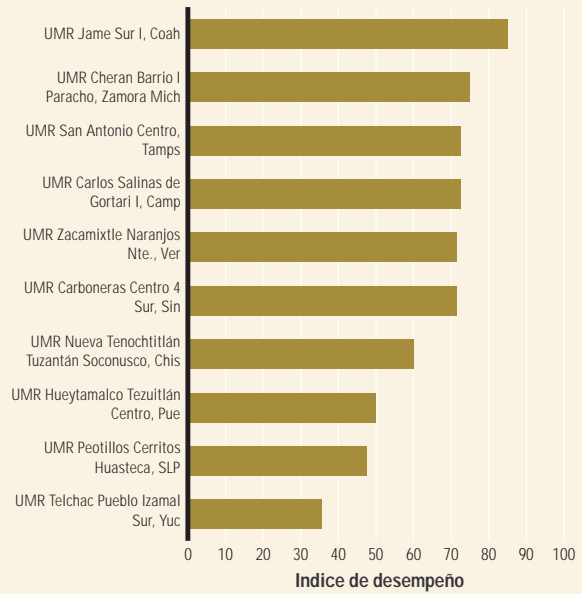
**Unidades de primer nivel del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Unidades de primer nivel del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Unidades de primer nivel del Programa IMSS-Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



## Trato de calidad en servicios de urgencias en hospitales de segundo nivel

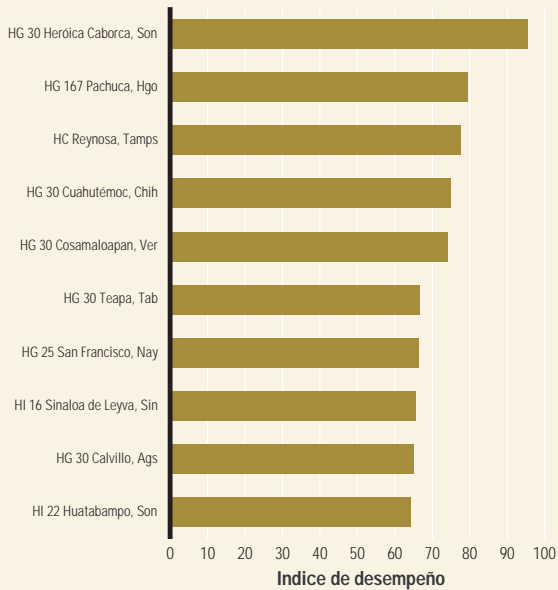
El desempeño en **trato de calidad en servicios de urgencias** se evalúa a través de un índice que mide: I) el tiempo efectivo de espera y la satisfacción del usuario con el tiempo de espera; II) la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento, y III) el surtimiento de medicamentos y la respectiva satisfacción del usuario con este elemento.

La calidad de la atención en los servicios de urgencias de unidades de segundo nivel se valoró analizando los siguientes aspectos: tiempo de espera en el servicio de urgencias, información proporcionada al paciente, surtimiento de medicamentos y satisfacción de los usuarios.

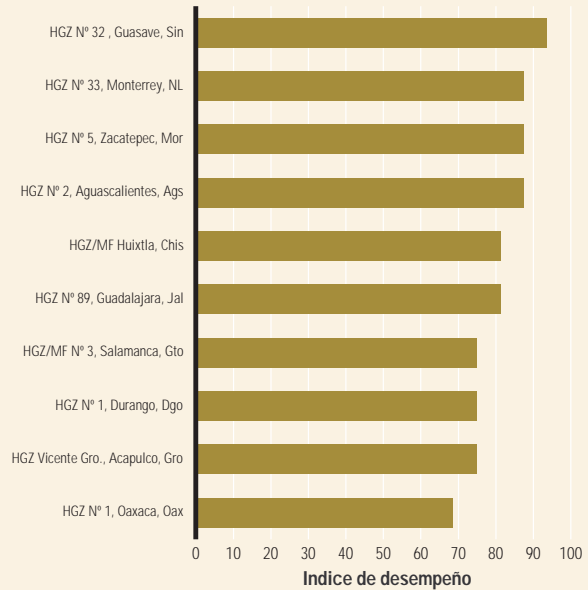
En este rubro, las unidades de la Secretaría de Salud con mejores desempeños se localizaron en Sonora, Hidalgo y Tamaulipas. Cabe destacar que con rela-

ción a 2001, nuevamente unidades de Sonora, Aguascalientes, Nayarit y Sinaloa se ubicaron entre las diez mejores. En el IMSS, los hospitales que presentaron los mejores servicios de urgencias se localizaron en Sinaloa, Aguascalientes, Morelos y Nuevo León. El único hospital que mantuvo el buen desempeño alcanzado en 2001 fue el hospital de Salamanca en Guanajuato. En el ISSSTE se destacaron los servicios de urgencia de los hospitales de Michoacán, Quintana Roo y Nayarit.

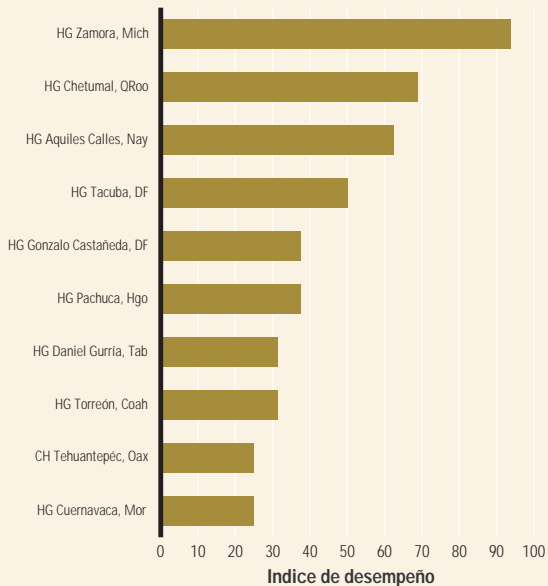
**Servicios de urgencias de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



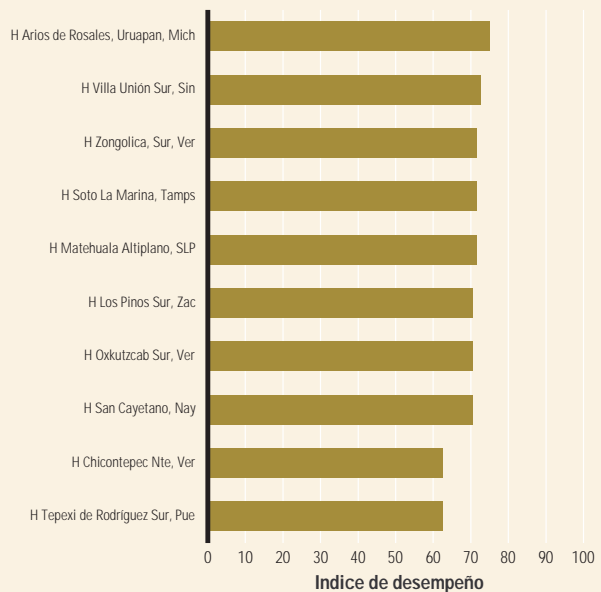
**Servicios de urgencias del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Servicios de urgencias del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**



**Servicios de urgencias del Programa IMSS-Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad, México 2002**





# Arbitraje médico

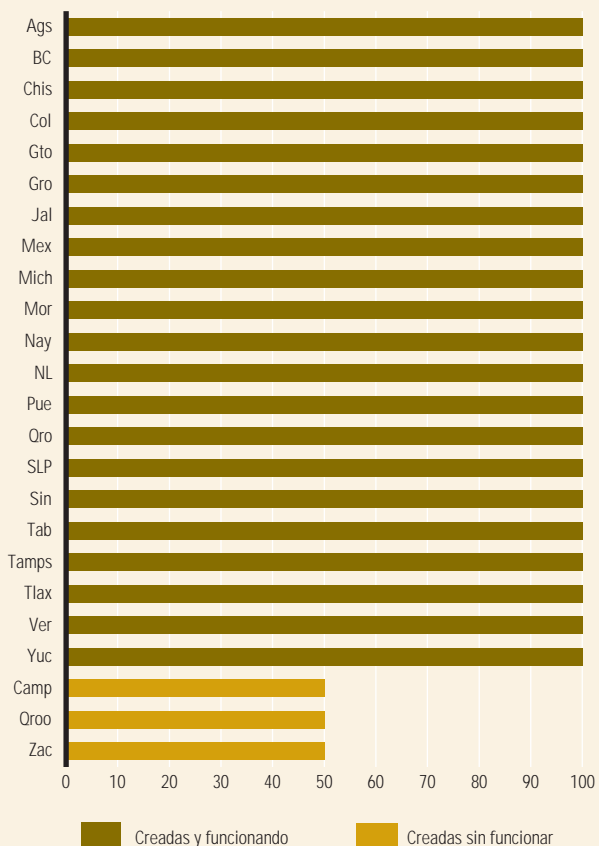
El indicador de número de **entidades federativas con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico** creadas y en operación incorpora dos variables: la existencia de una ley o decreto de creación y la entrada en funcionamiento de dichas comisiones.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) desde su creación orientó sus actividades hacia dos objetivos fundamentales: resolver los conflictos suscitados entre médicos y pacientes, y coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica. Para lograrlo, ha trabajado en la consolidación de un modelo de arbitraje médico estandarizado e integral, así como en la emisión de recomendaciones para mejorar la calidad de la práctica de los profesionales de la salud.

En la consolidación del arbitraje médico destacan dos estrategias: promover la creación de comisiones estatales de arbitraje médico en las entidades federativas, y homologar el modelo CONAMED en todo el país. Con base en la promo-

ción y asesoría de la CONAMED, el número de entidades federativas que cuentan con comisiones estatales de arbitraje formalmente constituidas y funcionando pasó de 16 en el 2001 a 21 en el 2002, con la incorporación de Baja California, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Tlaxcala. Con la aplicación de este modelo se incrementó el potencial institucional para resolver las quejas en menos de 48 horas a través de la asesoría especializada y la gestión inmediata, además de mejorar la eficacia del proceso arbitral (resolución de asuntos por convenio de conciliación, pronunciamiento de la Comisión en amigable composición o laudo arbitral).

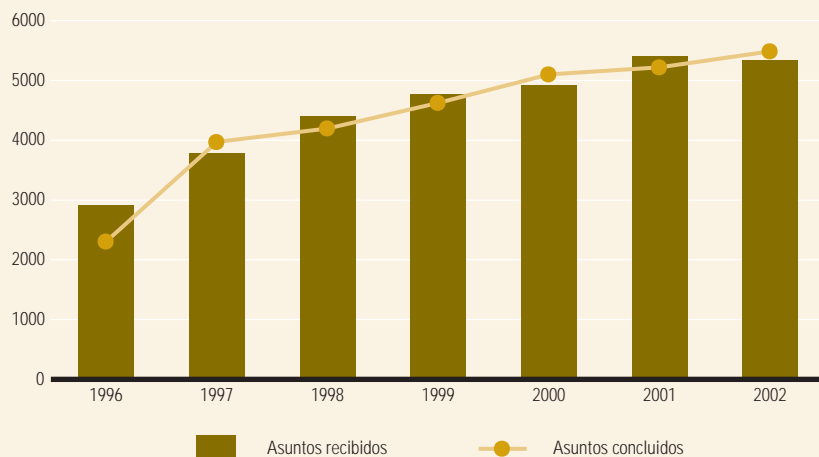
Entidades con Comisiones Estatales de Arbitraje Médico creadas y en funcionamiento, México 2002



El país cuenta con 21 comisiones estatales de arbitraje médico funcionado y tres más con instrumento jurídico de creación.

El número de inconformidades recibidas y concluidas por la CONAMED se ha incrementado consistentemente desde su creación.

Inconformidades recibidas y concluidas por la CONAMED, México 1996-2002\*



\* En algunos años las inconformidades concluidas superan a las recibidas porque incluyen procesos del año anterior. No incluye dictámenes médico-periciales

# Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

**E**l índice de desempeño del SINAVE se construye utilizando 25 indicadores que califican el desempeño de los sistemas de vigilancia epidemiológica en los siguientes rubros: Notificación Semanal de Casos Nuevos a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Red de Hospitales para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), enfermedades transmisibles y no transmisibles, en cada una de las entidades federativas.

**E**l Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) comprende tres sistemas informáticos de registro de datos relacionados con la vigilancia epidemiológica: Notificación Semanal de Casos Nuevos a través del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Red de Hospitales para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), y registros de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles.

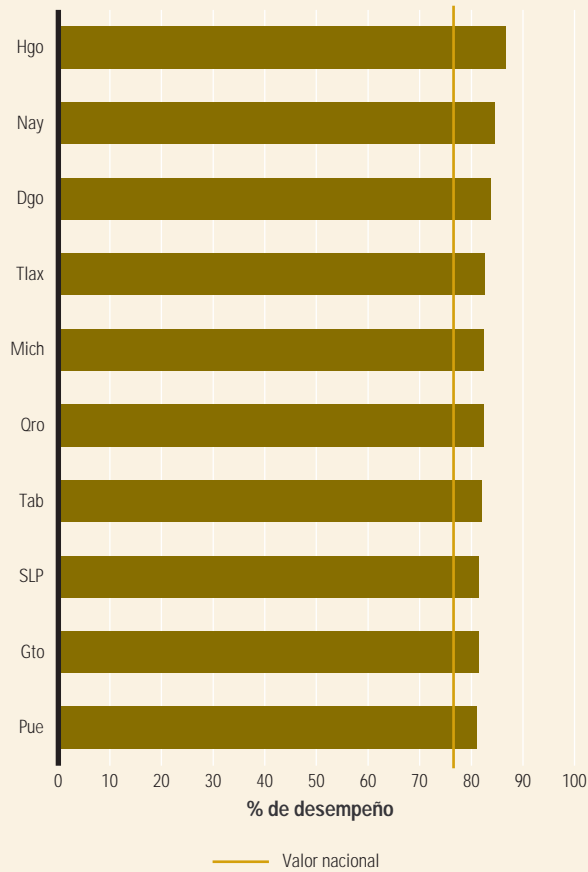
Las acciones del SINAVE han contribuido a sistematizar y consolidar los registros de casos relacionados con los problemas de salud sujetos de una vigilancia prioritaria. Sin este sistema sería impensable la toma de decisiones oportunas para reducir los riesgos a la salud de la población. Por otra parte, el SINAVE es un instrumento necesario para el seguimiento, verificación y evaluación de las condiciones de salud a las cuales está dirigido.

En 2002 más de 17 mil unidades tenían establecido el SINAVE y el número de unidades adherentes al

Sistema Semanal de Notificación de Casos creció 1% en el período. Asimismo, en el último año se incorporaron al SINAVE la vigilancia del bioterrorismo, las adicciones, la vigilancia del virus del Oeste del Nilo y el Síndrome Agudo Respiratorio Severo.

La cobertura y oportunidad de la información generada por el SINAVE ha mejorado considerablemente en el último año. En cuanto a la vigilancia de la mortalidad, la notificación se realiza una semana después de ocurrida la muerte. Por otra parte, se ha innovado en la generación automática de canales endémicos e indicadores de evaluación de operación institucional. Además se desarrollaron sistemas informáticos en unidades hospitalarias para la vigilancia epidemiológica de cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2 e intervenciones coronarias percutáneas. Asimismo, en el último año se fortaleció la vigilancia epidemiológica de los daños a la salud por exposición a temperaturas extremas y por exposición a contaminantes derivados de incendios forestales y quema de pastizales.

Entidades con los mejores desempeños en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México 2002



Las entidades federativas con mejores desempeños en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica obtuvieron calificaciones superiores a 80% en el indicador compuesto utilizado.

# Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública

**E**l índice de desempeño de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública se construye tomando en consideración cinco indicadores ponderados del programa: i) calidad analítica (40%); ii) muestras enviadas P/C.C. (15%); iii) muestras rechazadas (15%); iv) concordancia (15%), y v) dependencia diagnóstica (15%).

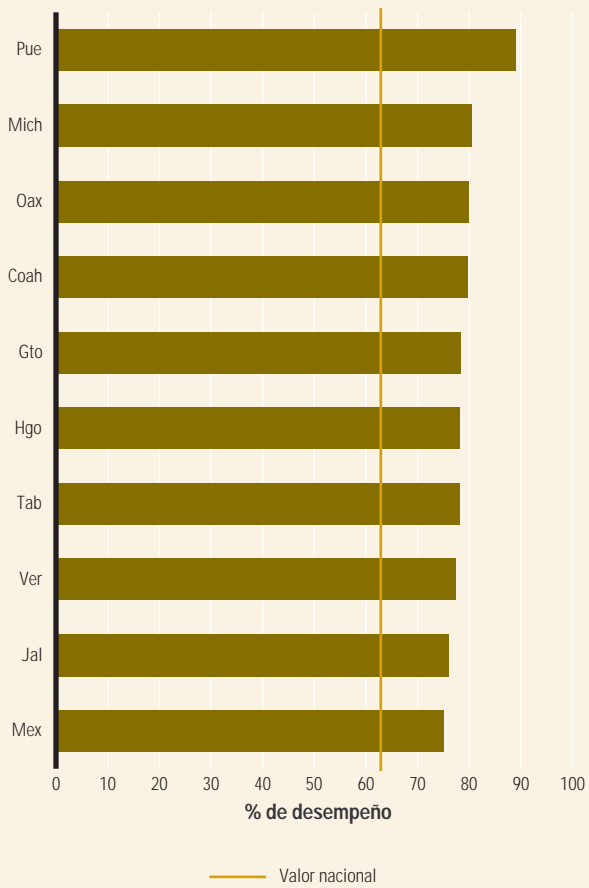
**L**a Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLS) fue creada con la finalidad de brindar servicios de diagnóstico de laboratorio en el ámbito estatal en apoyo a los programas nacionales de vigilancia epidemiológica. La Red está integrada por 32 laboratorios estatales.

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) es el responsable en el ámbito nacional de normalizar los procesos relacionados con el diagnóstico epidemiológico. Por otra parte, existe un programa de control de calidad externo de la RNLS que permite hacer el seguimiento de la capacidad analítica de los integrantes de la Red y asegurar la veracidad de los resultados obtenidos. Además facilita la detección de áreas de oportunidad para la regionalización de los servicios y se encarga de la capacitación del personal operativo.

En el último año se han establecido algunas innovaciones que han mejorado la eficiencia y el impacto de la Red. Des-

tacan dentro de éstas la reducción de la dependencia comercial de los insumos (reactivos y biológicos), muchos de los cuales se producen en el InDRE y se distribuyen en toda la Red. Asimismo se han establecido arreglos institucionales que permiten liberar los resultados de los estudios de manera oportuna y confiable. En materia de desarrollo institucional se creó el Comité Nacional de Laboratorios de Salud Pública, se establecieron relaciones con los mejores laboratorios del mundo para integrar la red de laboratorios de alta bioseguridad y se implementó el Sistema Automatizado Único de Información de Laboratorios. Finalmente, en el rubro de desarrollo técnico de la Red se incorporaron procedimientos diagnósticos para enfermedades emergentes como ántrax, encefalitis por infección del virus del Oeste del Nilo (VON), viruela y síndrome agudo respiratorio severo (SARS).

Entidades con los mejores desempeños en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, México 2002



Las entidades con mejores desempeños en la Red de Laboratorios de Salud Pública obtuvieron calificaciones superiores a 70% en el indicador compuesto utilizado.

# Programa de Vacunación

**E**l índice de desempeño del Programa de Vacunación se construye tomando en consideración tres indicadores ponderados del programa: i) cobertura (40%); ii) calidad de la atención (30%) y iii) promoción de la salud (30%).

**E**l desempeño de los sistemas estatales de salud en el rubro de vacunación se mide a través de la cobertura de inmunizaciones en niños menores de un año de edad. El componente más importante en el esquema básico de vacunación de estos niños es la cobertura alcanzada con el biológico triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis). En el caso del sarampión es importante alcanzar y mantener una cobertura de 95% para mantener a la población blanco protegida contra los brotes de sarampión que se producen en algunas regiones del continente y contra los movimientos migratorios que podrían propiciar la reintroducción de esta enfermedad en nuestro país.

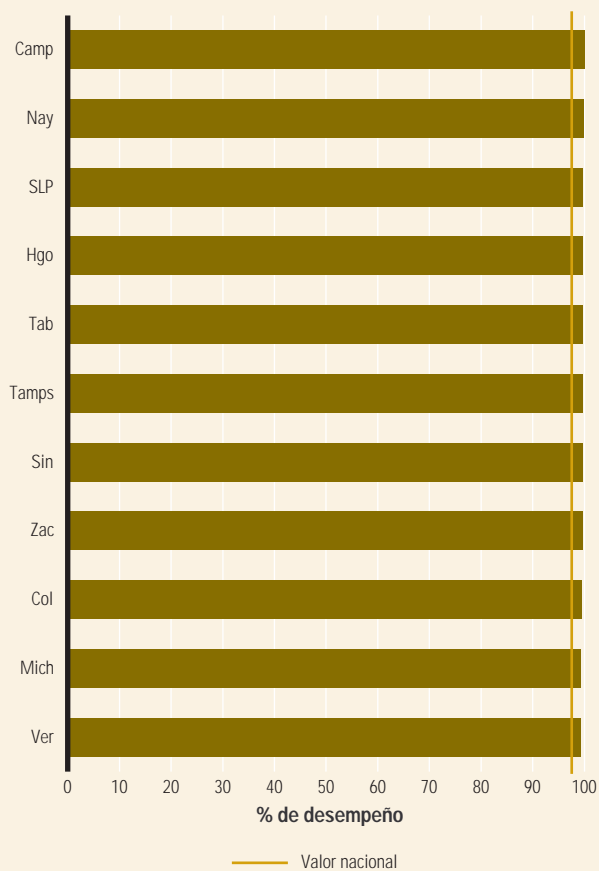
A partir de 2000 la cobertura nacional con triple viral se ha mantenido por arriba de 95%. Sin embargo, no todas las entidades federativas han alcanzado esta

cifra considerada como estándar. En 2002 seis estados presentaron coberturas inferiores a las esperadas.

Al considerar todos los biológicos del esquema básico de vacunación en menores de un año de edad se puede afirmar que la cobertura alcanzada se encuentra en niveles satisfactorios (94.3%). Esta cifra es superior a la establecida como estándar (90%).

Los avances obtenidos con el Programa se reflejan en los descensos en la morbilidad y mortalidad por padecimientos prevenibles por vacunación. La poliomielitis está erradicada desde 1991 y desde 1992 no se han presentado casos de difteria ni se ha comprobado su circulación. Está en curso además la eliminación del sarampión y se ha logrado una disminución importante del tétanos neonatal y de la tuberculosis meníngea.

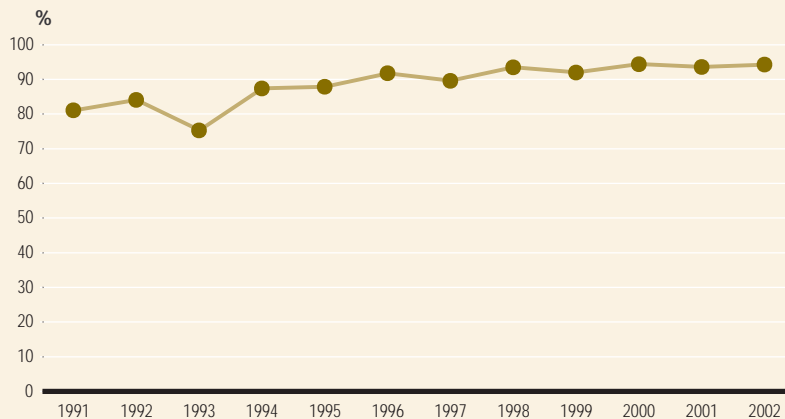
**Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Vacunación, México 2002**



Nueve entidades federativas mantuvieron el alto desempeño alcanzado en el año previo en el rubro de vacunación.

La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año de edad alcanzó 94%. Esta cifra es mayor al nivel de protección recomendado.

**Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad, México 1991-2002**





# Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

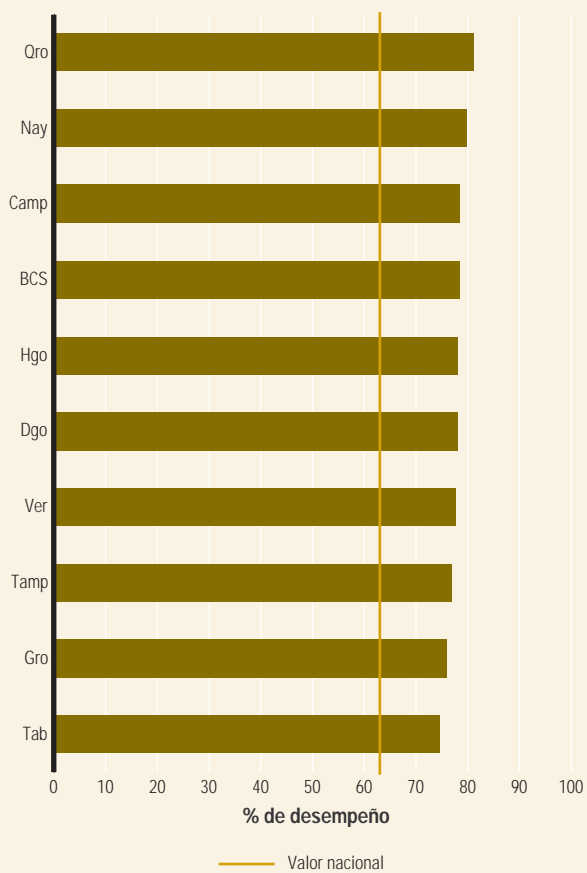
**E**l índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Tuberculosis se construye tomando en consideración cinco indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (20%); ii) diagnóstico oportuno (15%); iii) curación (30%); iv) seguimiento adecuado (25%), y v) productividad de laboratorio (10%).

**E**n México la tuberculosis es un problema de alta prioridad. El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis busca reducir el riesgo de enfermar y morir por esta causa mediante la implantación de diversas actividades desplegadas en nueve componentes: tres sustantivos, dirigidos a la atención del individuo, y seis estratégicos, orientados a los servicios y al personal de salud. Entre las actividades más importantes de este programa destacan la detección oportuna de los casos y el tratamiento estrictamente supervisado. Con ellas se garantiza la curación de los enfermos y se rompe la cadena de transmisión de la enfermedad.

En 2002 el Programa alcanzó una cobertura de 86% en el nivel nacional.

Destacaron en este rubro las acciones siguientes: a) un poco más de 98% de los casos diagnosticados recibieron tratamiento y de éstos 95% fueron supervisados; b) se estudió a 95% de los contactos, lo que equivale en promedio a cuatro contactos por cada caso; c) se capacitó a más de 80% de personal de laboratorio (microscopistas) responsables estatales de Programa y líderes clínicos, y d) se inició la estrategia TAES-PLUS con estudio de casi 80% de los casos multifarmacorresistentes. Estos logros han permitido una reducción muy importante de la mortalidad por esta causa, la cual ya no figura entre las 20 principales causas de muerte en el país.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, México 2002



Querétaro, Nayarit y Veracruz mantuvieron el buen desempeño alcanzado el año previo en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.

## Programa de VIH/SIDA e ITS

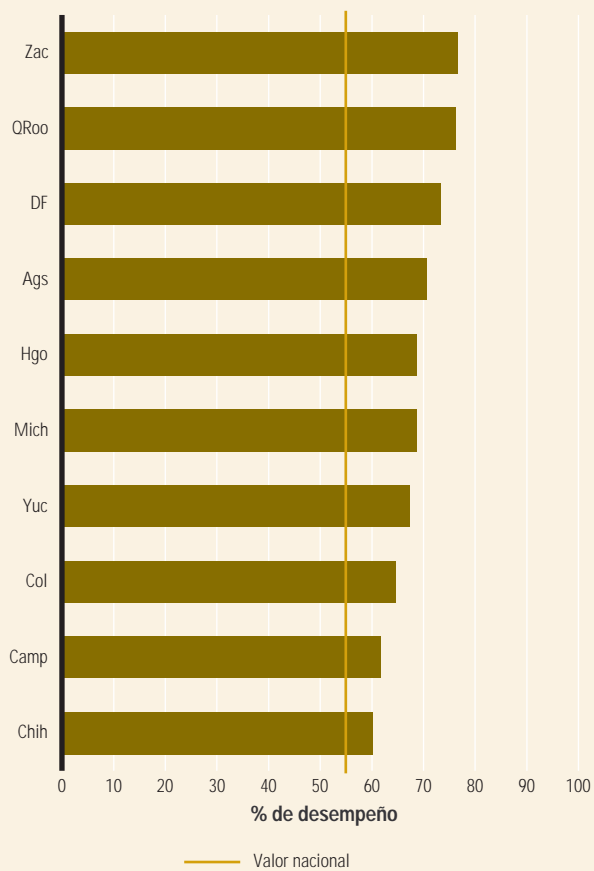
**E**l índice del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA se construye tomando en consideración cuatro indicadores en el ámbito de responsabilidad de la Secretaría de Salud y un indicador que involucra al sector salud: i) porcentaje de usuarios activos de condón (20%); ii) porcentaje de detecciones de sífilis en mujeres embarazadas (20%); iii) gasto en prevención por persona viviendo con VIH (20%); iv) porcentaje de pacientes con SIDA que reciben terapia antirretroviral con presupuesto estatal (20%), y v) porcentaje de casos de SIDA registrados oportunamente (20%).

**E**l Programa de VIH/SIDA e ITS fue el de más bajo desempeño en 2001: el logro en las actividades resumidas en el indicador compuesto fue de sólo 30%. Sin embargo, en 2002 la cifra de este indicador fue de 55%, para una ganancia de 83% respecto al año anterior. Aun cuando las mejoras fueron considerables, el Programa ocupa el penúltimo lugar de desempeño de todos los programas de salud pública sujetos a seguimiento, superando por cinco puntos porcentuales al Programa de Diabetes Mellitus.

Entre las acciones de prevención desplegadas por el Programa en 2002 desta-

can las 400 intervenciones educativas dirigidas a las poblaciones con mayor riesgo en el país, las cuales contaron con un financiamiento de 20 millones de dólares. En materia de tratamiento gratuito con antirretrovirales, se alcanzó una cobertura de 93% de las personas con sida registradas en las instituciones públicas de salud. Asimismo, se incorporaron siete nuevas presentaciones de medicamentos antirretrovirales al Cuadro Básico y al Catálogo de Medicamentos del Sector Salud.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Acción VIH/SIDA e ITS, México 2002



En 2002 las entidades con mejores desempeños en el Programa de VIH/SIDA e ITS alcanzaron logros de 60% o más en el indicador compuesto utilizado.

## Programa de Prevención de la Rabia

**E**l índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Rabia se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: de calidad, sin casos de rabia en humanos y en caninos (15%) y la atención antirrábica de personas agredidas (15%); de cobertura, en Semanas Nacionales de Vacunación Antirrábica (20%); en vigilancia, las muestras estudiadas por laboratorio (20%) y en promoción de la salud con animales eliminados (15%) y con mascotas esterilizadas (15 %).

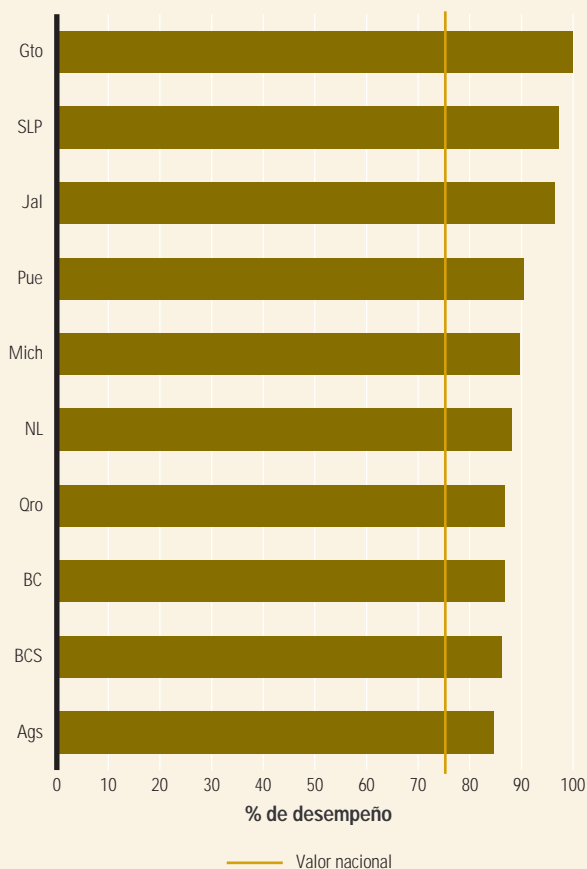
**E**l riesgo de transmisión de la rabia por mordedura de perro al humano se ha logrado controlar. Sin embargo, la transmisión de la enfermedad por murciélagos en áreas agrícolas y ganaderas del país se ha mantenido. Por esta razón, la atención antirrábica oportuna, gratuita y de calidad a toda persona agredida por estos animales representa una actividad principal del Programa.

A partir de 1998 la cifra de casos de rabia en humanos transmitida por perro descendió a menos de 10 y en el año 2002 no se presentó ningún caso. En cam-

bio, en el último año se presentaron dos casos de rabia en humanos transmitida por fauna silvestre, tres menos que en 2001.

El número de personas agredidas por perro disminuyó 10.8% respecto de 2001. Asimismo, aumentó 5% el número de perros vacunados, y las mascotas esterilizadas aumentaron casi 27%. A pesar de estos logros, el desempeño general del Programa disminuyó 6.5% al comparar el promedio del índice compuesto publicado en 2001 con el de 2002 (80.6 contra 75.4%).

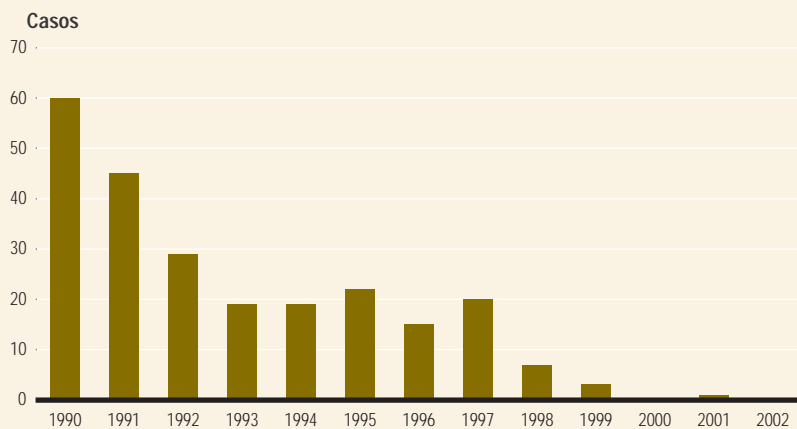
Entidades con los mejores desempeños en el Programa para la Prevención y Control de la Rabia, México 2002



En 2002 Jalisco, Puebla y Aguascalientes se incorporaron a la lista de entidades con mejores desempeños en el Programa de Prevención de la Rabia.

En 2002 no se presentaron casos de rabia humana transmitida por perro en el país.

Casos de rabia en humanos transmitida por perros, México 1990-2002



## Programa de Prevención del Cólera

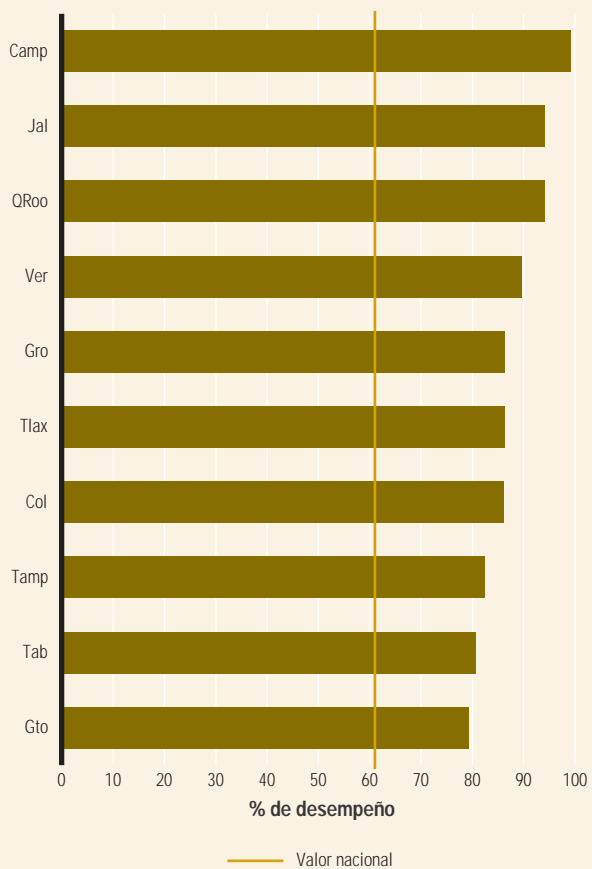
**E**l índice de desempeño del Programa para la Prevención del Cólera se construye tomando en consideración cuatro indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (30%); ii) tratamiento oportuno (40%); iii) cloración del agua (20%), y iv) eficiencia de los laboratorios (10%).

**E**l Programa de Acción para la Prevención del Cólera ha mantenido el control de este padecimiento en los últimos años. En julio de 2001 la Organización Mundial de la Salud declaró a México libre de cólera. El último caso que se presentó en el país fue en octubre de 2001 y desde entonces no se ha presentado ningún otro.

Debido a que existen algunas zonas del país donde la presencia del *Vibrio cholerae* es endémico, es obligatorio man-

tener la vigilancia epidemiológica estrecha en todas las entidades federativas, principalmente en las zonas en las que se identificó la circulación de *Vibrio cholerae* O1 *Inaba* u *Ogawa*. Las acciones actuales se orientan a identificar las áreas sin circulación por periodos de dos años y el criterio es la ausencia de casos de diarrea "sospechosos de cólera". Asimismo, se ha mantenido e intensificado el monitoreo ambiental.

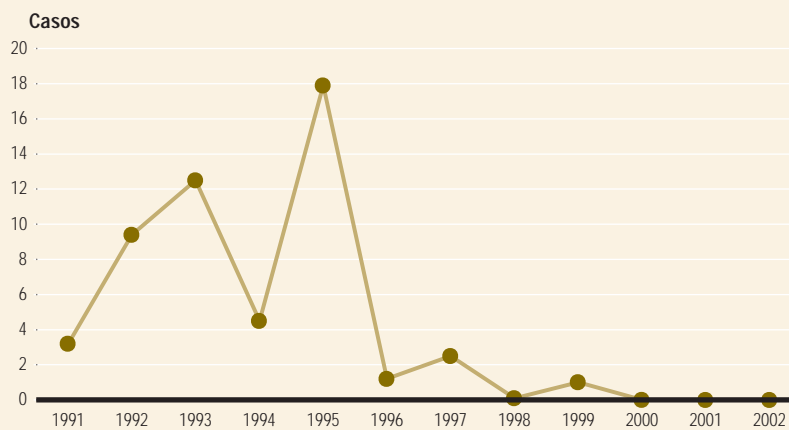
Entidades con los mejores desempeños en el Programa para la Prevención del Cólera, México 2002



A nivel nacional, el desempeño del Programa de Cólera bajó 17% con relación a 2001. Los estados de Campeche, Jalisco y Quintana Roo mejoraron su desempeño respecto del año anterior.

En 2002 no se presentó ningún caso de cólera en el país.

Casos de cólera, México 1991-2002





# Programa de Salud Bucal

**E**l índice de desempeño del Programa de Salud Bucal se construye tomando en consideración tres indicadores ponderados del programa: i) cobertura (40%); ii) calidad de la atención (30%), y iii) promoción de la salud (30%).

**E**n México la prevalencia de caries dental en niños supera cualquier otra condición de salud. De acuerdo con cálculos recientes, seis de cada diez niños padecen caries dental a la edad de seis años. A los 25 años se encuentran afectados por caries dental 13 dientes en promedio y a los 64 años seis dientes presentan caries, 16 se han perdido y uno está obturado. Las enfermedades periodontales también presentan una incidencia y prevalencia altas.

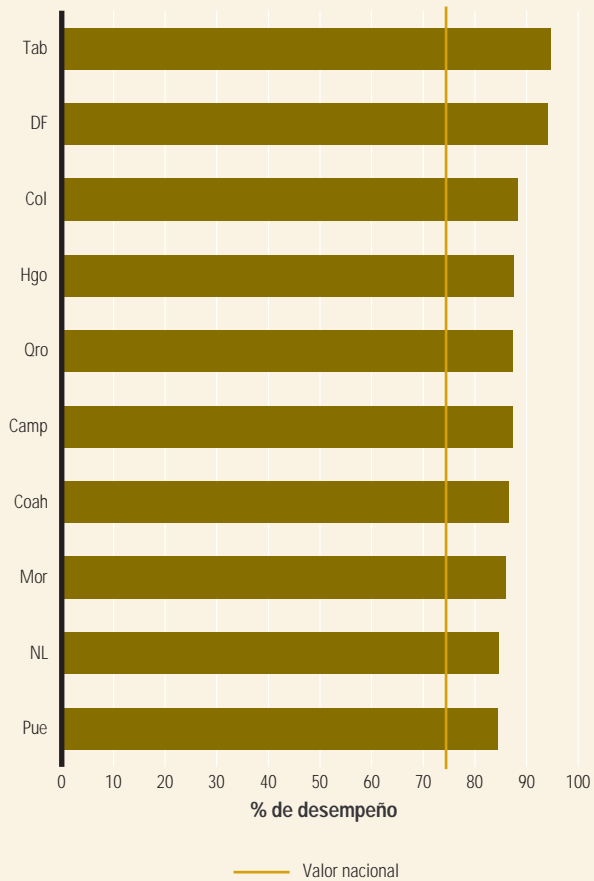
En 2002 las entidades federativas mejoraron en 28.3% su desempeño en este Programa respecto del año previo. Los estados de Campeche, Nuevo León y Puebla se sumaron a las siete entidades que mantuvieron o mejoraron el desempeño alcanzado en 2001.

Los avances y logros del Programa obtenidos en 2002 se ubicaron principalmente en los componentes de cobertura y promoción de la salud bucal. Al respecto, se realizaron más de 12.5 millones de acciones curativo-asistenciales, que representa 10% más de lo

realizado en el año anterior. Las actividades de este componente incluyeron: a) obturaciones; b) terapias pulpares; c) cirugías bucales, y d) extracciones de piezas dentales. En materia de prevención, y en el marco de la salud bucal del preescolar y escolar, se realizaron un poco más de 56 millones de acciones preventivas que incluyeron enjuagues bucales, instrucciones de la técnica de cepillado, acciones de control de placa dentobacteriana e instrucciones en el uso del hilo dental.

Una de las innovaciones importantes en el programa es la utilización de la técnica TRA (tratamiento restaurativo atraumático), que es de bajo costo y de alta efectividad, y no requiere equipo convencional. El uso de esta técnica ampliará la cobertura del Programa en zonas marginadas del país. Otra estrategia adicional del Programa es la incorporación de los adultos mayores, embarazadas y pacientes diabéticos a las acciones de salud bucal durante las Semanas Nacionales de Salud Bucal.

Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal, México 2002



Tabasco y el Distrito Federal mantuvieron los mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal alcanzados en 2001.

# Programa de Salud Reproductiva

**E**l índice de desempeño del Programa de Salud Reproductiva se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: i) eficacia (10%); ii) cobertura (10 %); iii) calidad (25%); iv) oportunidad (25%); v) aceptación en adolescentes (15%), y vi) participación del varón (15%).

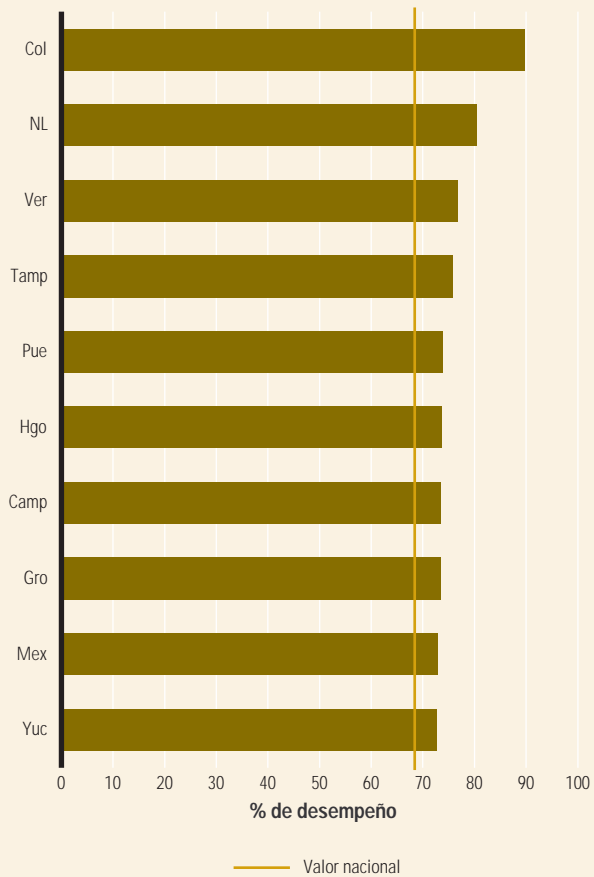
**E**n las últimas tres décadas se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de la población. Esto se ha reflejado en la disminución de los embarazos no planeados y en la reducción de los niveles de mortalidad materna e infantil. El efecto observado ha sido la reducción de la tasa global de fecundidad en casi 35% en el período 1990-2003.

Las acciones desplegadas en 2002 incluyeron la elaboración de la Norma Oficial Mexicana (NOM-035-SSA-2000), para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia, así como los criterios para brindar la atención médica. En el Proyecto de NOM-005-SSA-1993, de los servicios de planificación familiar, se adicionó la

normatividad sobre el condón femenino y los métodos hormonales postcoito o método de emergencia. Asimismo, se diseñó el *tarjetero electrónico de usuarios activos de métodos anticonceptivos*, que es un sistema de registro por computadora de los usuarios activos que demandan el servicio en los centros de salud de la Secretaría de Salud. Finalmente, se difundieron los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

En el último año el desempeño del Programa disminuyó 15.7% en el ámbito nacional: pasó de 81.2 en 2001 a 68.49% en 2002. Nuevo León fue la única entidad que mantuvo en 2002 el buen desempeño alcanzado en el año previo.

Entidades federativas con los mejores desempeños en planificación familiar, México 2002



En 2002 el estado de Colima presentó el mejor desempeño en el Programa de Salud Reproductiva y Nuevo León mantuvo el buen desempeño logrado en 2001.

# Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino

**E**l índice de desempeño del Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico-Uterino se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: i) cobertura global (20%); ii) calidad de la toma (15%); iii) grado de eficiencia (20%), iv) control de calidad (15%), v) oportunidad de diagnóstico (15%) y vi) seguimiento de pacientes (15%).

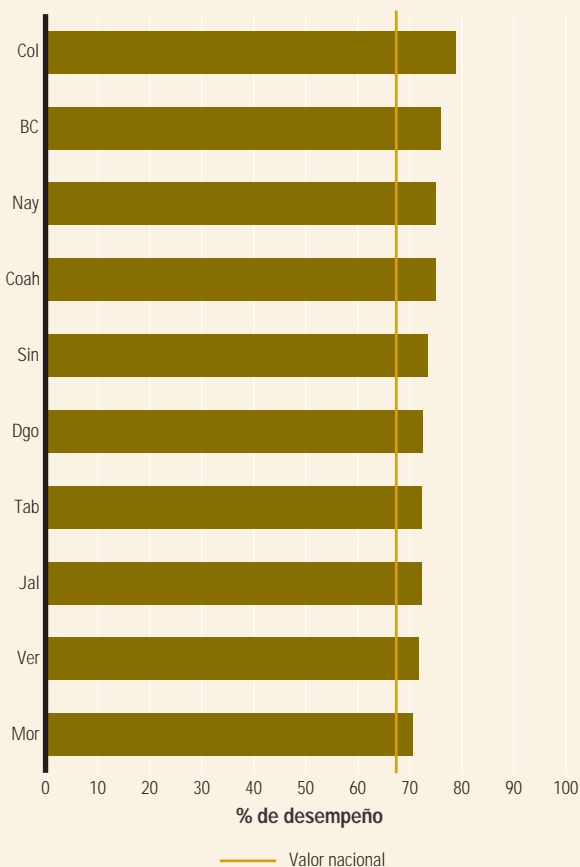
**E**l objetivo de este Programa es disminuir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino a través de acciones coordinadas de las instituciones del sector salud en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control de calidad, supervisión, investigación, evaluación y fortalecimiento de la infraestructura.

Las acciones sectoriales coordinadas por la Secretaría de Salud en materia de cáncer cérvico-uterino han contribuido al descenso de la mortalidad por este cáncer en las mujeres de 25 años y más. En los últimos 12 años la tasa de mortalidad pasó de 25.1 a 18.2 defunciones por 100,000 mujeres, lo cual representa un descenso de 27.5%.

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino incorpo-

rá nuevas acciones. Destacan dentro de éstas: a) la introducción de la vacuna contra los subgrupos XI, XVI y XVIII del virus del papiloma humano (VPH) como estrategia de prevención y control de la enfermedad; b) la incorporación del desarrollo humano en todos los eventos de capacitación del prestador de servicios, haciendo énfasis en su compromiso social y técnico; c) la capacitación de los prestadores de servicios especializados a través de las asociaciones médicas; d) el fortalecimiento de la participación de los prestadores de servicios en eventos académicos nacionales e internacionales, y e) la modernización del sistema de cómputo para la vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino.

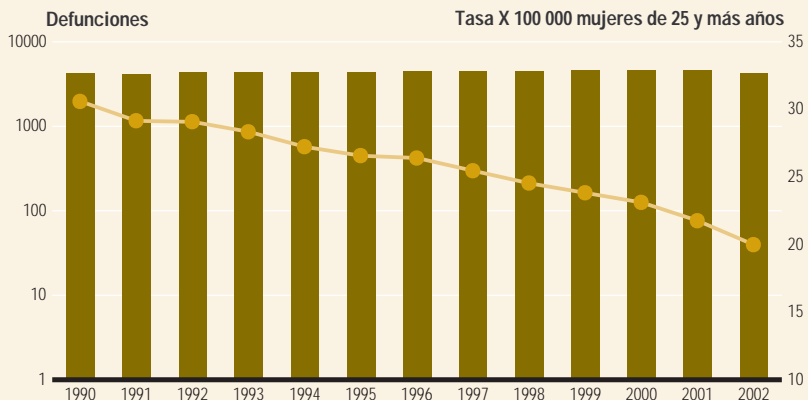
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino, México 2002



Tabasco, Jalisco y Veracruz mantuvieron el buen desempeño alcanzado el año previo en el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino.

Aunque la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha descendido sostenidamente en los últimos años, todavía se mantiene por arriba de muchos países de América.

Mortalidad y número de defunciones por cáncer cérvico-uterino, México 1990-2002



# Programa de Diabetes Mellitus

**E**l índice de desempeño del Programa contra Diabetes se construye tomando en consideración cuatro indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30%); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

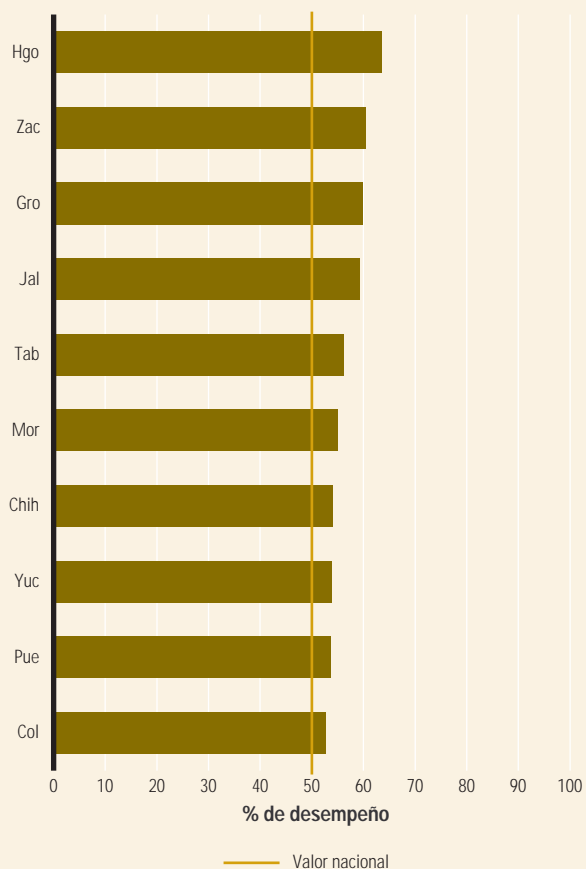
**L**a diabetes mellitus es una prioridad para el sistema de salud por su importante contribución a la carga de morbilidad y mortalidad del país. En cuanto a morbilidad, la diabetes mellitus se ubica como una de las principales causas de discapacidad entre los adultos mayores. Las manifestaciones o complicaciones renales, vasculares y oftalmológicas de la enfermedad representan serios obstáculos para la autonomía y calidad de vida de las personas afectadas, y una carga financiera considerable para los servicios de salud y para las familias de los enfermos. En términos de mortalidad, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en la lista de principales causas de muerte en el país.

En México la prevalencia de diabetes mellitus en la población de 20 a 69 años es de casi 11%, lo que significa la

existencia de alrededor de 5.5 millones de personas con la enfermedad, un tercio de las cuales desconoce padecerla.

Las acciones adicionales desplegadas por el Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en 2002 han incluido: 1) la aplicación clínica de una escala de factores de riesgo que integra diabetes, hipertensión arterial y obesidad, la cual permite un ahorro de 50% en los costos de detección de estas enfermedades; 2) la utilización de un método simplificado de capacitación para personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial con resultados satisfactorios en el control metabólico de los pacientes, y 3) la creación de un sistema interactivo de información denominado Consultorio Virtual ubicado en la página Web.

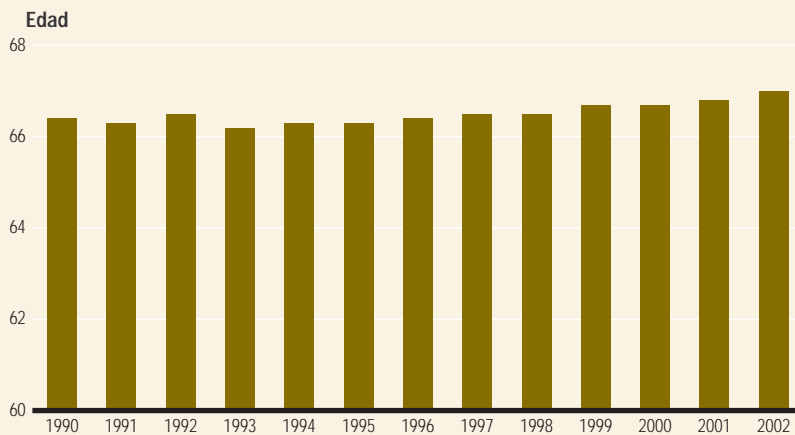
Entidades con los mejores desempeños en el Programa contra la Diabetes Mellitus, México 2002



En 2002 Hidalgo tuvo el mejor desempeño en el Programa de Diabetes Mellitus. Con relación a 2001 subió del séptimo al primer lugar.

En los últimos nueve años la edad promedio de muerte por diabetes mellitus ha aumentado consistentemente.

Edad promedio de muerte asociada a diabetes, México 2002





# Programa de Hipertensión Arterial

**E**l índice de desempeño del Programa de Hipertensión Arterial se construye tomando en consideración cuatro indicadores ponderados del programa: i) cobertura de detección (30%); ii) calidad de la atención (30 %); iii) promoción de la salud (20%), y iv) congruencia de la información (20%).

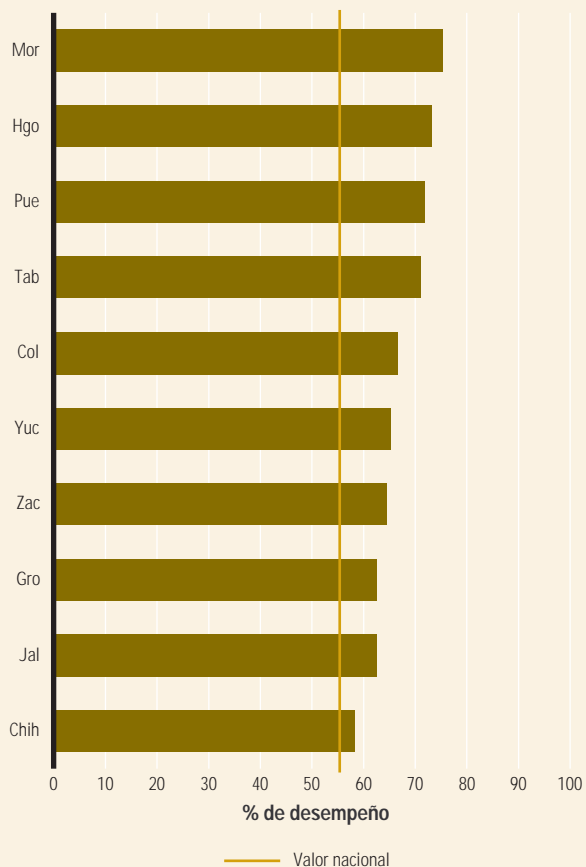
**L**a hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Tiene una asociación estrecha con la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares, que contribuyen con 18.4% a la mortalidad general del país. Los factores de riesgo para estas enfermedades incluyen la falta de ejercicio físico, el sobrepeso y la obesidad, y el consumo de tabaco. Todos estos factores son susceptibles de modificarse mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, que pueden reducir la carga de morbilidad y mortalidad.

El Programa de Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial pone énfasis en la prevención primaria y en la detección temprana de los casos mediante la búsqueda activa e intencio-

nada de las personas con factores de riesgo. Para estos objetivos, el Programa estableció un instrumento de detección común para diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad conocido como *escala de factores de riesgo*. Por otra parte, se está usando un método simplificado de capacitación para personas con diabetes e hipertensión arterial tendiente a fomentar la corresponsabilidad de los pacientes tanto en asegurar el control metabólico como en las cifras de tensión arterial.

Aunque en 2002 hubo una mejora de 15.4% en el desempeño global del Programa, todavía el nivel promedio de desempeño se encuentra distante de alcanzar su valor máximo. La cifra promedio del indicador compuesto se ubica en 55%.

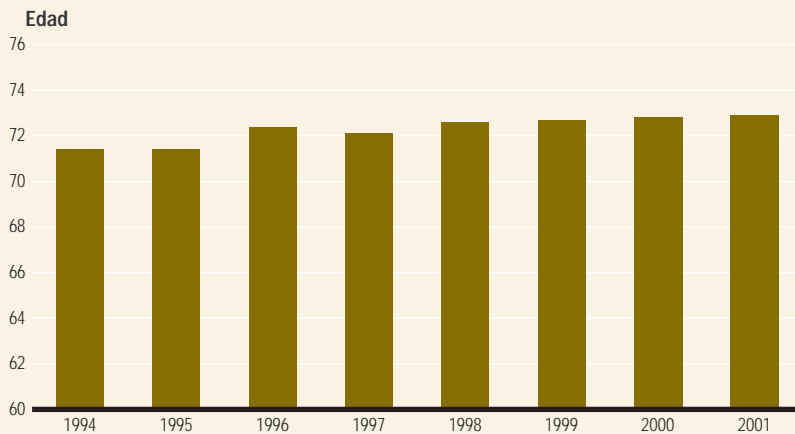
Entidades con los mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial, México 2002



Morelos, Zacatecas y Chihuahua ingresaron a la lista de 10 entidades con mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial.

La edad promedio de muerte asociada con hipertensión arterial ha continuado incrementándose ligeramente.

Edad promedio de muerte asociada con hipertensión arterial, México 1994-2001



# Programa de Prevención y Control de las Adicciones

**El índice de desempeño de los Consejos Estatales contra las Adicciones** se define como el desempeño de los Consejos Estatales en los siguientes rubros: i) estructura; ii) organización; iii) desarrollo de programas; iv) cumplimiento de metas; v) recursos presupuestales; vi) nivel de interlocución y gestión, y vii) 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 Comités Municipales contra las Adicciones o se desarrollan programas municipales, en relación con la totalidad de municipios existentes en la entidad.

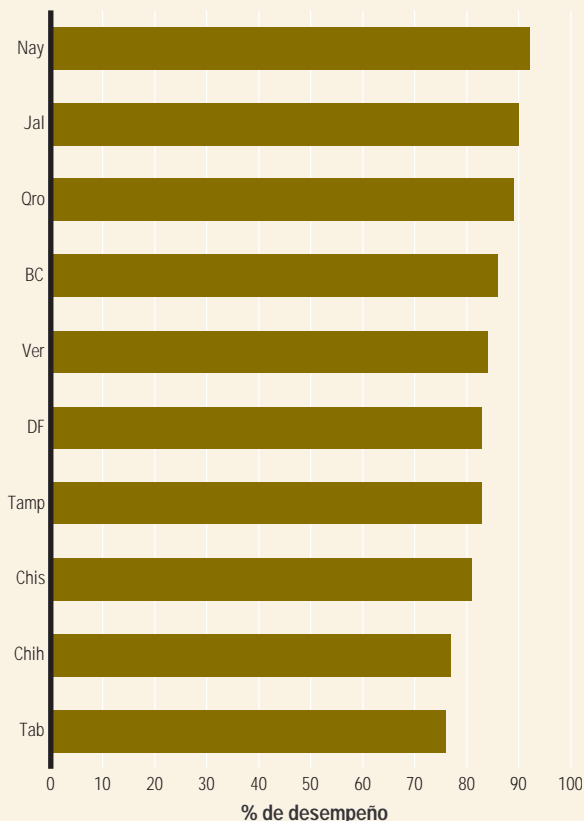
**E**n México se han establecido diversas políticas y programas con la finalidad de disminuir el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Sin embargo, debido al origen multifactorial del fenómeno y a la tendencia creciente en el consumo de sustancias adictivas, se requieren estrategias que fortalezcan la coordinación entre quienes participan en los ámbitos de la prevención y la atención. Simultáneamente, es necesario un mayor desarrollo en el rubro de la investigación científica para fundamentar el uso de las nuevas tecnologías y los modelos de intervención, así como un fortalecimiento de las medidas legislativas de control.

Las acciones de los Programas contra las Adicciones se orientan a la construcción de soluciones integrales y a lograr que las instituciones públicas y la socie-

dad trabajen juntos. Actualmente se consolidan los proyectos estratégicos dirigidos a poblaciones en riesgo mediante la definición de responsabilidades y la delimitación de tareas de las instituciones y organismos de los sectores público, social y privado en los tres órdenes de gobierno.

En 2002, de los 32 Consejos Estatales, 25% operó con un alto nivel de eficiencia, ya que contaron con una estructura funcional, nivel de gestión e interlocución, y recursos que les permitieron coordinarse con instituciones públicas, sociales y privadas en su entidad. Cada uno de estos Consejos cuenta con un responsable en los niveles estatal y jurisdiccional, quienes desarrollan estrategias e implementan acciones para darle seguimiento a los Programas contra las Adicciones.

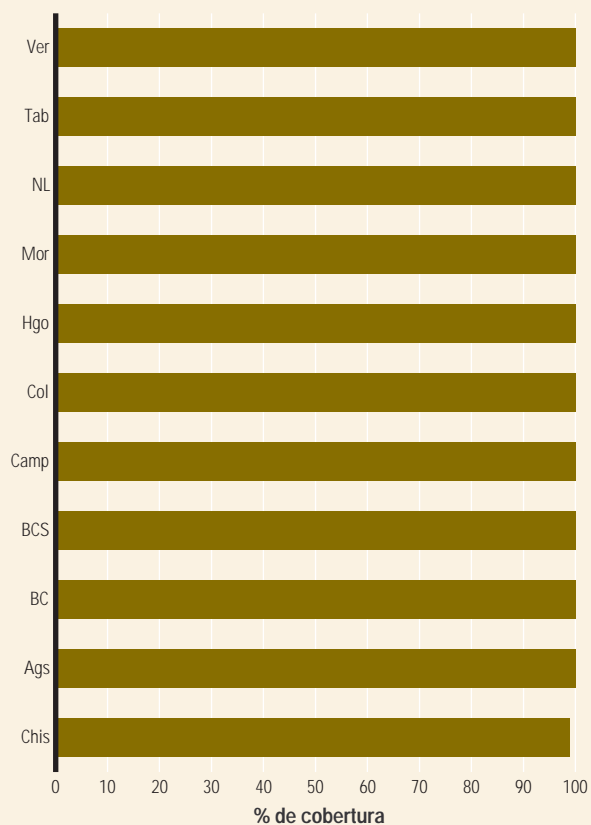
Entidades con los mejores desempeños de los Consejos Estatales contra las Adicciones, México 2002



Nayarit y Jalisco muestran calificaciones superiores a 90 en el índice de desempeño de los programas estatales contra las adicciones.

En el año 2000 sólo existían 242 comités municipales contra las adicciones; actualmente la cifra es de 1,099.

Entidades con los mejores desempeños en la cobertura de programas municipales contra las adicciones, México 2002



## Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano

**L**a 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. Las cifras de cloro residual deben ser iguales o mayores a la norma (0.2-1.5 mg/L).

**L**a 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.

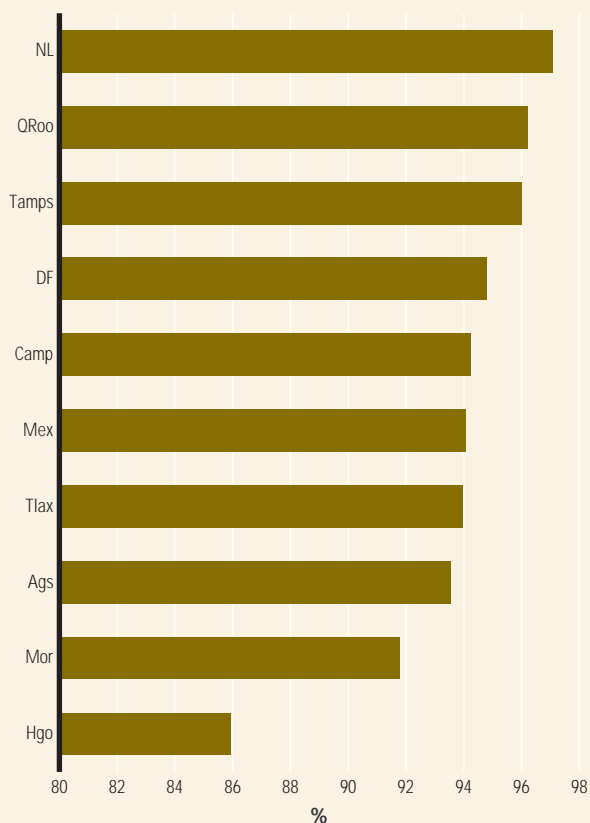
La vigilancia de los estándares de calidad de este recurso vital para la salud de la población fue establecida en 1991 por la Secretaría de Salud a través del Programa de Monitoreo de Cloro Residual en todas las entidades federativas. Este programa ha contribuido a mejorar de manera gradual el acceso de la población al agua de calidad bacteriológica. Los criterios de calidad del agua han ido cambiando desde que se inició el programa de monitoreo. Inicialmente se aceptaban cifras de cloro que estuvieran alrededor de los valores aceptados como norma, ya sea por abajo, dentro o por arriba de ésta. En 2001 este criterio se modificó. Actualmente el concepto de agua de calidad bacteriológica se define como aquella agua suministrada por un sistema de abastecimiento que está desinfectada y que mantiene un residual de cloro dentro y por arriba de la norma (0.2-1.5 y >1.5 mg/L). Este cambio modifica las cifras de cobertura que se publicaron en *Salud: México 2001*, donde se señalaba que 30% de la po-

blación del país no disponía de agua de calidad bacteriológica. Los datos de 2002 indican que 35% de la población del país no dispone de agua con este nivel de calidad.

Las nuevas estimaciones modificaron asimismo el nivel de desempeño de las entidades federativas en este rubro: sólo cinco estados que aparecieron con mejor desempeño en 2001 mantuvieron en 2002 un nivel de calidad del agua aceptable para uso y consumo humanos.

El reto actual del programa es aumentar y mantener la cobertura de agua de calidad bacteriológica en las entidades federativas, cumpliendo con lo establecido en la modificación a la NOM-127-SSA1-1994. Por otra parte, es necesario sumar esfuerzos a fin de que los sistemas de abastecimiento que todavía presentan deficiencias en el suministro de agua de calidad bacteriológica se resuelvan. Finalmente, el programa debe avanzar hacia aquella población que actualmente no cuenta con un sistema formal de abastecimiento para realizar su inclusión y así poder proteger a la población de riesgos sanitarios.

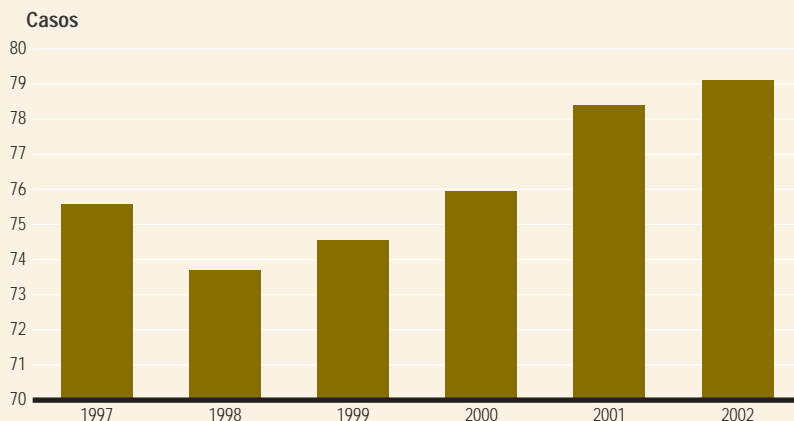
Entidades con los mejores desempeños en el porcentaje de población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano, México 2002



Cinco de las 10 entidades federativas que en 2001 mostraron un desempeño sobresaliente en materia de agua de calidad bacteriológica mantuvieron en 2002 este nivel. Estas entidades fueron Campeche, Nuevo León, Tamaulipas, México e Hidalgo.

Alrededor del 21% de la población nacional sigue sin contar con agua de calidad bacteriológica.

Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano, México 1997-2002



## Yodación de la sal para consumo humano

**E**l 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 que las entidades federativas se comprometieron obtener. Se calcula dividiendo el número de muestras analizadas entre el número de muestras programadas o comprometidas.

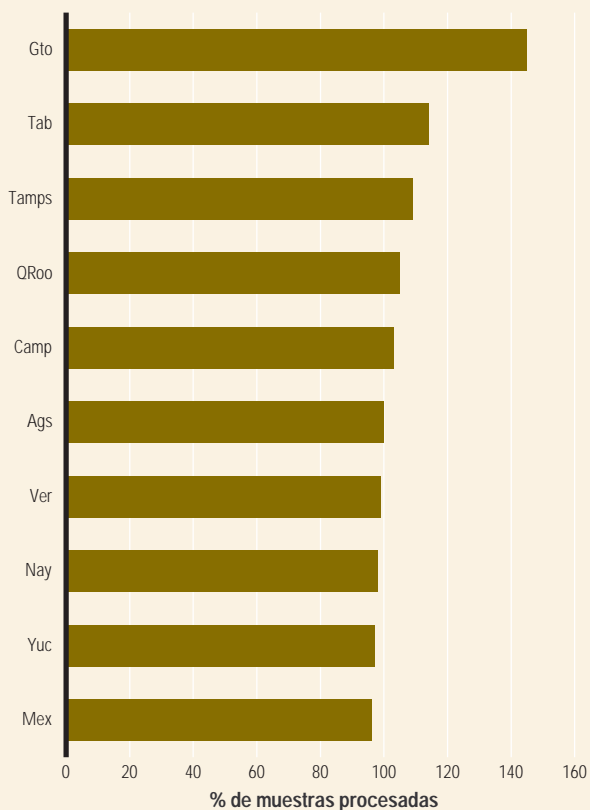
**E**l yodo es un micronutriente esencial para la vida. Su carencia en el organismo propicia inmadurez en el cerebro de los niños, sordera y falta de desarrollo. Debido al agotamiento de este elemento en la superficie del planeta, los gobiernos se han visto en la necesidad de asegurar su consumo en la dieta diaria de las personas. Está universalmente aceptado que 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 a 15 gramos por habitante. Para alcanzar el nivel recomendado de consumo de yodo, se calcula que se requiere proporcionar al menos 15 miligramos del micronutriente por cada kilogramo de sal, situación que debe comprobarse en los puntos de venta de este producto. Gracias a las acciones de vigilancia sanitaria, México ha podido alcanzar la meta de proporcionar las concentraciones de yodo en sal necesarias para evitar los problemas por deficiencia de este elemento al 90% de los hogares. Lo anterior fue recono-

cido en el documento *Progreso hacia la Eliminación de los Trastornos por Carencia de Yodo* publicado por la Organización Mundial de la Salud.

Adicionalmente a la vigilancia sanitaria de la sal, se realizan acciones de vigilancia epidemiológica para detectar la presencia de bocio en la población, que es una de las manifestaciones de la carencia de este micronutriente. Este signo de hecho es uno de los indicadores utilizados en salud pública para vigilar la carencia de yodo, especialmente en la población infantil. Gracias a la adición de yodo en la sal, desde 2001 la tasa de bocio se ha ubicado en niveles inferiores a 2 por 100,000, lo que indica que la deficiencia de yodo ya no representa un problema de salud pública en nuestro país. En el momento actual, el reto del programa consiste en dar continuidad a los logros alcanzados, mantener la vigilancia sanitaria del producto e incrementar la vigilancia epidemiológica en las zonas de mayor riesgo.

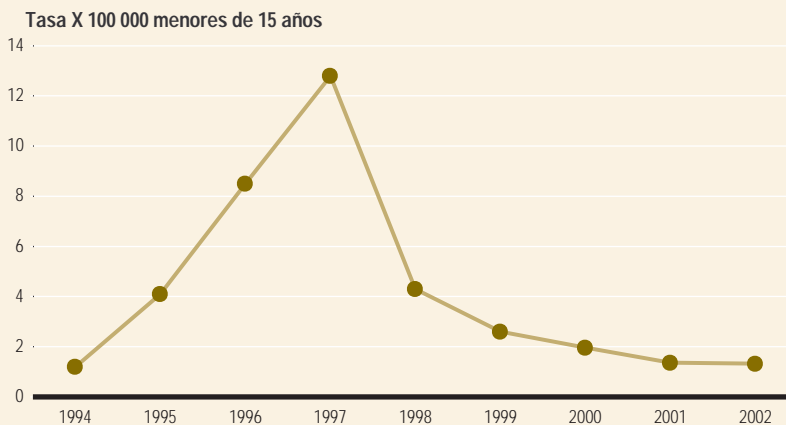
Entidades federativas con las mejores coberturas de vigilancia de sal para consumo humano, México 2002



Las entidades federativas con mejores desempeños en materia de vigilancia sanitaria de la sal fueron Guanajuato, Tabasco, Tamaulipas, Quintana Roo y Campeche.

Los casos de bocio en la población menor a 15 años han disminuido de manera significativa desde 1998.

Tasa de incidencia de bocio, México 1994-2002





## Porcentaje de Investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores

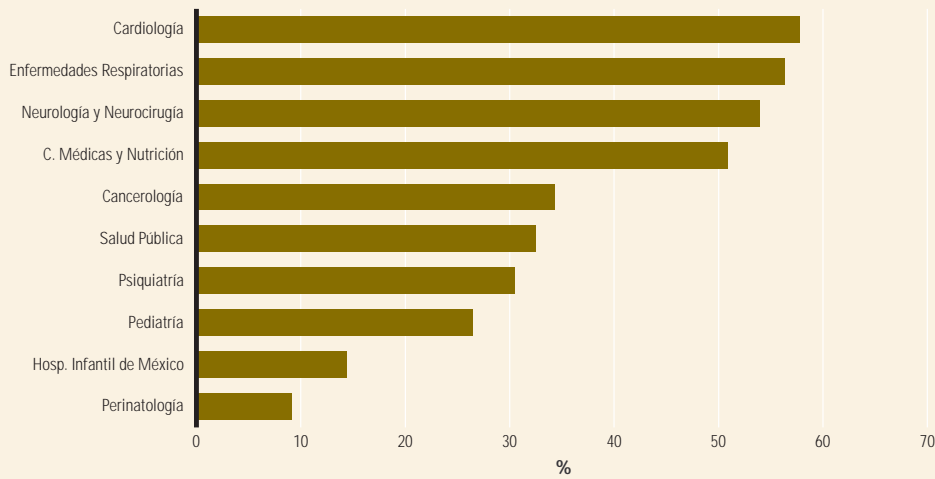
**E**l porcentaje de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores se define como el número de investigadores pertenecientes al SNI por cada 100 investigadores de una determinada institución en un año específico.

**E**l número de investigadores dentro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) ha crecido sostenidamente a partir de 1995: pasó de 5,868 en este año a 9,199 en 2002, para un crecimiento de 57% en el periodo.

En 2002 las instituciones de salud tenían registrados a 1,455 investigadores, de los cuales 577 pertenecen al SNI (39%). En las dependencias de la Secretaría de Salud destacan los Institutos Nacionales de Cardiología, de Enfermedades Respi-

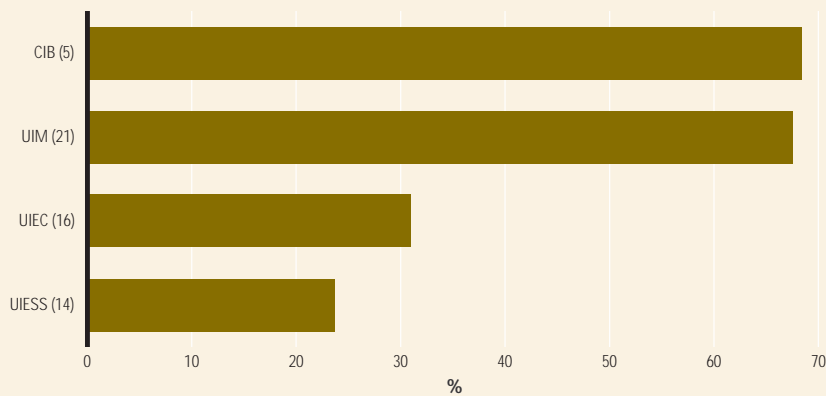
ratorias, y de Neurología y Neurocirugía con 57.8, 56.36 y 53.97% de sus miembros en el SNI, respectivamente. En el caso de los hospitales desconcentrados destaca el Centro Nacional de Rehabilitación con 31% de sus investigadores en el SNI. En cuanto al IMSS destacan los Centros de Investigación Biomédica y las Unidades de Investigación Médica con 68.4 y 67.5% de investigadores en el SNI, respectivamente.

**Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores.  
Institutos Nacionales de Salud, México 2002**



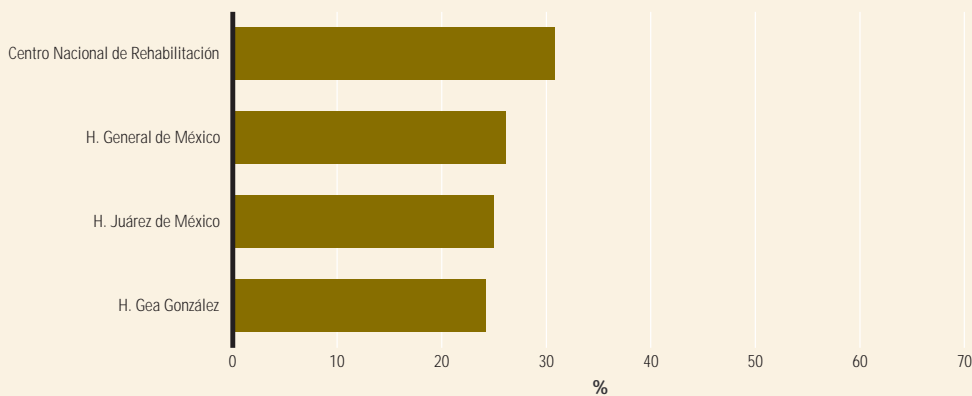
**Los Centros de Investigación Biomédica del IMSS presentan el porcentaje más alto de investigadores miembros del SNI: 68.4%.**

**Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores.  
IMSS, México 2002**



CIB: Centros de investigación Biomédica  
UIM: Unidades de Investigación Médica  
UIESS: Unidades de Investigación en Epidemiología Clínica (incluye una Unidad de Investigación Educativa y una Unidad de Economía de la Salud)

**Porcentaje de investigadores que están en el Sistema Nacional de Investigadores.  
Hospitales desconcentrados de la Secretaría de Salud, México 2002**



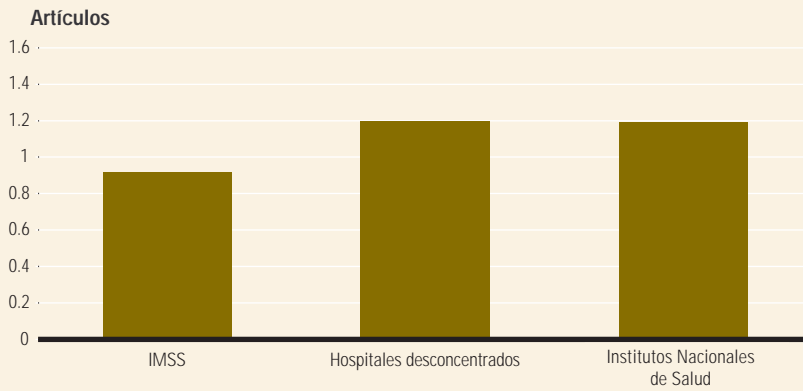
# Productividad de la investigación en salud

La **productividad en la investigación** se define como el número promedio de artículos publicados por investigador en revistas indizadas en un año. Se construye al dividir el número de artículos publicados en revistas indizadas en un período determinado entre el número de investigadores de ese mismo período.

La medición de la productividad en cualquier campo de la investigación constituye una tarea delicada ya que es prácticamente imposible reducir la complejidad de la investigación científica a un indicador numérico. No obstante esto, se siguen haciendo esfuerzos por medirla. Dos de los indicadores más utilizados son el número de protocolos registrados y el número de publicaciones científicas generadas.

En 2002 la productividad por investigador mejoró en las tres instituciones que se comparan. En 2001 el promedio de artículos publicados fue de alrededor de uno por investigador por año; en 2002 el promedio fue de poco más de 1.3.

Artículos publicados por investigador, México 2002



En 2002 la productividad científica per cápita en la Secretaría de Salud fue superior a la del IMSS.

El número de artículos publicados por investigadores en revistas indizadas mejoró considerablemente respecto de 2001, sobre todo en los Institutos Nacionales de Salud.

Artículos publicados en revistas indizadas, Institutos Nacionales de Salud e IMSS, México 1994-2002

