

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007-2012
Medicina de Alta Especialidad



GOBIERNO
F E D E R A L

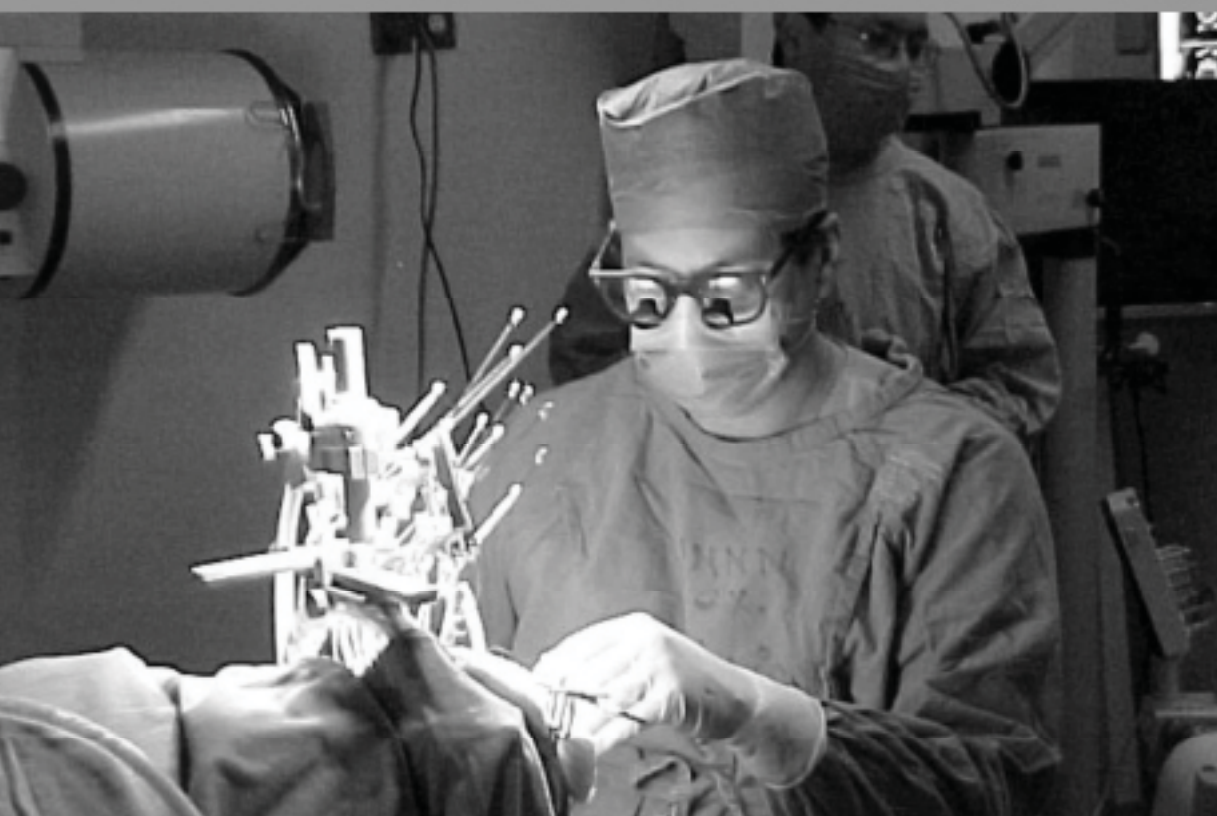
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES
DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

SALUD



Vivir Mejor

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007-2012
Medicina de Alta Especialidad**



SECRETARÍA DE SALUD

**COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS
NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE
ALTA ESPECIALIDAD**

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007 - 2012
Medicina de Alta Especialidad

Primera Edición

D. R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, col. Juárez
06696, México, D. F.

Impreso y hecho en México

ISBN:

Directorio

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Daniel Karam Toumeh

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco

Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Dr. German Fajardo Dolci

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Julio Sotelo Morales

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dra. Jacqueline Arzoz Padrés

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Julio Sotelo Morales

Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad

Contenido

| | |
|--|-----------|
| Mensaje del C. Secretario de Salud | 9 |
| Mensaje del Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | 11 |
| Introducción | 13 |
| 1. Marco Institucional | 15 |
| 1.1 Marco Jurídico | 15 |
| 1.2 Vinculación con el PND 2007 - 2012 | 17 |
| 1.3 Sustentación con base en el PROSESA 2007 - 2012 | 18 |
| 2. Diagnóstico de Salud | 21 |
| 2.1 Problemática | 34 |
| 2.2 Avances 2000 - 2006 | 36 |
| 2.3 Retos 2007 - 2012 | 43 |
| 3. Organización del Programa | 47 |
| 3.1 Misión | 47 |
| 3.2 Visión | 47 |
| 3.3 Objetivos | 48 |
| 3.4 Estrategias | 48 |
| 3.5 Líneas de Acción | 50 |
| 3.6 Metas Anuales 2008 - 2012 | 52 |
| 3.7 Indicadores | 53 |
| 4: Estrategia de Implantación | 55 |
| 4.1 Modelo Operativo | 55 |
| 4.2 Estructura y niveles de responsabilidad | 56 |
| 4.3 Etapas para la instrumentación | 58 |
| 4.4 Acciones de mejora de la gestión pública | 59 |
| 5. Evaluación y Rendición de Cuentas | 61 |
| 5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento | 62 |
| 5.2 Evaluación de resultados | 63 |
| 6. Anexos | 63 |
| 7. Bibliografía | 73 |
| 8. Glosario de términos, acrónimos y sinónimos | 77 |
| 9. Agradecimientos | 81 |

Mensaje del C. Secretario de Salud

La llamada “alta especialidad”, que ha estado representada por los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia, se complementa muy recientemente con los Hospitales Regionales, formalizados como Organismos Públicos Descentralizados en uno de los primeros actos oficiales de esta administración. Esto significa no sólo consolidar la medicina académica en el país sino ir poniendo al alcance de las diversas regiones que hasta ahora sólo contaban con el recurso de la referencia, y fomentar también la mejor tradición que han cultivado los Institutos de salud en lo que se refiere a la formación de recursos humanos especializados y la creación de conocimiento, para que se extiendan fuera de las grandes ciudades del país.

El nacimiento de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, para sustituir a la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud formaliza esta intención y define una tendencia que habrá de fructificar en mejores niveles de salud para los mexicanos a través de la atención de padecimientos complejos, del uso de recursos tecnológicos modernos de alto alcance, la formación de especialistas competentes y la búsqueda de soluciones innovadoras para los problemas de salud del país y de los que afectan al mundo. El bastión que han representado los Institutos Nacionales de Salud y sus mejores frutos se multiplica, se descentraliza y se extiende.

La vocación de las instituciones de alta especialidad no es sólo poner la tecnología moderna a la disposición de la población, sino ofrecer soluciones innovadoras a los grandes problemas del país relacionados con la salud. A partir de la investigación, la reflexión, el análisis sistemático, la búsqueda de evidencias, la planeación estratégica, la imaginación de escenarios, la estimación probabilística de desenlaces, se contribuye al desarrollo de la atención a la salud más allá del área en donde se genera el cono-

cimiento. La generación de especialistas, al diseminar a sus egresados por todo el territorio nacional, trasciende al sitio de su formación. La experiencia de las áreas de alta especialidad ha permitido también identificar necesidades específicas en las que se requiere un desarrollo particular, como son las subespecialidades (o si se quiere superespecialidades). Los grupos multidisciplinarios para la atención de problemas específicos de salud como los que enfocan las UNEMES tienen su origen en los cursos que desarrollan los hospitales de alta especialidad, pero también en ellos se generan los esquemas, guías y proyectos que facilitan la operación en el resto de unidades de las redes.

El acceso de la población a los servicios de salud comprende primordialmente la posibilidad de prevenir las enfermedades y conservar la salud, pero también de atender sus padecimientos en forma oportuna, expedita y eficaz. Si bien los logros preventivos y de atención primaria reducen por definición la necesidad de atención especializada, lo cierto es que las necesidades en este campo son todavía muy grandes. Un propósito de esta administración es ampliar la infraestructura de alta especialidad, generar las redes de atención que la incluyan, formar los recursos humanos de alto nivel de tecnificación que den respuesta a las necesidades del país, favorecer el desarrollo tecnológico y el uso apropiado de la tecnología, generar las políticas y lineamientos para el manejo de las enfermedades que requieren de la alta especialidad y procurar los recursos para su atención eficiente.

El reto demográfico con sus complejidades sociales conduce a la creación del Instituto de Geriátrica que tiene la misión de contribuir al conocimiento del proceso de envejecimiento pero también de buscar estrategias para enfrentar eficientemente las tendencias como sociedad organizada. La investigación y la formación de personal especializado en el área

son las dos propuestas fundamentales de este Instituto, y a través de ellas contribuir a la creación de los escenarios y las respuestas sociales que nuestro país exige. Un área poco atendida en el terreno de la ciencia han sido la de las medicinas alternativas; sus éxitos terapéuticos y sus fracasos tendrán que ser explicados ahora en términos científicos a partir de la creación de unidades de investigación operativa. La incorporación de estos servicios en las redes de atención complementa la oferta sin descalificaciones a priori y tratando de sacar el máximo provecho de todas las oportunidades.

En resumen, la alta especialidad constituye la oportunidad de desarrollo más clara al incorporar precozmente las innovaciones y los avances científicos y tecnológicos en favor de la salud de los mexicanos, al extender los beneficios de la investigación y de las estrategias probadas, de diseminar al personal con alto nivel educativo en el área de la salud, formar los especialistas que el país en su conjunto necesita, y armonizar sus ofertas con todo el sistema de salud identificado como red integrada de servicios.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Mensaje del Titular de la Comisión de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

La alta especialidad significa la profundización del conocimiento médico al estado en que se encuentra la investigación de vanguardia, la traducción de los resultados de la ciencia a las circunstancias de la atención a la salud, la reducción del tiempo entre la generación del conocimiento y su utilización en beneficio de los pacientes y el empleo de recursos tecnológicos complejos o costosos en la atención de las enfermedades. Aunque se tiende a ubicar a la alta especialidad sólo para enfrentar problemas de baja prevalencia, lo cierto es que su vínculo, conceptual y temporal, con la producción del conocimiento extiende su impacto a las enfermedades comunes que, de esta manera, ven más cercana su solución y más eficiente su atención.

La historia de los Institutos Nacionales de Salud acredita estas cualidades, las que ya han trascendido a los propios institutos a partir de sus egresados, diseminados en toda la República y en otros países, pero ahora se extiende a los Hospitales Regionales que ofrecen la alta especialidad sin necesidad de referir a los pacientes hacia los grandes centros urbanos, lo que no tiene precedentes en nuestro país. La calidad de los Institutos y de los Hospitales Federales de Referencia se exporta a las regiones que históricamente han estado un tanto rezagadas del progreso médico, lo que implica el desarrollo de la investigación, la formación de personal para la atención de la salud y estrategias para el desarrollo profesional continuo de sus trabajadores.

Dr. Julio Sotelo



Introducción



La organización de los servicios de atención médica por niveles determina que los especialistas y los recursos tecnológicos complejos y costosos se concentren en sitios de referencia para lograr su aprovechamiento óptimo. Históricamente, los centros de especialidad han estado ubicados en las áreas urbanas de mayor desarrollo, lo que significa para muchos la necesidad de largos viajes para recibir la atención especializada. Por otro lado, los hospitales van cediendo terreno a la atención ambulatoria, de tal modo que muchos casos de especialidad son ahora atendidos en unidades de atención ambulatoria (UNEMES).

La alta especialidad se vincula con la producción de conocimiento, su destilación, la formación de personal experto y la rápida traducción de los resultados de la investigación en beneficios para los pacientes. El concepto va un poco más allá del de tercer nivel de operación, pues no sólo se orienta a la solución de casos difíciles sino a avanzar en nuevas estrategias derivadas de los resultados de la investigación, no sólo la generada en los grandes centros académicos del mundo sino la desarrollada in situ, en el lugar mismo en que se aplica. La por siempre tan buscada integración entre la asistencia, la docencia y la investigación tiene mayores probabilidades de lograrse en los centros de alta especialidad, en los que se respira un ambiente académico, se acechan sistemáticamente los avances, se dialoga en términos científicos y se abre la mente a las aportaciones transdisciplinarias.

Las estrategias de atención primaria ciertamente resuelven muchos problemas de salud, pero la alta especialidad no sólo atiende el resto sino que aporta nuevas visiones aplicables incluso en la atención primaria. Es el complemento indispensable en el sistema de salud, de tal modo que lo vincula con el avance científico y tecnológico, y con la formación de las personas apropiadas para su operación.



1. Marco Institucional



1.1 Marco Jurídico

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 5-II-1917, REFORMA DOF13-XI-2007

Leyes

Ley General de Salud. DOF 7-II-1984, REFORMA DOF 18-XII-2007.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud. DOF 26-V-2000, REFORMA 22-VI-2006.

Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 10-I-1936, REFORMA 24-4-2006.

Ley Reglamentaria del artículo 50. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. DOF 26-V-1945, REFORMA 22-I-1993.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional. DOF 28-XII-1963, REFORMA 3-V-2006.

Ley Federal del Trabajo. DOF 1-IV-1970, REFORMA 17-I-2006.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. DOF 31-XII-1982, REFORMA 13-VI-2003.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales. DOF 14-V-1986, REFORMA 21-VIII-2006.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización. 1-VII-1992, REFORMA 28-VII-2006.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. DOF 30-III-2006, REFORMA 1-X-2007.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF 4-I-2000, REFORMA 1-X-2007.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. DOF 4-I-2000, REFORMA 1-X-2007.

Ley del Impuesto Sobre la Renta DOF 1-I-2002, REFORMA DOF 1-X-2007.

Ley de Ciencia y Tecnología. DOF 5-VI-2002, REFORMA DOF 21-VIII-2006.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 11-VI-2002, REFORMA 6-VI-2006.

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. DOF 10-IV-2003, REFORMA 9-I-2006.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2008. DOF 7-XII-2007 S/R.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2008. DOF 13-XII-2007 S/R.

Códigos

Código Civil Federal. DOF 26-V-1928, REFORMA 13-IV-2007.

Código Penal Federal. DOF 14-VIII-1931, REFORMA 27-XI-2007.

Código Federal de Procedimientos Civiles. DOF 24-II-1943, REFORMA 13-VI-2003.

Código Federal de Procedimientos Penales. DOF 30-VIII-2004, REFORMA 7-XII-2007.

Código Fiscal de la Federación. DOF 31-XII-1981, REFORMA 1-X-2007.

Código de Comercio. DOF 7-X-1889, REFORMA 6-VI-2006.

Reglamentos

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional. DOF 18-II-1985, F. E. 10-VII-1985

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. DOF 20-II-1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF 29-IV-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. DOF 6-I-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. DOF 20-II-1985.

Reglamento de Insumos para la Salud. DOF 4-II-1998.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. DOF 9-VIII-1999.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. DOF 4-V-2000.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. DOF 3-II-2003.

Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. DOF 21-I-2003.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-I-2004.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. DOF 5-IV-2004.

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. DOF 13-IV-2004.

Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 50. Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito y Territorios Federales y en Materia Federal. DOF 1-X-1945.

Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República. DOF 30-III-1981.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. DOF 28-VI-2006.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación. DOF 21-V-2002.

Reglamento General de Seguridad Radiológica. DOF 22-XI-1988.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. DOF 26-I-1990.

Reglamento Interior de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje. DOF 18-II-1980.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF 20-VIII-2001.

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. DOF 20-VIII-2001.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF 11-IV-2003.

Reglamento Interior del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública. DOF 11-VI-2003.

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. DOF 17-X-2003.

Reglamento Interior de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria. DOF 28-I-2004.

Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo 2007-2012.

Decretos

Decreto por el que se crea un órgano administrativo desconcentrado jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud denominado Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. DOF 21-I-1988.

Decreto del Hospital General Dr. Manuel Gea González. DOF 26-VII-1972.

Decreto por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México. DOF 11-V-1995.

Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. DOF 29-XI-2006.

Decreto por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. DOF 29-XI-2006.

Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. DOF 29-XI-2006.

Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. DOF 29-XI-2006.

Acuerdos Secretariales

Acuerdo número 24, por el que establecen las normas y lineamientos para la integración y funcionamiento de los órganos de gobierno de las entidades paraestatales coordinadas por la Secretaría de Salud y Asistencia. DOF. 30-III-1984.

Acuerdo que establece las reglas de operación para la fijación o modificación de precios de los medicamentos o sus materias primas. DOF. 10-V-1984.

Acuerdo número 80, por el que delegan facultades para su ejercicio en el titular del órgano desconcentrado por función denominado Hospital Juárez de México. DOF 29-IX-1988.

Acuerdo número 88, por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud. DOF 17-IV-1990.

Normas Oficiales Mexicanas

Se tienen por incorporadas todas las Normas Oficiales Mexicanas emitidas hasta la fecha, para efectos de referencia de las mismas, sin embargo es de tomar en cuenta que en términos del Artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, tienen una vigencia de cinco años a partir de la fecha de la entrada en vigor, periodo durante el cual deberán someterse a revisión, o en caso contrario perderán su vigencia.

Otros ordenamientos jurídicos

Manual de organización general de la Secretaría de Salud. DOF 08-X-2001.

Recomendaciones para la identificación de información reservada o confidencial por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. DOF 01-IV-2003.

1.2 Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007 – 2012

Conforme al Eje Rector 3 del PND 2007 -2012 el presente programa tiene la finalidad de lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades, garantizando el acceso a los servicios básicos para que todos los mexicanos tengan una vida digna mediante los siguientes objetivos y estrategias:

| Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 | |
|---|--|
| Objetivos | Estrategias |
| Mejorar las condiciones de salud de la población. | Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades |
| Brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente. | Mejorar la planeación, la organización el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo. Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunos y acordes con las necesidades de la población. |
| Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. | Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina. |
| Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. | Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad. |
| Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país. | Promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones. |

1.3 Sustentación con base en el Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012

| Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012 | | |
|--|---|--|
| Estrategias | Líneas de acción | |
| Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud | Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud | Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad con el Proyecto de Seguridad del Paciente, que incluya medidas que garanticen una atención limpia y prevengan la ocurrencia de eventos adversos, errores en la medicación y cirugía insegura. |
| | Impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica. | Promover el uso de guías de práctica clínica de atención médicas acordes a las políticas y procedimientos de cada institución del sector salud. |
| | Diseñar e instrumentar una política nacional de medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud. | Implantar un modelo de estructuración de la farmacia intra-hospitalaria en los hospitales generales y de especialidades de todo el sector. |

Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012

| Estrategias | Líneas de acción | |
|--|---|---|
| <p>Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud</p> | <p>Diseñar e instrumentar mecanismos innovadores para la gestión de unidades médicas y redes de servicios de salud.</p> | <p>Implantar modelos innovadores que faciliten la mejora de los procesos de prescripción de medicamentos en las unidades de salud del sector público.</p> <p>Establecer un mecanismo interinstitucional para el intercambio de medicamentos.</p> <p>Promover la creación de redes de servicios de salud en todo el país.</p> <p>Impulsar la adopción de modelos de organización y operación innovadores en las unidades de atención a la salud de todo el sector, que respondan a las necesidades de la población y que incorporen los avances en materia de gestión por procesos de atención a la salud.</p> |
| <p>Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud</p> | <p>Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad</p> | <p>Integrar funcionalmente todas las unidades de alta especialidad del sector mediante la creación de una red de servicios de alta especialidad.</p> |
| <p>Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector</p> | <p>Establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios.</p> | <p>Desarrollar una Red Digital de Medicina de Alta Especialidad (REDIMAE).</p> |
| <p>Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos</p> | <p>Impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas.</p> <p>Incentivar el desarrollo y distribución nacional del capital humano especializado con base en las necesidades regionales de atención a la salud.</p> | <p>Revisar los programas de residencias médicas para adecuarlos a las necesidades demográficas y epidemiológicas del país.</p> <p>Realizar un diagnóstico sobre el estado actual de la medicina de especialidad en México, haciendo énfasis en el número, áreas de especialización y distribución institucional y geográfica de éstos recursos humanos.</p> |



2. Diagnóstico de Salud



Los últimos 50 años se han caracterizado en México por un descenso muy importante de la mortalidad en los diferentes grupos de edad. Este descenso se acompañó de un cambio igualmente significativo de las principales causas de incapacidad y mortalidad. Hoy en día predominan como causas de daño a la salud, las enfermedades crónicas degenerativas y las lesiones, padecimientos que son más difíciles de tratar y más costosos que los problemas de infección comunes, de la reproducción y enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en la primera mitad del siglo XX fueron las principales causas de mortalidad. Esta transición epidemiológica esta íntimamente ligada al incremento en la esperanza de vida al nacer y al envejecimiento de la población, así como a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, consumo de drogas y prácticas sexuales inseguras.

Tres fenómenos que se dan en la población están contribuyendo al cambio en el panorama de la salud en México: el descenso de la mortalidad general, que pasó de 16 defunciones por 1 000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1000 en 2005; el aumento de la esperanza de vida que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en la mujer y 73 años en el hombre en el momento actual y la reducción de la natalidad, con un número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva que pasó de 6.8 en 1970 a 2.2 en 2006, dando lugar al proceso de envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional. Los mayores de 65 años muestran una tasa de crecimiento superior a 4% anual que los llevará a concentrar en 2030 al 12% de la población nacional. (Fuente: PROSESA 2007-2012).

Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer. De estas muertes, 53% ocurren en el grupo de las personas mayores de

65 años, y menos del 10% en menores de 5 años, contrario a lo que sucedía en los años treinta del siglo pasado.

Estos datos nos permiten observar que se cuenta con un mejor sistema de salud y también nos alerta de lo que requerirá el mismo sistema para la atención de la población demandante en el futuro inmediato, la cual estará formada en gran proporción, por personas mayores de 65 años con enfermedades crónico-degenerativas, es decir padecimientos como cáncer, diabetes mellitus y sus complicaciones, padecimientos cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral entre otros, que requerirán recursos especializados para su atención médica. Los hospitales que cuentan con los recursos para tratar estos padecimientos se han concentrado en los centros urbanos más desarrollados, de manera importante en el Distrito Federal, y corresponden básicamente a las instalaciones de la red de hospitales de Alta Especialidad (HFR, HRAE e INSalud).

Así, la atención médica hospitalaria en el país se ha centralizado en las principales ciudades y, de manera importante, en la zona metropolitana de la ciudad de México. Esto debido a varias causas, como son el crecimiento poblacional en nuestro país y la falta de inversión en infraestructura en salud, principalmente en hospitales, aunado a la falta de coordinación para la canalización hacia los servicios hospitalarios. Todo esto ha causado que la demanda para los servicios de atención médica de alta especialidad sea muy grande, por lo que estos se encuentran saturados. Esta saturación ha causado la demora en la atención, una mayor concentración de servicios mal estructurados y de manera principal, la falta de accesibilidad para los grupos menos favorecidos, que por su situación económica o por lugar de residencia, no pueden acceder a los servicios.

En el país, tres causas concentran más de 33% de las muertes en mujeres y 26% de las muertes en los hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro-vasculares. En ellas inciden hábitos de vida y alimentación inadecuados, que favorecen el sobrepeso y obesidad,

que afecta a 70% de la población mayor de 20 años. El tabaquismo, colesterol elevado e hipertensión arterial, cuya prevalencia en adultos en México es de 21.5%, 26.5% y 30.8%, respectivamente. La prevalencia de diabetes mellitus en mayores de 20 años es de 8%, e incrementa a más de 20% en los de 50 años o más, condicionantes todas ellas que influyen a su vez en el desarrollo de enfermedades isquémicas del corazón y cerebro-vasculares, y en el desarrollo de alteraciones en el metabolismo de la glucosa, lípidos y enfermedad vascular (Síndrome metabólico). Dentro de las primeras causas de mortalidad destacan también la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, los accidentes y lesiones y tumores malignos (mama, cuello del útero, pulmón, estómago) e infecciones agudas de vías respiratorias bajas. En el grupo de edad de 25 a 34 años, la cuarta causa de mortalidad es VIH/SIDA, que en 2005, produjo 4 445 muertes, con una mayor proporción en la población masculina.

Desigualdades en condiciones de salud

Las diferencias observadas en las condiciones de salud entre las diferentes poblaciones, también obedecen a las desigualdades en la oportunidad de atención a las necesidades de salud, particularmente en los sectores más rezagados socialmente donde coexisten las enfermedades asociadas al subdesarrollo y aquellas del desarrollo. En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas. Las muertes evitables son igualmente sensibles a estas desigualdades. Casi una tercera parte de las defunciones en los 100 municipios más pobres del país se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción. La edad promedio de muerte de una mujer que vive en estos municipios es de 51 años y la del hombre de 49 años. Los menores de un año tienen un riesgo de morir dos veces mayor al del resto del país. En los preescolares el riesgo aumenta 4.1 en las niñas y 3.7 veces en los niños. El riesgo de morir en los adolescentes es 1.5 veces mayor. En este grupo de edad la distancia entre los pobres y el resto es mayor

en las mujeres. Lo mismo sucede entre los jóvenes de 20-35 años. Si bien estas diferencias ocurren por la heterogeneidad en las condiciones generales de vida, también participan diferencias en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de la atención.

Infraestructura física

México cuenta con 4 203 hospitales, 1 121 públicos, 628 de los cuales atienden población no asegurada y 493 población asegurada, los restantes 3 082 son hospitales privados. El sector público cuenta con 0.74 camas/1 000 habitantes, que corresponden a 0.63/1 000 habitantes de las instituciones que atienden a la población no asegurada y 0.87/1 000 habitantes de las instituciones de seguridad social, cifras inferiores a lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud de 1 cama/1 000 habitantes. Sin embargo, existen diferencias significativas en la distribución en las entidades federativas; en Baja California Sur y Campeche la disponibilidad de hospitales es 6 y 5 veces mayor que en el Estado de México. En la seguridad social, la mayoría de los hospitales (64%), tienen más de 30 camas, en tanto que los que atienden población no asegurada, el 54% tienen menos de 30 camas. En relación a los hospitales de alta especialidad de la Secretaría de Salud actualmente las camas censable se agrupan de la siguiente manera: INSalud 1 682, HFR 1 772 y HRAE con 630.

Recursos de alta especialidad

La tecnología de alta especialidad es un recurso muy valioso para el diagnóstico y tratamiento de todo tipo de enfermedades. Por lo general estos equipos son de alto costo y requieren personal especializado para su operación y mantenimiento. En México, en el sector público se cuenta con 175 tomógrafos, herramienta muy valiosa en el diagnóstico al permitir visualizar el interior del cuerpo humano a través de cortes transversales y longitudinales, utilizando rayos X. De estos equipos 69 están ubicados en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, 93 en instituciones de seguridad social y 13 pertenecen a otras instituciones públicas, que corresponden a una tasa de 1.2/millón de habitantes para el sector de población no asegurada y

2.2 /millón para los que tienen seguridad social. Con relación a la disponibilidad de aceleradores lineales para el tratamiento de diferentes tipos de cáncer, en 2005 las instituciones para la población no asegurada contaban con 17 aceleradores lineales (Tasa 0.12 aceleradores/millón de habitantes sin seguridad social), y 13 aceleradores lineales para la seguridad social (Tasa 0.3/millón de asegurados). La utilidad de los mastógrafos en reducir la mortalidad por cáncer de mama, ha sido documentada en diferentes estudios. En México se cuenta con 346 mastógrafos, de los cuales 63% pertenecen a las instituciones de seguridad social (Tasa 18.7 mastógrafos/millón de mujeres de 25 años, en el IMSS) y 47% a las instituciones que atienden población sin seguridad social (Tasa de 6.0/millón mujeres 25 años). De manera similar los litotriptores que se utilizan para el tratamiento de los cálculos renales, las instituciones que atienden a la población sin seguridad social sólo cuentan con 17 equipos (0.3 litotriptores/millón de habitantes) y las instituciones de seguridad social con 76 equipos (1.69 litotriptores/millón de asegurados).

Recursos humanos

Los sistemas de salud requieren recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población a la que atienden. Sin embargo, dos problemas relacionados con estos recursos acechan a los sistemas de salud de muchos países; la escasez de personal de la salud bien preparado y su inadecuada distribución geográfica. Con relación al personal capacitado existente para la prestación de los servicios de salud, existen marcadas diferencias en los servicios públicos de salud. El Distrito Federal cuenta con tres médicos y cinco enfermeras por 1 000 habitantes; en contraste, el estado de México, Chiapas y Puebla tienen menos de un médico y de una enfermera por 1 000 habitantes. El promedio nacional es de 1.85 médicos/1 000 habitantes, inferior al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que es de 2.9/1 000 habitantes. De destacar es que cerca del 50% de los médicos del país se encuentran concentrados en seis entidades. (Distrito Federal,

Jalisco, México, Nuevo León, Puebla y Veracruz.). En el ámbito nacional se cuenta con 2.2 enfermeras/1 000 habitantes, en contraste a 8 enfermeras/1 000 habitantes de los países pertenecientes a la OCDE. Cuatro entidades, Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco y México, concentran el 51% de enfermeras del país. La relación de enfermeras por médico en nuestro país es de 1.2, en comparación con países como Canadá, Luxemburgo y Japón donde esta relación es de 4 a 1.

Información en salud

En los últimos años el sistema de información en salud mexicano, ha experimentado cambios importantes sobre todo por la incorporación de la tecnología de la información en los procesos de recolección y análisis; sin embargo, esta incorporación en las diferentes instituciones del sector son heterogéneas, con desarrollos tecnológicos que no caminan armónicamente, y sin seguir criterios o estándares de interoperabilidad. Cada institución cuenta con sus propios formatos y criterios de recolección de datos. A pesar de que se cuenta con mecanismos de integración de las estadísticas de salud, con publicación anual de boletines de estadísticas sectoriales y la organización de grupos interinstitucionales de información en salud a nivel nacional y estatal, es manifiesto que la estructura vigente requiere de cambios estructurales y funcionales en la organización e inversiones importantes en equipo informático y conectividad.

Antecedentes de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud)

Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud (DGCINS)

La Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud adscrita a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad tiene como objetivo cumplir el compromiso de conformar un órgano que fortalezca y coordine la vinculación entre los Insti-

tutos Nacionales, unidades de alta especialidad y las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, delimitando las responsabilidades y el ámbito de competencia de las distintas áreas que integran su estructura, y a la vez servir como apoyo para llevar a cabo una constante revisión y control de las normas, sistemas, estructuras y procedimientos de cada una de esas unidades.

La Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud se ha fortalecido requiriendo movimientos de su estructura con cambios de nivel jerárquico y modificaciones en sus atribuciones; como consecuencia de lo anterior, la Dirección General Adjunta de Coordinación y Desarrollo Institucional cambió su denominación a Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud de Julio 2003 a diciembre 2006. Como consecuencia de la creación de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en noviembre de 2006 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, donde la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, pasa a ser Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), cambiando de denominación de Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud al de Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud dependiendo de la propia Comisión Coordinadora.

Dentro de sus atribuciones se encuentran:

Proponer las políticas, lineamientos, criterios, sistemas, herramientas y procedimientos de carácter técnico destinados a mejorar el funcionamiento y operación eficaces y eficientes de los INSalud.

Establecer los sistemas más convenientes para evaluar la gestión y desempeño de los INSalud, para establecer alternativas que contribuyan al mejoramiento de la función y operación de los Institutos.

Proponer parámetros de referencia para la participación de las entidades federativas en el Sistema de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad, para contribuir a la descentralización de los servicios de alta especialidad y concurrir en proyectos que beneficien al Sistema en referencia.

El objetivo de la DGCINS es:

Disponer los mecanismos de coordinación entre la Secretaría de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y los organismos desconcentrados dependientes de la Secretaría de Salud y proponer mecanismos que mejoren la calidad de sus servicios y eficienten sus sistemas de gestión.

Institutos Nacionales de Salud

Los INS Salud son un conjunto de doce instituciones agrupadas dentro de un Subsector del Sector de la Salud; su ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación, capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. Son organismos públicos descentralizados, que de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, han sido creados por ley o por decreto y poseen personalidad jurídica y patrimonio propios; regulados por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 2000 y coordinados por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

La fundación de los INS Salud fue resultado del esfuerzo de muy distinguidos médicos mexicanos, cada uno en su campo de especialidad, quienes promovieron la formación de grupos de trabajo y fueron creciendo hasta alcanzar eventualmente la posibilidad de institucionalizar su esfuerzo.

En los INS Salud se ofrece atención médica del más alto nivel en su campo, se forman especialistas y profesores en casi todas las materias médicas y se realizan actividades de investigación biomédica,

clínica y sociomédica. Como instituciones médicas de tercer nivel que son, los INS Salud realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, fin que se logra con la calidad de su personal médico apoyado en la alta tecnología de sus instalaciones. En América Latina, la medicina mexicana mantiene un alto prestigio. La existencia de los resultados alcanzados por los INS Salud, es sin lugar a dudas uno de los pilares que sustentan ese prestigio. Por ejemplo, en las áreas de cardiología, nutrición, medicina interna y cancerología un elevado número de especialistas latinoamericanos recibieron entrenamiento en los INS Salud correspondientes. La investigación científica ha aportado notables contribuciones en diversos campos, siendo los más fructíferos en los tiempos recientes las neurociencias, la inmunología, la gastroenterología y la salud pública.

El Hospital Infantil de México Federico Gómez se fundó el 30 de abril de 1943. En la ceremonia inaugural el doctor Federico Gómez, su primer director, dijo en su mensaje que el hospital “desempeñaría tanto las labores asistenciales... como funciones de enseñanza e investigación...” además de otorgar al niño enfermo un “refugio acogedor, procurando que el cariño y la simpatía le hagan su estancia menos amarga...”.

El 18 de abril de 1944 se inauguró el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, primer Instituto en su clase en el mundo. Asimismo fue el primero que, por Ley del 19 de mayo de 1943, tuvo autonomía técnica y administrativa.

Por iniciativa del doctor Salvador Zubirán, el Pabellón 9 del Hospital General de México que hasta entonces estaba dedicado a la medicina interna, se convirtió el 12 de octubre de 1946 en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición del que el propio doctor Zubirán fue su director fundador y quien consideraba que la mística institucional, misma que aún prevalece, consistiría en “...considerar a la institución como el alma mater que alimenta nuestro espíritu con la ciencia y señala los caminos que

nos hacen hombres más creativos y humanos...” y hoy es el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Los orígenes del Instituto Nacional de Cancerología se remontan a los primeros años de la década de 1940, cuando la cancerología tenía un panorama bastante definido en Europa y los Estados Unidos. Fue hasta entonces, que nace la idea de fundar un instituto nacional para el estudio y tratamiento del cáncer, idea que culmina en el año de 1949 cuando el Instituto Nacional de Cancerología abre sus puertas. En 1980 se trasladó al sur de la ciudad de México, al edificio que antes fue sede del Hospital Izaguirre Rojo para enfermos con tuberculosis avanzada.

El Instituto de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez fue creado en 1952; sin embargo, no fue sino hasta el 28 de febrero de 1964 que fue reconocido como Instituto Nacional. Según palabras de su fundador, el doctor Manuel Velasco Suárez, el Instituto surgió ante “...la obligación de adquirir nuevos conocimientos médico-quirúrgicos... contar con la tecnología más avanzada sin descuidar el humanitarismo y la ética... y agregando a la conciencia de ser médicos, lo más selecto de la curiosidad científica y la sutil naturaleza del estudioso e investigador de lo más complejo y maravilloso que posee el hombre, su cerebro”.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas tiene su origen en el Sanatorio de Huipulco para pacientes tuberculosos, que iniciara actividades en el año de 1936. La transformación de ese sanatorio en hospital para el tratamiento de enfermedades pulmonares en el año de 1959, dio la pauta para encaminar las labores y esfuerzos de médicos prominentes, hacia lo que es hoy, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

El Instituto Nacional de Pediatría se fundó el 6 de noviembre de 1970, bajo el nombre de Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. Se consideró como misión del Hospital la prestación de servicios de atención médica pediá-

trica especializada, la realización de investigación científica en las distintas disciplinas de la pediatría y la formación de recursos humanos especializados. El 19 de abril de 1983 el Hospital pasó a ser el actual Instituto Nacional de Pediatría.

El Instituto Nacional de Perinatología fue creado el 8 de diciembre de 1977 como parte del denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. No fue sino hasta el 19 de abril de 1983 que se constituyó como Instituto Nacional de Salud dedicado a prestar servicios a la mujer con embarazo de alto riesgo, particularmente en materia de atención médica especializada.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría fue creado el 26 de diciembre de 1979. El 29 de abril de 2000 cambió su nombre por el de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Gracias a sus investigaciones científicas, desde su fundación el Instituto está incorporado a las mejores y más actuales corrientes de estudio de la psiquiatría y la salud mental.

Como resultado de la fusión de la Escuela de Salud Pública de México que había sido fundada en 1922, del Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas y del Centro de Investigación en Salud Pública, surgió el 26 de enero de 1987, el Instituto Nacional de Salud Pública cuya sede se encuentra en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.

El desarrollo del proyecto que dio lugar al Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) se llevó a cabo a través del Consorcio Promotor del Instituto de Medicina Genómica, con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, de la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Fundación Mexicana para la Salud, quienes realizaron los estudios preliminares que cristalizaron en la aprobación de una reforma a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2004. La medicina genómica se define como la identificación de las variaciones en el genoma humano que confieren riesgo o protección a padecer

enfermedades comunes. El 22 de junio de 2005 se crea el Instituto Nacional de Rehabilitación para proporcionar atención médica de calidad, formar y capacitar recursos humanos y desarrollar líneas de investigación para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje,

cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

TABLA 1. INFRAESTRUCTURA EN LOS INSALUD

| INSalud | No. de camas censables* | No. de camas no censables** | No. de quirófanos** | No. de quirófanos cirugía ambulatoria** | No. de consultorios de especialidad** |
|---------|-------------------------|-----------------------------|---------------------|---|---------------------------------------|
| HIM | 224 | 0 | 10 | 3 | 138 |
| INCAN | 146 | 19 | 12 | 7 | 38 |
| INCAR | 210 | 57 | 8 | 0 | 38 |
| INCMN | 167 | 43 | 7 | 17 | 141 |
| INER | 161 | 63 | 5 | 4 | 41 |
| INNN | 111 | 0 | 4 | 0 | 33 |
| INP | 217 | 47 | 11 | 0 | 84 |
| INPER | 168 | 105 | 17 | 0 | 55 |
| INPSIQ | 50 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| INR | 228 | 0 | 10 | 0 | 116 |
| TOTAL | 1 682 | 334 | 84 | 31 | 713 |

Fuente: *Estadística INSAlud CCINSHAE 2006, ** SINERHIAS 2006.

TABLA 2. PERSONAL EN LOS INSALUD

| INSalud | Mandos Medios y Superiores | Médicos | Enfermeras | Otro personal | Total de personal |
|---------|----------------------------|---------|------------|---------------|-------------------|
| HIM | 81 | 187 | 691 | 1 698 | 2 657 |
| INCAN | 69 | 156 | 417 | 884 | 1 526 |
| INCAR | 82 | 111 | 719 | 1 071 | 1 983 |
| INCMN | 83 | 178 | 545 | 1 685 | 2 491 |
| INER | 16 | 167 | 511 | 1 118 | 1 812 |
| INNN | 65 | 126 | 360 | 630 | 1 181 |
| INP | 23 | 162 | 788 | 1 581 | 2 554 |
| INPER | 22 | 124 | 464 | 833 | 1 443 |
| INPSIQ | 16 | 76 | 53 | 380 | 525 |
| INR | 53 | 225 | 409 | 1 462 | 2 149 |
| INSP | 43 | 0 | 0 | 662 | 705 |
| INMEGEN | 25 | 3 | 3 | 174 | 205 |
| TOTAL | 578 | 1 515 | 4 960 | 12 178 | 19 231 |

Fuente: Estadística INSAlud CCINSHAE 2006.

Antecedentes de los Hospitales Federales de Referencia (HFR)

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR)

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR) desde su creación en el año de 1990 hasta la fecha, ha sufrido cambios tanto en su denominación, como en sus funciones y en las instancias a las que ha estado subordinada. En el año de su creación, nace como Unidad de Atención Primaria a la Salud y de la Atención Hospitalaria en el Distrito Federal, y en 1991, cambia su denominación por la de Coordinación General de Hospitales en el Distrito Federal.

En 1995 se incorpora a los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, cambiando nuevamente de nombre por la de Coordinación de Hospitales, para que en el 2000 se denomine Dirección General de Servicios Hospitalarios, cambiando al año siguiente a Dirección General para la Descentralización Hospitalaria.

En noviembre de 2003 con el propósito de establecer un corporativo hospitalario a través de una Red de Servicios de Atención Médica Sistemática, se publican en el Reglamento Interior las nuevas atribuciones de esta instancia cambiando el nombre a Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia. Para el año de 2004, esta Dirección depende directamente de la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

En 2006, como resultado de la reestructuración de la Secretaría de Salud, cambia nuevamente de nombre al de Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia dependiente de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, vigente a la fecha.

Dentro de las atribuciones de la Dirección General se encuentran:

Establecer y conducir las estrategias de opera-

ción, calidad, mejora continua y desarrollo que permitan el correcto funcionamiento de los Hospitales Federales de Referencia dentro de la Red nacional de servicios de atención médica y

Asesorar a los órganos de gobierno de los hospitales General de México, Dr. Manuel Gea González y Hospital Juárez de México y demás hospitales Federales de Referencia para la correcta toma de decisiones, así como participar y dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos que adopten.

El objetivo de la DGCHFR es:

Modernizar la estructura organizacional para el desarrollo de proyectos específicos con acciones medibles que coadyuven a mejorar la calidad de la administración y operación en la Red de Hospitales Federales, considerando que estas acciones representarán un capital social de alto impacto hacia los usuarios de los servicios médicos y para los trabajadores de la salud.

Hospitales Federales de Referencia

La red o subsistema de HFR, se conforma a partir del 2003. La red está integrada por seis unidades: Hospital General de México (fundado en 1905); Hospital de la Mujer (denominado así en 1957); Hospital "Dr. Manuel Gea González (creado en 1940); Hospital Nacional Homeopático (fundado en 1893); y el Hospital Juárez (creado como hospital de sangre en 1847), que a partir de 1985, dados los problemas de estructura que sufrió por los sismos que se presentaron en ese año, se divide en Hospital Juárez de México con nuevas instalaciones y en el Hospital Juárez Centro que permanece dentro del predio original del Hospital Juárez como unidad médica quirúrgica de corta estancia.

El área de influencia de los HFR comprende el Distrito Federal y estados conurbados, aunque esencialmente operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional.

Los HFR tienen como objetivo principal la prestación de servicios de atención médica especializada con capacitación y formación de recursos humanos,

así como la participación en actividades de investigación para la salud.

Infraestructura y productividad en los HFR

De los seis hospitales, tres se encuentran descentralizados, tres centralizados con dependencia de la DGCHFR y uno de estos en proceso de desconcentración. A lo largo de su historia, las unidades

han sufrido cambios, renovaciones y adiciones de servicios. De esta forma, la red de atención cuenta actualmente con la capacidad física que se presenta en la Tabla 3, de la que destacan un total de 1 772 camas y 416 consultorios de consulta externa. Cabe hacer notar que por motivos de reconstrucción, el Hospital de la Mujer redujo su número de camas censables de 248 a 168.

En cuanto a la ocupación en los HFR, en el año 2006 fue en promedio de 81.3%, y el promedio de

TABLA 3. CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA EN LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

| Hospital | No. Consultorios | No. Camas censables | No. Camas tránsito | No. Quirófanos | No. Salas de expulsión | Laboratorios | Equipos Rayos X |
|-------------------------|------------------|---------------------|--------------------|----------------|------------------------|--------------|-----------------|
| General de México* | 190 | 927 | 251 | 42 | 4 | 13 | 27 |
| Dr. Manuel Gea González | 66 | 201 | 70 | 12 | 1 | 1 | 7 |
| Juárez de México | 64 | 400 | 137 | 11 | 1 | 1 | 4 |
| De la Mujer | 15 | 168 | 129 | 10 | 6 | 1 | 2 |
| Nacional Homeopático | 21 | 67 | 42 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| Juárez del Centro | 60 | 0 | 70 | 5 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 416 | 1 772 | 699 | 83 | 15 | 18 | 45 |

Fuente: SINERHIAS 2006

*Anuario Estadístico Enero – Diciembre 2006 del Hospital General de México O.D.

El personal de salud en los HFR esta integrado por 119 223 trabajadores, de los cuales 1 845 (16.43%) son médicos, 3 713 (33.08%) enfermeras y 5 665 (50.47%), lo compone otro tipo de personal (Tabla 4).

TABLA 4. PERSONAL DE SALUD EN LOS HFR

| Hospitales | Médicos | Enfermeras | Otro personal profesional | Personal técnico | Otro personal | Total de personal |
|-------------------------|---------|------------|---------------------------|------------------|---------------|-------------------|
| General de México | 1 382 | 1 777 | 311 | 392 | 2 340 | 6 202 |
| Dr. Manuel Gea González | 247 | 376 | 30 | 62 | 802 | 1 517 |
| Juárez de México | 299 | 875 | 102 | 196 | 768 | 2 240 |
| De la Mujer | 215 | 489 | 33 | 144 | 183 | 1 064 |
| Nacional Homeopático | 129 | 127 | 10 | 38 | 132 | 436 |
| Juárez del Centro | 54 | 89 | 9 | 17 | 107 | 276 |
| Totales | 2 326 | 3 733 | 495 | 849 | 4 332 | 11 735 |

Fuente: *Anuario Estadístico Enero – Diciembre 2006 del Hospital General de México O.D.

En cuanto a la productividad obstétrica de los HFR (Tabla 5), destacan 30,248 eventos obstétricos atendidos; de estos, 15 869 (52.46%) fueron partos, 9 737 (32.19%) cesáreas y 4 642 (15.34%) abortos.

TABLA 5. EVENTOS OBSTÉTRICOS ATENDIDOS EN LOS HFR

| Hospitales | Partos | Cesáreas | Abortos | Total de eventos obstétricos | Nacidos vivos | Defunciones fetales |
|-------------------------|--------|----------|---------|------------------------------|---------------|---------------------|
| General de México | 7 019 | 2 845 | 1 146 | 8 165 | 7 042 | 238 |
| Dr. Manuel Gea González | 4 523 | 2 149 | 1 362 | 8 034 | 6 619 | 102 |
| Juárez de México | 2 112 | 1 378 | 736 | 4 226 | 3 438 | 89 |
| De la Mujer | 2 270 | 1 513 | 901 | 4 684 | 3 749 | 64 |
| Nacional Homeopático | 2 552 | 1 636 | 415 | 4 603 | 4 166 | 35 |
| Juárez del Centro | 237 | 220 | 82 | 539 | 462 | 0 |
| Total | 18 713 | 9 741 | 4 642 | 30 251 | 25 476 | 528 |

Fuente: SENERHIAS 2006

*Anuario Estadístico Enero – Diciembre 2006 del Hospital General de México O.D.

días estancia de 4.3, considerando que el H. Juárez Centro no tiene camas censables y que el H. de la Mujer se encontraba fase de remodelación, lo que afectó su operación normal. Los Hospitales Federales de Referencia generaron durante el periodo 2000-2006 un total de 765 034 egresos hospitalarios. El detalle de cada uno de los hospitales se presenta en las tablas presentadas en anexos. Cabe hacer mención que de los egresos generados en los Hospitales General de México, Juárez de México y de la Mujer, más del 36% se trató de población proveniente del estado de México.

Antecedentes de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE)

Dirección General de Coordinación de Hospitales regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE)

La generación del concepto de Red de Servicios de Salud (REDESS), representa una innovación para la organización de la prestación de servicios de atención médica, en la REDESS los servicios de atención médica y su resolutivez, se acercan a las personas, sin necesidad de grandes desplazamientos y de pasar

por una secuencia de “referencia-contrarreferencia” por niveles de atención. En la REDESS todos los servicios con la mayor resolutivez, se encuentran interconectados y es posible accederlos directamente, sin pasar por una “aduana asistencial”. Las redes de servicios, son además, el componente sustantivo central del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), con ello se busca la integración plena de la mejor capacidad resolutivez de atención médico sanitaria para las personas, acercando a las comunidades los beneficios de las especialidades médicas, bajo criterios de calidad, seguridad, eficiencia, ética y respeto a los derechos humanos. En el MIDAS, la integralidad en la atención, se ofrece a través de un conjunto de establecimientos de diversos grados de complejidad estructural-funcional y capacidad resolutivez, que interactúan de manera flexible mediante procesos de organización y de comunicación. El Programa Maestro de Infraestructura y Equipamiento, además de conformar las 18 redes de servicios, contempla las nuevas unidades de atención a la salud, previstas en el MIDAS, para dar sustento a la acercabilidad, conectividad y resolutivez de los servicios de salud.

Dentro de estas redes de servicios el HRAE, constituye la unidad médica de prestación universal de servicios, dirigidos a la reparación de daños a la salud, de baja frecuencia y alta complejidad, que

involucran procedimientos clínicos y quirúrgicos, apoyados con tecnología de última generación, alto costo y elevada calidad, realizados por equipos de profesionales de la medicina y otras disciplinas de la salud, con elevado nivel de experiencia y formación, y que al mismo tiempo se constituye en vanguardia de atención médica y en la formación y capacitación de recursos humanos de excelencia y representa un modo de extensión de la investigación especializada que realizan los INSalud y HRAE.

El veintinueve de noviembre del dos mil seis se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud el cual en sus artículos 2 inciso B, fracción IV bis y 20 bis se crea la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE), la cual tiene como objetivo el conducir las estrategias médicas, paramédicas y administrativas necesarias, para establecer un Sistema de Gestión Hospitalaria en red, entre los HRAE, dirigiendo, coordinando y evaluando su funcionamiento, propiciando su buen desarrollo y encaminando su desempeño para proporcionar servicios médicos efectivos y de calidad.

De igual manera, en la misma fecha, fueron publicados los Decretos de Creación de los HRAE del Bajío, Oaxaca, Península de Yucatán y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismos Públicos Descentralizados de la Administración Pública Federal, que emanan de la política de descentralización de los servicios de salud, que persigue como objetivo agilizar la toma de decisiones y asegurar la eficiencia en el desempeño de los servicios de salud. Motiva el impulso del Gobierno de la República para la creación de estructuras administrativas independientes, dotadas de la plena autonomía, que permita una mejora en la administración hospitalaria y que garantice la opinión de las entidades federativas en la toma de decisiones, que se adopten en materia de salud a nivel regional.

La Secretaría de Salud Federal ejerce la función rectora, no sólo como cabeza del Sistema Nacional

de Salud y responsable de la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAE), sino a través de su presencia en los Órganos de Gobierno de los HRAE. Para garantizar la autonomía de gestión que el HRAE requiere, se determinó que cada HRAE se constituyera en un órgano Público Descentralizado de la Administración Pública Federal (OPD), con personalidad jurídica y patrimonio propios. El papel de la Secretaría de Salud no solo se establece en el ámbito rector, sino también en el financiero, pues transfiere el presupuesto básico para la operación de los HRAE, además de constituir, administrar y definir las reglas para el ejercicio del Fondo de Financiamiento para los Servicios de Salud de Alta Especialidad (FOFISAE). La Secretaría de Salud establece y regula diversas formas de vinculación de los HRAE con los INSalud y otros Hospitales de Alta Especialidad, a través de telemedicina y para la formación de recursos humanos y la investigación

En el contexto de la sustentabilidad financiera del programa y de la generación y equipamiento de las nuevas unidades hospitalarias, el viernes 9 de abril de 2004 se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se establecen las reglas para la realización de Proyectos para la Prestación de Servicios. Que considera la celebración de contrato de servicios entre una dependencia o entidad de la Administración Pública Federal y un Inversionista Proveedor, mediante el cual se establece, por una parte, la obligación a cargo del Inversionista Proveedor de prestar, a largo plazo, uno o mas de los servicios con los activos que este constituya, sobre inmuebles propios o de un tercero, incluyendo el sector público, de conformidad con un proyecto para prestación de servicios y, por la otra, la obligación de pago por parte de la dependencia o entidad por los servicios que le sean proporcionados

Se ha iniciado ya el proceso de construcción y equipamiento de las nuevas unidades propuestas. En el caso de los servicios hospitalarios de alta especialidad, se han priorizado a las regiones con menor desarrollo y/o aislamiento y por tanto con mayor necesidad con respecto a la atención de alta especialidad. El Modelo de Gestión de los HRAE

busca la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, de auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, de provisión de servicios, de apoyo a familiares, así como servicios administrativos, jurídico-legales y de vinculación con el Sistema de Salud, en un esquema de dirección por procesos, acordes a la realidad epidemiológica, infraestructura física y los recursos materiales, tecnológicos, financieros y humanos, necesarios para un desempeño óptimo de los servicios de alta especialidad. Este es un modelo que se encuentra profundamente orientado a la atención del usuario y su familia, que busca obtener logros muy bien definidos en la resolución de problemas de salud de alta especialidad.

El Modelo de Gestión de los HRAE, se basa en la Gestión Clínica por procesos, que se refiere al conjunto de actividades relacionadas con la asignación y aplicación de los recursos requeridos en la prestación de servicios de salud y la toma de decisiones a lo largo del proceso de atención al paciente. Con ello se busca incrementar la eficiencia, seguridad y calidad de la atención médico-quirúrgica, vinculando a los profesionales de la salud con la gestión de los recursos necesarios para la producción de servicios. La gestión clínica por procesos mejora la efectividad, reduce la variabilidad de la práctica clínica e incorpora la dimensión del costo al momento de tomar decisiones clínicas.

El Hospital Regional de Alta Especialidad celebrará acuerdos de gestión, convenios y contratos, según el caso, con Terceros Pagadores, para convenios, coberturas, servicios, paquetes e intervenciones, así como los montos correspondientes. Los Terceros Pagadores, son diversas fuentes de financiamiento de los servicios prestados por el HRAE, para grupos específicos de beneficiarios de la atención. Entre ellos el FOFISAE, el SPSS también conocido como Seguro Popular (a través del fondo de protección contra gastos catastróficos), el IMSS, el ISSSTE, las instituciones de seguridad social para los trabajadores estatales, los seguros médicos privados de gastos mayores, convenios con empresas para la atención de sus empleados, etc.

La solución gerencial robusta que los HRAE requieren, demanda que la plataforma informática debe brindar una solución integral a las necesidades de gestión clínica por procesos del hospital, a la gestión directiva-administrativa y financiera y a los requerimientos de información estadística y epidemiológica del Sistema Nacional de Información en Salud. El HRAE necesita un sistema acorde a las necesidades de alta dirección, con el alto desempeño intrahospitalario, con la estandarización de procesos, con el manejo impecable del expediente clínico electrónico, con la necesidad de incorporar evidencia de la atención, y con la enseñanza y la investigación de alto nivel que el Hospital realiza, además que le genere información sobre costos, facilite la facturación y le brinde conectividad con la REDESS a nivel nacional.

El Modelo de Gestión del HRAE contempla la vinculación estrecha, a través de convenios de colaboración con Instituciones de Enseñanza e Investigación. El HRAE requiere de profesionales de excelencia y es a su vez campo propicio para el desarrollo de recursos de personal. La enseñanza no puede desligarse de la investigación, que a su vez constituye una fuente de desarrollo del conocimiento y de los profesionales, a la par que una fuente alterna de ingresos para el Hospital y alimenta los procesos de planeación y desarrollo de la organización.

Hospitales Regionales de Alta Especialidad

La red o subsistema de Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), esta conformada en la actualidad por cuatro Redes de Servicios que integran al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, constituido por el Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez y el Hospital de Alta Especialidad de Ciudad Salud. De ellos el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, bajo la estructura de Proyecto de Prestación de Servicios (PPS).

El área de influencia de la Red de Servicios de los HRAE comprende cada una de ellas diferentes municipios, independiente de las fronteras de entidades federativas. Los HRAE tienen como objetivo principal la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, con oportunidad y calidad y la capacitación y formación de recursos humanos, así como la participación en actividades de investigación para la salud

Infraestructura y productividad en los HRAE

Los cuatro HRAE constituidos como Órgano Descentralizado de la Administración Pública, tres de ellos se encuentran en funciones operativas de atención médica. El Hospital Regional de Alta Espe-

cialidad de la Península de Yucatán, pendiente de iniciar operaciones oficialmente, por encontrarse en la fase de entrega / recepción de la infraestructura física y de los bienes muebles en el integrados.

La apertura de los diferentes servicios y el aumento de atención a las necesidades de salud, en cada uno de los HRAE, ha sido en forma progresiva, en buena parte por la disponibilidad y contratación de personal capacitado, proceso que ha sido gradual y observando estrictamente la contratación de personal que cubra los estándares de capacitación exigidos por la Secretaría de Salud, para brindar servicios especializados de calidad. Las siguientes tablas están enunciadas en el contexto de la capacidad operativa total del Hospital y ponen de relieve las limitaciones en el otorgamiento de servicios de atención por las razones antes enunciadas.

TABLA 6. INFRAESTRUCTURA EN HRAE

| Infraestructura | CRAE Chiapas | | HRAE Bajío | HRAE Oaxaca | HRAE Yucatán |
|--|-----------------|--------------|---------------|----------------|-----------------|
| | Pediátrico | Ciudad Salud | | | |
| No. Consultorios | 26 | 24 | 26 | 17 | 27 |
| No. camas censables | 90 | 90 | 184 | 66 | 200 |
| No. quirófanos | 3 | 5 | 7 | 5 | 4 |
| Especialidades | 12 | 18 | 27 | 24 | 24 |
| Plantilla de personal autorizada | 2 143 | | 1 209 | 878 | 1 236 |
| Plazas ocupadas * | 593 | | 263 | 350 | 39 |
| % Cobertura de la plantilla autorizada | 27.5 | | 21.7 | 39.6 | 3.1 |

* Al mes de junio 2007

Las limitaciones antes enunciadas se reflejan claramente en la ocupación de los HRAE que en promedio es de 14%, con un promedio de días estancia de 5.63 en consonancia con la complejidad y tipo de servicios de salud otorgados. En el periodo de enero a junio de 2007, el total de egresos de hospital fue de 2,090 y fueron otorgadas 16,149 consultas programadas y 2,312 en Admisión Continua. Se realizaron 1,713 cirugías. La tasa de mortalidad global en promedio fue de 6.42%

Con el desarrollo del programa implementado en conjunto con la Dirección General de Recursos Humanos, la realización de las convocatorias y evaluaciones correspondientes, se contrato e integro personal de nuevo ingreso a los HRAE. La cobertura al mes de enero de 2008 es en promedio de 39.3%, sin considerar el HRAE de la Península de Yucatán, aun pendiente de iniciar actividades asistenciales. La estructura del recurso humano de los HRAE, se detalla en la siguiente tabla.

TABLA 7. RECURSOS HUMANOS EN ACTIVO (ENERO 2008)

| Personal en activo | CRAE Chiapas | | HRAE Bajío | HRAE Oaxaca | HRAE Yucatán* |
|-------------------------------------|------------------|-----------|---------------|----------------|------------------|
| | Tuxtla Gutiérrez | Tapachula | | | |
| Médicos | 54 | 31 | 119 | 84 | 0 |
| Enfermeras | 136 | 108 | 191 | 151 | 0 |
| Personal Paramédico | 104 | 53 | 96 | 111 | 7 |
| Personal Administrativo | 104 | 81 | 47 | 66 | 35 |
| Personal Directivo | 21 | 14 | 44 | 16 | 22 |
| Total de Personal Activo | 419 | 287 | 497 | 428 | 64 |
| % Cobertura de Plantilla Autorizada | 39.95% | 25.86% | 42.41% | 49% | 5.1% |

* Aun no inicia actividades asistenciales

2.1 Problemática

Problemática del subsector de los INSalud:

Los INSalud enfrentan una eficiencia sub-óptima en la adquisición de insumos para la salud, por no utilizar compras consolidadas lo que trae como consecuencia complicaciones en el abasto.

Existe la duplicidad, subutilización y obsolescencia de equipos médicos.

Ineficacia del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Incremento en las consultas subsecuentes de pacientes provocando saturación de las citas reduciendo el margen de las consultas subsecuentes como las de primera vez, alargando los tiempos en la concertación de citas.

Los grados de avance tecnológico en informática y la lentitud con que se incrementan los recursos presupuestarios provocan un desarrollo informático lento, insuficiente y heterogéneo.

Insuficiente divulgación científica en revistas internacionales.

La normatividad vigente es en muchas ocasiones inflexible, limitando la gestión hospitalaria.

Sistemas de gestión hospitalaria anacrónicos.

Rezago notable en la aplicación de las tecnologías de la información.

Escasa capacidad de innovar oportunamente su infraestructura científica.

Bibliotecas con acervos duplicados, limitados y

sin aprovechar recursos digitales.

Limitada divulgación científica en revistas internacionales.

Necesidades urgentes de desarrollo inmobiliario.

Problemática de la red de los Hospitales Federales de Referencia

Los HFR aunque son unidades heterogéneas entre sí, comparten problemas similares como unidades de atención médica. Bajo un enfoque de comparación referencial, la DGCHFR identificó criterios operativos disímolos durante el proceso de atención médica en los servicios de urgencias de los HFR lo cual ha condicionado la génesis de incidentes críticos que repercuten en la eficiencia y la efectividad del proceso y afectan la calidad del servicio otorgado. El análisis muestra los siguientes focos rojos en la operación de los servicios:

En relación a estructura física, todos los hospitales son construcciones antiguas que han sufrido remodelaciones o adición de otras áreas a lo largo del tiempo las cuales, sin embargo, no han sido suficientes, presentan alteraciones intrínsecas que las hace insuficientes e inadecuadas. En relación al equipamiento, éste en su mayoría ha rebasado su vida media y los costos por mantenimiento son caros e inoperables, contando además con escasos recursos de tecnología avanzada. Persiste la deficien-

cia en el abastecimiento de medicamentos y otros insumos para la salud. Un problema compartido por todos también es la limitación de sus recursos humanos, lo cual se agrava con la sobredemanda en algunos servicios sobre todo en urgencias y ginecoobstetricia.

Se requiere capacitar a todo del personal en los procesos críticos y en forma continua, de todo lo anterior se considera que existe:

- Heterogeneidad de criterios operativos.
- Ineficacia en el sistema de referencia y contra-referencia.
- Sobredemanda de atención de urgencias.
- Insuficiencia de recursos y de áreas adecuadas para desahogar la población en urgencias.
- Infraestructura antigua que ha condicionada desde su creación remodelaciones o bien la adición de algunas aéreas.
- Alta demanda derivada de las zonas conurbadas.
- Personal insuficiente.
- Saturación en algunos servicios.
- Abastecimiento de medicamentos insuficiente.
- Falta de una coordinación y sistema de referencia adecuadas de unidades hospitalarias.
- Hospitales con falta de adecuado equipo médico.
- Equipo de informática insuficiente e inadecuado, en la mayoría de los casos.
- Deficiente equipamiento o equipamiento obsoleto con altos costos de mantenimiento.
- Debilidades gerenciales y operativas.

La seis unidades requiere mejorar su infraestructura, la cual ha sido ya iniciada en algunos de ellos como son el Hospital de la Mujer que se prevé en varias etapas su remodelación total así como de los hospitales Nacional Homeopático y el Hospital Juárez Centro; éste último será demolido después de una larga negociación entre sindicato y autoridades y reconstruido como una unidad médico quirúrgica de corta estancia.

Dado lo anterior se considera que los principales problemas son:

Insuficiente capacidad resolutive y saturación de los servicios

Dentro del subsistema de los HFR, 2 de los 6 hospitales tienen serios problemas de resolución de la atención por causas tanto de infraestructura como de capacidad técnica; mientras que los cuatro restantes se encuentran ya saturados en prácticamente todos sus servicios que ofrecen a la ciudadanía, situación que contrasta con un índice de ocupación del 80%.

Falta de coordinación para la optimización de recursos

La falta de coordinación existente, incluso al interior del subsistema, crea una mala distribución de pacientes y la saturación de algunos servicios, causando la demora en la atención. Esta situación se agrava en el caso de los HFR ya que más del 36% de los pacientes que son atendidos en estos hospitales radican en la zona metropolitana del estado de México y hacen uso de los servicios de la red.

Inadecuada utilización de los servicios hospitalarios

La atención del paciente, desde el punto de vista de la alta especialidad, se brinda en unidades especialmente dedicadas para ello, como son los INS y HRAE al estar diseñadas para atender casos de alta complejidad, han establecido protocolos y reglas de acceso y atención a pacientes que por primera vez buscan este tipo de atención. Por el contrario en los HFR se atiende sin ningún protocolo previo a toda la población que los solicita, ya que existe la política de cero rechazos, aunque esto en ocasiones no se puede cumplir por la falta de capacidad resolutive que frecuentemente se interpreta como saturación de las áreas de atención médica, sobre todo en los servicios de urgencias.

Insatisfacción del personal y los usuarios

La saturación de los servicios, la demanda constante de atención, lo complejo de algunos diagnósticos y en ocasiones su complicación por la demora en la atención, causa insatisfacción tanto en el personal de salud y de manera importante en los usuarios de los servicios, quienes con cierta frecuencia requieren de grandes desplazamientos hasta las unidades hospitalarias y no son atendidos de manera inmediata ni de acuerdo a la perspectiva que el paciente lleva.

Problemática de la Red HRAE

Los HRAE comparten el establecimiento de un innovador sistema de red entre ellos, encaminado a fortalecer la gestión hospitalaria, a la par de un Modelo de Gestión que se basa en la Gestión Clínica por Procesos y tienen una cartera de servicios de alta especialidad similar, si bien con diferencias de acuerdo a las necesidades de salud de la población a la que atiende, con asiento a su perfil epidemiológico, demográfico e infraestructura en salud dentro de la Red de Servicios de Salud.

Comparten la problemática de no contar con recursos humanos suficientes, capacitados y con experiencia, que permita cubrir la plantilla de personal autorizada para responder a la demanda de servicios de alta especialidad de la población que atienden, con la consecuente operación parcial del Hospital. Caso particular el HRAE de la Península de Yucatán, pendiente de iniciar operaciones, actualmente en el proceso de entrega / recepción de la infraestructura física y equipo tecnológico.

La operación parcial de los servicios que brinda el Hospital, la ineficacia en la operación de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, aunado a la inadecuada coordinación entre las unidades médicas que conforman la red de servicios, impactan en la optimización de los recursos tecnológicos y humanos del Hospital, que repercute en la oportunidad y calidad de la atención.

Los HRAE adolecen igualmente de un soporte informático con criterios y estándares de calidad homogéneos, que aporten una solución integral a sus funciones de atención médica, administrativas y financieras y que permitan la interoperabilidad entre ellos y el Sistema Nacional de Salud

2.2 Avances 2000 - 2006

2.2.1 Avances en los INSalud

La CCINSHAE tiene sus orígenes en la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud (CGINS) y el 26 de mayo de 2000 se publicó la Ley General de los Institutos Nacionales de Salud, la cual señala, en su artículo 5, a los Institutos Nacionales de Salud considerados como tales, con el objeto de regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos. En febrero de 2004 se da un importante cambio cuando las Direcciones Generales de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud y de Políticas de Investigación en Salud, así como los Centros Nacionales de Transfusión Sanguínea, de Rehabilitación, y de Trasplantes quedan adscritos orgánicamente a la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud. Asimismo, forman parte de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud las Comisiones Nacionales de Bioética y de Genoma Humano.

Durante el año 2004 se crea el Instituto Nacional de Medicina Genómica, principal encargado de desarrollar líneas de investigación en este campo. Se abroga la Comisión Nacional del Genoma Humano y se integran sus recursos a la Comisión Nacional de Bioética, dependiendo del tramo de control del Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud. En el mes de noviembre del mismo año se reforma la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en su fracción VII del artículo 5° con el cambio de nombre del Instituto Nacional de Perinatología, ahora "Isidro Espinosa de los Reyes".

En junio de 2005 se crea el Instituto Nacional de Rehabilitación. En junio de 2006 se agrega al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el nombre de Ismael Cosío Villegas.

Durante el periodo 2000-2006 importantes orga-

nizaciones altruistas facilitaron el equipamiento con tecnología de punta para sus procesos de diagnóstico y tratamiento médico.

2.2.2 Avances HFR

Gerencia y Operación:

La labor de la DGCHFR con sus unidades operativas ha contribuido favorablemente al desarrollo y mantenimiento de procesos gerenciales y de operación hospitalaria a través de logros impulsados por sus diferentes áreas, dirigidos hacia el compromiso directivo y el trabajo en equipo, así se logró, en el período 2000-2006:

1. Favorecimiento de la coordinación interinstitucional requerida para mejorar los sistemas de atención y urgencias, como son:

- Red de Atención a la Mujer
- Referencia y contrarreferencia pediátrica
- Información en red
- Sistema de Protección Social en Salud

2. Promoción de la mejora de procesos hospitalarios y prevención de riesgos a la salud como son:

Mejora continua en los Servicios de Urgencias
Elaboración de 18 protocolos de atención médica con sus guías de manejo para los servicios de urgencias y gineco-obstetricia

Programa Hospital Seguro

Integración del Plan de Contingencia para probable pandemia de influenza.

3. Promoción de la conformación, en su primera etapa, de la Red Metropolitana de Atención Médica cuyo objetivo es estructurar y coordinar los servicios de salud en el Valle de México con participación de la CCINSHAE/HFR ISEM y SSGDF, lo que permitirá mejorar la calidad para la atención oportuna e integral de todo paciente referido a través de un flujo regulado de pacientes. La red comprenderá un modelo interinstitucional con seis ejes articuladores de la red:

- Sistema Integral de Urgencias Médicas
- Red de Atención a la Mujer
- Plan de Mejora de Urgencias
- Sistema de Información en Red

• Sistema de Referencia y Contrarreferencia

• Sistema de Protección Social en Salud

4. Diseño, bajo la metodología del Ciclo de Gestión del “Plan de Mejora de Urgencias” el cual incluye nueve estrategias generales, 24 líneas de acción operativas y 9 líneas de coordinación a cargo de la DGCHFR.

5. Durante 2006 se realizaron reuniones de taller para unificación de criterios operativos, generando la estrategia de “cero rechazos” en los servicios de urgencias de los HFR; en mayo del mismo año se practicó por líderes de calidad y responsables de urgencias una auto evaluación y en mayo-junio se iniciaron las visitas de monitoreo para dar seguimiento al plan, hasta el momento se tienen un avance del 82.25% en las estrategias sobre las que se ha trabajado, son las mencionadas anteriormente, además de:

- Adecuación del área física
- Sistema de referencia en urgencias
- Capacidad resolutive del personal de urgencias
- Incremento de los recursos
- Análisis de la productividad
- Reforzamiento del programa de mejora continua
- Supervisión constante
- Sensibilización al personal

6. Desarrollo e integración del proyecto de “Desconcentración del Hospital del Mujer” en su primera etapa.

7. Integración, en conjunto con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y la Dirección General de la Infraestructura Física (DG-DIF), el anteproyecto del modelo operativo “Centro de Atención Medico-Quirúrgica de corta Estancia”.

8. Elaboración de perfiles, evaluaciones y registro de puestos en el catálogo, relacionados con esta Dirección General para el Servicio Profesional de Carrera.

2.2.2.1 Inversión

Entre el año 2002 y 2006 se invirtieron poco

más de 472 millones de pesos en los capítulos 5000 (equipamiento e instrumental médico, vehículos y equipo de cómputo) y 6000 (fortalecimiento de la

infraestructura) en los HFR, de los cuales el 12.41 % se invirtió en equipamiento para el Hospital General y el 32.08% en infraestructura del Hospital de

TABLA 8. INVERSIÓN EN LOS HFR PERIODO 2002-2006

| Hospitales | Capítulo 5000 | Capítulo 6000 | Totales |
|-------------------------|---------------|---------------|-------------|
| General de México | 58 591 527 | 44 071 614 | 102 663 141 |
| Dr. Manuel Gea González | 36 537 936 | 61 437 204 | 97 975 140 |
| Juárez de México | 53 027 701 | 20 650 719 | 73 678 420 |
| De la Mujer | 40 264 001 | 151 459 609 | 191 723 610 |
| Nacional Homeopático | 172 070 | 3 686 540 | 3 858 610 |
| Juárez del Centro | ----- | 2 130 920 | 2 130 920 |
| Total | 188 593 235 | 283 436 606 | 472 029 841 |

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.

Información proporcionada por las áreas de recursos financieros de los Hospitales descentralizados

la Mujer y tan sólo el 1.26% se distribuyó entre el Hospital Homeopático y el Hospital Juárez Centro, en el rubro de infraestructura. (Tabla 8).

2.2.2.2 Calidad

Los hospitales avanzaron en las líneas de acción planteadas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud e iniciaron la medición de los indicadores de calidad a finales del año 2003; esto ha permitido el monitoreo y el apoyo en la toma de decisiones para establecer proyectos de mejora continua. Estas acciones tienen resultados positivos en el índice de trato digno que a finales del 2005 superó el estándar de 90 y desde entonces se mantiene; en cuanto al índice de Organización de los Servicios de Urgencias, alcanzó una cifra de 87, cerca del estándar establecido de 90 esto debido a la alta demanda de los servicios y la capacidad resolutoria limitada, aún así se establecieron mejoras que permitieron disminuir el tiempo promedio de espera de los pacientes.

Por su propia naturaleza, los hospitales de referencia presentan una tasa alta de cesáreas de 40% superando el estándar propuesto de 30. El indicador de infecciones nosocomiales de las terapias intensivas de adultos y neonatos, se reporta en promedio de 14% lo cual está por abajo del estándar de 30, en

este indicador de calidad de la atención médica, se encuentra un área de oportunidad para colaborar con los INS Salud y los HRAE para compartir experiencias exitosas y establecer mecanismos de validación de los sistemas de medición.

Los Avaes Ciudadanos en el Hospital General de México así como en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, han recibido reconocimientos en diversos foros de calidad, si bien las acciones de calidad se realizan también en los otros hospitales, es necesario lograr mayor participación de la ciudadanía en salud a fin de contar con el programa de Aval Ciudadano en todas las unidades. Cabe resaltar que el Hospital General de México y su Aval Ciudadano recibieron el reconocimiento de 4 estrellas de plata por su alto desempeño.

Se logró la Certificación de los Hospitales Juárez de México, General de México y Dr. Manuel Gea González por el Consejo General de Salubridad, y el reto es continuar con el resto de las unidades de responsabilidad. Se enlista a continuación, los logros en cuanto a acreditaciones logradas:

1. Acreditación por el Sistema de Protección Social, para CAUSES y para Gastos Catastróficos.- Con el fin de cumplir las acciones planteadas en el Sistema Integral de Calidad en Salud, se Acreditaron para CAUSES los Hospitales General de México y Dr. Manuel Gea González.

2. Participan en Gastos Catastróficos para la atención de Cataratas los Hospitales “Dr. Manuel Gea González”, Juárez de México y General de México, éste último también participa en la atención de cáncer cérvico-uterino, y Leucemia en niños, se acreditó al Hospital General de México en 2007 para problemas del recién nacido y tumores sólidos. El Hospital Juárez de México recibió acreditación en Gastos Catastróficos del Seguro Popular en cáncer cérvico-uterino y cataratas en 2006 y leucemia y cáncer en niños en 2007.
3. Premio Nacional de Calidad. Los hospitales participaron en el Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud, y destacan por sus avances el Hospital General de México, que quedó como uno de los cinco finalistas a nivel nacional, El Hospital Dr. Manuel Gea González y el Hospital de la Mujer.
4. Acuerdos de Gestión. A partir del año 2005 los hospitales participan en esta estrategia, obteniendo recursos financieros que se han utilizado para la adquisición de equipo e instrumental médico principalmente, los cuáles se han entregado al personal como reconocimiento a su trabajo, produciendo mayor participación y motivación a favor de las acciones de mejora continua de la calidad. En el 2007, los hospitales participaron en Acuerdos de Gestión tendientes a la disminución de la mortalidad materna, atención médica efectiva y trato digno en los hospitales.
5. De las llamadas de CALIDATEL corresponden a: quejas el 65%, sugerencias 20% y felicitaciones 15%, todas las quejas han sido resueltas.
6. Se realizó la Primera Reunión de Proyectos de Colaboración entre los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia, estableciendo las siguientes líneas de colaboración: seguridad del paciente, uso racional de medicamentos, infecciones nosocomiales, urgencias médicas, diferimiento quirúrgico y mejora de los registros clínicos.

2.2.2.3 Acciones específicas en los Hospitales Federales de Referencia

En el Hospital de la Mujer

El Hospital de la Mujer es el apoyo más importante a la red de Atención a la Mujer por lo cual ha sido incluido en el proceso de modernización y equipamiento.

Se finalizó una etapa más en la remodelación de su estructura física, que actualmente está en proceso; beneficiando las áreas de consulta externa, (sala de espera y consultorios), toco-cirugía (labor, quirófano y recuperación posquirúrgica) y urgencias (sala de choque, observación y sala de espera).

En el año 2007 se reiniciaron los trámites para llevar a cabo el proceso de desconcentración, concretándose su primera etapa en esta Dirección General, la cual concluyó con la entrega de la documentación necesaria a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, para que incluya en el Reglamento interior de la Secretaría de Salud las atribuciones que confiere al Hospital de la Mujer como Órgano Desconcentrado. Los trámites subsecuentes ya corresponderán a la CCINSHAE.

Hospital Nacional Homeopático

En el Hospital se gestionó y desarrolló la instrumentación para ofrecer consulta homeopática en 3 hospitales federales de referencia.

Se reubicó y modernizó el servicio de urgencias.

Se rehabilitó y reubicó el servicio de tocoquirúrgica.

Se incrementó de la productividad de urgencias y de la consulta externa en un 5%.

Se efectuó la integración del grupo de aval ciudadano al hospital.

Se Implementó el sistema de triage y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Se estableció el sistema INDICA (Sistema Nacional de Indicadores en Salud)

Se documentaron la mayoría de los procedimientos de las áreas.

Hospital Juárez de México

El hospital concluyó el proceso de descentralización en el año 2005, fue certificado como Hospital General por segunda ocasión en 2004. Se han mejorado mediante inversión propia y con apoyo de instituciones altruistas los equipos de tomografía axial, resonancia magnética, equipo de hemodinamia, braquiterapia de alta tasa de dosis, así como diversos equipos de soporte vital básico y monitorización en áreas críticas, equipos médicos de quirófanos y anatomía patológica. Se han remodelado las áreas de quirófano y tococirugía, baños para pacientes y personal, vestidores de los trabajadores, aulas, salas de rayos X, almacenes y el estacionamiento. Asimismo se han construido quirófanos para cirugía de láser excimer, cirugía de cataratas y se han remodelado varios consultorios. Se ha ido incorporando paulatinamente sistemas de Informática y se ha establecido la página electrónica con todos los lineamientos y avances en la instalación de la red de Internet.

Hospital Dr. Manuel Gea González

En el hospital se implementaron las clínicas multidisciplinarias para atención de obesidad y de pie diabético.

Se establecieron los comités Hospitalarios de Bioética y Seguridad del paciente

Se pasó a la etapa final del Premio Nacional de Calidad 2007

Se implementaron acciones de reingeniería en urgencias para atender la sobredemanda.

Hospital General de México

Se inauguró la nueva unidad de radioterapia que cuenta con un acelerador lineal de alta tecnología.

Se remodelaron o ampliaron los servicios de Infectología, 3er piso de Oncología, urgencias y sala de espera de Gineco-Obstetricia, urgencias y terapia intensiva de Pediatría y área de encamados y explo-

ración de Urología, remodelación de los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Se adquirió un moderno equipo automatizado para el Laboratorio Central.

Fue certificado por el Consejo de Salubridad General para el periodo 2000-2004 y recertificado para el 2005-2008.

Tiene un Sistema Automatizado de Administración Hospitalaria con once módulos para el área Médica y once para el área de Administración.

Casi la totalidad de su Estructura Orgánica (31 de 35 áreas) están certificadas bajo la norma ISO 9001-2000.

Mantiene e impulsa su programa de citas por vía telefónica.

Hospital Juárez Centro

Inició el proceso de demolición y posterior construcción de la nueva unidad “Médico-Quirúrgica de cirugía de corta estancia”.

2.2.3 Avances HRAE

La Estructura Orgánica de cada uno de los HRAE se concilió con la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud para poder llevar a cabo el proceso de contratación en cada HRAE, y conformar así su plantilla.

Se elaboró el Manual de Organización de la Dirección General de Coordinación de los HRAE el cual ha sido sancionado para su difusión por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

Desde su concepción se estableció la red de servicios de HRAE para favorecer la gestión hospitalaria y la Gestión Clínica por Procesos como Modelo de Gestión de los HRAE, que considera la asignación y aplicación de recursos requeridos en la prestación de

servicios y toma de decisiones a lo largo del proceso de atención del paciente, con miras a mejorar la efectividad, reducir la variabilidad de la práctica clínica e incorporar la dimensión del costo al momento de tomar decisiones clínicas.

Se definió la cartera de servicios de cada HRAE de acuerdo a las necesidades de salud de la población a la que atiende, con base a su perfil epidemiológico, demográfico e infraestructura en salud dentro de la Red de Servicios de Salud, con una proyección a 25 años.

Con la coordinación de Comité Institucional para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, los HRAE participan en la elaboración de las Guías de Práctica Clínica y la CCINSHAE participa en el Comité Institucional para la Elaboración e Implementación de Guías de Práctica Clínica que permitan disminuir la variabilidad de la práctica clínica y garantizar la toma de decisiones con la mejor evidencia disponible

Recursos Humanos

Los HRAE requieren de recursos humanos suficientes, capacitados y con experiencia para responder a la demanda de servicios de alta especialidad de la población que atienden. Los HRAE, son una excelente opción para favorecer polos de desarrollo en la prestación de servicios de la salud, enseñanza e investigación.

a) En coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos, se estableció una propuesta respecto a los criterios y mecanismos a considerar con relación a la selección e ingreso de personal para las plazas vacantes de los HRAE, conforme a los estándares, evaluación y normatividad vigente, con el objetivo de obtener la cobertura de la plantilla de personal para la óptima función del Hospital

b) Se han llevado a cabo sesiones de conciliación de contratación de plantilla, contando con la participación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud

c) Se implementaron los mecanismos de difusión de las vacantes de personal de los HRAE hacia los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, centros formadores de personal especializado.

d) En la página electrónica de la CCINSHAE se publicaron las características, cartera de servicios y vacantes de personal de los HRAE.

2.2.3.1 Operación

La sana y sustentable operación del Hospital Regional de Alta Especialidad, requiere la optimización de los recursos físicos, tecnológicos y humanos, mediante Modelos de Gestión por procesos de atención, que permitan otorgar una atención oportuna y de calidad.

a) Se evaluaron y establecieron los procedimientos, en coordinación con los HRAE para optimizar el uso racional de los recursos hospitalarios tanto humano y tecnológico, que permitan coadyuvar a la operatividad de los diferentes servicios que brinda el Hospital, particularmente aquellos pendientes de entrar en operación. Y para promover la difusión de los objetivos y características del Hospital, sus recursos humanos y tecnológicos, así como de la cartera de servicios de alta especialidad de cada Hospital Regional.

b) Se establecieron los procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrarreferencia para el acceso a los servicios públicos de alta especialidad en el ámbito de su competencia, asistiendo los representantes de las Direcciones Médicas y de Enfermería al curso de capacitación en la materia. A la fecha se realizaron diversas acciones (reuniones a nivel estatal con los servicios de salud, ISSSTE, IMSS, promoción por t.v. y radio, etc.) por cada HRAE con la finalidad de agilizar el sistema de referencia y contrarreferencia

c) Se establecieron las políticas y se coadyuvo a la celebración de convenios con Instituciones de Salud nacional y estatal, en coordinación con los Directores Generales de los HRAE. De particular interés se establecieron los mecanismos para favorecer una interacción más estrecha con los diferentes sectores y unidades hospitalarias integradas en la red de servicios de salud.

d) Se iniciaron negociaciones con otras Instituciones de Salud, nacionales y estatales, con miras a establecer acuerdos y convenios de servicios, que permitan la optimización de los recursos tecnológi-

cos y humanos en beneficio de la comunidad general de la población que atienden. .

e) Se llevó a cabo la formalización del Convenio entre el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y el ISSSTE Estatal.

2.2.3.2 Enseñanza e Investigación

a) Se establecieron negociaciones con los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de Referencia, para el desarrollo e impartición de programas de educación continua para el personal médico, enfermería, técnico y administrativo, con apoyo de la telemedicina

b) Se iniciaron protocolos de investigación, algunos de ellos con el apoyo y en consonancia con la investigación de alta especialidad que se realiza en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Referencia de Alta Especialidad.

c) Dentro del programa de capacitación de personal de los HRAE, se establecieron programas para incentivar la investigación y la formación de recursos humanos. Seminario Metodología de la Investigación y Diplomado en Formación Docente, este último programado para iniciar en marzo 2008

d) Los HRAE establecieron vínculos y convenios con otras Instituciones de Enseñanza e Investigación para la capacitación y formación de personal de la salud, a la par de promover la investigación en Salud.

Sistema de Información en Salud

Se coadyuvó en el establecimiento de los procedimientos para el desarrollo e implantación de programas de información en salud, que brinden criterios y estándares de calidad y homogéneos, aplicables a cada uno de los HRAE y que permitan la incorporación de la tecnología de la información en los procesos de recolección y análisis, asimismo permitan la interoperabilidad con otras Unidades Médicas, la telemedicina y brinden una solución integral a los requerimientos de información estadística y epidemiológica del Sistema Nacional de Información en Salud, aseguren un manejo impecable del expediente clínico y de la gestión directiva-administrativa y financiera.

Sustentabilidad Financiera

La práctica de los servicios de alta especialidad, requieren de recursos tecnológicos e insumos de alto costo, para asegurar su operatividad es necesario que sea sustentable.

a) Se coordinó la elaboración del Tabulador de cuotas de recuperación de cada HRAE para su envío al Patrimonio de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud el cual ha sido revisado por éste y enviado para su autorización a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, actualmente cada HRAE cuenta con sus tabuladores autorizados para el ejercicio 2007.

b) Se iniciaron las negociaciones para la celebración por parte del HRAE de acuerdos y convenios con otras Instituciones Nacionales y Estatales de Salud.

c) Se llevó a cabo la formalización del Convenio entre el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y el ISSSTE Estatal,

d) Se establecieron los mecanismos de difusión de la cartera de servicios que brinda el HRAE, hacia las instituciones nacionales, estatales y regionales de salud, la comunidad médica, servicios privados de salud y la población general.

Nuevos HRAE

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 se analizan los nuevos esquemas de Proyectos de Prestación de Servicios inscritas en el Plan Maestro de Infraestructura Reunión con Dirección General de Planeación y Desarrollo para información y análisis sobre las políticas operativas y conclusiones de las reuniones, estudios y talleres previos, sobre la metodología para la definición de los futuros HRAE, su integración a la red nacional y regional de servicios de salud, su ubicación y municipios involucrados en su área de influencia. Su integración al Plan Maestro de Infraestructura y dimensionamiento de los hospitales, definición de cartera de servicios y unidades especializadas de apoyo, que permitan cubrir las necesidades de salud de acuerdo al análisis de factores epidemiológicos, dinámica de la población e infraestructura de salud existente en cada región.

Asimismo, se coadyuvo con la Dirección General de Infraestructura Física, la Dirección General de Planeación y Desarrollo y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, en la definición del modelo de gestión, infraestructura arquitectónica, las características, cartera de servicios y equipamiento del HRAE de Ciudad Victoria, Tamaulipas, integrado a la red de servicios de alta especialidad, que inicio su construcción en octubre de 2007.

2.3 Retos 2007 -2012

La medicina de alta especialidad esta conformada por los servicios de atención a las personas, dirigidos a los daños a la salud de baja frecuencia y alta complejidad, que involucran el empleo de una combinación de procedimientos clínicos o quirúrgicos, con tecnología de última generación, alto costo y elevada calidad, realizados por equipos multidisciplinarios de profesionales, donde se forma personal de alto nivel y experiencia.

Dentro de los retos para lograr la cobertura universal de salud, mediante el incremento planeado de la afiliación del Sistema de Protección Social en Salud, está garantizar la oferta de servicios de salud de alta especialidad en el ámbito nacional, para atender la demanda con oportunidad y eficiencia. La demanda de atención presenta una tendencia creciente, ya que las medidas para abatir las enfermedades crónico-degenerativas no han sido suficientes, la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las neoplasias constituyen las principales causas de mortalidad, por lo que se requiere reorientar los servicios de salud y fortalecer la alianza con los sectores educativo y organismos no gubernamentales, para establecer sinergias que permitan abatir el avance de las enfermedades. Persiste la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención médica, para el flujo regular de pacientes, por lo que las instituciones de salud especializadas han sido cuestionadas por sus limitaciones en la cobertura y su concentración en las ciudades más grandes del país, por ello ha resultado indispensable la vinculación y creación de unidades médicas de alta especialidad,

distribuidas estratégicamente y su interrelación con los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia, que en conjunto permitan integrar un Sistema Nacional de Alta Especialidad, para abatir los tiempos de espera en recibir la atención médica de alta especialidad.

2.3.1 Retos de los INSalud

Contribuir con el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad procurando la satisfacción de necesidades de salud dando respuesta a las expectativas de la población.

- Dar la prioridad y alternativas de solución a los problemas de salud que puedan representar un riesgo de seguridad nacional: SIDA, influenza pandémica y enfermedades emergentes.
- Fortalecer la infraestructura hospitalaria de la medicina de alta especialidad.
- Ejercer buenas prácticas clínicas a través de la Medicina Basada en la Evidencia.
- Analizar la factibilidad de incorporar la medicina tradicional y complementaria como alternativa de tratamiento.
- Lograr un vínculo eficiente y mutuamente satisfactorio con el programa de Seguro Popular (modalidad de cobertura en medicina de alta especialidad).
- Lograr economías de escala en medicamentos, estudios de laboratorio, gabinete, imagenología y otros insumos.
- Promover la creación de bienes comunes como una biblioteca central y una revista única para difusión de logros médicos en los INSalud.
- Formar los especialistas de excelencia que el país necesita.
- Estandarizar los niveles de calidad de atención médica a través de una certificación de excelencia.
- Fortalecer la comunicación de la medicina de alta especialidad del país mediante el uso de telemedicina.
- Establecer un portal Web de medicina de especialidad.

- Difundir el conocimiento a través de la práctica de educación a distancia.
- Crear oportunidades de desarrollo para los profesionales de la salud.

2.3.2 Los retos desde la coordinación del subsistema de los Hospitales Federales de Referencia

Reforzamiento de la infraestructura

- Reconstrucción del Hospital Juárez Centro
- Reconstrucción del Hospital Nacional Homeopático
- Segunda etapa de remodelación del Hospital de la Mujer
- Desconcentración del Hospital de la Mujer
- Mejoras estructurales de los HFR

Mejora de la capacidad resolutive

- Capacitación del personal médico y paramédico
- Plan de inventario y renovación de equipo médico
- Ampliación de horarios de atención

Mejoras en la calidad, la gerencia y la toma de decisiones

- Mejorar la calidad de la atención y hacer de la calidad una razón de ser en las unidades
- Facilitar la gerencia y la toma de decisiones a través de indicadores que faciliten la labor de acuerdo al nivel de decisión

Como oportunidad, se presenta la definición y mejora operativa de subsistema de atención metropolitana que opera en el actualidad y que contempla no sólo a los hospitales de la red de los HFR, sino que incorpore de manera eficiente a los hospitales de segundo nivel de la Secretaría de Salud del DF y a los del estado de México.

2.3.2.1 Los retos desde la perspectiva de las unidades

Los retos a los que se enfrentan los HFR son en dos sentidos: en forma interna deberán lograr estándares de eficiencia y calidad en sus recursos humanos, materiales, mejorar las áreas físicas y mejorar los procesos en forma continua y de toma de decisiones para brindar la atención médica que el paciente espera, y poder abatir los índices de morbimortalidad de la población a la que se atiende. En otro sentido para alcanzar los niveles de calidad esperados deberá establecerse la cooperación inter-hospitalaria e interinstitucional y consolidar la red de servicios de atención médica.

Los HFR que serán remodelados en la presente administración requerirán de una planeación para utilizar en forma óptima los recursos humanos que estarán disponibles, así como de la nueva la estructura física, además de un reforzamiento de los programas de referencia y contrarreferencia para subsanar las necesidades de atención que estos hospitales establecerán durante los tiempos de remodelación.

Los trabajos de reconstrucción en el Hospital Nacional Homeopático contemplan la creación del centro de investigación aplicada en homeopatía y alternativas terapéuticas. Además se propone realizar:

El diseño de las primeras líneas de investigación en homeopatía,

La Integración del hospital como sede o subse- de de especialidades médicas básicas y La creación de la residencia familiar homeopática dentro del hospital.

Mantener la operación del hospital en un 50% y la capacitación del 90% del personal durante la remodelación.

Los hospitales en remodelación deberán ser capaces de mantener la operación y productividad del hospital en el máximo posible sin detrimento de la calidad, capacitar y actualizar al personal para el

funcionamiento renovado del hospital y actualizar la estructura orgánica de la institución de acuerdo a sus nuevas actividades.

2.3.3 Retos para los HRAE

La cobertura de la medicina de alta especialidad esta mal distribuida y es insuficiente tanto en infraestructura, como en recursos humanos capacitados para cubrir las necesidades de salud, comprometiendo la accesibilidad a los servicios de salud a un gran núcleo de la población, particularmente la población vulnerable y desprotegida, y por otro lado sobrecargando los servicios otorgados por los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Referencia de Alta Especialidad, con el consiguiente compromiso de la calidad de la atención. El diseño e implementación de un sistema nacional de medicina de alta especialidad con una mejor distribución de los recursos tecnológicos y humanos, aunado a mecanismos que faciliten el acceso a los servicios, permitirá el mejoramiento de la calidad de la atención, la optimización de los recursos, así como la sustentabilidad y rentabilidad de la atención médica de alta especialidad,

El reto es impulsar la innovación en la gestión hospitalaria, además de contar con la voluntad política y los recursos necesarios que favorezcan la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles de atención que redunden en la optimización de la medicina especializada y que mejore la accesibilidad y calidad de la atención de los grupos poblacionales más desprotegidos y se establezcan indicadores de desempeño que cuantifiquen las mejoras del nivel de salud de la población.

Diseñar e impulsar los mecanismos que permitan optimizar los recursos tecnológicos y humanos, que se reflejen en la oportunidad y calidad de cubrir las necesidades de salud de la población a la que atiende, a la par de asegurar la rentabilidad y sustentabilidad.

Establecer mecanismos de referencia y contrareferencia que permitan brindar atención médica

con calidad y oportunidad, para las condiciones de salud que requieren atención en unidades de alta especialidad

Asegurar la calidad y seguridad de la atención, con base en la mejor evidencia disponible.

Establecer las negociaciones con las instituciones formadoras de personal capacitado y diseñar las políticas y mecanismos, que aseguren la capacitación y desarrollo del capital humano, a la par de promover la formación de nuevos recursos humanos, que permitan asegurar la atención con calidad y seguridad, y una mejor distribución y aplicación del capital humano

Vincular la investigación con la atención médica, el aprendizaje, la experiencia, el desarrollo del personal y la toma de decisiones.

Consolidar al HRAE como polo de desarrollo en la atención médica, investigación, académica y de formación de recursos, que redunden en beneficio de la población.



3. Organización del Programa



3.1 Misión

Conformar un sistema de medicina de alta especialidad integral, equitativo y eficiente, mediante la interrelación de un modelo integrado de atención hospitalaria en el ámbito regional, estatal y federal para la población demandante, garantizando el acceso a los servicios de salud especializados.

3.2 Visión

La medicina de alta especialidad del país coadyuvará a reducir las brechas en salud a través de un innovador sistema integral de servicios de salud, basado en una gestión de red de servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de la población, contribuyendo así al desarrollo social del país.

3.3 Objetivos

Desarrollar e instrumentar un modelo integrado de atención médica con criterios homogéneos, basado en un sistema de servicios de salud de alta especialidad para la coordinación de redes hospitalarias regionales, estatales y federales, en donde se garantice una atención eficiente a la población.

- Diseñar un modelo integral de gestión hospitalaria con criterios homogéneos para apoyar la toma de decisiones de los hospitales que otorgan servicios de alta especialidad.
- Adoptar modelos de organización y de operación innovadores, en las unidades de atención de alta especialidad, para eficientar la gestión hospitalaria.
- Instrumentar un sistema de información en salud confiable para las unidades de alta especialidad, que permita la aplicación de metodologías enfocadas al procesamiento de datos, el uso de mecanismos de comunicación modernos y de tecnologías de la información actuales.
- Establecer un sistema estructurado de servicios hospitalarios que haga eficiente el funcionamiento en red de las unidades de alta especialidad, garantizando la accesibilidad a los servicios de alta especialidad.

- Asegurar la participación de las unidades de alta especialidad en el sistema integral de calidad en salud, para mejorar los procesos y ofrecer servicios con calidad y seguridad del paciente.
- Impulsar la formación de recursos humanos especializados en las unidades hospitalarias de alta especialidad, considerando las proyecciones demográficas, epidemiológicas y desarrollo tecnológico que se presenten en el país.
- Fortalecer la infraestructura y equipamiento de las unidades de alta especialidad en el país, para brindar servicios de salud de alta calidad y favorecer el acceso.

3.4 Estrategias

Se han determinado 7 objetivos específicos y las estrategias que permitirán avanzar hacia el cumplimiento del objetivo general, y así poder aproximarse progresivamente a la visión planteada y lograr las metas correspondientes. Para cada uno de los siete objetivos se han delineado las correspondientes estrategias que en total son 22 y 38 líneas de acción para su operacionalización. La relación de objetivos y estrategias se presenta en el siguiente cuadro, la relación de estrategias y líneas de acción se enlista posterior al cuadro:

| Objetivos y estrategias | |
|--|---|
| Objetivos específicos | Estrategias |
| 1. Diseñar un modelo integral de gestión hospitalaria con criterios homogéneos para apoyar la toma de decisiones de los hospitales que otorgan servicios de alta especialidad. | 1. Impulsar la adopción de modelos de organización y operación innovadores en las unidades de atención de alta especialidad, que respondan a las necesidades de la población y que incorporen los avances en materia de gestión por procesos de atención a la salud. 2. Consolidar un sistema de gestión organizacional hospitalaria, aplicable y capaz de traducir los conceptos teóricos de gerencia, en actividades prácticas para la alta especialidad. 3. Implantar un modelo de estructuración de la farmacia intrahospitalaria en las unidades de alta especialidad. |
| 2. Adoptar modelos de organización y de operación innovadores, en las unidades de atención de alta especialidad, para eficientar la gestión hospitalaria. | 4. Implantar un modelo de gestión organizacional hospitalario, bajo un enfoque estratégico. 5. Establecer un sistema integral de atención hospitalaria, que contribuya a satisfacer los requisitos esenciales de la alta especialidad, a través de la aplicación de técnicas avanzadas de gestión. |

| Objetivos y estrategias | |
|---|---|
| Objetivos específicos | Estrategias |
| | <p>6. Implantar modelos innovadores que faciliten la mejora de los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos en las unidades de alta especialidad.</p> <p>7. Establecer un mecanismo que favorezca el intercambio de medicamentos entre unidades de alta especialidad.</p> |
| <p>3. Instrumentar un sistema de información en salud confiable para las unidades de alta especialidad, que permita la aplicación de metodologías enfocadas al procesamiento de datos, el uso de mecanismos de comunicación modernos y de tecnologías de la información actuales.</p> | <p>8. Desarrollar una Red Digital de Medicina de Alta Especialidad (REDIMAE).</p> <p>9. Instrumentar e impulsar la utilización de un expediente clínico efectivo a las unidades médica de alta especialidad.</p> <p>10. Vincular el sistema de información en salud a la gestión hospitalaria para la toma de decisiones.</p> |
| <p>4. Establecer un sistema estructurado de servicios hospitalarios que haga eficiente el funcionamiento en red de las unidades de alta especialidad, garantizando la accesibilidad a los servicios de alta especialidad.</p> | <p>11. Integrar funcionalmente todas las unidades de medicina de alta especialidad del sector mediante la creación redes de servicios de alta especialidad en el país.</p> <p>12. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes para acceder a los servicios de medicina de alta especialidad</p> |
| <p>5. Asegurar la participación de las unidades de alta especialidad en el sistema integral de calidad en salud, para mejorar los procesos y ofrecer servicios con calidad y seguridad del paciente.</p> | <p>13. Vincular a los hospitales públicos de alta complejidad con el Proyecto de Seguridad del Paciente, que incluya medidas para garantizar una atención limpia y prevenir la ocurrencia de eventos adversos, errores en la medicación y cirugía insegura.</p> <p>14. Promover el uso de guías de práctica clínica de atención médica acordes a las políticas y procedimientos de cada institución de alta especialidad. [DT5]</p> <p>15. Desarrollar un programa de mejora continua para la alta especialidad, que ofrezca servicios de salud seguros, efectivos y eficientes.</p> <p>16. Establecer un programa de mejora para identificar, difundir y adaptar las mejores prácticas en los procesos de atención al paciente en las unidades de alta especialidad.</p> |
| <p>6. Impulsar la formación de recursos humanos especializados en las unidades hospitalarias de alta especialidad, considerando las proyecciones demográficas y epidemiológicas que se presenten en el país.</p> | <p>17. Revisar los programas académicos de residencias médicas en las unidades de alta especialidad para adecuarlos a las necesidades demográficas, epidemiológicas del país y al desarrollo tecnológico.</p> <p>18. Adecuar los programas operativos y designación de nuevas sedes de residencias médicas de alta especialidad para satisfacer las necesidades demográficas y epidemiológicas del país.</p> <p>19. Favorecer la educación a distancia a través del uso de telemedicina y acceso a biblioteca virtual en salud.</p> <p>20. Propiciar el desarrollo profesional continuo del personal.</p> |
| <p>7. Fortalecer la infraestructura y equipamiento de las unidades de alta especialidad en el país, para brindar servicios de salud de alta calidad y favorecer el acceso.</p> | <p>21. Detectar las necesidades actuales y futuras de la infraestructura hospitalaria, a través de evaluación de la infraestructura física.</p> <p>22. Proponer las pautas generales en que se sustentan los programas médicos arquitectónicos necesarios para la construcción y equipamiento de los diferentes establecimientos, de acuerdo a los ejes rectores de la Secretaría de Salud.</p> |

3.5 Líneas de acción

3.5.1 Estrategia 1. Impulsar la adopción de modelos de organización y operación innovadores en las unidades de atención de alta especialidad, que respondan a las necesidades de la población y que incorporen los avances en materia de gestión por procesos de atención a la salud.

Modelo de atención hospitalaria para la alta especialidad:

Área asistencial: Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa

Área administrativa: Recursos materiales, financieros y humanos

Proyecto de atención médica.

Proyecto de atención a la mujer.

Proyecto de reordenamiento organizacional e infraestructural.

Proyecto de desarrollo de competencias gerenciales.

3.5.2 Estrategia 2. Consolidar un sistema de gestión organizacional hospitalaria, aplicable y capaz de traducir los conceptos teóricos de gerencia, en actividades prácticas para la alta especialidad.

Sistema de gestión organizacional hospitalaria para la alta especialidad.

Proyecto de control del sistema de gestión organizacional hospitalaria para la alta especialidad.

3.5.3 Estrategia 3. Implantar un modelo de estructuración de la farmacia intra-hospitalaria en las unidades de alta especialidad.

Programa de farmacia intra-hospitalaria.

3.5.4 Estrategia 4. Implantar un modelo de gestión organizacional hospitalario, bajo un enfoque estratégico.

Modelo de gestión organizacional hospitalario para la alta especialidad.

3.5.5 Estrategia 5. Establecer un sistema integral de atención hospitalaria, que contribuya a satisfacer los requisitos esenciales de la alta especialidad, a través de la aplicación de técnicas avanzadas de gestión.

Sistema integral de atención hospitalaria para la alta especialidad.

3.5.6 Estrategia 6. Implantar modelos innovadores que faciliten la mejora de los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos en las unidades de alta especialidad.

Programa de adquisiciones consolidadas en medicamentos y otros insumos para la salud.

3.5.7 Estrategia 7. Establecer un mecanismo que favorezca el intercambio de medicamentos entre unidades de alta especialidad.

Proyecto de abasto de medicamentos.

3.5.8 Estrategia 8. Desarrollar una Red Digital de Medicina de Alta Especialidad (REDIMAE).

Programa de establecimiento de la Red Digital de Medicina de Alta Especialidad (REDIMAE).

3.5.9 Estrategia 9. Instrumentar e impulsar la utilización de un expediente clínico efectivo a las unidades médicas de alta especialidad.

Proyecto de Sistemas de Información en Salud.

Proyecto de expediente clínico electrónico.

3.5.10 Estrategia 10. Vincular el sistema de información en salud a la gestión hospitalaria para la toma de decisiones.

Programa de información en salud para la alta especialidad:

Área asistencial: Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa.

Área administrativa: Recursos materiales, financieros y humanos.

3.5.11 Estrategia 11. Integrar funcionalmente todas las unidades de medicina de alta especialidad del sector mediante la creación de redes de servicios de alta especialidad en el país.

Programa de información en salud para la alta especialidad.

Proyecto de telemedicina.

Proyecto de call-center.

3.5.12 Estrategia 12. Establecer un sistema de refe-

rencia y contrarreferencia de pacientes para acceder a lo servicios de medicina de alta especialidad.

Programa del sistema de referencia y contrarreferencia para el acceso a los servicios de alta especialidad.

3.5.13 Estrategia 13. Vincular a los hospitales públicos de alta complejidad con el Proyecto de Seguridad del Paciente, que incluya medidas para garantizar una atención limpia y prevenir la ocurrencia de eventos adversos, errores en la medicación y cirugía insegura.

Programa de seguridad del paciente

3.5.14 Estrategia 14. Promover el uso de guías de práctica clínica de atención médica acordes a las políticas y procedimientos de cada institución de alta especialidad.

Proyecto de guías de práctica clínica.

3.5.15 Estrategia 15. Desarrollar un programa de mejora continua para la alta especialidad, que ofrezca servicios de salud seguros, efectivos y eficientes.

Programa de mejora continua para la alta especialidad.

Proyecto para la acreditación de unidades médicas en CAUSES.

Proyecto para la acreditación de unidades médicas en Gastos Catastróficos.

Proyecto para certificación hospitalaria de unidades de alta especialidad.

Proyecto para la certificación de áreas o departamentos por ISO-9000.

3.5.16 Estrategia 16. Establecer un programa de mejora para identificar, difundir y adaptar las mejores prácticas en los procesos de atención al paciente en las unidades de alta especialidad.

Programa de mejora continua para la alta especialidad.

Proyecto para la implantación de las mejores prácticas hospitalarias.

3.5.17 Estrategia 17. Revisar los programas académicos de residencias médicas en las unidades de

alta especialidad para adecuarlos a las necesidades demográficas, epidemiológicas del país y al desarrollo tecnológico.

Proyecto de revisión de programas académicos de la medicina de alta especialidad.

3.5.198 Estrategia 18. Adecuar los programas operativos y designación de nuevas sedes de residencias médicas de alta especialidad para satisfacer las necesidades demográficas y epidemiológicas del país.

Programa de formación de profesionales médicos especializados.

3.5.19 Estrategia 19. Favorecer la educación a distancia a través del uso de telemedicina y acceso a biblioteca virtual en salud.

Programa de telemedicina de alta especialidad médica.

Programa de biblioteca virtual en salud de alta especialidad.

3.5.20 Estrategia 20. Propiciar el desarrollo profesional continuo del personal.

Programa de desarrollo profesional continuo.

3.5.21 Estrategia 21. Detectar las necesidades actuales y futuras de la infraestructura hospitalaria, a través de evaluación de la infraestructura física.

Programa de diagnóstico situacional de la infraestructura hospitalaria en unidades de alta especialidad.

Proyecto de evaluación de infraestructura hospitalaria.

3.5.22 Estrategia 22. Proponer las pautas generales en que se sustentan los programas médicos arquitectónicos necesarios para la construcción y equipamiento de los diferentes establecimientos, de acuerdo a los ejes rectores de la Secretaría de Salud.

Programa médico arquitectónico en unidades de alta especialidad.

Proyecto de control para el programa médico arquitectónico.

3.6 Metas anuales 2008 – 2012 [DT6]

| Objetivos específicos | Metas 2008 - 2012 |
|---|---|
| Diseñar un modelo integral de gestión hospitalaria con criterios homogéneos para apoyar la toma de decisiones de los hospitales que otorgan servicios de alta especialidad. | Para 2009, instrumentar el modelo de indicadores de gestión para la toma de decisiones en las unidades del subsistema de los Hospitales Federales de Referencia Para 2010, reordenamiento estructural y organizacional en unidades de alta especialidad Para 2009, desarrollar competencias gerenciales en personal de mando medio |
| Adoptar modelos de organización y de operación innovadores, en las unidades de atención de alta especialidad, para eficientar la gestión hospitalaria. | Para 2009, lograr la desconcentración operativa del Hospital de la Mujer Para 2009, ampliación de horarios de atención en HFR Para 2009, utilizar un expediente electrónico unificado en el 90% de unidades de alta especialidad Establecer la gestión hospitalaria por procesos de atención en las unidades de alta especialidad |
| Instrumentar un sistema de información en salud confiable para las unidades de alta especialidad, que permita la aplicación de metodologías enfocadas al procesamiento de datos, el uso de mecanismos de comunicación modernos y de tecnologías de la información actuales. | Para 2008, establecer un portal Web de medicina de alta especialidad Para 2008, establecer de la REDIMAE Para 2012, conectar a la REDIMAE el 100% de unidades de alta especialidad Para 2009, transmisión de audio y video a través de sistemas de telemedicina |
| Establecer un sistema estructurado de servicios hospitalarios que haga eficiente el funcionamiento en red de las unidades de alta especialidad, garantizando la accesibilidad a los servicios de alta especialidad. | Para 2010, integrar operativamente la red metropolitana de atención médica de alta especialidad Para 2012, consolidar la gestión operativa de las unidades y de la red metropolitana de atención médica de alta especialidad. Para 2012, operar al 100% el sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades de alta especialidad |
| Asegurar la participación de las unidades de alta especialidad en el sistema integral de calidad en salud, para mejorar los procesos y ofrecer servicios con calidad y seguridad del paciente. | Para 2008, acreditar al Hospital Juárez México en el CAUSES Para 2009, acreditar al Hospital de la Mujer en el CAUSES Para 2010, acreditar al Hospital Nacional Homeopático en el CAUSES Para 2008, operacionalizar el Programa de Seguridad del Paciente en los Hospitales Federales de Referencia Acreditación de unidades médicas en gastos catastróficos Certificación de áreas o departamentos por ISO 9 000 |
| Impulsar la formación de recursos humanos especializados en las unidades hospitalarias de alta especialidad, considerando las proyecciones demográficas y epidemiológicas que se presenten en el país. | Para 2008, facilitar el desarrollo profesional continuo personal en unidades de alta especialidad Para 2008, revisar el 10% de programas académicos de residencias médicas en unidades de alta especialidad hasta alcanzar el 75% para 2012 Para 2008, proponer adecuaciones a los programas académicos de residencias médicas revisados |
| Fortalecer la infraestructura y equipamiento de las unidades de alta especialidad en el país, para brindar servicios de salud de alta calidad y favorecer el acceso. | Para 2008, contar con los diagnósticos situacionales de cada uno de los Hospitales Federales de Referencia y que contemplen propuestas de mejora Para 2009, contar con la reconstrucción y reorientación reconstrucción del Hospital Juárez Centro como Unidad de Cirugía de Corta Estancia Juárez Centro Para 2009, reconstrucción del Hospital Nacional Homeopático Para 2009, finalizar la segunda etapa de remodelación del Hospital de la Mujer Desconcentración del Hospital de la Mujer A partir de 2008 realizar mejoras estructurales en unidades de alta especialidad A partir de 2008 iniciar el Plan de inventario y renovación de equipo médico A partir de 2008, construcción de nuevos HRAE y crecimiento y adecuación para terminar 8 nuevos HRAE y 2 Unidades Médicas como HRAE |

3.7 Indicadores

Los indicadores para el monitoreo y evaluación de resultados serán diseñados conforme a la normatividad establecida para la elaboración de la matriz

de indicadores del Marco Lógico de los programas presupuestarios a continuación se listan las metas y los indicadores propuestos

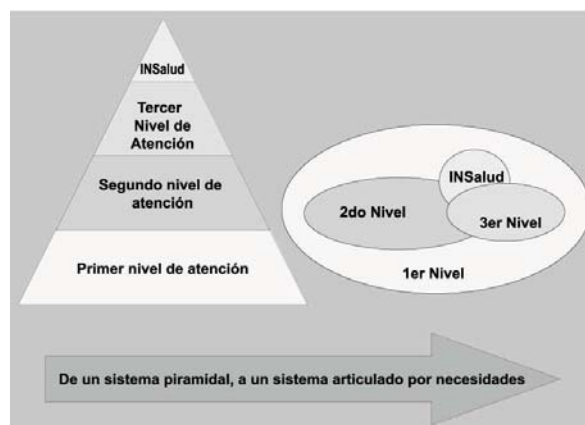
| OBJETIVO | RESUMEN NARRATIVO | INDICADOR DEL DESEMPEÑO |
|---|--|--|
| Diseñar un modelo integral de gestión hospitalaria con criterios homogéneos para apoyar la toma de decisiones de los hospitales que otorgan servicios de alta especialidad. | Instrumentar el modelo de indicadores de gestión para la toma de decisiones en las unidades del subsistema de los Hospitales Federales de Referencia | Numero de indicadores de gestión |
| | Reordenamiento estructural y organizacional en unidades de alta especialidad | Numero de unidades con reordenamiento estructural y organizacional |
| | Desarrollar competencias gerenciales en personal de mando medio | Numero de personas de mando medio con cursos de desarrollo en competencias gerenciales |
| Adoptar modelos de organización y de operación innovadores, en las unidades de atención de alta especialidad, para eficientar la gestión hospitalaria. | Lograr la desconcentración operativa del Hospital de la Mujer | |
| | Ampliación de horarios de atención en HFR | Numero de HR con horarios de atención ampliados |
| | Utilizar un expediente electrónico unificado en el 90% de unidades de alta especialidad | Numero de unidades de alta especialidad que utilizan el expediente electrónico unificado |
| | Establecer la gestión hospitalaria por procesos de atención en las unidades de alta especialidad | Numero de proceso de atención establecidos en unidades de alta especialidad |
| Instrumentar un sistema de información en salud confiable para las unidades de alta especialidad, que permita la aplicación de metodologías enfocadas al procesamiento de datos, el uso de mecanismos de comunicación modernos y de tecnologías de la información actuales. | Establecer un portal Web de medicina de alta especialidad | Establecimiento de portal Web de medicina de alta especialidad |
| | Establecer de la REDIMAE | Establecimiento de la REDIMAE |
| | Conectar a la REDIMAE el 100% de unidades de alta especialidad | Numero de unidades de alta especialidad conectadas a la REDIMAE |
| | Transmitir audio y video a través de sistemas de telemedicina | Numero de transmisiones de audio y video a través del sistema de telemedicina |
| Establecer un sistema estructurado de servicios hospitalarios que haga eficiente el funcionamiento en red de las unidades de alta especialidad, garantizando la accesibilidad a los servicios de alta especialidad. | Integrar operativamente la red metropolitana de atención médica de alta especialidad | Porcentaje de la zona metropolitana integrada operativamente |
| | Consolidar la gestión operativa de las unidades y de la red metropolitana de atención médica de alta especialidad | Numero de unidades de alta especialidad consolidados en la gestión operativa |
| | Operar al 100% el sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades de alta especialidad | Numero de unidades de alta especialidad operando el sistema de referencia y contrarreferencia |
| | | |
| Asegurar la participación de las unidades de alta especialidad en el sistema integral de calidad en salud, para mejorar los procesos y ofrecer servicios con calidad y seguridad del paciente. | Acreditar al Hospital Juárez México en el CAUSES | |
| | Acreditar al Hospital de la Mujer en el CAUSES | |
| | Acreditar al Hospital Nacional Homeopático en el CAUSES | |
| | Operacionalizar el Programa de Seguridad del Paciente en los Hospitales Federales de Referencia | Porcentaje de avance de operacionalización del Programa de Seguridad del Paciente en los HFR |
| | Acreditación de unidades médicas en gastos catastróficos | Numero de unidades de alta especialidad acreditadas en gastos catastróficos |
| | Certificación de áreas o departamentos por ISO 9000 | Numero de áreas o departamentos certificados por ISO 9000 |
| Impulsar la formación de recursos humanos especializados en las unidades hospitalarias de alta especialidad, considerando las proyecciones demográficas y epidemiológicas que se presenten en el país. | Facilitar el desarrollo profesional continuo personal en unidades de alta especialidad | Numero de personal de las unidades médicas con cursos de desarrollo profesional continuo |
| | Revisar el 10% de programas académicos de residencias médicas en unidades de alta especialidad hasta alcanzar el 75% para 2012 | Numero de programas académicos de residencias médicas revisados en unidades de alta especialidad |
| | Proponer adecuaciones a los programas académicos de residencias médicas revisados | Numero programas académicos de residencias médicas con adecuaciones |
| | | |
| Fortalecer la infraestructura y equipamiento de las unidades de alta especialidad en el país, para brindar servicios de salud de alta calidad y favorecer el acceso. | Contar con los diagnósticos situacionales de cada uno de los Hospitales Federales de Referencia y que contemplen propuestas de mejora | Numero de HFR con diagnóstico situacional elaborado |
| | Contar con la reconstrucción y reorientación reconstrucción del Hospital Juárez Centro como Unidad de Cirugía de Corta Estancia Juárez Centro | Porcentaje de avance en la reconstrucción y reorientación del Hospital Juárez del Centro |
| | Reconstrucción del Hospital Nacional Homeopático | Porcentaje de reconstrucción de Hospital Nacional Homeopático |
| | Finalizar la segunda etapa de remodelación del Hospital de la Mujer | |
| | Desconcentración del Hospital de la Mujer | |
| | Realizar mejoras estructurales en unidades de alta especialidad | Numero de unidades de alta especialidad con mejoras estructurales |
| | Plan de inventario y renovación de equipo médico | Numero de equipos medico renovados en unidades de alta especialidad |
| | Construcción de nuevos HRAE | Numero de HRAE construidos |
| | Adecuación de Unidades Médicas como HRAE | Numero de unidades medicas adecuadas como HRAE |
| | | |



4. Estrategia de implantación operativa



4.1 Modelo operativo

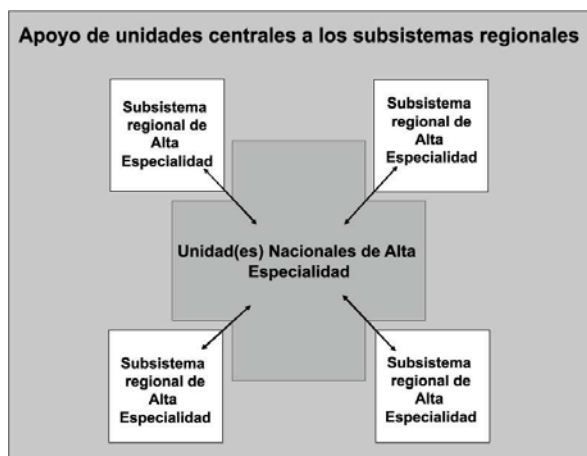


Tradicionalmente, el modelo operativo de referencia y contrarreferencia se ha visualizado de manera piramidal. En la práctica, el sistema funciona parcialmente y con problemas en cuanto al uso mismo de la referencia. Mientras el paciente tenga un apoyo para llegar al siguiente nivel de atención, lo pondrá hacer, pero si el paciente o la familia no cuentan con los medios económicos para ello, la referencia no opera y buscan ayuda o atención en otras instancias médicas. Una vez que el paciente es captado por un nivel superior, rara vez se contrarrefiere al nivel del cual provino, causando una sobrecarga de los servicios de atención especializada, cuando el seguimiento bien pudiera hacerse en niveles de menor complejidad.

Para romper con el concepto clásico piramidal, se propone un modelo articulado de subsistemas que permita su interacción de manera eficiente y que favorezca la atención del paciente de manera coordinada entre los niveles de atención.

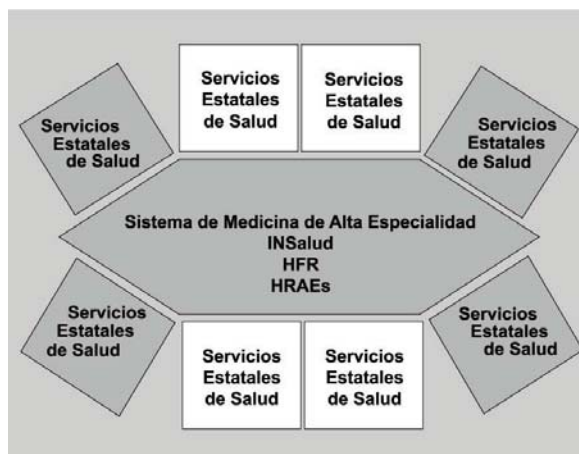
Para ello, se requiere por un lado, de una articulación de los diferentes subsistemas que componen el gran sistema de medicina de alta especialidad, de la articulación de éste con los subsistemas estatales de salud y por el otro, de la educación de los pacientes en cuanto a donde pueden y deben acudir de acuerdo a los padecimientos que presentan.

De manera importante se deberán buscar los mecanismos que favorezcan y faciliten la referencia de los pacientes a los niveles de mayor complejidad, en especial, de los apoyos que faciliten el traslado y la manutención durante el tratamiento. Además, habrá de aprovecharse la infraestructura de telemedicina y comunicaciones a fin de agilizar la obtención de citas y gestión para la atención cuando de referencia se trate, o de una interconsulta vía videoconferencia con envío de imágenes digitales cuando sea necesario y evitar desplazamientos de los pacientes.



De esta forma, las unidades centrales del sistema, en este caso las de mayor complejidad que son los Institutos Nacionales de Salud, se habrán de coordinar con los subsistemas regionales establecidos y cuyas unidades “ancla” serán los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Para el caso del área metropolitana de la ciudad de México, la coordinación se hará directamente con los Hospitales Federales de Referencia a través de los mecanismos que se diseñen para ello.

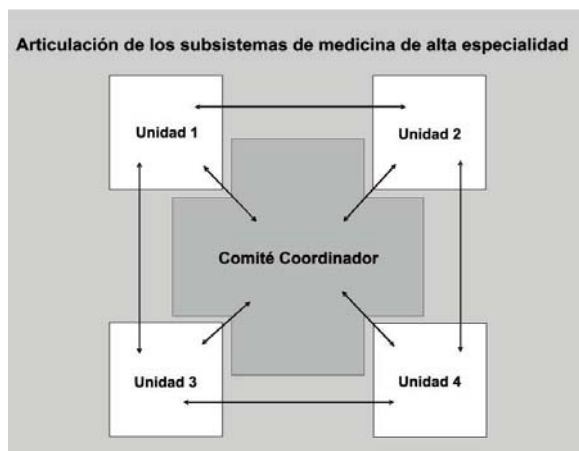
Los subsistemas que se visualizan en el modelo son: Los de atención de alta especialidad, compuesto por tres subsistemas: el de los Institutos Nacionales, el de los Hospitales Federales de Referencia y el de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Los subsistemas de cada uno de los servicios estatales de salud que se habrán de vincular con sus correspondientes unidades “ancla” y con las unidades centrales, en caso de ser necesario.



Así, la interacción se dará en forma regionalizada, estructurada y con mayor eficiencia. De igual forma, se buscarán las fortalezas de atención de medicina de alta especialidad que existan en las unidades hospitalarias de los servicios estatales de salud y que por necesidades propias de atención a la población a la que sirven se han desarrollado y que se pueden convertir en unidades de apoyo al sistema de medicina de alta especialidad.

4.2 Estructura y niveles de responsabilidad

Para que cada uno de los subsistemas sea eficiente en su operación y coordinación de acciones necesarias, se recomienda la creación de un Comité de Coordinación, mismo que deberá asegurar los procesos y los mecanismos necesarios para lograr la óptima eficiencia de cada uno de los subsistemas. Se establecerá un Comité Coordinador Central que



Anexo 1. Productividad en los INSalud durante el periodo 2001 - 2006

PRODUCTIVIDAD EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas totales | 140 242 | 132 875 | 118 207 | 137 570 | 197 726 | 143 498 |
| Preconsultas | 23 350 | 19 588 | 11 757 | 18 273 | 21 058 | 19 479 |
| Consultas de primera vez | 5 966 | 5 181 | 3 566 | 4 196 | 3 579 | 3 661 |
| Consultas subsecuentes | 110 926 | 108 106 | 102 884 | 115 101 | 173 089 | 120 358 |
| Urgencias | 153 111 | 48 978 | 48 366 | 43 446 | 6 122 | 37 771 |
| Índice de subsecuencia | 18.6 | 20.9 | 28.1 | 27.4 | 48.4 | 32.9 |
| Intervenciones quirúrgicas | 5 308 | 3 802 | 4 011 | 4 055 | 4 198 | 4 362 |
| Egresos hospitalarios | 7 590 | 6 959 | 6 939 | 7 609 | 7 391 | 7 255 |
| % Ocupación | 86 | 89 | 90 | 86.6 | 96 | 79 |
| Promedio de estancia | 8 | 8 | 7 | 7.3 | 8.5 | 8.9 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas totales | 156 135 | 169 238 | 167 121 | 168 109 | 160 184 | 158 360 |
| Preconsultas | 10 321 | 9 236 | 8 639 | 8 637 | 7 912 | 7 509 |
| Consultas de primera vez | 4 891 | 4 782 | 4 522 | 4 383 | 4 324 | 4 686 |
| Consultas subsecuentes | 140 923 | 155 220 | 153 960 | 155 089 | 147 948 | 146 165 |
| Urgencias | 3 613 | 5 281 | 5 846 | 5 369 | 5 731 | 5 268 |
| Índice de subsecuencia | 28.8 | 18.7 | 28.3 | 35.0 | 34.2 | 31.2 |
| Intervenciones quirúrgicas | 3 766 | 3 066 | 2 932 | 2 935 | 3 135 | 3 064 |
| Egresos hospitalarios | 8 298 | 7 749 | 7 465 | 6 933 | 7 337 | 7 491 |
| % Ocupación | 88 | 86.4 | 86.2 | 79.5 | 62.4 | 63.6 |
| Promedio de estancia | 5.8 | 6 | 6.2 | 6.2 | 4.9 | 4.8 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consultas totales | 88 754 | 92 045 | 95 446 | 97 474 | 95 129 | 90 419 |
| Preconsultas | 5 887 | 6 903 | 6 487 | 6 277 | 5 499 | 5 117 |
| Consultas de primera vez | 3 213 | 4 313 | 4 215 | 4 403 | 3 806 | 3 522 |
| Consultas subsecuentes | 79 654 | 80 829 | 84 744 | 86 794 | 85 824 | 81 780 |
| Urgencias | 14 056 | 15 980 | 17 416 | 14 617 | 13 348 | 14 166 |
| Índice de subsecuencia | 24.8 | 18.7 | 20.1 | 19.7 | 22.5 | 23.2 |
| Intervenciones quirúrgicas | 1 613 | 1 487 | 1 491 | 1 528 | 1 597 | 1 508 |
| Egresos hospitalarios | 5 200 | 5 152 | 5 326 | 5 314 | 5 590 | 5 818 |
| % Ocupación | 82 | 79.9 | 78.7 | 70.1 | 68.8 | 70.5 |
| Promedio de estancia | 12.63 | 12.2 | 10.9 | 9.9 | 8.9 | 8.8 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas totales | 196 413 | 213 836 | 217 814 | 226 286 | 222 915 | 223 648 |
| Preconsultas | 6 147 | 6 331 | 6 371 | 6 844 | 6 932 | 6 878 |
| Consultas de primera vez | 3 846 | 4 478 | 4 409 | 4 274 | 4 127 | 4 343 |
| Consultas subsecuentes | 186 420 | 203 027 | 207 034 | 215 168 | 211 856 | 212 427 |
| Urgencias | 21 359 | 25 801 | 30 529 | 33 306 | 31 347 | 32 001 |
| Índice de subsecuencia | 48.47 | 45.3 | 46.9 | 50.3 | 51.3 | 48.9 |
| Intervenciones quirúrgicas | 4 157 | 3 431 | 3 095 | 2 365 | 3 720 | 4 047 |
| Egresos hospitalarios | 5 160 | 5 170 | 4 943 | 4 810 | 4 603 | 4 429 |
| % Ocupación | 86 | 86.8 | 85.5 | 86.8 | 87.2 | 91.6 |
| Promedio de estancia | 9.8 | 10.12 | 10.49 | 11.1 | 11.5 | 12.4 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consultas totales | 67 736 | 60 287 | 55 763 | 61 416 | 59 512 | 62 555 |
| Preconsultas | 17 662 | 17 022 | 13 865 | 17 322 | 15 521 | 15 296 |
| Consultas de primera vez | 4 782 | 5 204 | 4 538 | 3 635 | 3 220 | 5 613 |
| Consultas subsecuentes | 45 292 | 38 061 | 37 360 | 40 459 | 40 771 | 41 646 |
| Urgencias | 12 009 | 9 219 | 11 665 | 11 981 | 13 679 | 13 875 |
| Índice de subsecuencia | 9.5 | 7.3 | 8.2 | 11.1 | 12.7 | 7.4 |
| Intervenciones quirúrgicas | 2 856 | 1 662 | 1 538 | 1 678 | 1 582 | 3 298 |
| Egresos hospitalarios | 4 736 | 4 602 | 4 801 | 4 582 | 4 546 | 3 906 |
| % Ocupación | 77 | 72 | 75.7 | 77.3 | 75.6 | 73.2 |
| Promedio de estancia | 12 | 11 | 11.3 | 12.3 | 12.1 | 12.0 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consultas totales | 62 447 | 69 295 | 70 161 | 71 832 | 72 779 | 71 171 |
| Preconsultas | 9 165 | 8 526 | 9 031 | 9 405 | 8 545 | 7 318 |
| Consultas de primera vez | 4 163 | 3 713 | 3 521 | 3 302 | 3 162 | 3 196 |
| Consultas subsecuentes | 49 119 | 57 056 | 57 609 | 59 125 | 61 072 | 60 657 |
| Urgencias | 10 976 | 11 434 | 11 723 | 11 504 | 10 401 | 9 491 |
| Índice de subsecuencia | 11.8 | 15.4 | 16.4 | 17.9 | 19.3 | 19 |
| Intervenciones quirúrgicas | 1 386 | 1 530 | 1 710 | 1 651 | 1 652 | 2 163 |
| Egresos hospitalarios | 2 132 | 2 380 | 2 545 | 2 532 | 2 566 | 2 484 |
| % Ocupación | 84 | 83.3 | 84.7 | 86.7 | 88.2 | 89.2 |
| Promedio de estancia | 16 .6 | 14.9 | 13.8 | 14.4 | 14.0 | 13.5 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas totales | 200 692 | 213 211 | 254 661 | 204 737 | 204 873 | 312 070 |
| Preconsultas | 22 601 | 24 450 | 17 785 | 16 868 | 16 975 | 15 784 |
| Consultas de primera vez | 15 800 | 19 321 | 17 128 | 17 381 | 17 212 | 17 438 |
| Consultas subsecuentes | 101 345 | 102 846 | 106 250 | 110 413 | 109 875 | 108 286 |
| Urgencias | 37 156 | 40 915 | 39 881 | 40 043 | 38 632 | 35 682 |
| Índice de subsecuencia | 6.4 | 5.3 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.2 |
| Intervenciones quirúrgicas | 4 569 | 4 285 | 1 754 | 4 603 | 4 974 | 5 141 |
| Egresos hospitalarios | 7 710 | 6 068 | 6 360 | 6 639 | 6 491 | 7 052 |
| % Ocupación | 80 | 78.3 | 72.9 | 72.2 | 77.3 | 80.9 |
| Promedio de estancia | 9 | 10 | 10 | 9.5 | 9.8 | 9.0 |

Fuente: Estadística INSALUD CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas totales | 147 482 | 156 425 | 155 405 | 156 951 | 157 691 | 154 086 |
| Preconsultas | 10 886 | 11 692 | 10 807 | 11 497 | 11 553 | 10 941 |
| Consultas de primera vez | 32 989 | 34 862 | 32 459 | 31 789 | 30 620 | 30 314 |
| Consultas subsecuentes | 103 607 | 109 871 | 112 139 | 113 665 | 115 518 | 112 831 |
| Urgencias | 16 234 | 17 387 | 16 254 | 18 189 | 20 300 | 20 667 |
| Índice de subsecuencia | 3.1 | 3.2 | 6.2 | 3.6 | 3.8 | 3.7 |
| Intervenciones quirúrgicas | 14 962 | 7 910 | 7 609 | S/D | 7 575 | 7 471 |
| Egresos hospitalarios | 13 045 | 14 860 | 14 411 | 14 218 | 14 065 | 13 474 |
| % Ocupación | 76 | 71.6 | 75 | 75.1 | 78.5 | 76.1 |
| Promedio de estancia | 4.1 | 4 | 4.1 | 4.3 | 4.4 | 4.5 |

Fuente: Estadística INSALUD CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consultas totales | 57 752 | 83 820 | 84 218 | 85 582 | 91 183 | 97 240 |
| Preconsultas | 5 120 | 6 855 | 8 541 | 8 275 | 8 041 | 7 601 |
| Consultas de primera vez | 5 079 | 4 920 | 4 656 | 5 232 | 5 390 | 5 420 |
| Consultas subsecuentes | 47 553 | 72 045 | 71 111 | 72 075 | 77 752 | 84 219 |
| Urgencias | 5 661 | 6 056 | 5 565 | 4 947 | 8 025 | 8 259 |
| Índice de subsecuencia | 9.4 | 14.6 | 15.3 | 13.7 | 14.4 | 15.5 |
| Intervenciones quirúrgicas | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| Egresos hospitalarios | 1 441 | 1 495 | 1 444 | 1 531 | 1 426 | 1 361 |
| % Ocupación | 84 | 86.3 | 88.5 | 82.9 | 80.5 | 79.3 |
| Promedio de estancia | 10.4 | 10.9 | 11.5 | 10.1 | 10.2 | 10.2 |

Fuente: Estadística INSALUD CCINSHAE 2001-2006,

PRODUCTIVIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

| Concepto | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|------|------|------|------|---------|---------|
| Consultas totales | | | | | 122 717 | 238 949 |
| Preconsultas | | | | | 19 762 | 40 147 |
| Consultas de primera vez | | | | | 19 395 | 37 699 |
| Consultas subsecuentes | | | | | 83 560 | 161 103 |
| Urgencias | | | | | 4 569 | 8 259 |
| Índice de subsecuencia | | | | | 4.3 | 4.3 |
| Intervenciones quirúrgicas | | | | | 3 369 | 7 188 |
| Egresos hospitalarios | | | | | 3 252 | 1 361 |
| % Ocupación | | | | | 42 | 79.3 |
| Promedio de estancia | | | | | 4.2 | 10.2 |

Fuente: Estadística INSalud CCINSHAE 2001-2006,

Anexo 2. Productividad de los HFR durante el periodo 2000-2006

PRODUCTIVIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

| Concepto | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consulta externa | 651 266 | 641 889 | 695 937 | 703 014 | 716 088 | 680 055 | 700 515 |
| Atenciones de urgencias | 36 618 | 34 771 | 48 234 | 46 715 | 42 963 | 73 763 | 81 184 |
| Egresos | 35 607 | 40 284 | 41 123 | 40 947 | 41 627 | 41 444 | 42 827 |
| Intervenciones quirúrgicas | 27 625 | 29 139 | 28 405 | 29 681 | 32 330 | 34 238 | 35 040 |
| Eventos obstétricos | 9 184 | 9 373 | 8 645 | 8 585 | 8 739 | 8 152 | 8 165 |
| % de ocupación | 61.1 | 67 | 73 | 77.4 | 79.1 | 63.2 | 84.5 |
| Promedio de estancia | 6.8 | 5.7 | 6 | 6.6 | 6.6 | 6.7 | 6.5 |
| Intervalo de sustitución | 4.3 | 2.8 | 2.2 | 1.9 | 1.7 | 1.4 | 1.2 |
| Tasa bruta de mortalidad | 3.1 | 4 | 4.1 | 4.1 | 4.5 | 4.7 | 4.5 |
| Tasa ajustada de mortalidad | - | - | - | - | 3.4 | 3.4 | 3.4 |

Fuente: Años 2000-2002 anuarios del HGM, 2003-2006 SIS.

PRODUCTIVIDAD DEL HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

| Concepto | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consulta externa | 166 747 | 174 318 | 177 514 | 178 759 | 163 838 | 165 553 | 167 569 |
| Atenciones de urgencias | 51 495 | 52 426 | 53 373 | 52 267 | 61 935 | 63 637 | 68 671 |
| Egresos | 13 339 | 14 148 | 15 877 | 15 603 | 17 899 | 18 007 | 17 686 |
| Intervenciones quirúrgicas | 6 161 | 7 328 | 14 303 | 12 540 | 12 692 | 10 807 | 11 071 |
| Eventos obstétricos | 4 921 | 5 254 | 5 930 | 6 194 | 7 638 | 8 033 | 8 034 |
| % de ocupación | 84.8 | 82.3 | 83.4 | 86.2 | 94.1 | 94.3 | 93.7 |
| Promedio de estancia | 4.2 | 4.2 | 3.8 | 3.7 | 6.5 | 3.6 | 3.6 |
| Índice de rotación | 66.8 | 71.5 | 81.1 | 84.8 | 44.5 | 96 | 96 |
| Intervalo de sustitución | 0.8 | 0.9 | 0.7 | 0.6 | 1.7 | 0.2 | 0.2 |
| Tasa bruta de mortalidad | 3 | 2.8 | 2.7 | 3.1 | 4.9 | 2.6 | 2.5 |
| Tasa ajustada de mortalidad | 2.3 | 2.1 | 2.1 | 2.4 | 2.9 | 2 | 1.8 |

Fuente: SIS 2000-2006

PRODUCTIVIDAD DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

| Concepto | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consulta externa | 157 759 | 183 218 | 191 052 | 186 276 | 183 230 | 190 331 | 191 984 |
| Atenciones de urgencias | 46 883 | 57 674 | 55 500 | 49 335 | 45 238 | 47 605 | 49 741 |
| Egresos | 19 525 | 19 693 | 19 789 | 18 002 | 18 744 | 19 554 | 19 884 |
| Intervenciones quirúrgicas | 9 347 | 10 895 | 11 063 | 10 514 | 10 960 | 11 130 | 11 120 |
| Eventos obstétricos | 4 591 | 4 965 | 5 160 | 5 007 | 4711 | 4 622 | 4 226 |
| % de ocupación | 65.8 | 76.9 | 81.1 | 71.9 | 74.3 | 79.7 | 81.4 |
| Promedio de estancia | 4.4 | 4.6 | 4.9 | 4.8 | 4.7 | 4.9 | 4.9 |
| Índice de rotación | 55.3 | 61.8 | 60.8 | 55.3 | 57.9 | 59.4 | 60.8 |
| Intervalo de sustitución | 2.2 | 1.3 | 1.1 | 1.8 | 1.6 | 1.2 | 1.1 |
| Tasa bruta de mortalidad | 4.4 | 4.5 | 3.8 | 4.2 | 3.8 | 4.2 | 4.2 |
| Tasa ajustada de mortalidad | 2.9 | 2.9 | 2.7 | 2.9 | 2.9 | 3.2 | 3.2 |

Fuente: SIS 2000-2006

PRODUCTIVIDAD DEL HOSPITAL DE LA MUJER

| Concepto | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consulta externa | 54 082 | 56 774 | 5 3711 | 61 610 | 40 501 | 27 756 | 14 890 |
| Atenciones de urgencias | 62 093 | 71 397 | 69 445 | 52 022 | 33 883 | 32 524 | 18 385 |
| Egresos | 21 095 | 21 826 | 20 130 | 20 653 | 14 590 | 14 571 | 6 958 |
| Intervenciones quirúrgicas | 8 822 | 10 286 | 10 292 | 10 420 | 7 965 | 7 721 | 3 495 |
| Eventos obstétricos | 13 422 | 13 595 | 12 278 | 12 534 | 8 819 | 9 059 | 4 684 |
| % De ocupación | 66.9 | 63.9 | 61.5 | 72.2 | 48.1 | 47.8 | 49.5 |
| Promedio de estancia | 3.1 | 3.1 | 3.1 | 3.3 | 3 | 3.4 | 2.7 |
| Índice de rotación | 79.3 | 76 | 73 | 81.2 | 58.8 | 51.3 | 50 |
| Intervalo de sustitución | 1.5 | 1.7 | 1.9 | 1.2 | 3.2 | 3.7 | 2.7 |
| Tasa bruta de mortalidad | 0.6 | 0.6 | 0.4 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 0.9 |
| Tasa ajustada de mortalidad | 0.5 | 0.6 | 0.4 | 0.3 | 0.5 | 0.6 | 0.5 |

Fuente: SIS 2000-2006

PRODUCTIVIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL HOMEPÁTICO

| Concepto | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consulta externa | 63 005 | 67 140 | 69 223 | 69 900 | 70 072 | 65 349 | 66 184 |
| Atenciones de urgencias | 22 204 | 22 938 | 23 153 | 24 281 | 23 726 | 24 350 | 26 691 |
| Egresos | 6 442 | 6 216 | 5 789 | 6 165 | 6 435 | 6 262 | 7 393 |
| Intervenciones quirúrgicas | 2 585 | 2 485 | 2 316 | 2 395 | 2 528 | 2 439 | 2 900 |
| Eventos obstétricos | 3 880 | 3 716 | 3 369 | 3 471 | 3 690 | 3 775 | 4 603 |
| % De ocupación | 60.4 | 62.2 | 56.6 | 60.8 | 64 | 59.3 | 68.7 |
| Promedio de estancia | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.4 | 2.4 | 2.3 | 2.2 |
| Índice de rotación | 96 | 101.3 | 91.2 | 93.5 | 98.6 | 96 | 114 |
| Intervalo de sustitución | 1.5 | 1.3 | 1.7 | 1.5 | 1.3 | 1.5 | 1 |
| Tasa bruta de mortalidad | 0.9 | 0.6 | 0.5 | 0.7 | 0.5 | 0.7 | 0.4 |
| Tasa ajustada de mortalidad | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.16 |

Fuente: SIS 2000-2006

Productividad del Hospital Juárez del Centro

| Concepto | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Consulta externa | 51 886 | 56 930 | 60 708 | 52 662 | 49 349 | 38 154 | 28 267 |
| Atenciones de urgencias | 13 064 | 14 260 | 14 280 | 14 135 | 12 351 | 9 391 | 5 291 |
| Egresos | 3 802 | 3 714 | 3 639 | 4 185 | 4 437 | 3 291 | 2 053 |
| Intervenciones quirúrgicas | 2 723 | 2 368 | 2 276 | 2 881 | 3 183 | 2 547 | 1 251 |
| Eventos obstétricos | 1 054 | 1 247 | 1 335 | 1 618 | 1 818 | 1 107 | 539 |
| % De ocupación | 26 | 25.4 | 24.9 | 22.9 | 33.7 | 22.5 | NP |
| Promedio de estancia | 1 | 1 | 1.5 | 1.9 | 2 | 2.5 | NP |
| Índice de rotación | 96 | 93.5 | 54 | 43.9 | 61.8 | 32.8 | NP |
| Intervalo de sustitución | 2.8 | 2.9 | 4.5 | 6.3 | 3.9 | 8.6 | NP |
| Tasa bruta de mortalidad | 1.3 | 0.8 | 0.9 | 1.1 | 0.9 | 0.7 | NP |
| Tasa ajustada de mortalidad | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | NP |

Fuente: SIS 2000-2006

Anexo 3. Productividad de los HRAE

| Atención Médica | CRAE Chiapas | HRAE Bajío | HRAE Oaxaca | HRAE Yucatán** |
|----------------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|
| Consultas | 5 348 | 1 523 | 9 278 | |
| Consultas Admisión Continua | 1 067 | 71 | 1 174 | |
| Egresos | 983 | 93 | 1 014 | |
| Intervenciones Quirúrgicas | 845 | 73 | 813 | |
| % de Ocupación | 25.31% | 3.91% | 13% | |
| Promedio días Estancia | 7.87 | 3.75 | 5.27 | |
| Tasas de Mortalidad General | 6.07% | 6.90% | 6.29% | |
| Tasa Ajustada de Mortalidad | 4.45% | 3.45% | | |
| Tasa de Infecciones Nosocomiales | 5.67% | 3.45% | 4.84% | |

* Periodo que se informa enero a junio 2007

** Aun no inicia actividades asistenciales

7. Bibliografía



1. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012.
2. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.
3. Secretaría de Salud. Innovaciones en gestión hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad HRAE. 2006.
4. Ley General de Salud. Última reforma publicada en DOF 18-XII-2007
5. Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en DOF 29-XI-2006

8. Glosario de términos, acrónimos y sinónimos



C

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud

CCINSHAE: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

CGINS: Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud

CONAPO: Consejo Nacional de Población

D

DGCGINS: Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

DGCHFR: Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia

DGCHRAE: Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad

DGDIF: Dirección General de Infraestructura Física

DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

DOF: Diario Oficial de la Federación

F

FOFISAE: Fondo de Financiamiento para los Servicios de Salud de Alta Especialidad

H

HFR: Hospitales Federales de Referencia

HIM: Hospital Infantil de México Federico Gómez

HRAE: Hospital Regional de Alta Especialidad

I

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INCAN: Instituto Nacional de Cancerología

INCAR: Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

INCMN: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geográfica

INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

INMEGEN: Instituto Nacional de Medicina Genómica

INNN: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

INP: Instituto Nacional de Pediatría

INPER: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

INPSIQ: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

INSalud: Institutos Nacionales de Salud

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

M

MIDAS: Modelo Integrador de Atención a la Salud

O

OPD: Organismo Público Descentralizado

P

PPS: Proyecto de Prestación de Servicios

R

REDESS: Red de Servicios de Salud

REDSAE: Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad

S

SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

9. Agradecimientos



El Programa de Acción: Medicina de Alta Especialidad fue elaborado en la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad bajo el liderazgo del doctor Julio Sotelo. Así mismo, un agradecimiento especial a los Directores Generales y personal que labora en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

En el diseño, planeación, integración y recopilación de información participaron:

Adolfo Martínez Palomo
Adrián Peña Sánchez
Alberto Lifshitz
Ana Cecilia López Naranjo
Arturo Chimal Arechavala
Bernardo Bidart Ramos
Cosme Suárez Ortiz
Edith Escudero Coria
Francisco Gerardo Becerra Posada
Francisco Javier Díaz Vásquez
Gabriela López y Juárez
Guillermo de León León
Isabel Nieves Venegas
José Luis Duarte Acosta
Juan Carlos Necochea Alva
Juan Carlos Palomo
Juan Manuel Álvarez del Castillo
Juan Manuel de la Rosa Díaz
Luis Emilio Cortes
Manuel de la Llata Romero
María de la Paz Herrera Bravo
María Isabel Virchez
María Teresa García Gómez
Martha Flores Galicia
Mónica Zendejas Ángeles
Osvaldo Rico Sierra
Raúl Enríquez Rangel
Reina Amaro Cárdenas