

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



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 cada uno de los Comités Estatales de Calidad en los siguientes rubros: I) número de instituciones participantes en el Comité; II) participación de directivos en las actividades de la Cruzada; III) regularidad en la medición de los indicadores de la Cruzada; IV) instrumentación de acciones innovadoras; V) valores de los indicadores; VI) cobertura de unidades médicas participantes, y VII) integración del Aval Ciudadano.

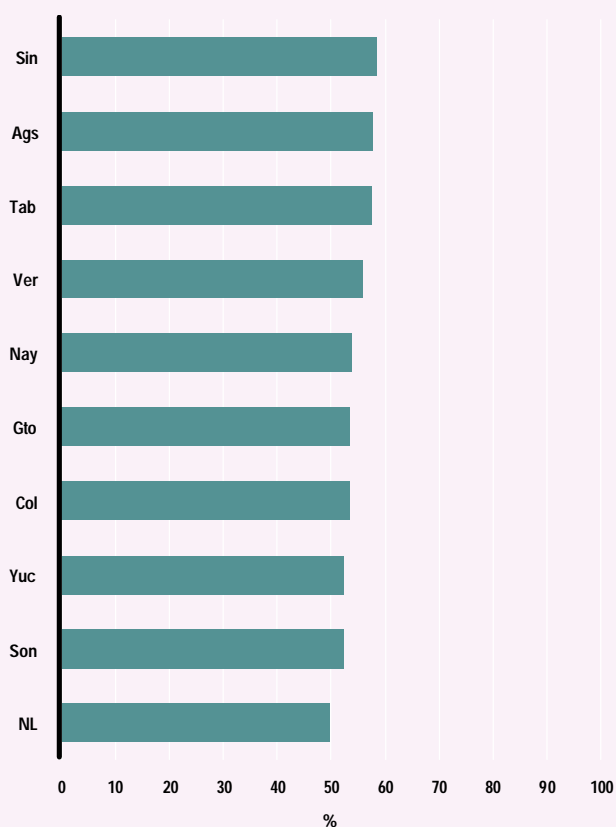
Impulsar la cultura de la calidad en los servicios de salud ha sido el compromiso de los Comités Estatales de Calidad establecidos en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Desde 2002 se integraron Comités Estatales en las 32 entidades federativas con la participación de las principales instituciones de salud. Las acciones sectoriales desplegadas por estos comités se basan en la utilización de la información generada mediante el monitoreo de la calidad para instrumentar proyectos de mejora continua en los diferentes niveles organizacionales.

Estas acciones inicialmente se dirigieron a mejorar la calidad de la atención en el ámbito interpersonal, con énfasis en el trato digno a los pacientes y sus acompañantes, la reducción de los tiempos de espera en consulta externa y urgencias, así como en la disponibilidad y entrega de medicamentos. A partir de

2003 se incorporaron acciones de mejora en la atención médica, con énfasis en la consulta externa, y en la atención a embarazadas, menores de cinco años con enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, y adultos diabéticos e hipertensos. En hospitales, las acciones emprendidas han incluido, la implantación de mecanismos que revisen la pertinencia de las cesáreas; la prevención y control de infecciones nosocomiales, y otras medidas enfocadas a fortalecer la seguridad del paciente.

Es digno de resaltar que los Comités Estatales de Sinaloa, Tabasco y Veracruz se han mantenido desde 2001 entre las diez entidades con mejor desempeño en su compromiso con la Cruzada por la Calidad. Aguascalientes y Yucatán también han mostrado consistentemente un buen desempeño en este rubro, mientras que Tlaxcala y Zacatecas han disminuido en su nivel de compromiso con la Cruzada.

Entidades con los mejores desempeños en el compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad México 2003



Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Nuevo León se han mantenido entre los 10 estados con mejor desempeño en su compromiso con la Cruzada por la Calidad en los últimos tres años.

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; 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 correspondiente satisfacción del usuario con este elemento.

El trato de calidad se define en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a través de los siguientes componentes: i) respeto a los derechos humanos y a las características de la persona; ii) información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o su acompañante; iii) interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos, y iv) amabilidad.

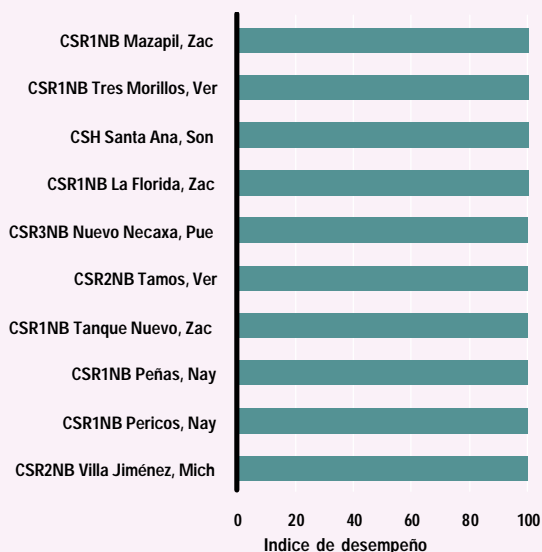
En 2001 y 2002 el énfasis de la Cruzada se orientó a mejorar los aspectos interpersonales de la relación entre usuarios y prestadores de servicios de salud. En 2003, en el nuevo sistema de monitoreo (INDICA), se añadieron las siguientes variables en la información sobre la relación entre el médico y el usuario: oportunidad brindada al usuario

para hablar sobre su estado de salud; explicación clara de los cuidados a seguir, e información proporcionada. Además se evaluó la satisfacción del usuario con el trato recibido en la unidad médica.

En la Secretaría de Salud, las unidades médicas de primer nivel que destacan por su buen desempeño en este índice se ubican en los estados de Zacatecas, Veracruz, Sonora, Puebla, Nayarit y Michoacán. En el caso del IMSS, los mejores desempeños se encontraron en unidades de Morelos, Tamaulipas, Nayarit y Guanajuato. Las unidades del IMSS Oportunidades con mejor desempeño en trato se encontraron en Zacatecas, Michoacán, Tamaulipas, Oaxaca y Chihuahua, y en el caso del ISSSTE, los mejores desempeños se ubican en Tabasco, Yucatán y Morelos.

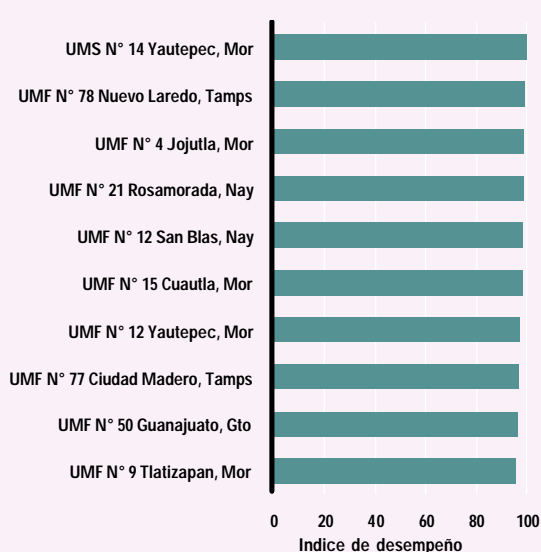
Unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad

México 2003



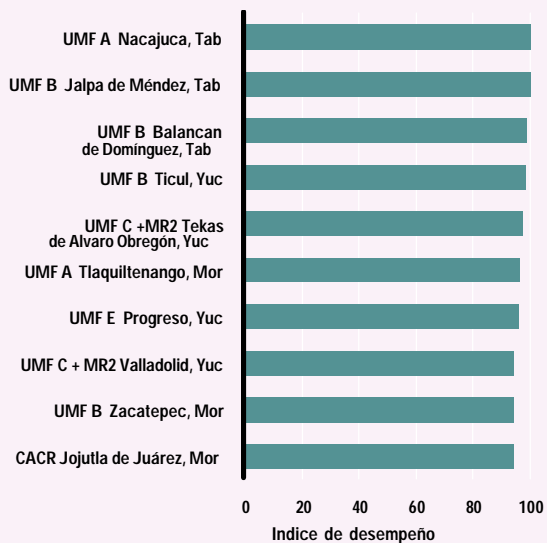
Unidades de primer nivel del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad

México 2003



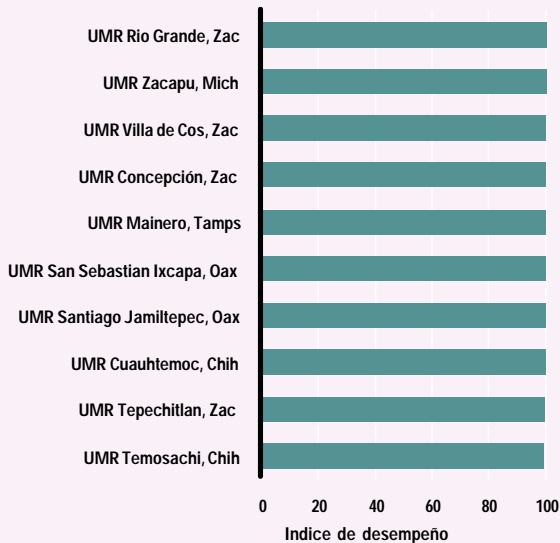
Unidades de primer nivel del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad

México 2003



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

México 2003



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 el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) con: I) la oportunidad en la atención; II) el intercambio de información entre el médico y el usuario, y III) el trato brindado por el personal en la unidad médica en servicios de urgencias en hospitales en áreas urbanas y rurales.

Ofrecer un trato con calidad, tanto en los aspectos personales como en los aspectos clínicos, es un objetivo fundamental que debe buscarse en los diferentes niveles de atención médica. Cuando se ofrece un trato respetuoso a los usuarios se contribuye a su bienestar, se promueve la búsqueda de atención médica y se favorece la adhesión a los tratamientos propuestos.

De acuerdo con la propuesta de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el trato ofrecido en los servicios de salud debe respetar las características personales y los derechos humanos de los usuarios, manifestando interés en los mensajes, sensaciones y sentimientos de los usuarios, y ofreciendo información

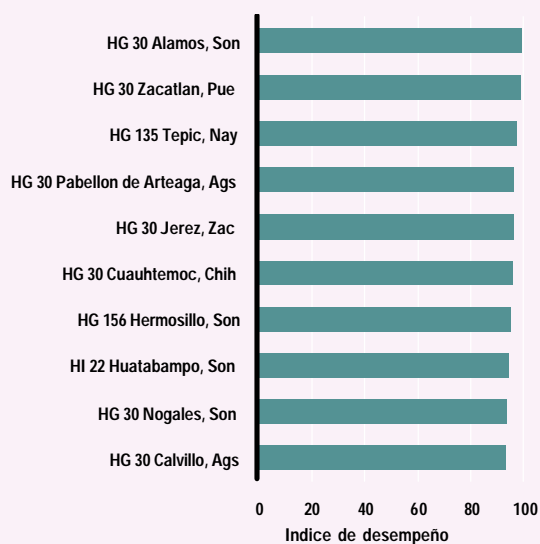
completa, veraz, oportuna y clara al paciente o su acompañante.

Debe resaltarse el hecho de que entre las diez unidades de la Secretaría de Salud con mejor desempeño en este indicador hay cuatro hospitales de Sonora y dos de Aguascalientes. Las unidades restantes pertenecen a los estados de Puebla, Nayarit, Chihuahua y Zacatecas.

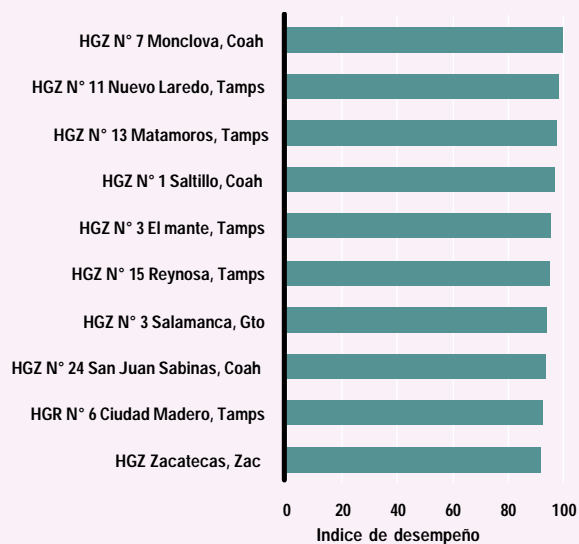
En el caso del IMSS son notables los buenos desempeños de hospitales de los estados de Tamaulipas y Coahuila. En IMSS Oportunidades destacan unidades de Durango y Zacatecas.

Finalmente, entre los hospitales del ISSSTE sobresalieron los desempeños de los servicios de urgencia de los hospitales de Tamaulipas, Veracruz y Chihuahua.

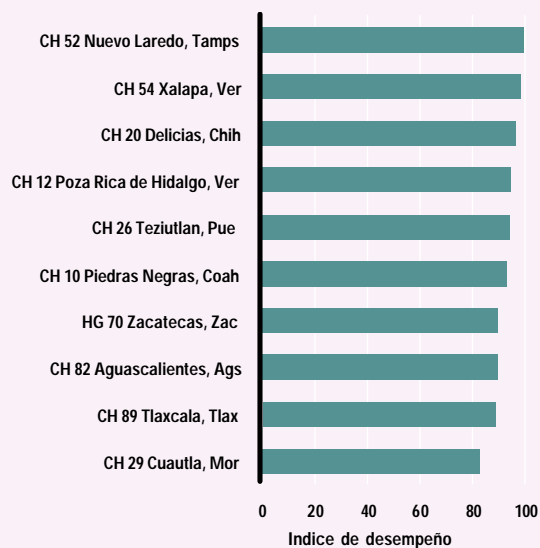
Servicios de urgencias de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad México 2003



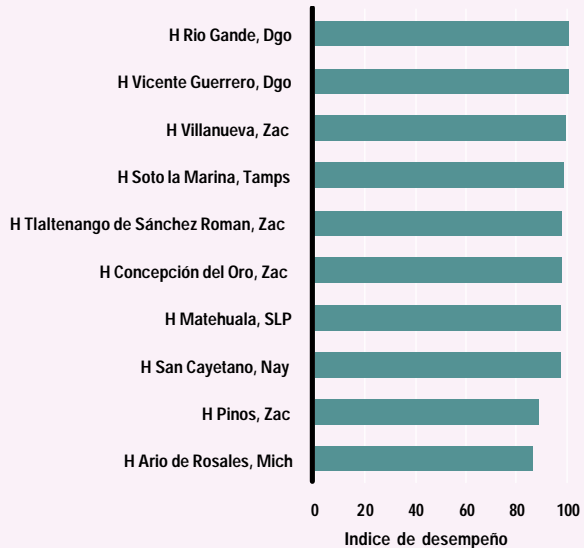
Servicios de urgencias del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad México 2003



Servicios de urgencias del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad México 2003



Servicios de urgencias del Programa IMSS-Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad México 2003



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) constituye una instancia autónoma con capacidad para emitir opiniones, acuerdos y laudos. Tiene como premisas fundamentales dirimir objetiva e imparcialmente las controversias que se suscitan entre los profesionales de la salud y sus pacientes, además de influir positivamente en la mejora de la práctica médica pública y privada en nuestro país.

En el logro de dichos objetivos ha trabajado en el fortalecimiento de un modelo de arbitraje médico estandarizado e integral, certificado bajo la Norma ISO 9001:2000, con características más resolutivas e impulsor de acciones preventivas del conflicto médico-paciente.

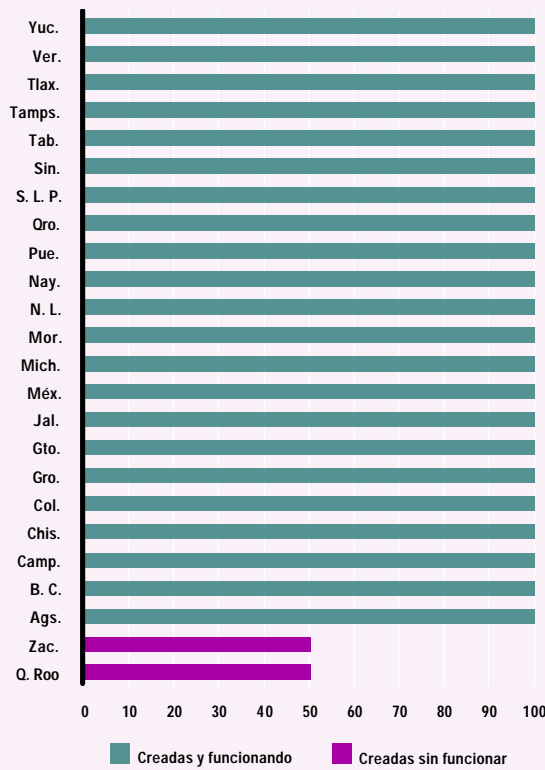
Este modelo atiende las expectativas y necesidades de los usuarios, por lo que para asegurar la calidad del mismo, cada fase del proceso de atención es evaluada: la orientación, la asesoría especializada, las gestiones inmediatas, la conciliación y el arbitraje.

Durante los últimos tres años, la evaluación de la satisfacción del cliente se ha mantenido por arriba de 96%, que es el porcentaje de promoventes y prestadores que calificaron el servicio como bueno o excelente en los rubros de trato, imparcialidad y tiempo.

Como parte del quehacer institucional, la CONAMED tiene como atribución asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional. El número de comisiones estatales de arbitraje médico formalmente constituidas y funcionando pasó de 16 en el 2001 a 22 en el 2003, con la incorporación de Baja California, Campeche, Chiapas, Nuevo León, Tamaulipas y Tlaxcala.

Ante el evidente beneficio social que representa la aplicación del arbitraje médico, resulta necesario avanzar en su fortalecimiento y extenderlo al ámbito nacional, promoviendo un modelo único de atención de inconformidades con reglas procesales comunes.

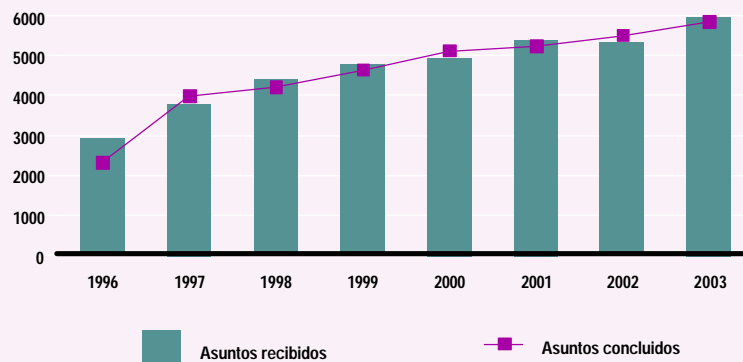
Entidades con comisiones estatales de arbitraje médico creadas y en funcionamiento México 2003



El país cuenta con 22 comisiones estatales de arbitraje médico funcionado y dos más con instrumento jurídico de creación.

El número de asuntos atendidos que requirieron atención especializada médico legal se ha incrementado consistentemente.

Asuntos recibidos y concluidos por la CONAMED México 1996-2003*



* En algunos años los asuntos concluidos superan a los recibidos por incluir los asuntos rezagados del año anterior.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La evaluación del Programa de Acción Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se construye con 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) y registros de otros sistemas especiales.

En 2003 se fortaleció el sistema de vigilancia mediante la actualización de diversos manuales de procedimientos, la capacitación del personal del área de epidemiología en los estados, la supervisión de las entidades federativas en los diferentes niveles operativos y la asesoría técnica en brotes epidémicos.

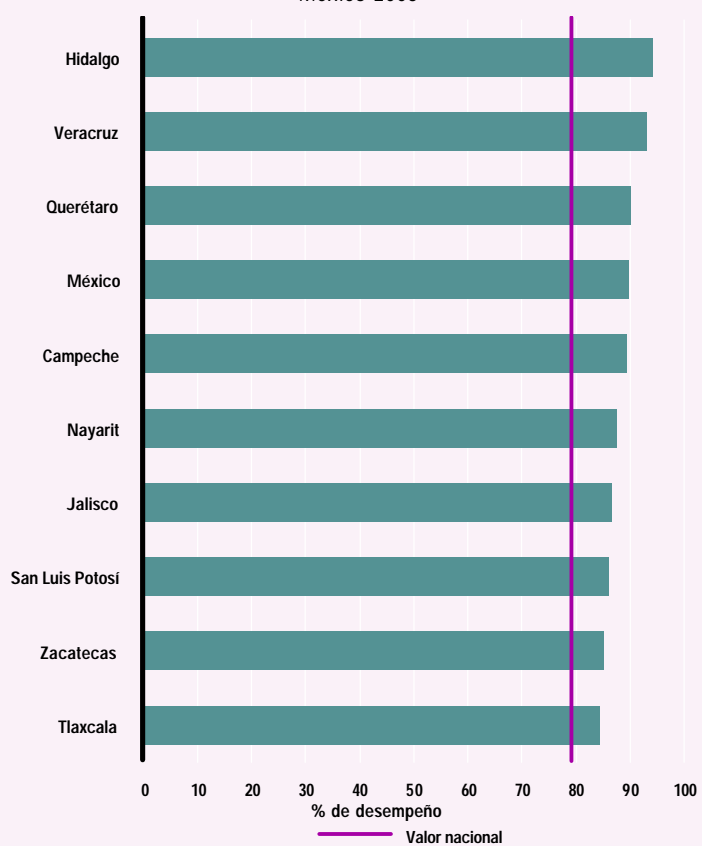
Durante el último año la cobertura de unidades médicas que notifican oportunamente de manera semanal aumentó de 90.7 a 94%; además de que a partir de 2003, el Sistema Semanal de Notificación de Casos dispone de los diagnósticos con distribución por sexo. En el marco de la innovación tecnológica, se desarrolló la automatización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, aplicando dispositivos que permiten realizar vigilancia epidemiológica en localidades donde no existen médicos.

En 2003 el Sistema Semanal de Notificación de Casos registró un total de 43,365,439 casos nuevos,

que provienen de 18,074 unidades médicas de todas las instituciones de salud del país e incluyen 132 diferentes diagnósticos. El Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) recolectó 453,690 certificados de defunción, de los cuales 9,074 fueron investigados por ser sujetos a vigilancia epidemiológica. La Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), por su parte, captó 21,804 episodios de infección nosocomial y se investigaron 27 brotes en 133 hospitales.

Los estados que se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños en materia de vigilancia epidemiológica en 2003 fueron Hidalgo, Veracruz, Querétaro, México, Campeche, Nayarit, Jalisco, San Luis Potosí, Zacatecas y Tlaxcala. Este año el índice de desempeño nacional fue de 79.9%, lo que representa un incremento de 4.5 puntos porcentuales con respecto al 2002.

Entidades federativas con los mejores desempeños
en el Programa de Acción SINAVE
México 2003



Hidalgo y Veracruz muestran los mejores desempeños en vigilancia epidemiológica.

Red de Laboratorios de Salud Pública

El 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%)

Parte fundamental de la vigilancia epidemiológica se realiza con la evaluación de la calidad con la que se procesan las muestras biológicas humanas. La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, integrada por 32 laboratorios estatales, fue creada con la finalidad de brindar servicios de diagnóstico de laboratorio en el ámbito estatal como apoyo a los programas estatales de vigilancia epidemiológica.

La Red Nacional de Laboratorios es uno de los elementos técnicos-científicos más importantes en la toma de decisiones para la prevención de riesgos de transmisión de enfermedades. A nivel nacional, el responsable de normar los procesos relacionados con el diagnóstico epidemiológico es el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

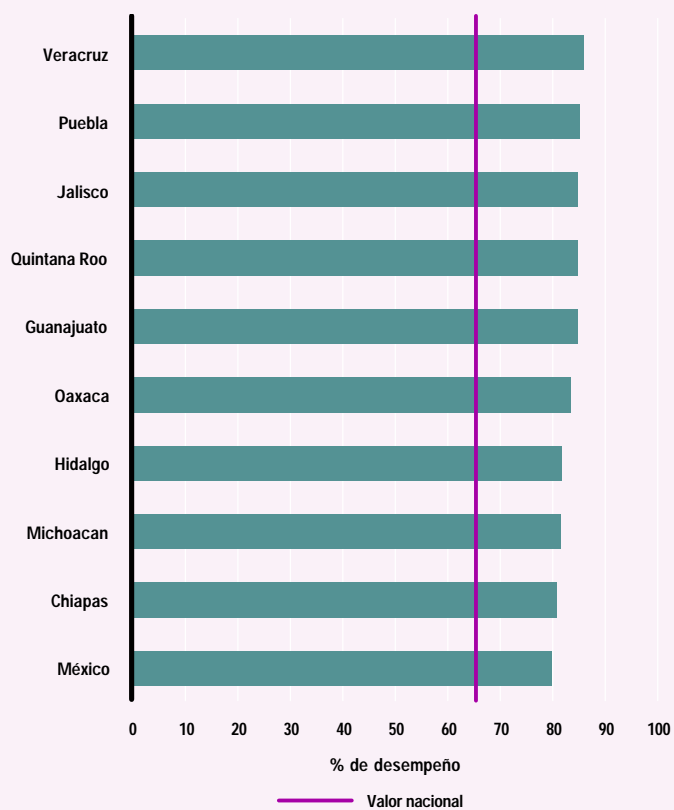
Durante 2003, el InDRE brindó capacitación a todos los Laboratorios Estatales en los diagnósticos que realiza. Asimismo, proporcionó más de 14,933 insumos (reactivos, antígenos, antisueros, equipos

comerciales, cepas, etc.) para los diagnósticos que se llevan a cabo.

Las metas de la Red Nacional de Laboratorios para el 2006 son: establecer los requisitos mínimos que debe cumplir un laboratorio de pruebas para evaluar la competencia técnica, garantizar la confiabilidad y oportunidad de los resultados que genera con base en la normatividad nacional e internacional, y garantizar que se cuente con la infraestructura, personal, equipo e insumos necesarios de acuerdo a los riesgos epidemiológicos de la entidad federativa a la que pertenecen.

En 2003, los estados que se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños en este programa fueron Jalisco, Veracruz, Puebla, Hidalgo, Guanajuato, Oaxaca y Chiapas y se incorporó Michoacán. El índice de desempeño nacional tuvo un avance de casi cinco puntos porcentuales alcanzando un valor de 67.6.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa Nacional de Laboratorios México 2003



Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Puebla y Veracruz, volvieron a mostrar un buen desempeño en materia de laboratorio de salud.

Programa de Vacunación

El índice de desempeño del Programa de Vacunación se construye a través de la cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año para los siguientes cuatro biológicos: Sabin, Pentavalente, SRP y BCG.

Dentro de los factores que más han ayudado a mejorar la salud de la población y a que aumente la esperanza de vida al nacimiento está la vacunación. México cuenta con una de las coberturas de vacunación más altas del mundo, tanto por su penetración como por el tipo de biológicos utilizados.

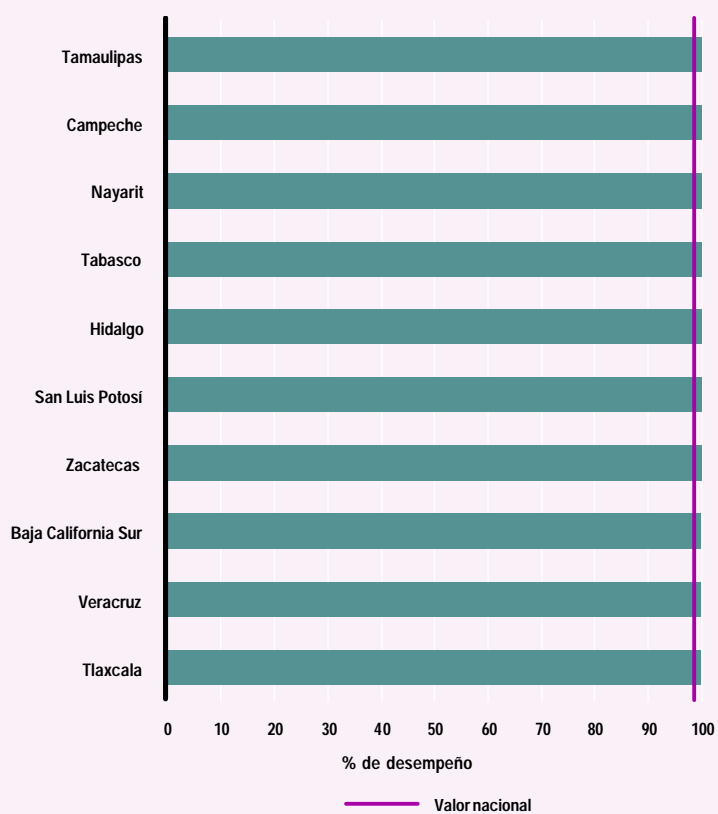
En 2003 se realizaron tres Semanas Nacionales de Salud, durante las cuales se aplicaron más de 38.7 millones de dosis de vacuna. Su principal objetivo fue mantener la erradicación del poliovirus silvestre del territorio nacional. En la tercera de estas semanas se aplicó la vacuna Triple Viral a todos los niños de nuevo ingreso a la instrucción primaria, así como a los niños de 6 y 7 años de edad no inscritos en el Sistema Educativo Nacional, además de aplicar un refuerzo de toxoide tetánico diftérico a alumnos de sexto grado de primaria. Las vacunas aplicadas durante estas Semanas Nacionales de Salud se suman a los 39,9 millones de dosis aplicadas durante la fase permanente del programa.

La Vacunación Permanente se ofrece sistemática-

mente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunización y en el área de influencia de las mismas mediante visitas domiciliarias del personal médico, de enfermería y vacunadores. Este servicio se otorga prácticamente durante todos los días laborables del año, dependiendo de la disponibilidad de los biológicos y del personal de campo. Su principal objetivo es ofrecer permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años para completar su esquema básico, así como aquellas que se aplican en forma complementaria tanto a este grupo de edad como a los adolescentes y adultos.

Durante 2003 los estados que se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños en vacunación fueron Tamaulipas, Campeche, Nayarit, Tabasco, Hidalgo, San Luis Potosí, Zacatecas, Baja California Sur, Veracruz, y Tlaxcala. El índice de desempeño nacional pasó de 97.7 a 98%, lo cual es un reflejo del alto nivel que mantiene este programa.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Vacunación México 2003



El índice de desempeño de estos diez estados en el rubro de vacunación alcanzó un nivel óptimo.

Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis

El 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%).

En México la tuberculosis es un problema de alta prioridad. El Programa de Acción Tuberculosis tiene como objetivo disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta enfermedad. Las acciones del Programa se sustentan en un enfoque innovador e integral que incluye el desarrollo de actividades basadas en la integración de actores, el análisis epidemiológico y una nueva visión gerencial para la toma de decisiones.

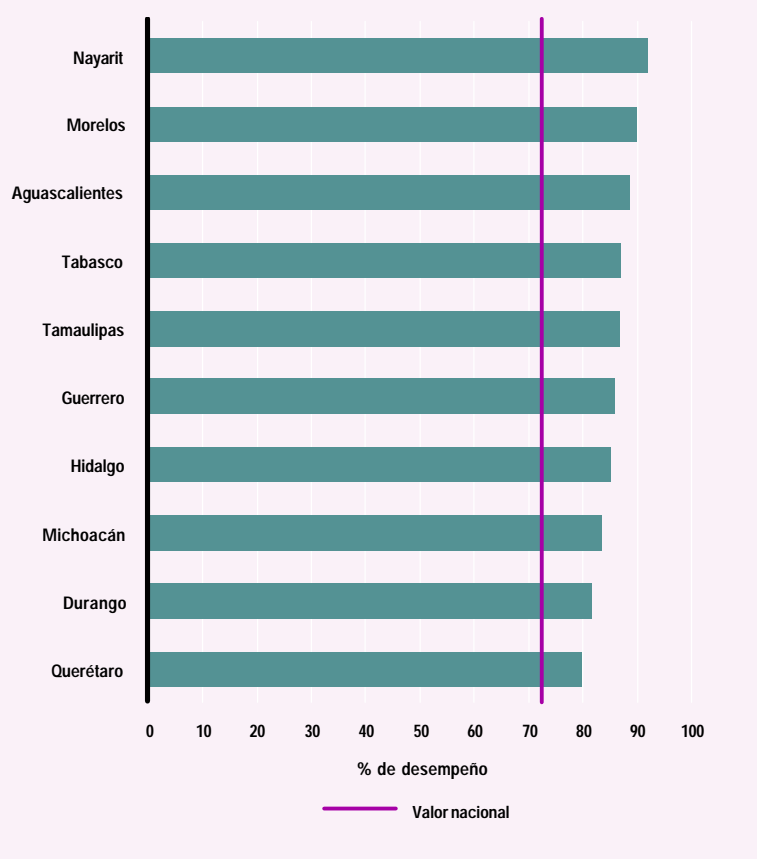
El Programa se integra por nueve componentes: tres sustantivos, orientados a la población y al individuo, y seis estratégicos, enfocados al personal y los servicios de salud. Se incluyen de manera importante la movilización social, el desarrollo humano, la investigación operativa y la integración de alianzas estratégicas. Parte del fortalecimiento del Programa se debe a la extensión del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES); al incremento en la búsqueda activa de casos en grupos vulnerables y población general; a la mejoría en el seguimiento de casos; a la integración de una Red Nacional de

Enfermería, y a una serie de alianzas estratégicas nacionales e internacionales.

En 2003 se confirmaron 15,055 casos de tuberculosis pulmonar, más del 85% de ellos en población en edad productiva, y se ingresó a tratamiento a más de 90% de los casos. Las metas del Programa para el año 2006 son: reducir la mortalidad a un ritmo de 5% anual; detectar 90% de los casos, y lograr la curación del 85% de ellos. En 2003 se logró una detección de 87%, una tasa de curación de 72% (82% en áreas TAES) y una reducción de la mortalidad de 5.1% en relación con el año previo.

En 2003 el índice de desempeño nacional fue de 72.7% y en 2002 de 63.0%, lo que representa un avance de 9.7 puntos porcentuales. Nayarit, Tabasco, Tamaulipas, Guerrero, Hidalgo, Durango y Querétaro se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños, y se incorporaron a este grupo Morelos, Aguascalientes y Michoacán.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Tuberculosis México 2003



Durango, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, Tabasco y Tamaulipas se mantuvieron en la lista de los mejores desempeños en prevención y control de la tuberculosis.

Programa de VIH/SIDA e ITS

El índice de desempeño del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA se construye tomando en consideración cinco indicadores: 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 (20%), y V) porcentaje de casos de SIDA registrados oportunamente (20%).

El VIH/SIDA es un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, políticas y económicas, que trascienden el área de salud e involucran a distintos sectores y niveles de atención.

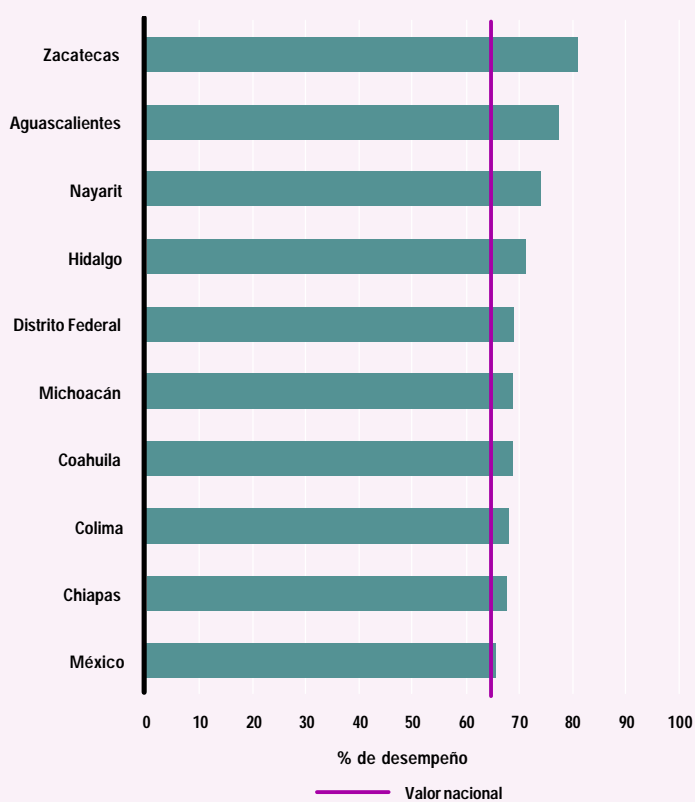
Los objetivos del Programa VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son: i) incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad frente al VIH/SIDA e ITS; ii) disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones y entidades federativas más afectadas; iii) interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis; iv) garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento de VIH/ITS; v) disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades en un marco de respeto de los derechos humanos, y vi) promover la coordinación con instituciones estatales, regionales e internacionales para facilitar el ejercicio de la regulación y la aplicación de políticas que permitan sumar esfuerzos y operar

programas que favorezcan las mejores prácticas.

Para alcanzar dichos objetivos, el Programa cuenta con cinco componentes: prevención sexual, prevención sanguínea, prevención perinatal, atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS, y mitigación del daño. El impacto de las acciones para el control del VIH/SIDA puede percibirse a través de la disminución de la prevalencia del VIH e ITS en el grupo de 15 a 24 años a nivel nacional; la cual descendió alrededor de 6.9% en el periodo 2002-2003.

Zacatecas, Distrito Federal, Aguascalientes, Hidalgo, Michoacán y Colima se mantuvieron en 2003 dentro de la lista de estados con mejor desempeño en este programa, la cual se completó con Nayarit, Coahuila, Chiapas y el Estado de México. Un detalle digno de mencionarse es que actualmente no hay ningún estado con un desempeño precario, y que 25 entidades federativas mejoraron su desempeño con respecto al periodo anterior. Un logro adicional fue el alcanzar la meta de 100% de cobertura de antirretrovirales.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de VIH/SIDA México 2003



Zacatecas y Aguascalientes muestran el mejor desempeño en el Programa de VIH/SIDA.

Programa de Prevención y Control de la Rabia

El índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Rabia se construye tomando en consideración seis indicadores ponderados del programa: I) ausencia de casos de rabia en humanos y en caninos (15%); II) atención antirrábica de personas agredidas (15%); III) cobertura de perros vacunados en Semanas Nacionales de Salud (20%); IV) muestras estudiadas por laboratorio (20%); V) animales eliminados (15%) y VI) mascotas esterilizadas (15%).

En México, la rabia es un problema asociado a los rezagos en salud que afectan a la población más pobre. Para combatir este problema se han emprendido dos líneas estratégicas básicas, una de ellas dirigida a los animales que transmiten la rabia al humano, y otra enfocada en las personas que requieren atención médica. La primera de estas líneas incluye la vacunación antirrábica masiva, la estabilización de la población canina y la vigilancia de la no circulación del virus rábico. La segunda línea busca proporcionar atención médica adecuada, oportuna y de calidad a las personas que lo necesiten.

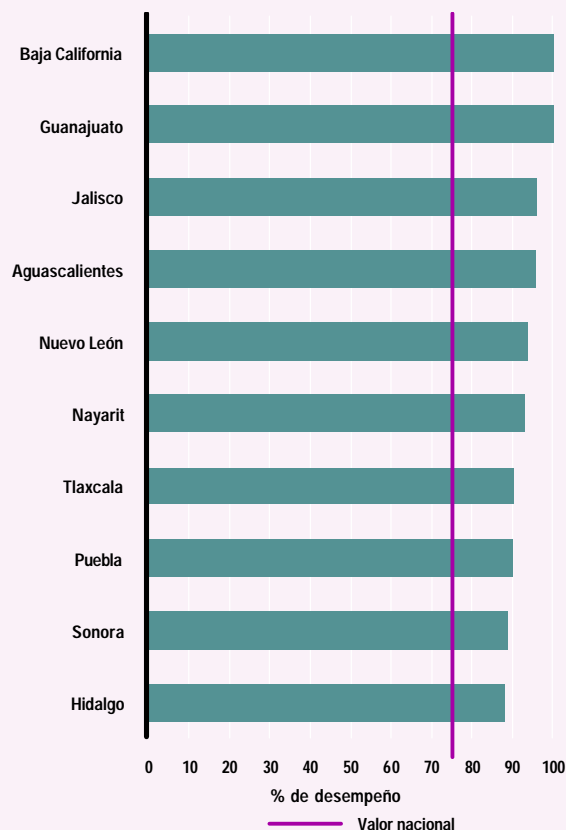
Los casos de rabia humana en México han disminuido significativamente en los últimos años. A partir de 1998 la cifra de casos descendió a menos de 10 y en 2003 se registró sólo un caso transmitido por perro. En esta última especie la rabia también ha disminuido considerablemente: el número de

casos pasó de 335 en 1998 a 76 en el 2003, lo que reafirma la factibilidad de avanzar hacia la certificación de la eliminación de la transmisión de la rabia canina.

Para 2006, las metas del programa de rabia contemplan la eliminación de la rabia humana transmitida por perro, la reducción de la rabia canina a menos de 50 casos por año y la reducción en 3% anual de los tratamientos antirrábicos, además de garantizar en 100% la atención médica oportuna y de calidad a los pacientes que así lo requieran.

Al igual que el año anterior, entre los diez mejores desempeños en prevención y control de la rabia aparecen los Servicios Estatales de Salud de Aguascalientes, Baja California, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y Puebla. Los estados de Hidalgo, Nayarit, Sonora, y Tlaxcala se incorporan en 2003 a esta lista. Por su parte, el índice de desempeño nacional creció en este año de 75.4 a 76.0%.

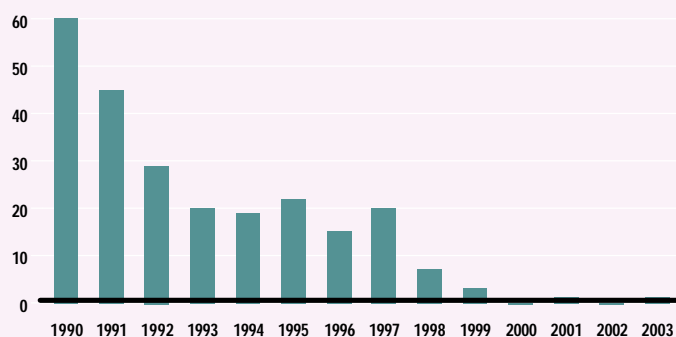
Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Rabia México 2003



Los mejores desempeños en el programa de rabia lo muestran Baja California y Guanajuato.

Desde 2000 no se han producido en el país casos de rabia humana transmitida por perros.

Casos de rabia en humanos transmitida por perros México 1990-2003



Programa de Salud Bucal

El índice de desempeño del Programa de Salud Bucal se construye tomando en consideración tres indicadores ponderados del programa: I) cobertura (40%); II) calidad en la atención (30%) y III) promoción de la salud (30%).

En México, las enfermedades bucales son un problema de alta prioridad. El Programa de Acción Salud Bucal tiene como objetivo mejorar la salud bucal de la población mexicana, contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia. Las acciones se sustentan en un enfoque integral que incluye la promoción, prevención y atención curativa, basadas en una visión gerencial que permita tomar decisiones oportunas basadas en evidencias. El Programa comprende cuatro componentes: salud bucal del preescolar y escolar; fluoración de la sal de mesa, un componente curativo asistencial y el componente de normatividad. El Programa, además, se integra a las acciones de movilización social, como son las Semanas Nacionales de Salud Bucal.

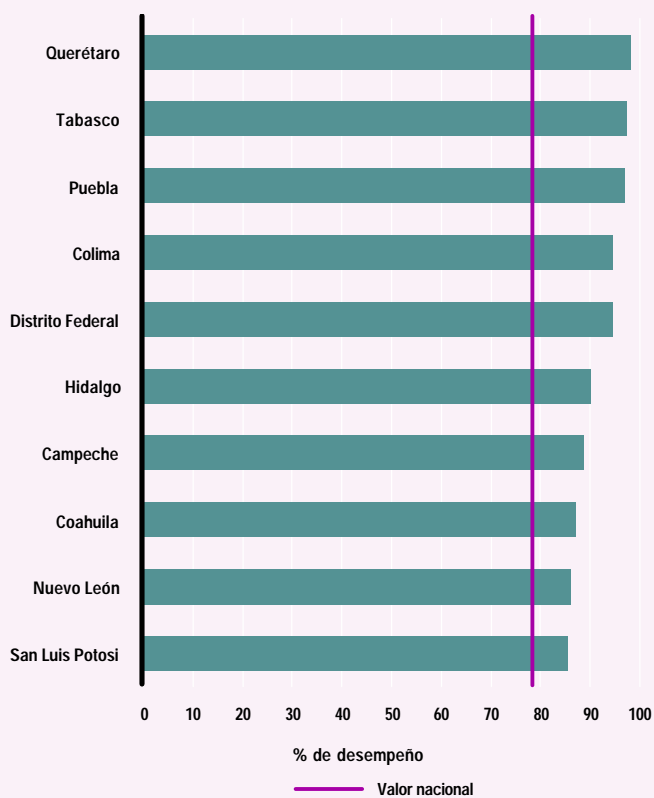
En 2003 el programa llevó a cabo más de 56.4 millones de acciones preventivas en escolares y 13.4 millones de acciones curativo - asistenciales. Además, durante las dos semanas nacionales de salud bucal se

realizaron más de 43.1 millones de acciones preventivas beneficiando a más de 11.8 millones de personas. Las acciones del programa se fortalecieron, entre otras cosas, gracias a la ampliación de cobertura alcanzada mediante la aplicación del tratamiento restaurativo atraumático, la instalación de equipo odontológico, una mayor movilización social en las campañas de salud bucal, y una mejor programación de los insumos necesarios para enfrentar la demanda de servicios y la capacitación continua de los odontólogos.

Entre los grandes objetivos del programa está alcanzar una prevalencia de caries dental menor a 50% a los 6 años de edad.

Los estados que repitieron entre los mejores desempeños fueron Tabasco, Distrito Federal, Colima, Hidalgo, Querétaro, Campeche, Coahuila, Puebla, Nuevo León, a los cuales se sumó este año San Luis Potosí. A nivel nacional, el índice de desempeño aumentó 4.7 puntos porcentuales.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Salud Bucal México 2003



Querétaro, Tabasco y Puebla muestran los mejores desempeños en salud bucal.

Programa de Salud Reproductiva

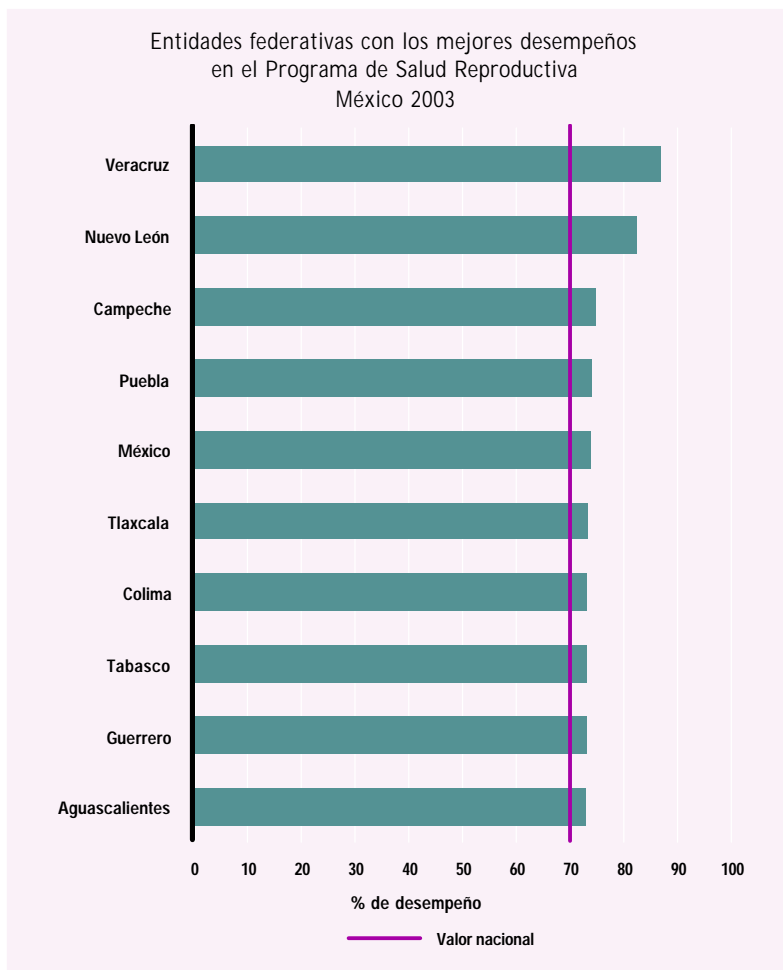
El índice de desempeño del Programa de Salud Reproductiva se construye a través del análisis vectorial de seis indicadores ponderados del programa: I) eficacia (10%), II) cobertura (10%), III) calidad (tasa de retención de usuario, 25%), IV) oportunidad (25%), V) aceptación en adolescentes (15%) y VI) participación del varón (15%).

El trabajo decidido de los profesionales de la salud, así como la importante participación comunitaria, han permitido importantes avances en la salud reproductiva del país.

Dentro de los principales avances y logros alcanzados en el 2003 por el Programa de Salud Reproductiva se encuentran: i) la instrumentación por segunda ocasión de la Estrategia de Compra Coordinada de Insumos Anticonceptivos, con la participación de 19 entidades federativas; ii) la conclusión de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, actualmente en su fase de análisis; iii) la aprobación y publicación de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia, así como los

criterios para brindar atención médica para dichos padecimientos; iv) el diseño de la página web para adolescentes, que incluye temática sobre salud sexual y reproductiva dirigida a este grupo de edad, y, v) la ampliación de la gama de métodos anticonceptivos ofertados por el programa, que incluyó la adquisición de implante subdérmico para su introducción en 16 entidades federativas.

El indicador nacional de desempeño en este programa incrementó su nivel en casi dos puntos porcentuales, mientras que de las diez entidades que aparecieron como las mejores en este programa durante el año anterior, sólo Veracruz y Nuevo León repitieron su buen desempeño en 2003.



En 2003 Veracruz presentó el mejor desempeño en el Programa de Salud Reproductiva. Nuevo León se ha mantenido con un buen desempeño por tercer año consecutivo.

Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino

El 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 de muestras (15%); III) grado de eficiencia (20%); IV) control de calidad de la antología (15%); V) oportunidad de diagnóstico (15%), y VI) seguimiento de pacientes (15%).

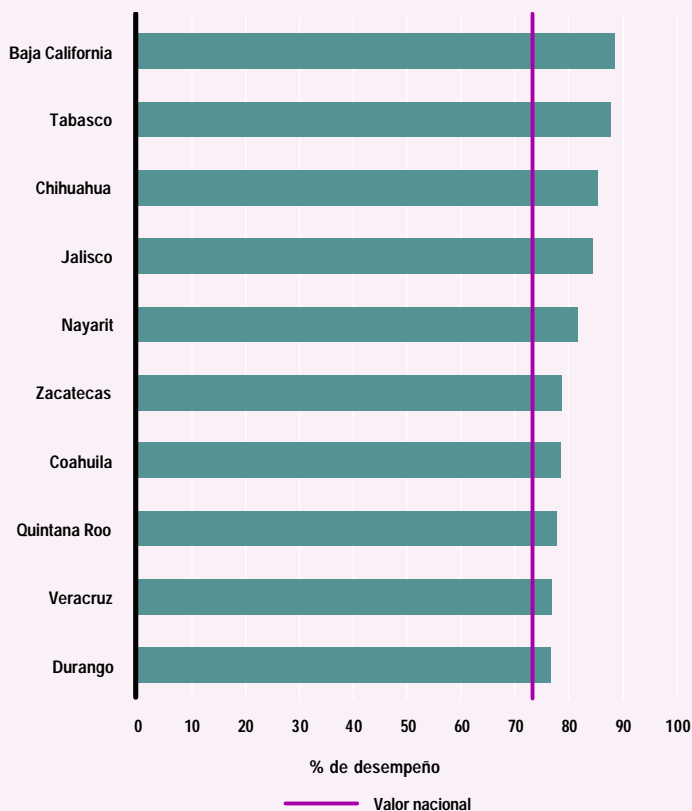
La Secretaría de Salud, a través del sector salud, ha mantenido como una de sus prioridades el interés por disminuir la mortalidad causada por el cáncer cérvico-uterino. Entre 1990 y 2002 la mortalidad por esta causa registró un descenso de 25 a 17 en el número de muertes por cada 100,000 mujeres de 25 años y más, disminución que representa una mejora de 32% en el periodo mencionado.

Para el fortalecimiento del objetivo central del programa se han generado estrategias que garantizan aumentar la cobertura en las mujeres de 25 a 64 años de edad, mejorando la coordinación entre las instituciones del sector salud en los campos de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia

epidemiológica a través del control de calidad, supervisión, investigación, evaluación y fortalecimiento de la infraestructura. También es digna de resaltar la modernización del sistema de información del cáncer en la mujer.

Adicionalmente, la calidad de la atención en los niveles operativos y gerenciales del programa ha sido favorecida con la capacitación técnica y humanística del personal, además de que en los próximos meses se publicarán diversas modificaciones a la norma oficial en la materia, la cual incorporará los avances más recientes en materia de prevención, tratamiento y control del cáncer cérvico-uterino.

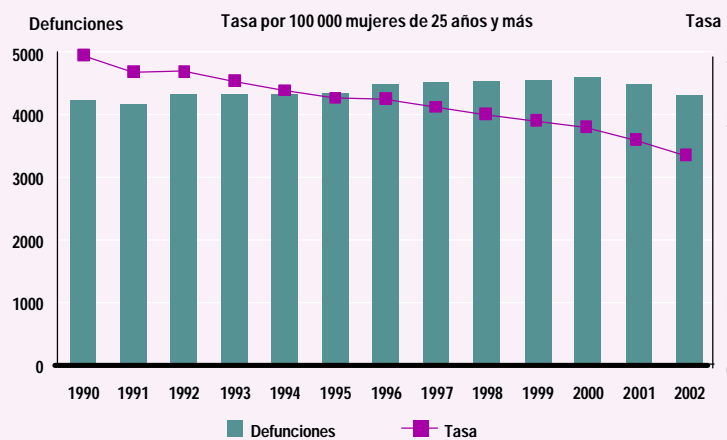
Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Cáncer Cérvico-Uterino México 2003



Baja California, Tabasco y Chihuahua mostraron los mejores desempeños en la prevención y control del cáncer cérvico-uterino.

La mortalidad por cáncer cérvico-uterino sigue disminuyendo.

Mortalidad y número de defunciones por Cáncer Cérvico-Uterino México 1990-2002



Programa de Diabetes Mellitus

El índice de desempeño del Programa de Diabetes Mellitus 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%).

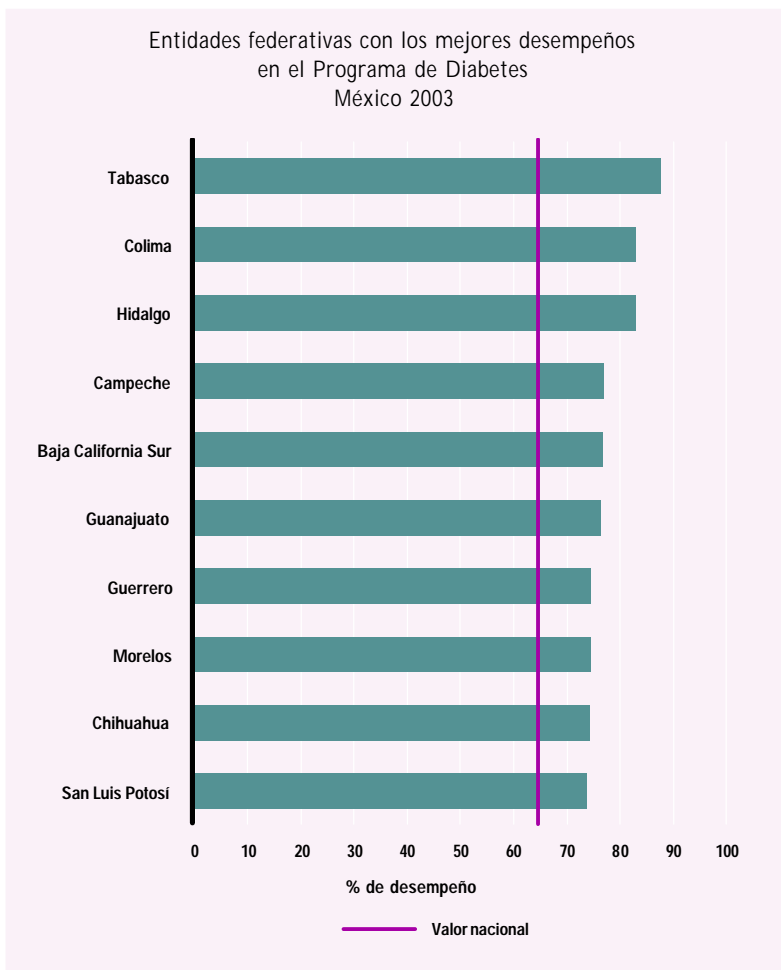
En México existen más de 5 millones de diabéticos, muchos de los cuales desconocen su condición. Por su importancia como causa de muerte y discapacidad, la prevención y atención de la diabetes se constituyeron en prioridades del sistema de salud.

Entre las principales acciones que han demostrado ser útiles para el control de esta enfermedad y para evitar las complicaciones derivadas de ella se encuentran la participación activa de la población en el automonitoreo y el control de los factores de riesgo asociados a la diabetes, entre los cuales juega un papel preponderante la obesidad.

En este sentido, el Programa de Acción de Diabetes Mellitus incluyó, entre otras, las siguientes actividades en 2003: i) la organización de una "Expodiabetes", con la participación del sector público y privado en la cual se proporcionó información relevante sobre este tema a la población; ii) la implantación del programa de calidad de la atención en diabetes en el estado de Veracruz en coordinación con la Organización

Panamericana de la Salud, programa que servirá de modelo para implementarse en el resto del país; iii) el fortalecimiento del servicio de "consultorio virtual" en la página web de "Todo en Diabetes", servicio que proporciona información sobre este tema a personal de salud y público en general, y iv) la organización de dos intensas campañas de comunicación, denominadas "por eso es tan común la diabetes" y "midete la cintura", para prevenir los factores de riesgo asociados a esta enfermedad. Además de estas acciones, de manera continua se llevan a cabo talleres para el manejo de insulinas entre médicos del primer nivel de atención y se prosigue con 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.

Seis de los diez estados con mejor desempeño en este programa en 2002 mantuvieron su buen desempeño este año; el índice de desempeño a nivel nacional ascendió de 49.9 en 2002 a 65.6% en 2003.



Tabasco, Colima e Hidalgo son los estados que mejor desempeño mostraron en el Programa de Diabetes.

Programa de Hipertensión Arterial

El 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%).

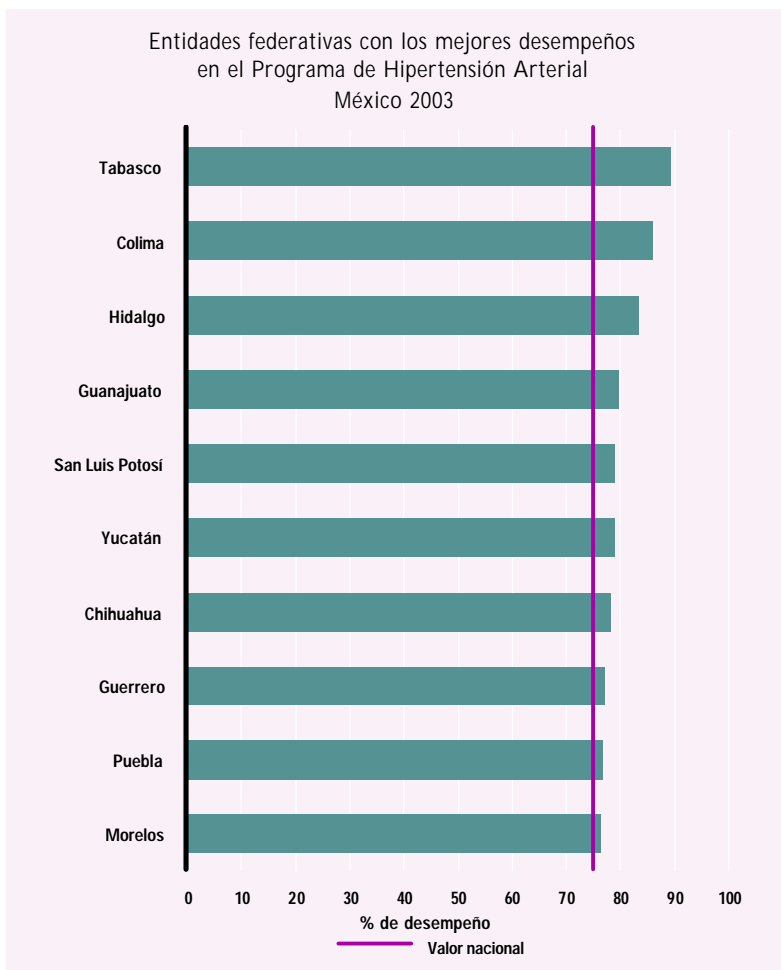
La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más común para desarrollar afecciones cardíacas y para sufrir un accidente cerebrovascular. Además, afecta la integridad y el funcionamiento de otros órganos, como el riñón y la retina.

La medida más importante y menos costosa para el control de la hipertensión arterial es la prevención. El primer paso es difundir la magnitud del riesgo que implica padecer presión arterial elevada, llevando a cabo acciones de educación y promoción que ayuden a la detección temprana, al tratamiento oportuno y al control de la presión arterial. Estas acciones deben enfatizar la asociación de la HTA con otros factores de riesgo, como el sedentarismo, el tabaquismo, la obesidad y el elevado consumo de sal.

La Secretaría de Salud realiza importantes esfuerzos para detectar

oportunamente y prevenir o retrasar las complicaciones derivadas de vivir con niveles elevados de presión arterial. Entre las acciones más importantes realizadas por el Programa de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial en 2003 se pueden mencionar la realización de cursos dirigidos a médicos generales; el reforzamiento del plan para la reducción de las enfermedades cerebrovasculares, en el cual participan 130,432 personas mayores de 65 años con hipertensión arterial, y el desarrollo de una campaña de comunicación denominada "mídete la cintura" para prevenir factores de riesgo asociados a la hipertensión.

Ocho estados repitieron entre los diez con mejor desempeño en este programa, mientras que el índice nacional se elevó de 55.4 en 2002 a 75% en el último año.



Tabasco, Colima e Hidalgo son los estados que mejor desempeño mostraron en el Programa de Hipertensión Arterial.

Programa de Prevención y Control de las Adicciones

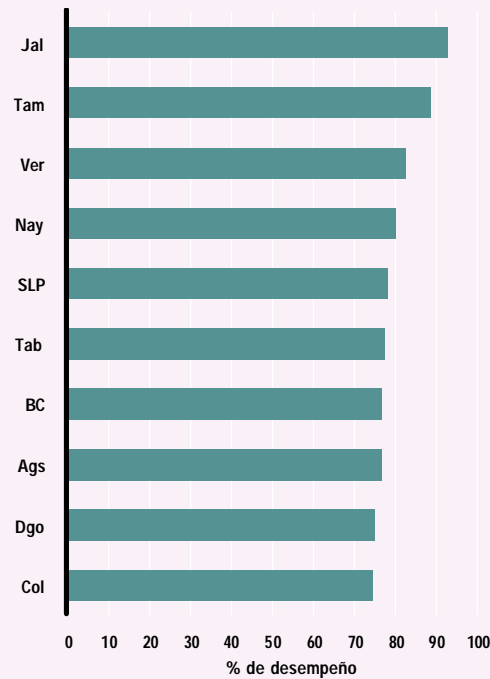
El índice de desempeño de los Consejos Estatales contra las Adicciones se define como el desempeño de los consejos en los siguientes rubros: I) estructura; II) organización; III) desarrollo de programas; IV) cumplimiento de metas; V) recursos presupuestales; VI) nivel de interlocución y gestión, y VII) 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 nuestro país se han establecido políticas y programas bien definidos para afrontar de manera integral la problemática del consumo de sustancias adictivas tanto legales como ilegales. En estos esfuerzos es fundamental la coordinación entre los tres órdenes de gobierno y las instancias públicas, privadas y sociales que desarrollan acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación, normatividad e investigación bajo un esquema ordenado que permita la consecución de las metas trazadas y la evaluación de procesos y resultados.

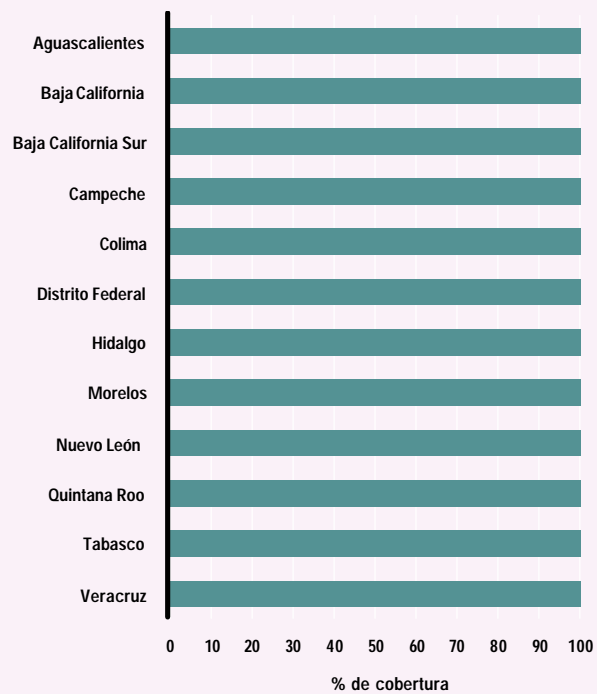
En 2003, con la asesoría del Consejo Nacional contra las Adicciones y el apoyo de sus gobiernos respectivos, 28% de los Consejos Estatales contra las Adicciones presentaron un nivel de funcionamiento destacado, con índices de desempeño por arriba de 80 puntos. Esto refleja el cumplimiento de diversos compromisos institucionales, como la gestoría de recursos, la ampliación de infraestructura para la atención y el desarrollo de nuevos enfoques en las intervenciones preventivas.

Entidades con los mejores desempeños de los Consejos Estatales
contra las Adicciones
México 2003



Jalisco y Tamaulipas mostraron puntajes superiores a 85 en el índice de desempeño de los Programas Estatales contra las Adicciones.

Entidades con los mejores desempeños en la cobertura de programas
municipales contra las adicciones
México 2003



En el año 2000 sólo existían 242 Comités Municipales contra las Adicciones; en 2003 la cifra ascendió a 1,173.

Población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano

La población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano se define como la proporción de habitantes del país que recibe agua desinfectada con niveles de cloro residual entre 0.2 y >1.5 mg/L a través de sistemas de abastecimiento formales.

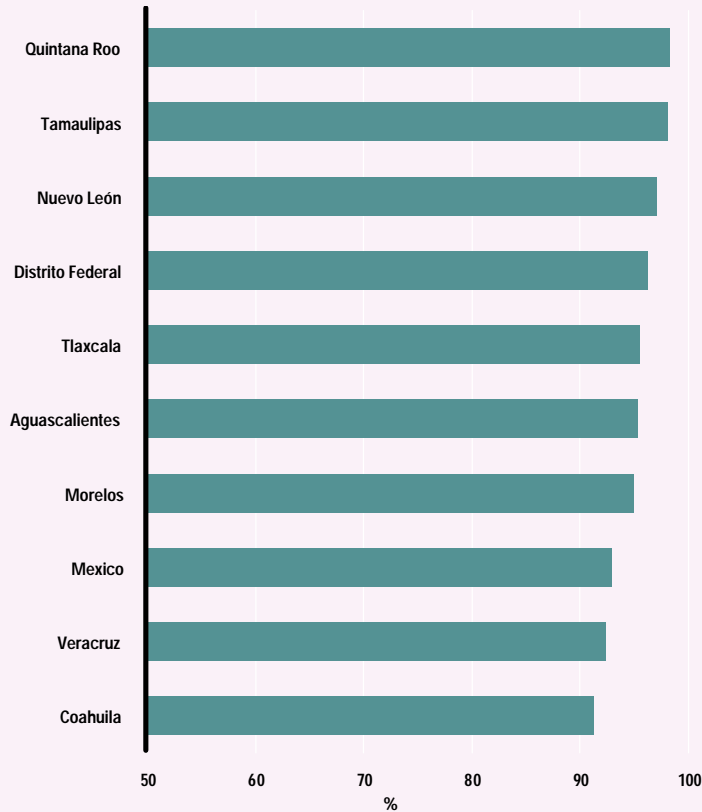
La desinfección del agua tiene como propósito destruir o inactivar agentes patógenos y otros microorganismos indeseables, ayudando así a la reducción de la incidencia y de enfermedades que se originan por el consumo de agua de calidad inadecuada.

La efectividad del procedimiento de desinfección del agua que se suministra a la población se lleva a cabo a través de la determinación de cloro residual libre, cuya presencia en la línea de distribución señala de manera inequívoca la eficiencia de la desinfección.

Esta vigilancia de la calidad de agua garantizó que en 2003, de los 80 millones de habitantes que disponen de servicio de agua entubada, 83 % contaran con agua de calidad bacteriológica.

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 mejoren su calidad. Finalmente, el programa debe avanzar hacia aquella población que actualmente no cuenta con un sistema formal de abastecimiento a fin de incluirla y protegerla contra riesgos sanitarios.

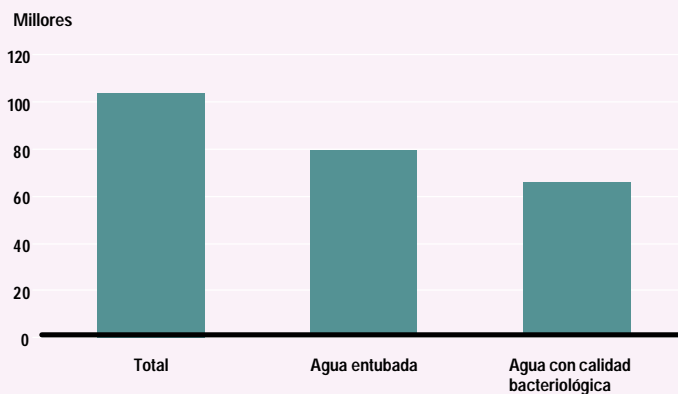
Entidades con los mejores desempeños en el porcentaje de población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano México 2003



Ocho de las diez entidades que en 2002 mostraron un desempeño sobresaliente con respecto a la calidad bacteriológica del agua se mantuvieron entre los estados con mejor desempeño en 2003.

En 2003 más de 60 millones de habitantes contaron con agua de calidad bacteriológica adecuada.

Comparativo de la población nacional con población con agua entubada y con agua de calidad bacteriológica México 2003



Yodación de la sal para consumo humano

El desempeño del Proyecto de Sal Yodada se calcula dividiendo el número de muestras analizadas y reportadas en informes, entre el número de muestras programadas o comprometidas.

El yodo es un micronutriente esencial para la vida. Su carencia en el organismo propicia inmadurez en el cerebro, sordera y falta de desarrollo. Debido al agotamiento de este elemento en el planeta, los gobiernos se han visto en la necesidad de asegurar su consumo en la dieta diaria por medio de su adición en la sal, universalmente reconocida como el vehículo ideal para dotar a la población de yodo.

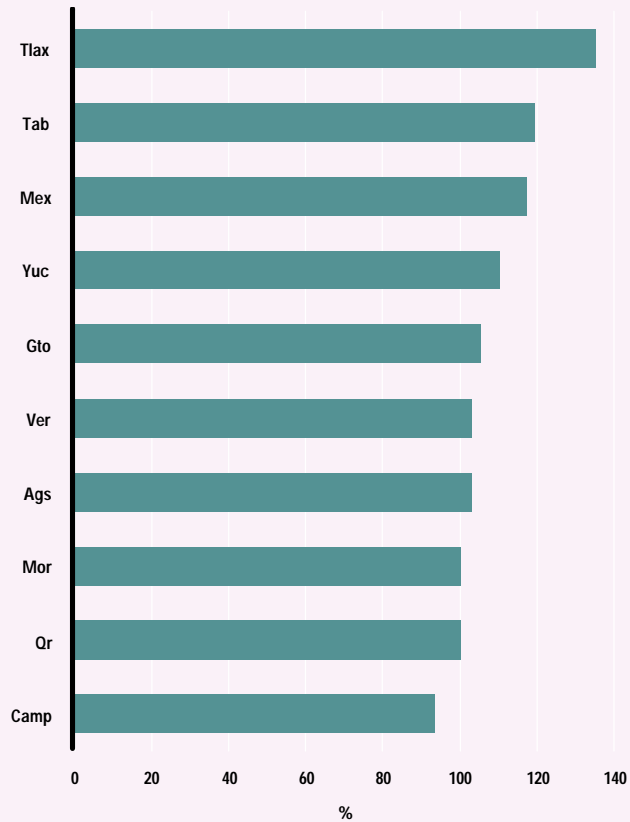
En nuestro país se estima un consumo diario de sal de 13 a 15 gramos por habitante, por lo que para alcanzar el nivel adecuado de consumo de yodo, cada kilogramo de sal debe estar adicionado con al menos 15 miligramos del micronutriente, lo cual debe verificarse mediante la toma de muestra de producto en puntos de venta.

Gracias a las acciones de control sanitario que durante los últimos diez años ha realizado la Secretaría

de Salud, México ha podido alcanzar la meta de proporcionar las concentraciones de yodo necesarias para evitar los problemas sanitarios derivados de su carencia.

La vigilancia epidemiológica permite constatar el éxito de las acciones de control sanitario de la yodación de la sal por medio de la detección de los casos de bocio en la población, uno de los indicadores de salud pública que determina el grado de carencia de este micronutriente, especialmente en la población infantil. Derivado de la adición de yodo en sal, desde el 2001 la tasa de bocio se ha mantenido en niveles inferiores a 2 casos por 100,000 habitantes, lo cual indica que las enfermedades por deficiencia de yodo no representan un problema de salud pública en nuestro país.

Porcentaje de cumplimiento del programa de muestreo del proyecto de vigilancia sanitaria de sal yodada México 2003



Nueve de las diez entidades con mejor desempeño en el Programa de Yodación de Sal muestran valores por arriba del 100% en el índice de desempeño de ese programa.

La yodación de la sal ha permitido tener bajo control las afecciones que se asocian a un consumo deficiente de yodo.

Tasa de incidencia de bocio México 1996-2003

