

Meiores Desempenos

- 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
 - ▶ Protección contra 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) cobertura de unidades participantes; III) consistencia en la información; IV) cumplimiento de estándares; V) Aval Ciudadano; VI) participación en premios institucionales de calidad, y VII) instrumentación de acciones innovadoras.

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 fundamentan en la utilización de la información del monitoreo de la calidad para instrumentar proyectos de mejora continua en los diferentes niveles organizacionales.

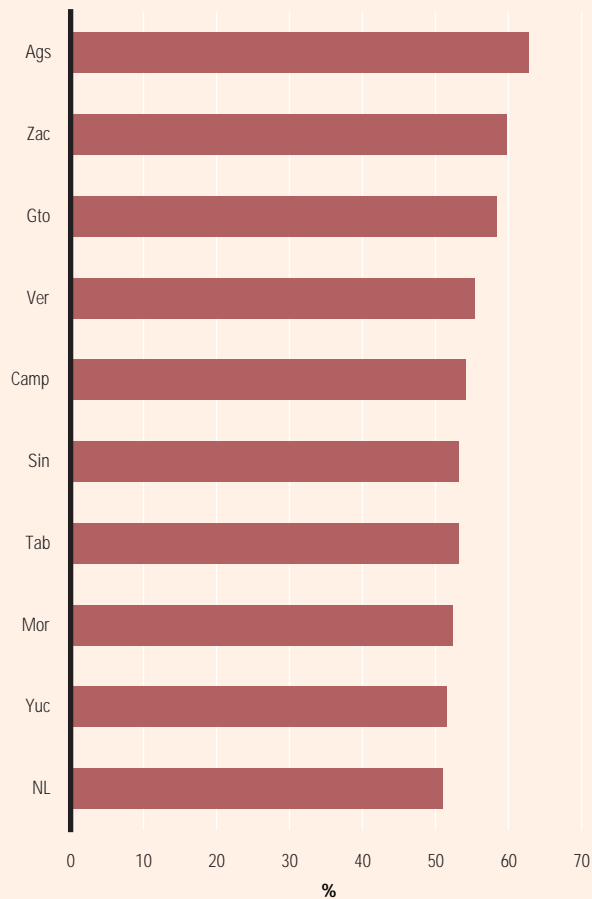
Estas acciones inicialmente se dirigieron a mejorar la calidad de la atención en el ámbito interpersonal, específicamente en el trato digno a los pacientes y sus acompañantes, la reducción de los tiempos de espera en consulta externa y urgencias, y la disponibilidad y entrega de medicamentos. A partir de 2003 se incorporaron acciones de mejora en atención médica efectiva, con énfasis en la consulta externa en la atención de embarazadas, niños menores de cinco años con enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, y adultos diabéticos e hipertensos. En los hospitales se ha trabajado en la prevención y control

de infecciones nosocomiales, oportunidad quirúrgica y control de cesáreas injustificadas.

En 2004 se fortaleció el desarrollo y la difusión de experiencias exitosas en los procesos de calidad de los servicios de salud mediante diferentes estrategias, dentro de las que destacan: acuerdos de gestión entre federación, estados y unidades médicas para negociar metas de desempeño en indicadores de calidad de la Cruzada; capacitación, asesoría e impulso a la participación en premios institucionales de calidad como una estrategia de desarrollo de una cultura de gestión de calidad en las unidades médicas, y desarrollo de la segunda edición del Foro Nacional por la Calidad en Salud.

En 2004 los Comités Estatales de Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Nuevo León continuaron su destacada participación y compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y se han mantenido desde 2001 entre los diez estados con mejores desempeños. Mención especial merece el Comité Estatal de Aguascalientes, que no sólo se ha mantenido entre los mejores desde 2002, sino que en 2004 ocupó la primera posición en este índice.

Entidades con los mejores desempeños en el compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad México 2004



Aguascalientes, Sinaloa, Veracruz, Tabasco y Nuevo León se han mantenido entre los diez comités estatales con mejor desempeño en su compromiso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud desde 2001.

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 la satisfacción del usuario con: I) la oportunidad en la atención; II) el intercambio de información entre el médico y el usuario; III) los medicamentos surtidos, y IV) el trato brindado por el personal en la unidad médica.

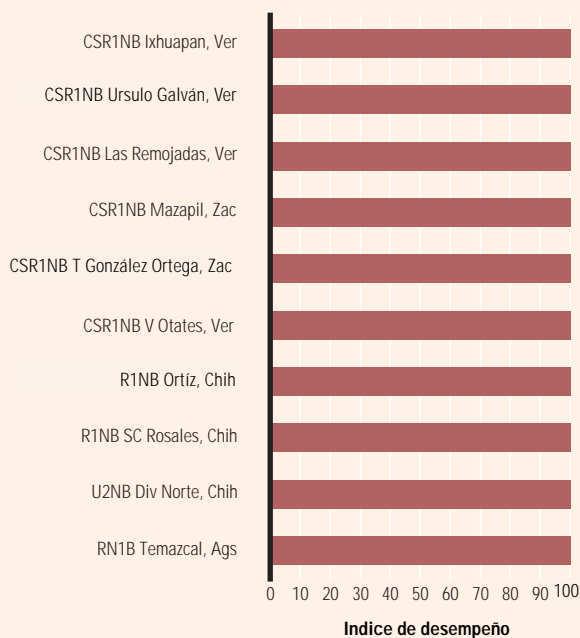
En 2001 y 2002 el énfasis de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se puso en mejorar los aspectos interpersonales de la relación entre usuarios y prestadores de servicios de salud. En 2003, al sistema de monitoreo (INDICA) se le añadieron variables relacionadas con el intercambio de información entre el médico y el usuario: si el médico permitió al usuario hablar sobre su estado de salud, si le explicó los cuidados a seguir y si la información proporcionada por el médico fue clara.

En 2004 las unidades médicas de primer nivel de la Secretaría de Salud que se destacan por su buen desempeño en este índice corresponden a los estados

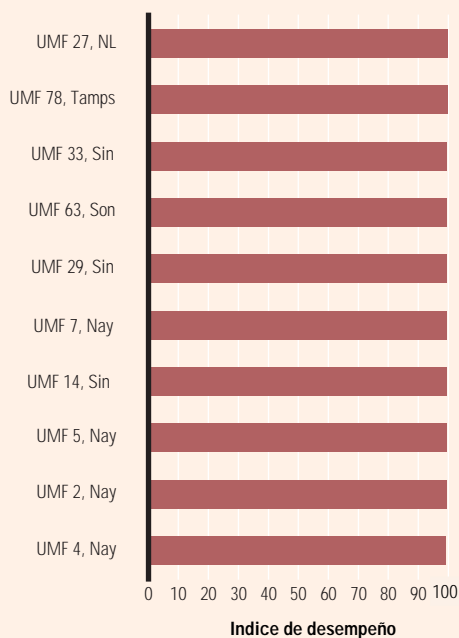
de Veracruz, Zacatecas, Chihuahua y Aguascalientes. En el caso del IMSS, los mejores desempeños corresponden a unidades de los estados de Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa y Sonora. En IMSS-Oportunidades las mejores unidades se ubican en Oaxaca, Michoacán y Chihuahua. En el caso del ISSSTE los mejores desempeños se ubican en unidades de Tamaulipas, San Luis Potosí y Puebla.

Cabe destacar el esfuerzo de las siguientes unidades médicas que se han mantenido entre las 10 mejores de su institución desde 2003: C.S.R.01 N.B. Mazapil (SS, Zacatecas), U.M.F. No 78 (IMSS, Tamaulipas) y Río Grande (IMSS-Oportunidades, Zacatecas).

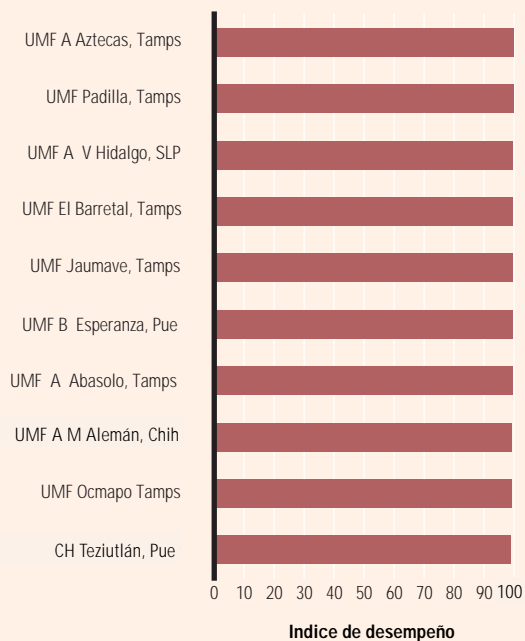
Unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



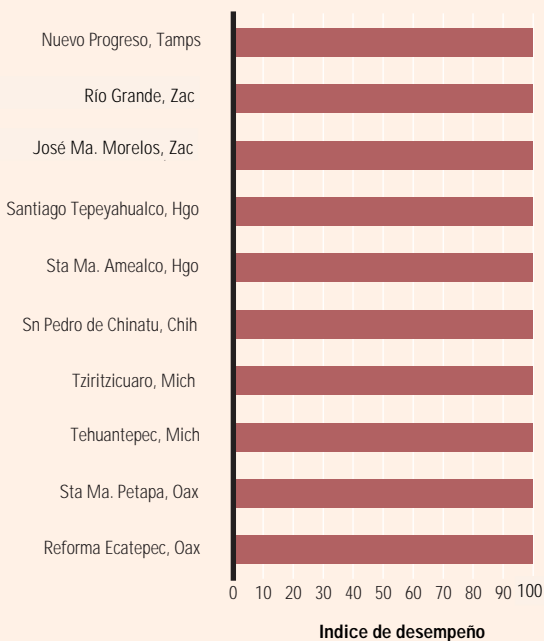
Unidades de primer nivel del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



Unidades de primer nivel del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



Unidades de primer nivel del IMSS–Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



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

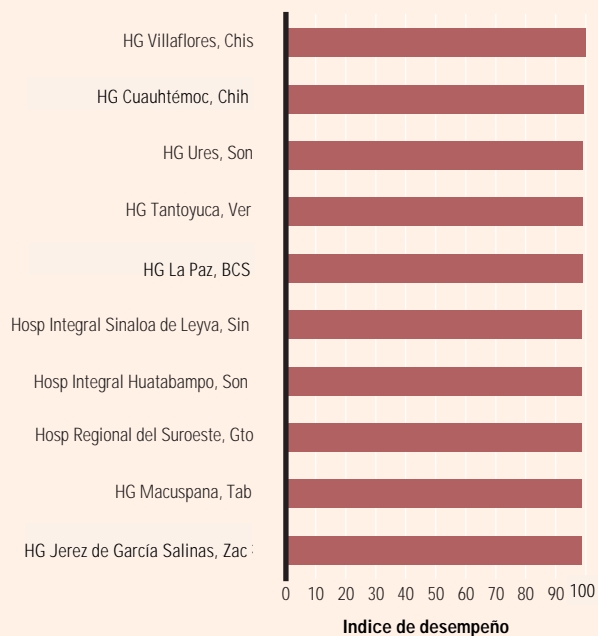
El desempeño en trato de calidad en servicios de urgencias se evalúa a través de un índice que mide el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar o acompañante) con: I) la oportunidad en la atención; II) el intercambio de información entre el médico y el usuario, y III) el trato brindado por el personal en la unidad médica.

La calidad de la atención en los servicios de urgencias de unidades de segundo nivel se valoró, durante 2001 y 2002, de la misma manera que en las unidades médicas de primer nivel; es decir, enfocándose en aspectos interpersonales entre usuarios y prestadores del servicio. En 2003 se añadieron las siguientes variables relacionadas con el intercambio de información entre el médico y el usuario: si el médico permitió al usuario hablar sobre su estado de salud; si le explicó los cuidados a seguir; si la información proporcionada por el médico fue clara, y el nivel de satisfacción del usuario con el trato recibido en la unidad fue aceptable. A diferencia de las unidades de primer nivel, este índice en urgencias no evalúa la satisfacción con el surtimiento de medicamentos.

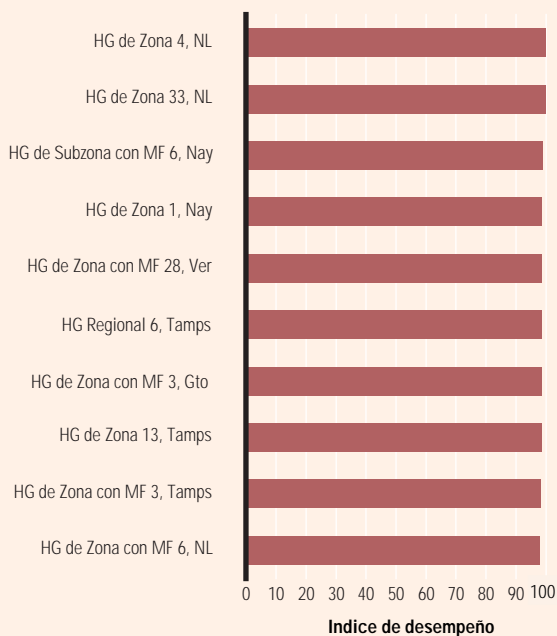
En 2004 las unidades de la Secretaría de Salud con mejores desempeños en este índice se localizaron en Chiapas, Chihuahua y Veracruz. En el IMSS los servicios de urgencias con mejor desempeño en este índice se localizaron en Nuevo León, Nayarit y Tamaulipas. Para el IMSS-Oportunidades fueron unidades de Zacatecas, Coahuila y Michoacán. En el ISSSTE se destacaron los servicios de urgencias de los hospitales de Tamaulipas, Puebla y Aguascalientes.

Finalmente, destacan los desempeños de las siguientes unidades que se han mantenido entre las 10 mejores de su institución desde 2002: H.G. Cuauhtémoc (SS, Chihuahua), H.I. Huatabampo (SS, Sonora), H.G.Z.M.F. No. 3 (IMSS, Guanajuato), Ario de Rosales (IMSS-Oportunidades, Michoacán) y Pinos (IMSS-Oportunidades, Zacatecas).

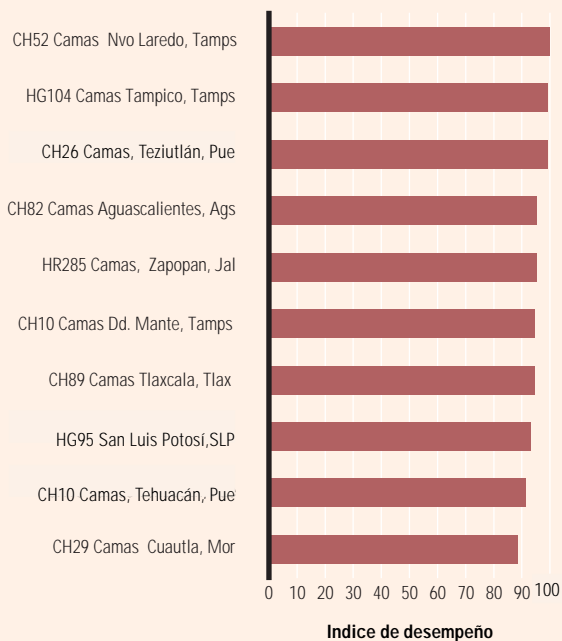
Servicios de urgencias de la Secretaría de Salud con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



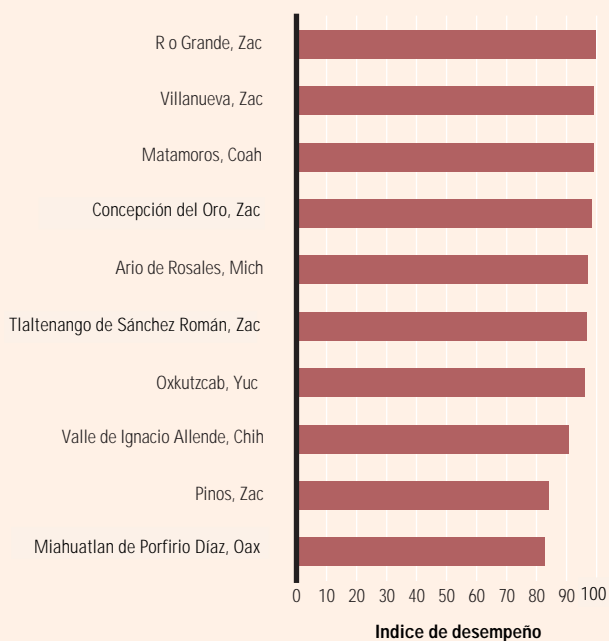
Servicios de urgencias del IMSS con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



Servicios de urgencias del ISSSTE con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



Servicios de urgencias del IMSS-Oportunidades con los mejores desempeños en trato de calidad México 2004



Desempeño del aval ciudadano

El desempeño del aval ciudadano en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se evalúa a través de un índice que mide: I) nivel de participación ciudadana en el monitoreo del trato digno; II) acceso a resultados del monitoreo institucional; III) unidades avaladas en transparencia; IV) seguimiento de las acciones de mejora para dar respuesta a las sugerencias formuladas por los avales, y V) gestión estatal.

i Cómo aumentar la credibilidad de la población en los esfuerzos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, si la ciudadanía no confía en sus instituciones? Para responder a esta pregunta se diseñó el mecanismo sectorial Aval Ciudadano, que avala la transparencia de los resultados de trato digno y colabora en la mejoría de la calidad en los servicios.

Hasta diciembre de 2004 se habían integrado 637 avales ciudadanos en 30 entidades federativas. Los avales están constituidos principalmente por organizaciones ciudadanas sin relación con los respectivos gobiernos estatales, y han logrado superar las expectativas y desafíos que al inicio de sus actividades representaba el monitoreo ciudadano.

Las organizaciones participantes realizaron en el último año 1,102 visitas a 632 unidades médicas de las principales instituciones de salud. Entre las unidades visitadas, 390 fueron avaladas en transparencia de trato digno, lo que significa que entre la información generada por la propia unidad y la recopilada por los avales no existían diferencias mayores a 20%.

Adicionalmente, los avales han formulado más de 1,200 sugerencias de mejora que se están implementando en casi 50% de las unidades visitadas. El seguimiento a las acciones propuestas para mejorar el trato en los servicios

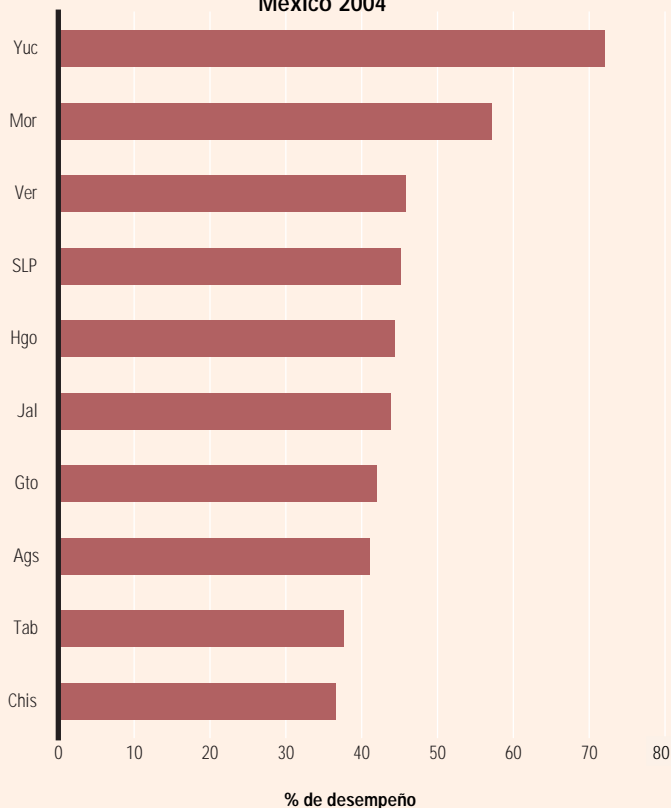
de salud se lleva a cabo mediante la elaboración de cartas compromiso, firmadas por las autoridades de las unidades médicas y los avales ciudadanos.

Estas tareas contribuyen de manera significativa a la rendición de cuentas. En 2004 los avales ciudadanos tuvieron acceso a la información del trato digno en 81% de las visitas realizadas, el número de usuarios que conocen dicha información se triplicó y el porcentaje de personal de las unidades con conocimiento de sus resultados se duplicó en sólo seis meses de actividades. Lo más importante es que los indicadores institucionales de trato digno han mejorado, y que su transparencia es avalada por el monitoreo ciudadano cuya percepción de calidad, en algunos casos, es más positiva que la de los propios servicios de salud.

Aunque estos logros son relevantes, es digno de destacar que los beneficios alcanzados han rebasado el objetivo inicial de lograr mayor credibilidad y confianza en la población. Hoy los ciudadanos disponen de un espacio en donde expresar su entusiasmo y espíritu de colaboración para promover la mejora en la atención a la salud, otorgar reconocimiento social a los buenos servidores e incrementar, con su participación, la sustentabilidad de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En 2004, las entidades con mejor desempeño en lo concerniente al aval ciudadano fueron Yucatán, Morelos, Veracruz y San Luis Potosí.

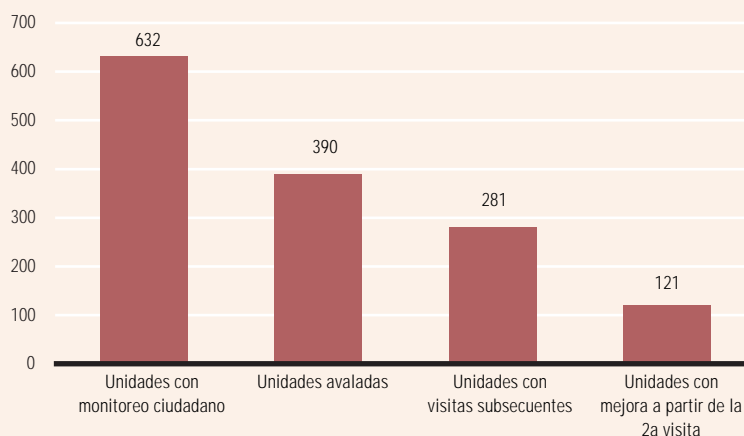
Entidades federativas con mejores desempeño en
Aval Ciudadano
México 2004



Yucatán y Morelos mostraron un desempeño sobresaliente en el funcionamiento de los avales ciudadanos en 2004.

Los avales ciudadanos han propiciado un mayor acceso a la información entre usuarios y personal de salud, y han impulsado mejoras continuas en la calidad de la atención.

Resultados de las actividades de los avales ciudadanos a nivel nacional
México 2004



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) brinda a la ciudadanía una atención profesional y especializada en la solución de las controversias médicas mediante la aplicación de mecanismos alternos a la disputa judicial, como la conciliación y el arbitraje, utilizando un modelo de arbitraje médico integral y estandarizado certificado conforme a la norma ISO 9001:2000.

En 2004 la CONAMED atendió más de 20 mil asuntos, de los cuales 5,737 requirieron atención especializada médico-jurídica, alcanzando un índice de satisfacción de los usuarios con los servicios brindados de 97.3%.

Derivado del análisis de los motivos de inconformidad y la evaluación del acto médico en cada uno de los asuntos desahogados en la CONAMED, se elaboraron recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina encaminadas a corregir los errores y contribuir a elevar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población.

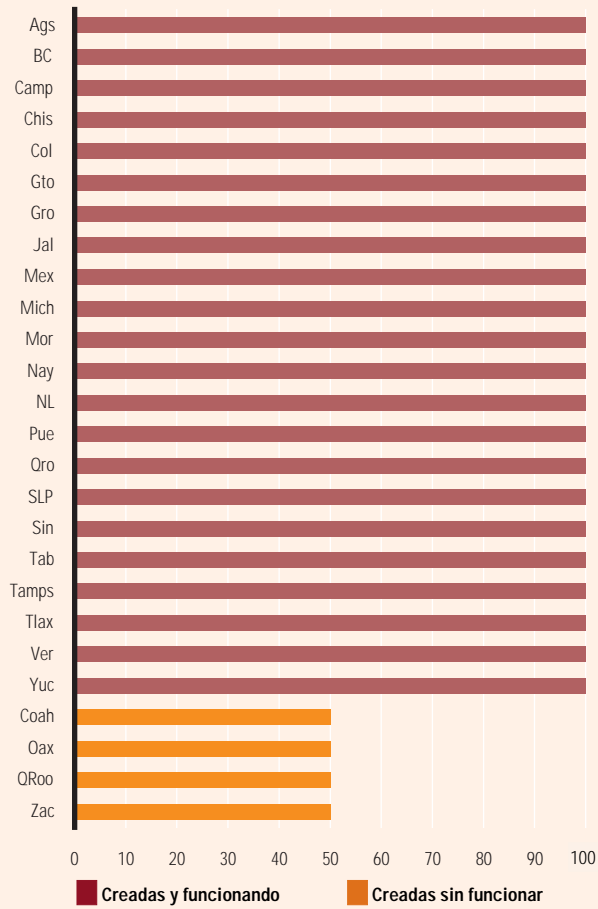
Entre las tareas fundamentales del proceso de atención de quejas médicas está la revisión documental, específicamente la referente a la elaboración del expediente clínico, el cual debe incluir toda la información clínica del paciente, así como las medidas aplicadas.

Los resultados de una revisión de cerca de 3,500 expedientes de queja, muestran una reducción de 24 a 18% en el número de asuntos cuya integración fue considerada como “insuficiente”: en tres de cada diez casos la historia clínica estuvo ausente, y en 16.7% de 1 325 casos quirúrgicos no hubo consentimiento informado.

Independientemente de lo anterior, es importante resaltar que la mayor parte de las quejas estudiadas en 2004 no mostraron evidencia de mala práctica médica. El porcentaje de quejas sin evidencia de mala práctica se ha incrementado consistentemente de 54% en 2001 hasta 74% en 2004.

Por otra parte, junto con las 22 comisiones estatales que operan en el país – las que con la CONAMED integran el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico– se avanzó en la operación de un modelo único de arbitraje médico estandarizado y homologado en sus criterios y procedimientos en el ámbito nacional, logrando al término de 2004 que 11 comisiones estatales alcanzaran la homologación documental con los procedimientos de la CONAMED.

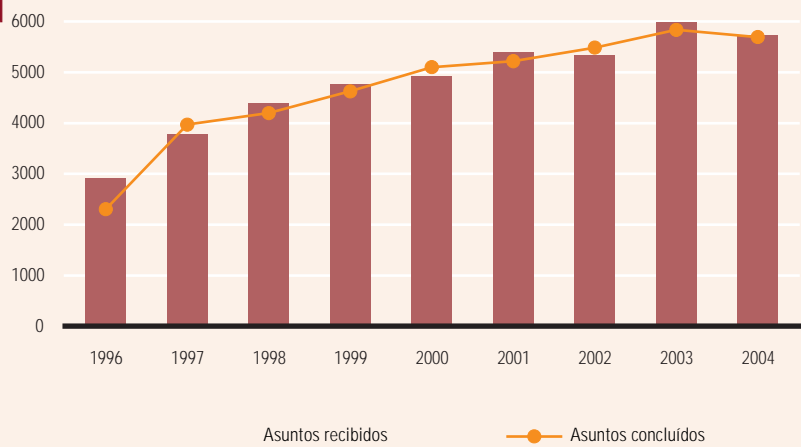
**Entidades con comisiones estatales de arbitraje médico
México 2004**



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

Los asuntos atendidos por la CONAMED han crecido 17% con respecto al año 2000

**Asuntos recibidos y concluidos por la CONAMED*
México 1996-2004**



* En algunos años los asuntos concluidos superan a los recibidos por incluir los asuntos en proceso del año anterior

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La evaluación del Programa de Acción Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se construyó con 19 indicadores que califican el desempeño de los sistemas de vigilancia epidemiológica en los siguientes rubros: notificación semanal de casos nuevos, Red de Hospitales para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) y registros de otros sistemas especiales.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) permite mantener actualizada la información sobre múltiples enfermedades, con lo que se garantiza una respuesta pronta y adecuada en caso de que se requiera de acciones inmediatas para controlar y delimitar una contingencia de carácter sanitario.

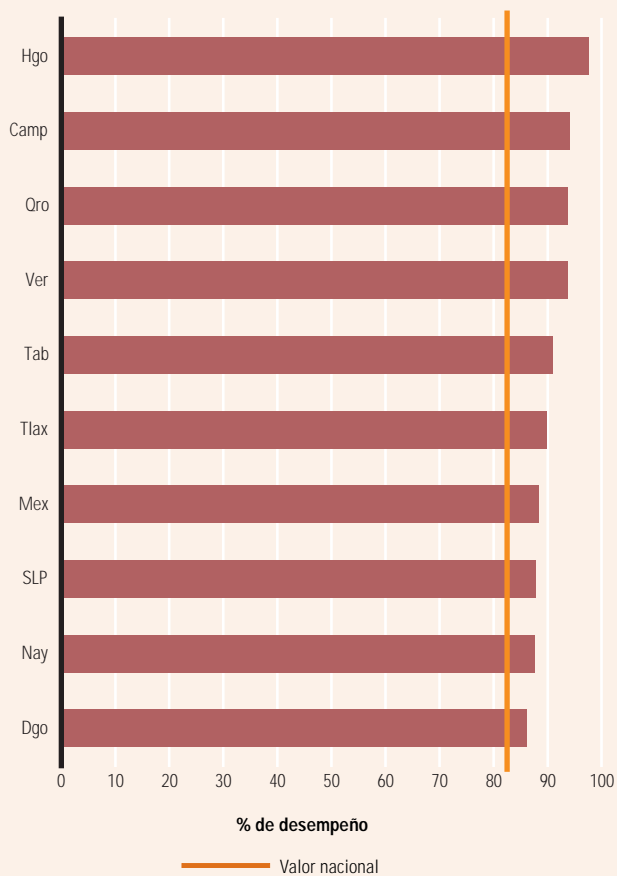
En 2004 el sistema semanal de notificación de casos registró más de 42 millones de diagnósticos de las 117 enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Los reportes provienen de 18,392 unidades médicas de todas las instituciones de salud del país. Por su parte, el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) recolectó 451,437 certificados de defunción, de los cuales 8,005 fueron investigados por ser sujetos a vigilancia epidemiológica. Finalmente, la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) captó 24,099

episodios de infección nosocomial y se investigaron 57 brotes en 133 hospitales.

En el último año 318 unidades médicas se incorporaron al Sistema Semanal de Notificación de Casos y la cobertura de unidades médicas que notifican de manera semanal aumentó de 86.4 a 90.8%. En el marco de la innovación tecnológica, se implementó en tres entidades federativas la plataforma única de información en vigilancia epidemiológica, la que mediante el uso de internet permite contar con información en tiempo real.

Los estados que se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños en 2004 fueron Hidalgo, Campeche, Querétaro, Veracruz, Tabasco, Tlaxcala, Estado de México, San Luis Potosí, Nayarit y Durango. En este año el índice de desempeño nacional aumentó 2.4 puntos porcentuales, alcanzando una cifra de 82.3%.

Entidades federativas con los mejores desempeños
en el Programa de Acción SINAVE
México 2004



En 2004 Hidalgo y Querétaro nuevamente mostraron muy altos desempeños en materia de vigilancia epidemiológica.

Programa de Vacunación

El índice para evaluar el desempeño del componente de vacunación se basa en dos indicadores, cobertura de vacunación e indicador de concordancia de poblaciones, y en dos índices, el índice de vigilancia de la parálisis flácida aguda y el índice de vigilancia de la enfermedad febril exantémica.

Pocas actividades de salud pública pueden presumir de tener un éxito tan directo como la vacunación. Gracias a ella se han abatido los niveles de la mayoría de las enfermedades que cuentan con una vacuna disponible e incluso se han logrado erradicar patologías como la viruela o la poliomielitis.

El índice de evaluación del Programa de Vacunación pretende establecer un medio de comparación entre las entidades federativas, buscando que a este nivel se definan y desarrollen acciones encaminadas a reducir las diferencias interestatales, alcanzar y mantener coberturas de vacunación satisfactorias para lograr la protección de la población blanco, identificar a la población total de un año de edad, y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda y de la enfermedad febril exantémica.

La evaluación de este programa se lleva a cabo con el análisis de dos indicadores propios del Sistema de Información de Vacunación y Vigilancia Nutricional (PROVAC) y dos índices compuestos que se obtienen a través del Sistema Nacional de Vigilancia

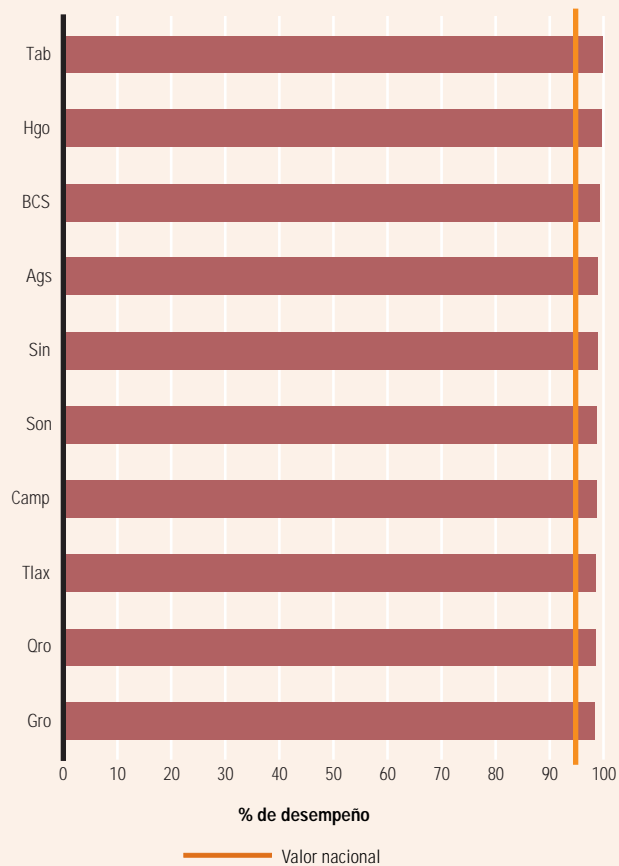
Epidemiológica. Los insumos del índice de desempeño son los siguientes:

- cobertura de vacunación;
- concordancia entre la población de un año de edad captada en el Censo Nominal y la estimada oficialmente por los Servicios Estatales de Salud;
- índice de desempeño de vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda, el cual se integra con información sobre la tasa de notificación, el porcentaje de muestras adecuadas y el indicador de clasificación final oportuna, e
- índice de desempeño de vigilancia epidemiológica de la enfermedad febril exantémica, que se integra con el indicador de notificación, el de estudio oportuno y el de muestras adecuadas.

La media nacional en el nuevo índice del desempeño obtuvo un valor de 95%, lo que representa un avance de 2.5 puntos porcentuales con respecto a 2003.

Durante el 2004 los estados con los mejores desempeños en este programa fueron Tabasco, Hidalgo y Baja California Sur.

**Entidades federativas con los mejores desempeños
en el Programa de Vacunación
México 2004**



Las diez entidades con mejor desempeño en el Programa de Vacunación presentan calificaciones muy cercanas al máximo posible.

Programa de Tuberculosis

El índice de desempeño del Programa para la Prevención y Control de la Tuberculosis se construye mediante el análisis ponderado de cinco indicadores: I) cobertura de la detección (20%); II) diagnóstico oportuno (15%); III) seguimiento adecuado (25%); IV) productividad de laboratorio (10%), y V) curación (30%).

El Programa de Acción contra la Tuberculosis tiene como objetivo disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta causa. Las acciones del programa se sustentan en un enfoque innovador e integral que incluye el desarrollo de actividades basadas en la integración de alianzas estratégicas, el análisis epidemiológico permanente y una nueva visión gerencial para la toma de decisiones.

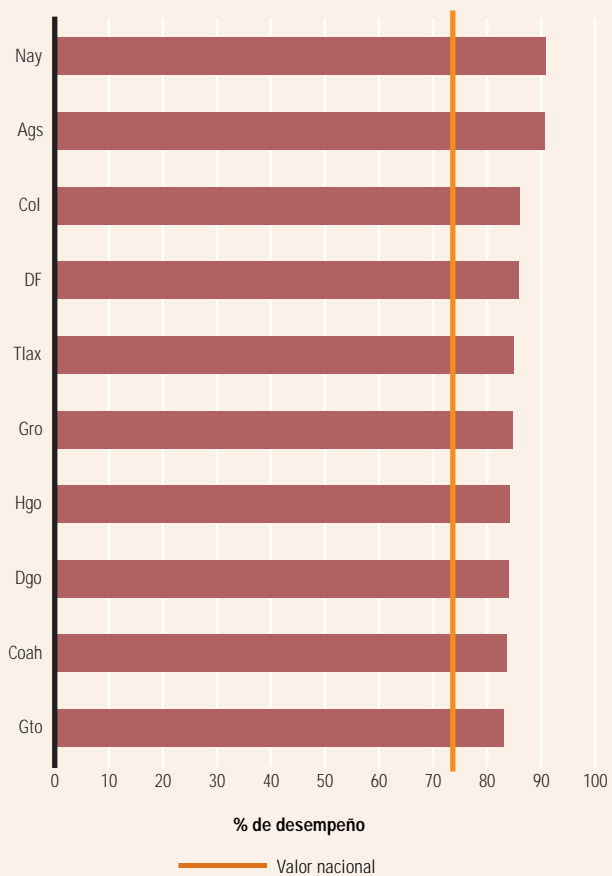
El programa comprende nueve componentes: tres sustantivos, orientados a la población en riesgo, y seis estratégicos, enfocados al personal y los servicios de salud. Se incluye de manera importante la movilización social, el desarrollo humano, la investigación operativa y la coordinación interinstitucional. El compromiso del programa se enfoca principalmente en la detección oportuna de casos y la curación de los enfermos a través de la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

Las metas del programa para el año 2006 contemplan la detección del 90% de los casos y la curación del 85%. En 2004 se logró una detección del 75.8%, curación del 75.3% (100% en áreas TAES) y reducción de la mortalidad de 7.7%.

La evaluación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis se realiza mediante cinco indicadores de proceso e impacto. Así, el índice de desempeño refleja tanto las acciones operativas como el avance en la prevención y control de la enfermedad.

En 2004 el índice de desempeño nacional fue de 73.7, ligeramente superior a la cifra del año anterior. Los estados de Nayarit, Aguascalientes, Guerrero, Hidalgo y Durango se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños, grupo al que se incorporaron Colima, Distrito Federal, Tlaxcala, Coahuila y Guanajuato.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Tuberculosis México 2004



Nayarit y Aguascalientes muestran desempeños particularmente destacados en el Programa de 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 considerando cinco indicadores: I) porcentaje de usuarios activos de condón (20%); II) porcentaje de detección de sífilis en mujeres embarazadas (20%); III) gasto en prevención por persona viviendo con VIH (20%); V) porcentaje de pacientes con SIDA que reciben terapia antirretroviral con presupuesto estatal (20%), y V) porcentaje de casos de SIDA registrados oportunamente (20%).

Los objetivos del Programa VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad frente al VIH/SIDA e ITS; disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA e ITS en las poblaciones más afectadas; interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis; garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento, y disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades.

El programa tiene cinco componentes principales: prevención sexual, prevención sanguínea, prevención perinatal, atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS, y mitigación del daño. Los indicadores utilizados para evaluar el desempeño del programa pretenden medir los distintos componentes del programa; por ejemplo, la prevención sexual a través de la distribución de condones y la atención integral a través de la cobertura de personas en tratamiento antirretroviral.

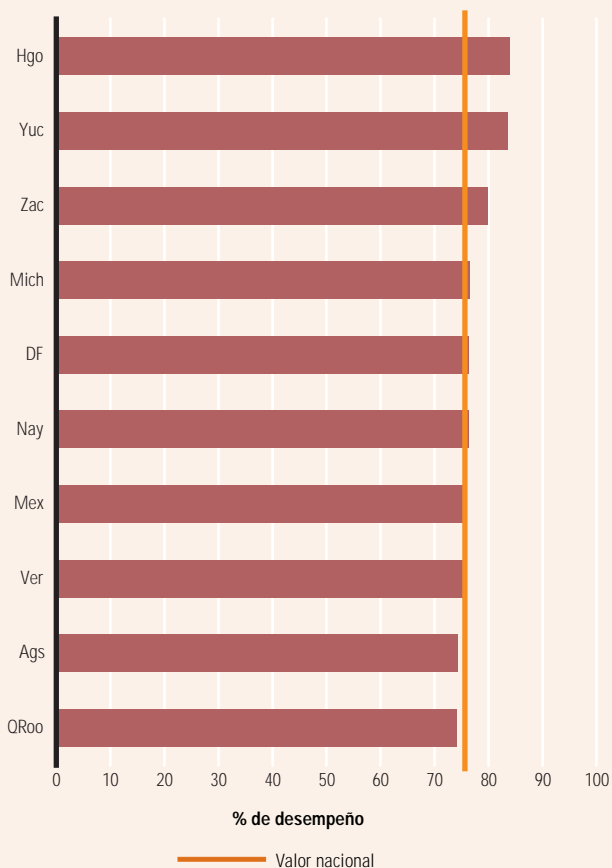
El Programa VIH/SIDA e ITS ha logrado mantener el acceso universal a tratamiento antirretroviral, ha incrementado las acciones de prevención sexual y perinatal,

y ha mejorado de manera significativa el registro oportuno de los casos de SIDA.

Los principales focos rojos en el desempeño de los programas estatales en VIH/SIDA e ITS son compartidos por la mayor parte de los estados: 1) falta de recursos humanos; 2) presupuesto reducido, que se traduce en insumos insuficientes, y 3) insuficientes recursos dirigidos a la prevención. También es posible identificar algunas características comunes a las entidades con los desempeños más bajos, las cuales deben tomarse en cuenta para poder mejorar su desempeño: 1) altos grados de marginación; 2) importante densidad y movimiento poblacional; 3) dificultad de acceso a determinadas áreas geográficas; 4) insuficiente apoyo de las autoridades, y 5) falta de liderazgo en el Programa VIH/SIDA e ITS.

En 2004 el índice de desempeño nacional fue de 76.5, lo que representa un avance significativo de 11.7 puntos porcentuales con relación al valor del año anterior. El análisis estatal permite afirmar que no se tienen desempeños estatales particularmente deficientes o, en sentido opuesto, que destaquen sobre el comportamiento generalizado dentro del programa. En comparación con 2003, el índice mostró un avance significativo en 18 estados.

Entidades federativas con los mejores desempeños
en el Programa de VIH/SIDA e ITS
México 2004



El desempeño de prácticamente todos los programas estatales de VIH/SIDA e ITS mejoró con respecto al año anterior.

Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia

El índice de desempeño del Programa de Acción para la Prevención y Control de la Rabia se construye con seis indicadores: 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%).

El Programa de Acción Rabia tiene como objetivo eliminar el riesgo de transmisión de esta zoonosis de perros y gatos a la población con la que conviven. Las acciones se sustentan en intervenciones que involucran a la comunidad en su conjunto, coordinadas por el Sector Salud con la participación efectiva de instancias federales, estatales y municipales. Comprende dos componentes programáticos: 1) control epidemiológico del reservorio mediante estrategias de vacunación antirrábica masiva, estabilización de la población canina y vigilancia de la no circulación del virus rábico, y 2) atención médica adecuada, oportuna y de calidad para la población en riesgo. La integración de alianzas estratégicas con la comunidad permite validar la certificación de áreas geográficas libres de transmisión de la rabia canina en México.

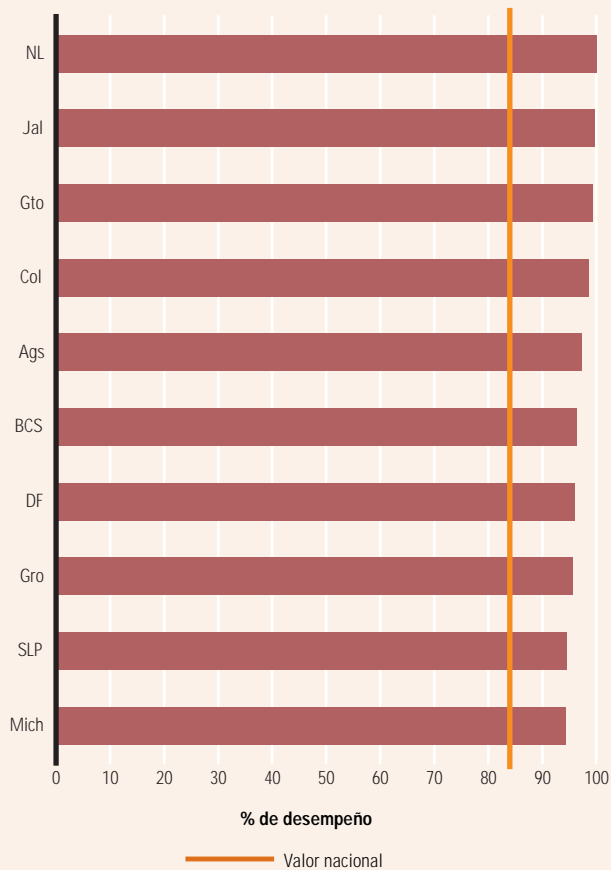
En México los casos de rabia humana han disminuido significativamente en los últimos años. A

partir de 1998 la cifra de casos descendió a menos de 10 y en el 2004 no se registró ningún caso de rabia transmitida por perro. La reducción de rabia en perros también es evidente al pasar de 335 casos en 1998 a 45 en el 2004, valores que reafirman la factibilidad de avanzar hacia la certificación de la eliminación de la transmisión de la rabia canina.

En el último año, las acciones de control en el reservorio se fortalecieron incrementando el número de mascotas esterilizadas y control de la población canina, así como con el mantenimiento de las coberturas de vacunación antirrábica canina.

Durante 2004, los Servicios Estatales de Salud de Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco y Nuevo León se mantuvieron dentro de los diez mejores desempeños. El índice de desempeño de este programa a nivel nacional mostró una clara mejoría al pasar de 76.1 a 83.2.

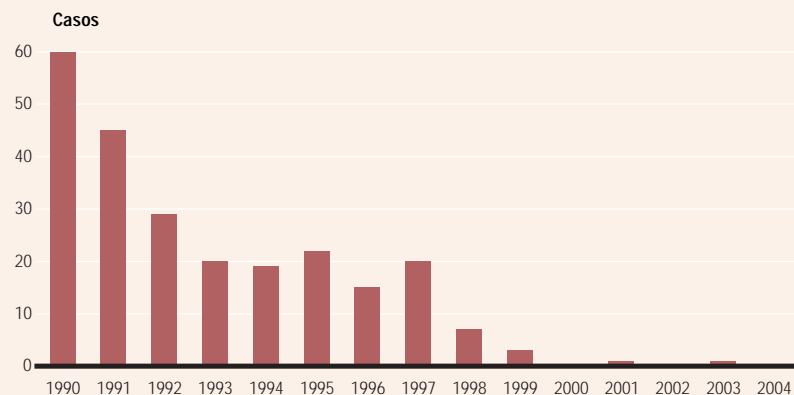
Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Rabia México 2004



Jalisco y Nuevo León aparecen nuevamente entre las entidades con mejor desempeño en el Programa de Rabia.

Por tercera ocasión desde el año 2000, en el último año no se presentó ningún caso de rabia humana transmitida por perro.

Casos de rabia en humanos transmitida por perros México 1990-2004



Programa de Salud Reproductiva

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

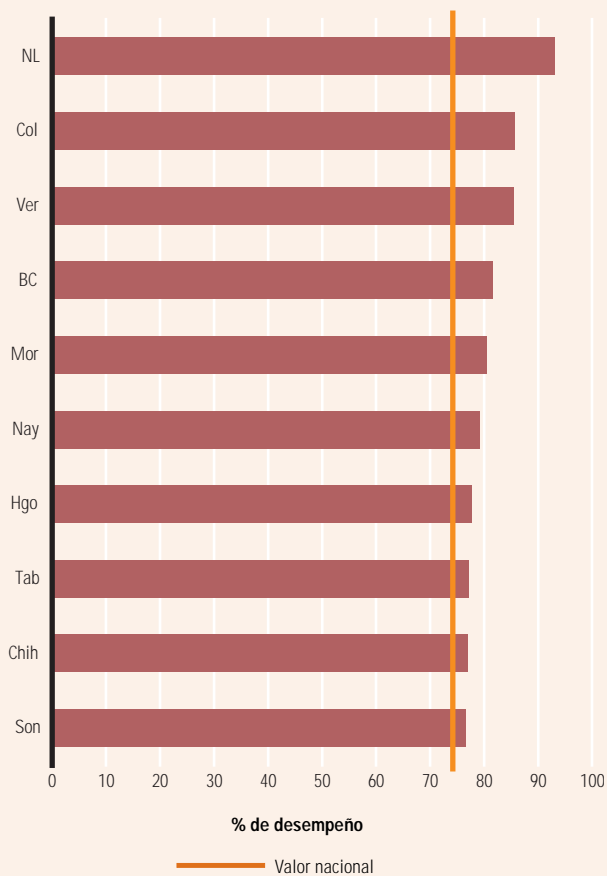
En 2004 se publicó la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. La norma, basada en fundamentos científicos y en las mejores prácticas internacionales, refuerza el enfoque de derechos y de respeto a la libre decisión sobre los métodos anticonceptivos, desde los tradicionales hasta las opciones anticonceptivas de punta: la anticoncepción hormonal oral o de emergencia, el condón femenino y el implante subdérmico de una sola varilla.

El Programa de Salud Reproductiva ha desarrollado una estrategia de fortalecimiento del abasto y ampliación de la gama de métodos anticonceptivos de acuerdo a su incorporación en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. Como estrategia introductoria se adquirió el implante subdérmico para las 14 entidades federativas que no habían sido beneficiadas en el año anterior, reportándose a fin de año 10,888 usuarios activos de este nuevo método en el país. Además, mediante la Estrategia de Compra Coordinada de Insumos Anticonceptivos, se logró un ahorro aproximado de 10 millones de pesos en el año y de 86 millones en forma acumulada en sus tres etapas.

A lo largo del 2004 se revisó, validó y analizó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), cuyos principales resultados se presentaron a finales de 2004, liberándose y distribuyéndose las bases entre académicos e investigadores. Entre otros datos, la ENSAR confirma a nivel nacional el elevado conocimiento de los anticonceptivos, la alta prevalencia de métodos entre las mujeres en edad fértil unidas (74.5), con una reducción en la brecha urbano-rural (77.6 versus 65.1) y una disminución en la necesidad no satisfecha (9.9) en comparación con encuestas anteriores. Persiste, sin embargo, un bajo uso de métodos en el grupo de edad de 15 a 19 años (45%) y en mujeres sin escolaridad (58%).

El índice de desempeño del Programa de Salud Reproductiva se incrementó en casi tres puntos porcentuales a nivel nacional con respecto a 2003. En el nivel estatal, Veracruz y Nuevo León repitieron entre las tres entidades con mejor desempeño, al mismo tiempo que estados como Colima, Baja California, Morelos, Nayarit, Chihuahua y Sonora mejoraron notablemente su desempeño con respecto a 2003.

Entidades federativas con los mejores desempeños
en el Programa de Salud Reproductiva
México 2004



Nuevo León presentó en 2004 el mejor desempeño en el Programa de Salud Reproductiva y Veracruz se mantiene entre los tres estados con mejores cifras.

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 mediante el análisis de seis indicadores ponderados: I) cobertura global (20%); II) calidad de la toma de las muestras (15%); III) eficiencia (20%); IV) control de calidad de la citología (15%); V) oportunidad del diagnóstico (15%), y VI) seguimiento de pacientes (15%).

El objetivo fundamental del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico - Uterino es disminuir la mortalidad por esta enfermedad en la población femenina del país. La meta de impacto del programa propuesta originalmente para 2006 era reducir en 15% la tasa de mortalidad respecto al año 2000. Gracias a los esfuerzos decididos del programa y al compromiso de las entidades federativas a nivel operativo, el descenso alcanzado para el 2003 ya es del 14%, pasando de 19.2 muertes en 2000 a 16.5 en 2003 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más. La disminución acumulada alcanzó los 34 puntos porcentuales desde 1990, cuando casi 25 de cada 100,000 mujeres de este grupo de edad morían por esta causa. Es importante además señalar que si bien este fenómeno no ha sido uniforme en todo el país, se han reducido las diferencias entre las tasas máximas y mínimas en los años de referencia.

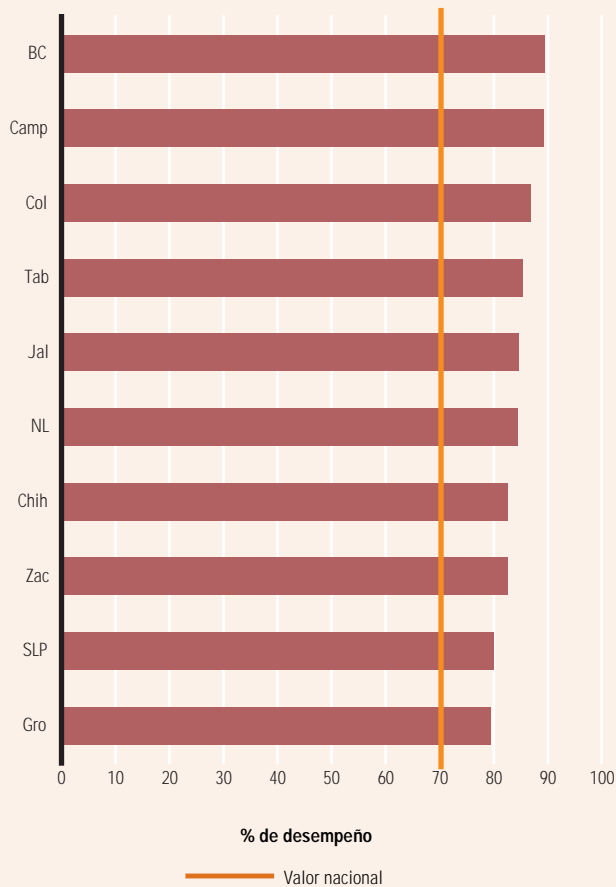
En gran medida, el impacto del programa se debe a un aumento significativo en la cobertura de detección entre la población objetivo, tanto en la Secretaría de Salud como en otras instituciones del sector salud. En 2004, por ejemplo, se realizaron 6.6 millones de citologías en todo el sector. El aumento en la cobertura ha sido confirmado por la

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), ya que sus resultados indican que 72.6% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad referían haberse tomado por lo menos un Papanicolaou en la vida, 73.4% en zonas urbanas y 70% en zona rural.

En 2004 se llevó a cabo una evaluación externa del programa por parte del Instituto Nacional de Salud Pública, la cual confirmó las tendencias favorables en mortalidad y cobertura, pero señala el reto persistente de la calidad de la citología. Para enfrentar este reto, el programa ejecuta acciones de fortalecimiento de la infraestructura y de los recursos humanos mediante la capacitación y control de calidad de la citología, así como la supervisión y evaluación, y la adquisición de insumos y reactivos tanto para la detección como para el tratamiento en las clínicas de displasia del país.

Como un logro más, el sistema de información del cáncer en la mujer ya se ha establecido en la Secretaría de Salud como un eficiente registro nominal de mujeres tamizadas y tratadas, lo cual facilita el análisis en línea de indicadores y por ende la gerencia del programa, tanto en el nivel jurisdiccional como en los niveles estatal y nacional.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Cáncer Cérvico - Uterino México 2004



Baja California y Campeche son los estados con mejor desempeño en materia de prevención y control del cáncer cérvico - uterino.

El programa prácticamente ha alcanzado la meta de impacto planteada para 2006.

Tasa de mortalidad y número de defunciones por cáncer cérvico - uterino México 1990-2003



Programa de Diabetes Mellitus

El índice de desempeño del Programa de Diabetes Mellitus se construye mediante el análisis de cuatro indicadores ponderados: 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 alrededor de seis millones de personas afectadas por la diabetes, de las cuales más de dos millones no han sido diagnosticadas.

Para dar respuesta a la problemática mencionada, el Programa Nacional de Salud ha establecido políticas y estrategias para reducir la morbilidad y desacelerar la mortalidad por este padecimiento. Por ejemplo, mediante el Programa Nacional Multisectorial de Educación en Diabetes se espera capacitar a más de 6,000 médicos, lo que beneficiará a 40 mil pacientes de manera directa e indirectamente a más de dos millones de personas con diabetes.

En apoyo al programa también se llevan a cabo acciones binacionales que incluyen proyectos de investigación relacionados con la medición de la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la prevención y control de la diabetes. Derivado de estos trabajos, ahora se sabe que en la frontera norte de México la prevalencia de diabetes es 15% más alta que la prevalencia nacional.

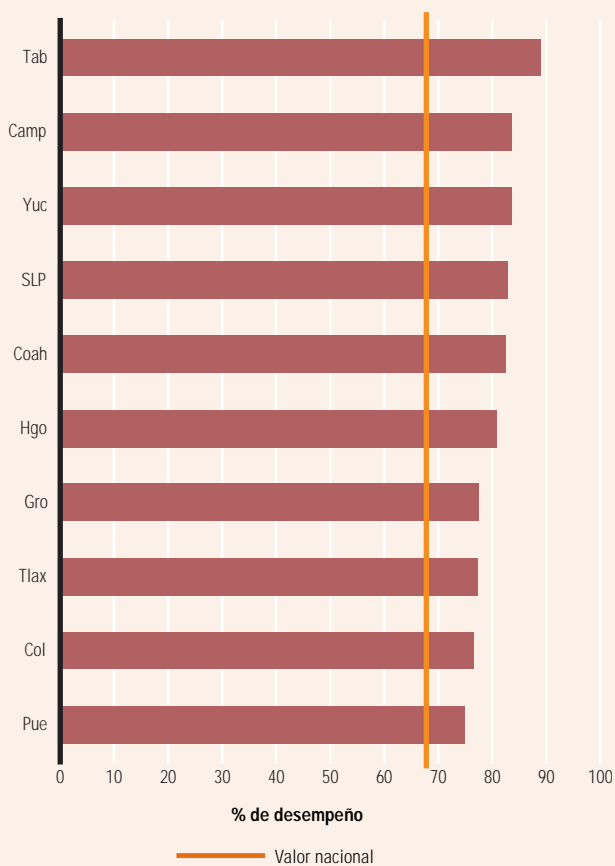
Como resultado de las estrategias nacionales de control, se ha mejorado la cobertura de detección en un

33% y el control metabólico (niveles de glucosa por debajo de 140 mg/dl) en 36%. Asimismo, las diferentes alianzas estratégicas han permitido realizar 10.8 millones de detecciones de diabetes y 2.2 millones de obesidad. También se distribuyeron 70 mil documentos para el personal de salud y se puso en operación una estrategia de comunicación educativa que incluye páginas en Internet para consulta en línea, las cuales han permitido la interacción con más de mil consultantes virtuales mensuales.

Durante 2004 se fortaleció la Estrategia de Grupos de Ayuda Mutua, la cual tiene como objetivo mejorar el control metabólico de los pacientes. Se trabajó con 9,036 grupos, los cuales agrupan a más de 254 mil personas con hipertensión arterial, diabetes, obesidad o dislipidemias.

Seis de los diez mejores desempeños del 2003 se mantuvieron en las mejores posiciones en 2004. Destacan Tabasco, que nuevamente ocupó el primer lugar, Campeche, que ascendió de la cuarta a la segunda posición, y Yucatán, que subió del lugar 16 a la posición número 3. El índice de desempeño a nivel nacional subió de 65.6 en 2003 a 68 en 2004.

Entidades federativas con los mejores desempeños
en el Programa de Diabetes Mellitus
México 2004



En 2004 Tabasco repitió como el estado con mejor desempeño en el Programa de Diabetes y Yucatán ascendió 13 posiciones para ubicarse en el tercer lugar.

Programa de Hipertensión Arterial

El índice de desempeño del Programa de Hipertensión Arterial se construye mediante la ponderación de cuatro indicadores: I) cobertura de detección (30%); II) calidad de la atención (30%); III) promoción de la salud (20%), y IV) congruencia de la información (20%).

Gran parte del presupuesto destinado a salud está dedicado a la atención de las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones, las cuales, además, son las principales generadoras de incapacidad e invalidez, tanto en el grupo poblacional económicamente activo como en el grupo de adultos mayores.

Los datos más recientes muestran la alta prevalencia de hipertensión y el incremento en el número de adultos afectados por este padecimiento. La hipertensión arterial también está íntimamente asociada con algunas de las más importantes causas de muerte en el país, como las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Una característica muy particular de la hipertensión arterial es que no suele causar síntomas que hagan sospechar al afectado la presencia de este padecimiento. Por ello, la detección, el diagnóstico y tratamiento precoz del paciente hipertenso es imperativo y constituye la mejor forma de reducir la alta tasa de mortalidad que, de manera directa o indirecta, se asocia con la hipertensión arterial.

Dentro de las múltiples estrategias impulsadas por el Programa para la Prevención y Control de la Hipertensión está la iniciativa de Capacitación en Hipertensión Arterial

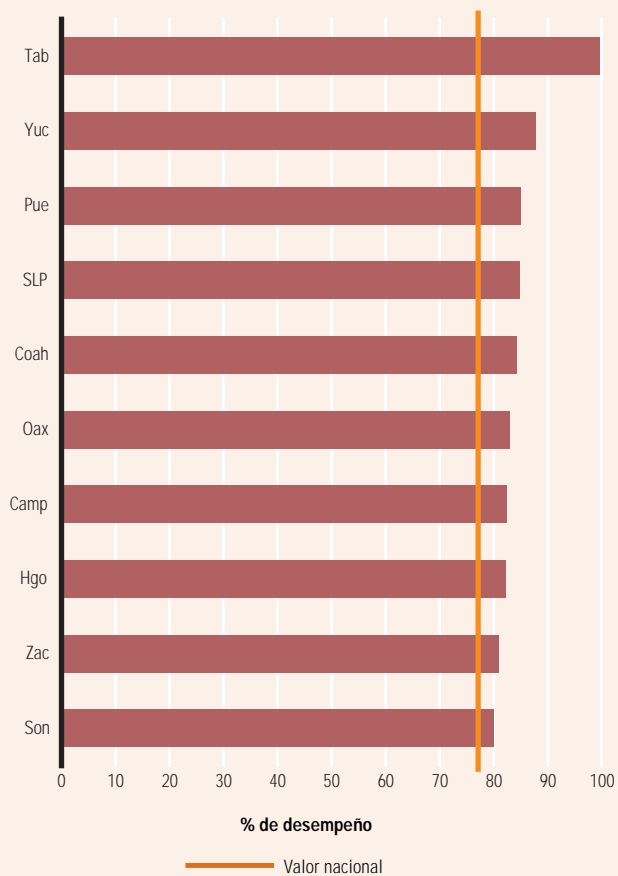
para Médicos Generales, la cual organizó 65 talleres durante 2004, logrando capacitar 2000 médicos. También, con apoyo de la iniciativa privada, se encuentra funcionando la página web www.todoenhipertension.org, la cual funciona como un medio educativo de comunicación para el personal de salud y como consultorio virtual para la atención personalizada a pacientes.

Con la iniciativa de detección integrada de diabetes, hipertensión arterial y obesidad se han logrado realizar 13,954,577 detecciones de hipertensión arterial y se han incorporado a 105,727 personas hipertensas a algún esquema de tratamiento.

En 2004 cinco de los diez mejores desempeños del año anterior se mantuvieron entre las posiciones más destacadas. Tabasco nuevamente ocupó la primera posición, Yucatán ascendió del sexto al segundo lugar y Puebla paso del noveno al tercer sitio. El índice de desempeño a nivel nacional ascendió de 75.0 en 2003 a 77.9 en 2004.

Una acotación importante es que, aunque las cifras de desempeño del programa son positivas en lo general, el nivel promedio de control metabólico está lejos de alcanzar su valor óptimo: a nivel nacional, la cifra del indicador de calidad de la atención se ubica apenas en 49%.

Entidades federativas con los mejores desempeños en el Programa de Hipertensión Arterial México 2004



Tabasco muestra un desempeño cercano al 100% 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 construye con los logros 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 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.

El combate a las adicciones se ha convertido en una prioridad nacional considerando la magnitud y la gravedad de los problemas asociados al consumo de sustancias adictivas. De acuerdo con los datos más recientes, en las áreas urbanas 3% de los hombres y 1% de las mujeres consumieron drogas en el año previo a la medición. En las zonas rurales el porcentaje de usuarios de sustancias ilegales fue notablemente menor, pero no despreciable. No debe perderse de vista que el consumo de alcohol y tabaco, a veces no claramente percibido por la opinión pública como parte de los problemas de adicciones, genera un fuerte impacto en la salud poblacional y en la economía.

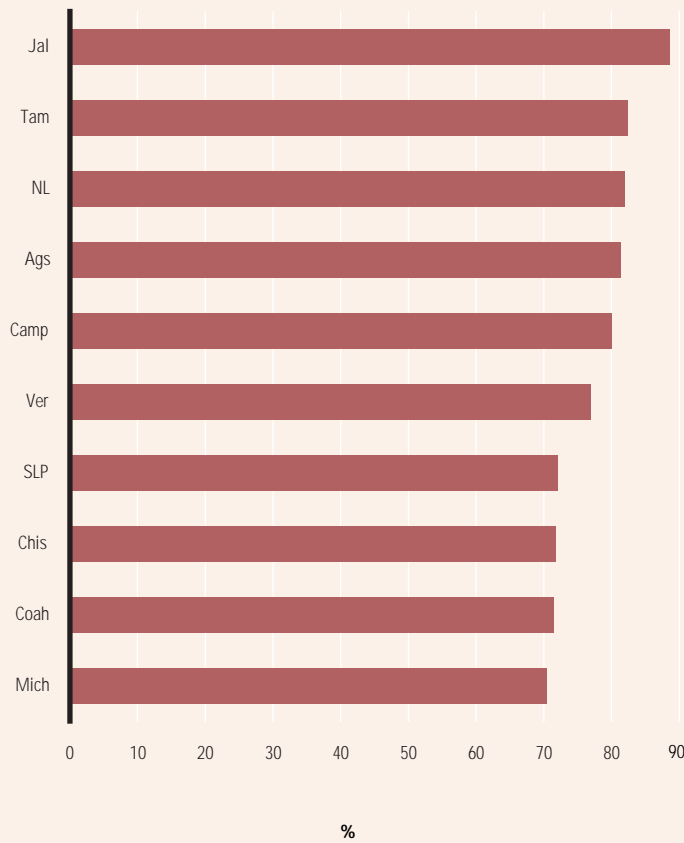
Los programas y políticas contra las adicciones requieren de diferentes grados de compromiso entre los diferentes niveles de gobierno, con un gran esfuerzo en el nivel local para identificar las mejores estrategias que ayuden a prevenir y reducir el consumo de

sustancias adictivas, sean éstas legales o ilegales. La paulatina reducción en la edad al inicio del consumo es una sólida evidencia del papel prioritario que deben tener las estrategias preventivas.

En 2004 el número de estados que obtuvo puntajes por arriba de 80 en su índice de desempeño aumentó con respecto al año anterior y estados como Jalisco, Tamaulipas y Aguascalientes repitieron sus destacados desempeños de 2003.

Con respecto a la cobertura de programas municipales, las mismas 12 entidades que en 2003 aparecieron con una cobertura de 100% aparecen este año con los mejores resultados. La gráfica que presentaba este resultado ha sido modificada por una que muestra el crecimiento a nivel nacional del número de municipios que cuentan con programas municipales contra las adicciones.

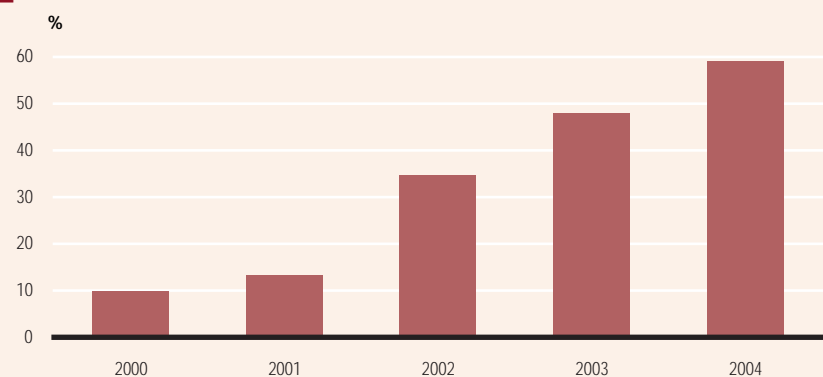
Entidades con los mejores desempeños de los
Consejos Estatales contra las Adicciones
México 2004



Jalisco y Tamaulipas repitieron en 2004 el sobresaliente desempeño del año anterior.

En 2004 existen cinco veces más municipios con programas locales contra las adicciones que en el 2000.

Porcentaje de municipios que cuentan con programas locales contra las adicciones
México 2004



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 - 1.5 mg/L a través de sistemas de abastecimiento formales.

La disponibilidad de agua de calidad adecuada y en cantidad suficiente es uno de los principales determinantes de la salud de la poblacional. La desinfección del agua y su vigilancia sanitaria tienen como objetivo reducir la incidencia de las enfermedades "hídricas", las cuales se originan en el consumo de agua contaminada con agentes biológicos potencialmente patógenos.

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 libre, cuya presencia en la línea de distribución señala de manera inequívoca la eficiencia de la desinfección.

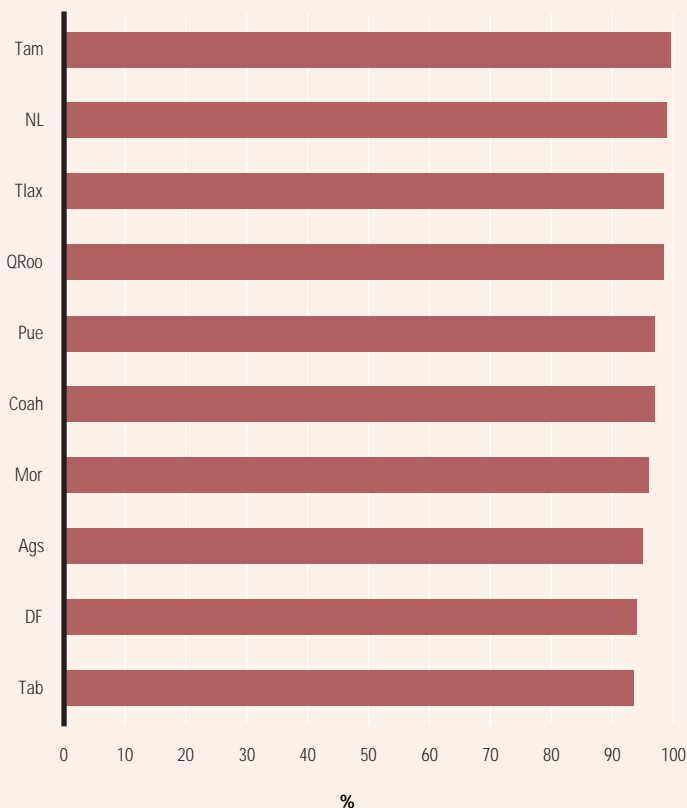
Esta vigilancia de la calidad del agua garantizó que en 2004, de los 83.5 millones de habitantes que tienen cobertura de cloración, 89% contó con agua calificada

como de calidad bacteriológica adecuada.

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. Además, es necesario sumar esfuerzos para que los sistemas de abastecimiento que todavía presentan deficiencias en el suministro de agua de calidad bacteriológica mejoren su desempeño.

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 los riesgos sanitarios derivados del consumo de agua que no es monitoreada regularmente.

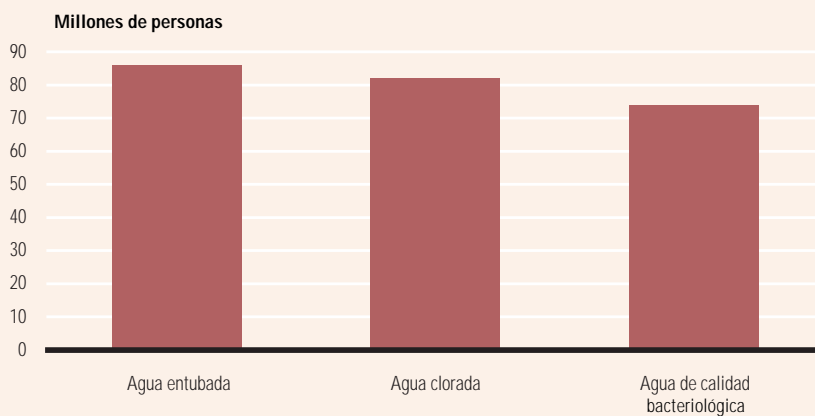
Entidades con los mejores desempeños en el porcentaje de población con agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano
México 2004



Ocho de las 10 entidades que en 2003 mostraron desempeños sobresalientes con relación a la calidad bacteriológica del agua se mantuvieron en la lista de los mejores desempeños en 2004.

En 2004 más de 74 millones de mexicanos contaron con agua de calidad bacteriológica.

Población que cuenta con agua entubada, agua clorada y de calidad bacteriológica
México 2004



Yodación de la sal para consumo humano

El indicador de **sal yodada** para consumo humano se calcula dividiendo el número de muestras de sal analizadas y reportadas en informes, entre el número de muestras programadas o comprometidas.

El yodo es un micronutriente esencial para la vida. La carencia de yodo es la principal causa de bocio, retraso mental y lesiones cerebrales, enfermedades que pueden prevenirse añadiendo yodo a la ingesta.

Alrededor del 13% de la población mundial está en riesgo de padecer carencia de yodo y 740 millones de personas en el mundo están actualmente afectadas. En la actualidad 80% de los países con población en riesgo cuentan con programas encaminados a incrementar el acceso de la población a sal yodada.

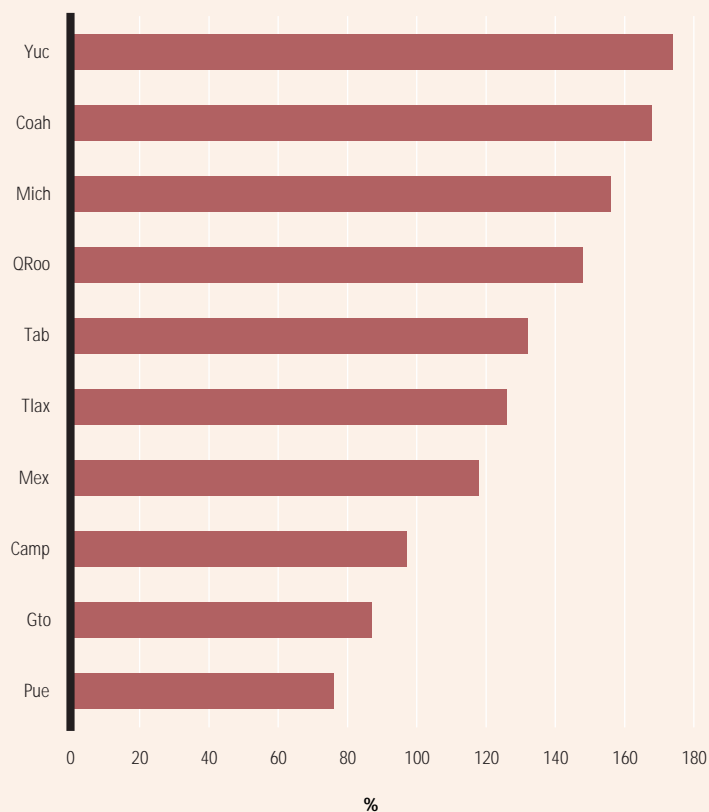
La Organización Mundial de la Salud recomienda adicionar yodo en la sal como principal estrategia para controlar

y eliminar los desordenes derivados por la deficiencia de este micronutriente, de tal manera que se asegure que al menos 90% de los hogares consuman sal que contenga 15ppm de yodo o más.

En este contexto, en 2004 se determinó que la sal que se comercializa en México debe estar adicionada con al menos 15 miligramos del micronutriente.

Gracias a la amplia cobertura de la yodación de la sal en México, 90% de la sal que se comercializa en el país cumple con la recomendación de la OMS y desde 2001 la tasa de bocio endémico en México se ha mantenido en niveles inferiores a 2 casos por 100,000 habitantes.

Entidades con los mejores porcentajes de cumplimiento en vigilancia sanitaria de sal yodada México 2004



Siete 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.

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

Tasa de incidencia de bocio México 1996-2004

Tasa x 100 000 habitantes

