

Programa Nacional de Salud 2007-2012

**Por un México sano:
construyendo alianzas para una mejor salud**

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortíz 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. Juan Antonio García Villa

Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán 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

Dr. Eduardo González Pier

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar Horcasitas

Director General

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

QFB. Sergio Antonio Salazar Salazar

Director de Prestaciones Económicas y Sociales

Lic. Pablo Salvador Reyes Pruneda

Director de Incorporación y Recaudación

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Director Jurídico

Lic. José Antonio López Morales

Director de Finanzas

C.P. Francisco Suárez Warden

Director de Administración y Evaluación de Delegaciones

Lic. Carlos Castañeda Gómez del Campo

Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico

Lic. Carolina Gómez Vinales

Titular de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades

Mtro. Mony de Swaan Addati

Titular de la Unidad de Vinculación

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

Dr. Carlos Tena Tamayo

Subdirector General Médico

Lic. Pedro Vásquez Colmenares Guzmán

Subdirector General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales

Dra. Edna Barba y Lara

Subdirectora General Jurídica

Lic. Jesús Villalobos López

Subdirector General de Finanzas

Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin.

Titular del Organismo SNDIF

Lic. Alejandro Lucas Orozco Rubio

Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dr. Sergio Medina González.

Jefe de la Unidad de Asistencia e Integración Social

Dr. Ulises Antonio de la Garza Valdés

Oficial Mayor

Lic. Patricia Garduño Morales

Directora General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

Lic. Ana Patricia Elías Ingram

Directora General de Protección a la Infancia
Director General de Profesionalización de la Asistencia Social

Mtro. Javier Cobos Fernández

Lic. Cecilia Amerena Serna

Director General de Rehabilitación y Asistencia Social

Lic. Mónica Ríos Tarín

Directora General de Asistencia Jurídica y Enlace Institucional

Lic. José de Jesús Hurtado Torres

Director General de Recursos Humanos

Lic. Aurelio Medina Ortíz

Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Lic. Guillermo Mena López

Director General de Programación, Organización y Presupuesto

Dr. Héctor Zagal Arreguín

Director General de Enlace Interinstitucional

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Ing. Rosendo Villarreal Dávila

Director Corporativo de Administración

Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate

Subdirector de Servicios de Salud

Secretaría de la Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Almirante Casimiro Armando Martínez Pretelín

Subsecretario de Marina

Raúl Santos Galván Villanueva

Oficial Mayor

Vicealmirante General de la Armada

C.G.D.E.M. Sergio Enrique Henaro Galán

Jefe del Estado Mayor

Contralmirante Romeo Jiménez Trejo

Director General de Recursos Humanos

Capitán de Navío Álvaro Carmelo García Franyutti

Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval

Cap. de Fragata FFN.MC. Pediatra

Rafael Ortega Sánchez

Director General del Centro Médico Naval

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional.

General de División Diplomado

de Estado Mayor Tomás Ángeles Dauahare

Subsecretario de la Defensa Nacional

General de División Diplomado de Estado

Mayor Humberto Eduardo Antimo Miranda

Oficial Mayor

General de División Diplomado de Estado

Mayor Carlos Demetrio Gaytán Ochoa

Jefe del Estado Mayor

General de Diplomado del Estado Mayor

Aéreo Humberto Fernando Chapa Casas

Jefe del Estado Mayor de la Fuerza Aérea

General de Brigada Médico Cirujano

Efrén Alberto Pichardo Reyes

Director General de Sanidad

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General



SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD

Programa Nacional de Salud 2007-2012

Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud





Programa Nacional de Salud 2007-2012
Por un México sano: construyendo alianzas
para una mejor salud

Primera edición, 2007

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-721-414-9



Mensaje del Presidente de la República

Para construir un México más equitativo, competitivo y democrático es necesario igualar las oportunidades de superación de todos los mexicanos sin distinción, para que desarrollen sus capacidades y puedan alcanzar sus metas personales. Por eso, el principal reto que compartimos es incorporar al desarrollo a quienes han sido excluidos de los avances de la nación.

Se requiere que todos los mexicanos –sin importar su preferencia política, la religión que practiquen, su origen étnico, su condición de género o lugar donde vivan– hagan valer su derecho a la educación, la alimentación, la vivienda digna y, desde luego, la salud.

La construcción del país al que todos aspiramos exige que pongamos nuestro sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI. Reclama, en especial, que respondamos con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son ya la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional.

Hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública. Sufrimos todavía enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes. Junto con esta transición epidemiológica, enfrentamos rezagos inocultables como los elevados índices de mortalidad materno-infantil.

Tomando en cuenta estas realidades y consideraciones, el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Para cumplir este compromiso, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* fue elaborado con las aportaciones de trabajadores del sector, miembros de instituciones académicas, organizaciones profesionales y de la sociedad civil, así como de muchos ciudadanos.

Con el compromiso y el trabajo de todos, estoy seguro de que avanzaremos en la edificación de un sistema nacional de salud sólido, moderno, eficiente y, sobre todo, justo. Este programa refleja claramente el pensamiento de una sociedad que apuesta por un país con desarrollo humano sustentable, una nación en donde todos vivamos mejor, por un México fuerte, sano, democrático, justo y ganador.

Felipe Calderón Hinojosa,
Presidente de los Estados Unidos Mexicanos

Mensaje del Secretario de Salud

El México de los primeros años del siglo XXI se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global y los vertiginosos avances tecnológicos, que implican tanto amenazas como oportunidades en materia de salud. Durante los últimos 50 años hemos sido testigos, y muchos a la vez protagonistas, de los progresos en la lucha contra las enfermedades, de la consolidación de las instituciones y del desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de la salud a la población.

Recientemente se han emprendido diversos procesos de reforma para realizar y cumplir las tareas del Estado mexicano en materia de protección de la salud. Destaca, por su trascendencia, la creación del Sistema de Protección Social en Salud, el cual ha posibilitado que vastos sectores de la población, desvinculados de la seguridad social, tengan acceso a los servicios de salud. Se ha registrado también una mejora general en los indicadores de salud de la población. Sin embargo, nadie podría negar que aún falta mucho por hacer.

Nuestro sistema de salud posee hoy grandes fortalezas, pero también algunas debilidades para cumplir exitosamente su cometido. Sin haberse resuelto los problemas del rezago, la población sufre los embates de riesgos y problemas de salud emergentes, así como de algunos que se consideraban ya controlados.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento. Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos.

El Sistema Nacional de Salud se fortalece. Lo hace, sobre todo, en el seno de las instituciones que lo constituyen; sin embargo, son todavía evidentes su segmentación y sus problemas de coordinación sectorial. Sigue habiendo rezagos en materia de infraestructura y equipamiento, y coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, mientras que en otras subsisten grandes carencias. En numerosos sitios la calidad y la seguridad de la atención son aún asignaturas pendientes.

No es posible postergar la solución de estos asuntos fundamentales. No sólo se requieren inversiones en el sector, también es indispensable un cambio de organización, que haga eficiente y modernice al Sistema Nacional de Salud, con vistas a que éste alcance sus objetivos.

Estas condiciones obligan a enfocarse en intervenciones costo-efectivas y en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren de tratamientos más costosos y prolongados. Es nuestra responsabilidad como sociedad desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud que enfatice la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades. Así lograremos que las nuevas y futuras generaciones de mexicanos gocen de mejores condiciones de salud en general y se enfrenten a menores cargas de enfermedad. Esto redundará en un mejor desarrollo económico y social para nuestro país.

El gobierno del presidente Felipe Calderón, a partir del principio de igualdad de oportunidades, ha asumido el compromiso de conseguir la ampliación de las capacidades de todos y el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes más lo requieren. A la luz de este compromiso, y para dar respuesta a los grandes retos que enfrenta nuestro sistema de salud, se ha formulado, con la participación de todas las instituciones del sector y de la sociedad civil, este *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, en concordancia con lo que claramente traza el *Plan Nacional de Desarrollo* de la presente administración.

Tras un amplio diagnóstico de la situación nacional, se han identificado ejes rectores que guiarán los esfuerzos sectoriales para dar cabal respuesta a las demandas más vivas y legítimas de la población:

- Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud;
- Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios;
- Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos;
- Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y, por último,
- Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.

A través de la Alianza por un México Sano y sustentados en una concepción democrática, participativa y universal, el gobierno y la sociedad conjugarán esfuerzos para el diseño y el despliegue de políticas de salud incluyentes, nutridas por las aportaciones de los prestadores de servicios, los usuarios y la población en su conjunto. Lo que llevará a generar políticas auténticamente compartidas.

Es ésta la orientación y la forma en que habrán de desarrollarse las estrategias y las acciones del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* que ahora se presenta. Los desafíos que encara el México de hoy en materia de salud, al igual que las oportunidades que se nos presentan, son de gran magnitud y complejidad. Pero tengo la entera convicción de que, con el firme compromiso y la alta entrega de las instituciones y las personas que realizan las tareas de proteger la salud de los mexicanos, capitalizaremos nuestras fortalezas y estaremos a la altura de afrontar los grandes retos que se nos plantean.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, concebido por el gobierno del Presidente de la República Felipe Calderón Hinojosa, marcará nuestro rumbo para lograr el México sano que todos queremos.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud



Abreviaturas y acrónimos

AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	LFAIPG	Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental
AVISA	Años de Vida Saludable	MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin, que se utiliza para la producción de la vacuna contra la tuberculosis humana	NOM	Norma Oficial Mexicana
BIDS	Proyecto de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas en la Frontera (siglas en inglés)	NV	nacidos vivos
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V.	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
BPM	Buenas Prácticas de Manufactura	ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud	OMS	Organización Mundial de la Salud
CIES	Comité Interinstitucional de Evaluación en Salud	OPS	Organización Panamericana de la Salud
CNB	Comisión Nacional de Bioética	PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
CNS	Consejo Nacional de Salud	PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	PEC	Programa de Extensión de Cobertura
COAPAES	Consejo para la Acreditación de la Educación Superior	PEMEX	Petróleos Mexicanos
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	PIB	Producto Interno Bruto
COMAEM	Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica	PMSRAS	Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	PPD	Derivado proteínico purificado del <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (siglas en inglés)
CSG	Consejo de Salubridad General	PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud del IMSS
CSFME	Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos/Sección México	PRONASA 2007-2012	Programa Nacional de Salud 2007-2012
DGIS	Dirección General de Información en Salud	PROVAI	Programa de Vinculación Academia-Industria
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	PSR	Programa de Salud Rural
ENARM	Examen Nacional de Residencias Médicas	PUT	Plataforma Única de Tuberculosis
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar	REDIMAE	Red Digital de Medicina de Alta Especialidad
ENEP	Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica	RPSS	Regimenes Estatales de Protección Social en Salud
ENSANut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
ENVM	Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer	SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
EPOC	enfermedad pulmonar obstructiva crónica	SEMAR	Secretaría de Marina - Armada de México
EWIDS	Programa de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas para la Alerta Temprana	SEP	Secretaría de Educación Pública
FAIS	Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social	SESA	Servicios Estatales de Salud
FASSA C	Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad	SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social	SIS	Sistema de Información en Salud
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad	SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
IDH	Índice de desarrollo humano	SM	Síndrome metabólico
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información Pública	SNI	Sistema Nacional de Investigadores
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	SNID	Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad
INSALUD	Institutos Nacionales de Salud	SNRN	Sistema Nacional de Registro de Nacimientos
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	SNT	Sistema Nacional de Trasplantes
ITS	infecciones de transmisión sexual	SPS	Seguro Popular de Salud
		SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
		SS	Secretaría de Salud
		STyPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
		TAES	Tratamiento acortado estrictamente supervisado
		UIES	Unidad de Inteligencia para Emergencias en Salud
		UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS
		UNEME	Unidad de Especialidades Médicas
		SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
		VIH-SIDA	virus de inmunodeficiencia humana-síndrome de inmunodeficiencia adquirida





Contenido

Introducción	15
I. Necesidades, recursos y servicios de salud	21
Necesidades de salud: daños y riesgos	23
Recursos para la salud: financieros, materiales y humanos	49
Servicios de salud: personales y de salud pública	61
II. El Sistema Nacional de Salud en el 2030	75
Visión y acciones estratégicas	77
III. Objetivos y estrategias	81
IV. Seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas	129
Bibliografía	141
Agradecimientos	145
Anexos	153
Anexos estadísticos	155
Foros de Consulta Ciudadana	173



Introducción



Introducción

En México, desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que nos aquejan predominantemente como sociedad demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad.

Ante tales circunstancias, la protección de la salud de los mexicanos requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables. La política nacional debe incidir sobre los determinantes críticos de la salud y adaptar los servicios de todo el sector a las nuevas necesidades, promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

El 13 de febrero de 2007, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa puso en marcha la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, cuyo objetivo general es disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto. Esta estrategia incluye acciones novedosas de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios, y detección temprana de enfermedades. Los resultados esperados de esta estrategia son: evitar muertes, reducir las tasas de morbilidad, mejorar los indicadores de calidad y bienestar, y asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud.

Para cumplir con estas tareas es necesario movilizar mayores recursos financieros para la salud, de preferencia recursos públicos; modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, e invertir en el desarrollo del conocimiento y la formación y actualización de los recursos humanos en todo el sector.

Enmarcado en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* y con una visión prospectiva hacia el 2030, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que cuenta con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción. Este programa es un producto colectivo. Se elaboró con la participación de todas las instituciones del sector, todas las entidades federativas y un amplio número de organizaciones de la sociedad civil. Además recogió las inquietudes de la sociedad a través de los 13 Foros de Consulta Ciudadana y de las comisiones de salud y seguridad social de ambas cámaras del Congreso de la Unión.

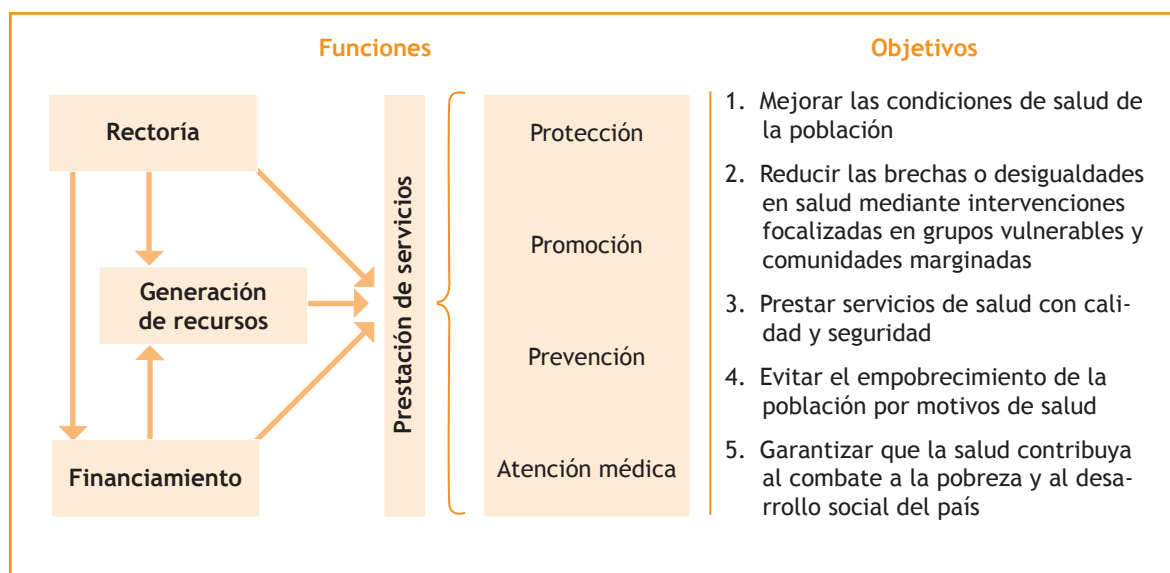
El ejercicio sectorial y plural de identificación de prioridades permitió la definición de los cinco objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que son los siguientes:

1. mejorar las condiciones de salud de la población;
2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Para cumplir con estos objetivos se diseñaron diez estrategias que están orientadas al fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: la rectoría efectiva, el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros (figura A). Las estrategias son las siguientes (figura B):

Rectoría efectiva en el sector

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud



Financiamiento equitativo y sostenible

6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud
7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona

Generación de recursos suficientes y oportunos

8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector
9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos
10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

Estas estrategias se desagregan en líneas de acción, las cuales están asociadas a metas que deberán cumplirse en los próximos cinco años y que se describen en detalle en el capítulo III de este programa. La Secretaría de Salud dará seguimiento anual al cumplimiento de estas metas y las metas estratégicas relacionados con los objetivos del programa.

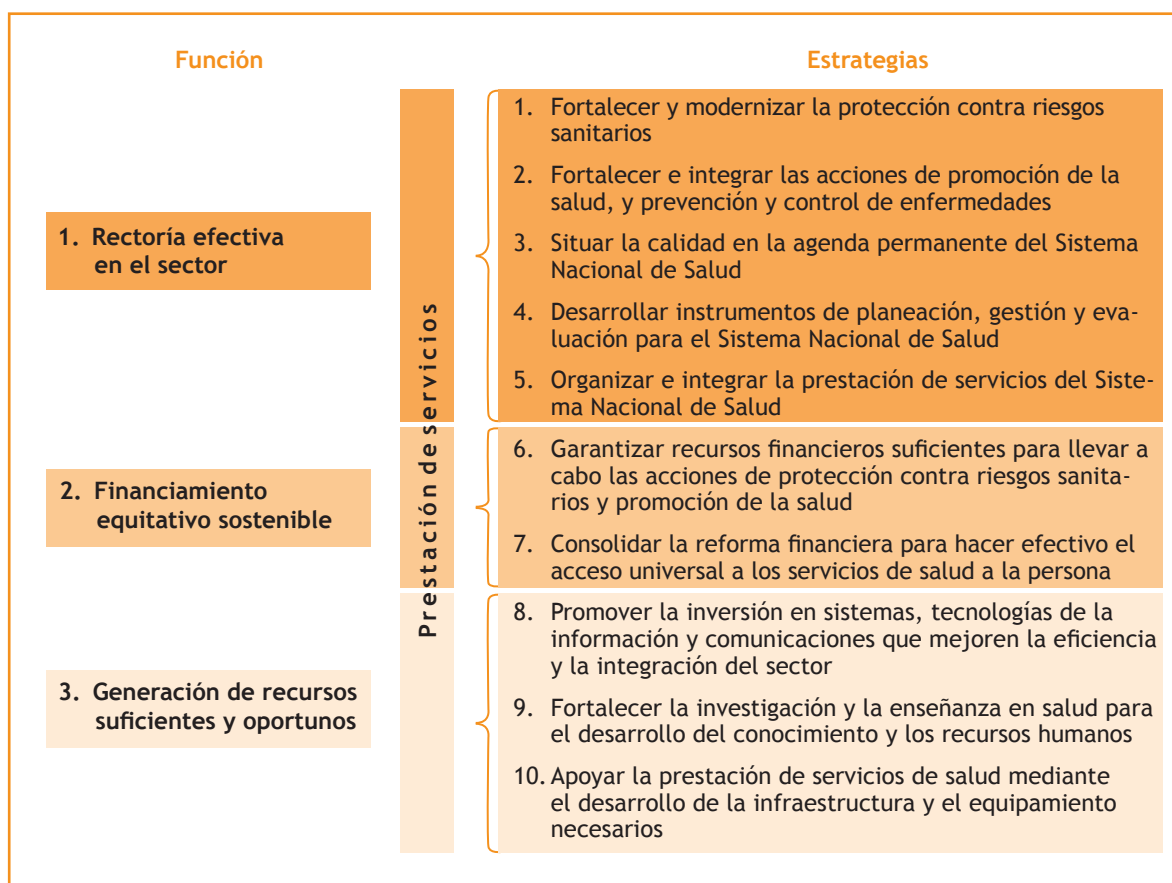


Figura B. Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y su relación con las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud

El capítulo I del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* presenta un diagnóstico sobre la salud y los servicios de salud en el país. Este capítulo está dividido en tres secciones: necesidades, recursos y servicios. En la primera sección se describen los riesgos y daños a la salud que enfrenta nuestra población, con énfasis en las principales causas de muerte y discapacidad. Además de presentar un cuadro del nivel general de salud de la población, se presenta información sobre las desigualdades en las condiciones de salud. En la segunda sección se hace un recuento de los recursos financieros, materiales, humanos e intangibles (información y conocimiento) de los que dispone el país para atender sus necesidades de salud. Aquí se discuten los problemas de distribución de estos recursos, que afectan principalmente a las poblaciones rurales, indígenas y de menores ingresos. Finalmente, en la tercera sección se analiza la situación de los servicios curativos y de salud pública, y de las actividades de regulación de dichos servicios.

El capítulo II presenta la visión prospectiva del Sistema Nacional de Salud al que aspiramos en el 2030. En este capítulo se describen las principales características de ese sistema y los obstáculos que deberán superarse para poder construirlo.

En el capítulo III se presentan, como ya se mencionó, los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, y las estrategias y actividades que se desarrollarán para cumplir con ellos.

Finalmente, en el capítulo IV se describen las actividades de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que permiten medir los avances e informar a la sociedad sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los resultados obtenidos.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; mejorarán la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; permitirán ampliar la infraestructura y el equipamiento en salud; consolidarán el abasto de medicamentos y otros insumos, e impulsarán el aseguramiento universal en salud. A través de ello se irá construyendo el camino que conduce a la necesaria integración de nuestro sistema de salud.

capítulo

I

Necesidades, recursos y servicios de salud





Necesidades de salud: daños y riesgos

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo.

Daños a la salud

En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles. Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.

Mortalidad general

En los años treinta del siglo pasado, uno de cada cinco niños mexicanos moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años de edad. Hoy 97% de los recién nacidos alcanzan su primer año de vida y la mayoría de las mujeres puede llegar a vivir casi 80 años.

El descenso de la mortalidad general, que pasó de 16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 en 2005, produjo un importante incremento de la esperanza de vida (figura 1), que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en el momento actual, cifras comparables a las de Argentina e Italia en el caso de las mujeres, y Cuba y Bélgica en el caso de

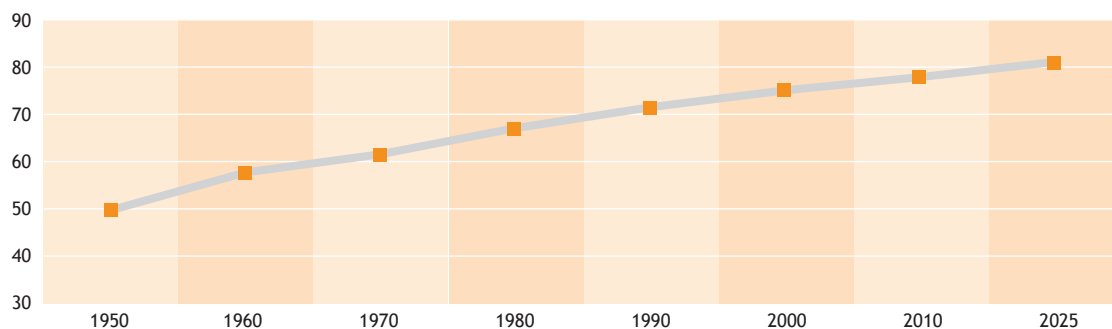
los hombres. Además, las diferencias entre estados y poblaciones en este rubro se han reducido, aunque persisten algunas diferencias importantes. La esperanza de vida en las zonas rurales de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, por ejemplo, es casi 10 años menor que la esperanza de vida de las zonas urbanas de Nuevo León o el Distrito Federal. El caso más dramático es el de las poblaciones indígenas, cuya esperanza de vida apenas supera los 65 años.

La caída de la mortalidad se acompañó de una disminución también muy significativa de la fecundidad. El número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva pasó de 6.8 en 1970 a 2.2 en 2006.

Estos tres fenómenos –el descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad– están dando lugar a un proceso conocido como envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional. La base de esta estructura muestra un adelgazamiento debido al descenso en la contribución de la población infantil. La población de jóvenes y adultos en edad productiva atraviesa por una etapa de crecimiento heredada de los periodos de alta fecundidad del pasado reciente. Finalmente, 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 (cuadro I).

Figura 1. Esperanza de vida al nacer, México 1950-2025

La esperanza de vida al nacer en nuestro país se ha incrementado casi 30 años en el último medio siglo.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Cuadro I. Principales indicadores demográficos, México 1970-2030

Indicadores	1970	1980	1990	2000	2006	2030
Población*	50.4	67.5	84.7	100.5	107.5	127.2
Crecimiento anual (%)	3.1	3.1	2.3	1.7	1.2	0.8
Grupos de edad						
0-14 (%)	48	45	40	33	29	20
15-65 (%)	48	51	56	62	66	68
65 y más (%)	4	4	4	5	5	12
Muertes**	485	434	422	460	505	810
Nacimientos*	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.7

*Millones

** Miles

Fuente: CONAPO (referencia 2)

Este proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, cuya evolución y magnitud se describen más adelante, han modificado el cuadro de principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer (figura 2).

La contribución de los diferentes grupos de edad a la mortalidad también se modificó. En 1950 la mitad de los decesos en el país se concentraban en los menores de 5 años y 15% en los mayores de 65 años. En 2005 más de 50% de las muertes se produjeron en personas de 65 años y más, y menos de 10% en menores de 5 años (figura 3).

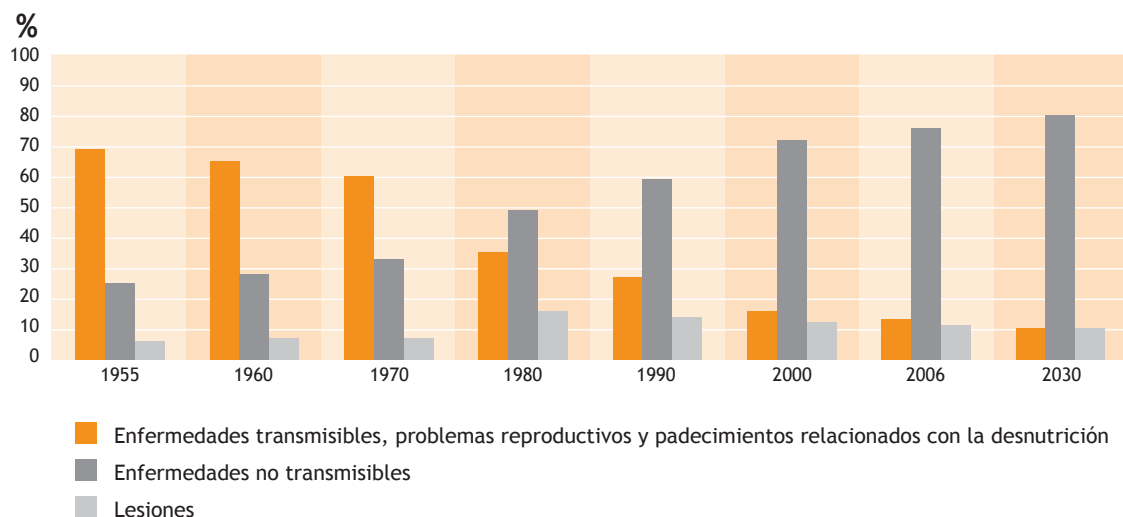
Mortalidad por grupos de edad

Mortalidad infantil

Hoy la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad en México es más de seis veces menor que la probabilidad que había en 1950. Sólo en la última década la mortalidad infantil disminuyó

Figura 2. Muertes por distintos tipos de padecimientos, México 1955-2030

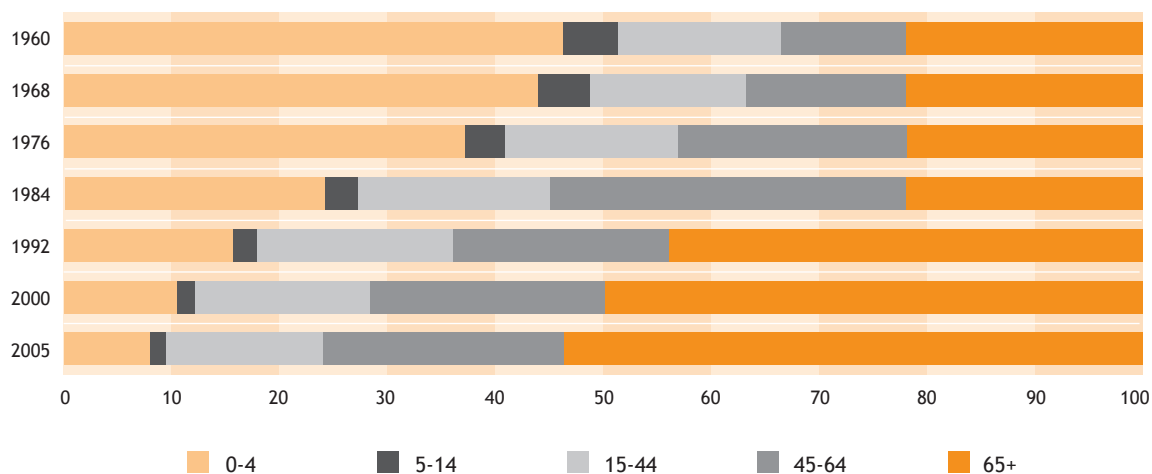
Las muertes por enfermedades no transmisibles y lesiones concentran casi 85% del total de muertes en el país.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Figura 3. Contribución de los distintos grupos de edad a la mortalidad general, México 1960 - 2005

Más de 50% de las muertes en el país se presentan en personas de 65 años y más, y menos de 10% en menores de 5 años.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

más de 30%, para alcanzar cifras de 18.8 por 1,000 menores de 1 año en 2005, comparables a las de China, Jordania y Túnez. Entre los factores asociados a la reducción en la mortalidad infantil destacan la mejor educación de las madres, la creciente disponibilidad intra-domiciliar de agua, las altas tasas de vacunación, una mejor nutrición, un mejor control

de vectores y un mejor acceso a atención médica oportuna y de calidad, sobre todo a servicios que modifican el curso de las infecciones respiratorias y las diarreas.

Otro cambio importante en este grupo de edad es la concentración de más de la mitad de las muertes infantiles en el primer mes de vida,

la mayoría de las cuales se deben a enfermedades congénitas y perinatales. Estos padecimientos le están generando un nuevo reto a nuestro sistema de salud porque requieren de una atención del embarazo y el parto con mayor tecnología y del fortalecimiento de las estrategias de prevención de defectos al nacimiento.

El otro gran reto en materia de mortalidad infantil son las brechas que existen entre los estados y áreas más desarrollados, y las zonas marginadas. La probabilidad de que un niño nacido en Chiapas, Oaxaca o Guerrero muera antes de alcanzar su primer año de vida es 80% mayor que la probabilidad que presentan los niños nacidos en el Distrito Federal, Nuevo León o Coahuila (figura 4).

Mortalidad preescolar

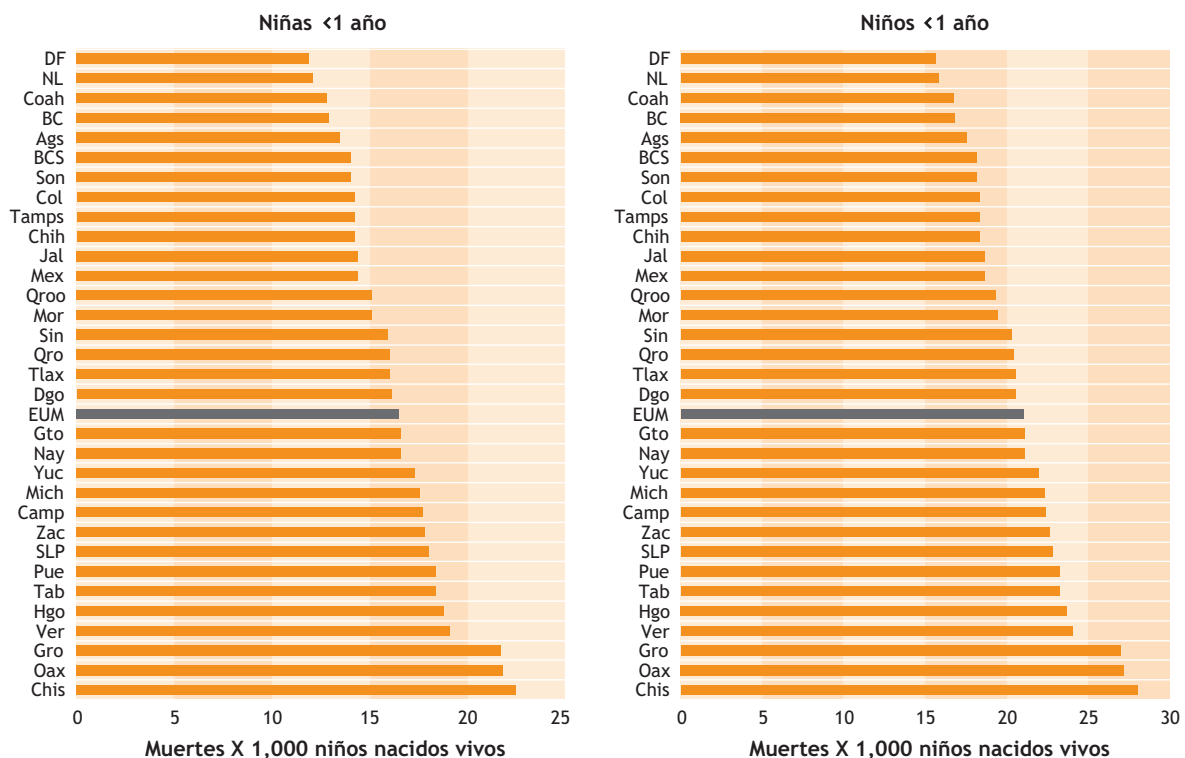
Una vez superado el primer año de vida, las tasas de mortalidad disminuyen de manera muy im-

portante, para volver a incrementarse en las etapas más avanzadas de la vida. Las pocas muertes que se presentan en las niñas y niños de 1 a 4 años de edad se deben sobre todo a infecciones, problemas de la nutrición y lesiones. Alrededor de 24% de las muertes en este grupo de edad se deben a infecciones intestinales, infecciones respiratorias, desnutrición y anemia. Otro 17% de los decesos se deben a lesiones accidentales (accidentes de tránsito, ahogamiento, caídas accidentales, envenenamiento accidental, y exposición al fuego y humo) y homicidios.

Mortalidad escolar

En la etapa escolar (5 a 14 años) la tasa de mortalidad general disminuye todavía más (30.6 muertes por 100,000 habitantes en 2005). Los escolares, de hecho, constituyen el grupo de edad más sano. Las muertes entre ellos se deben de manera muy

Figura 4. Mortalidad infantil por sexo y entidad federativa, México 2005
 La probabilidad de que un niño nacido en Oaxaca muera antes de cumplir su primer año de vida es 80% mayor que la que presenta un niño nacido en Nuevo León.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

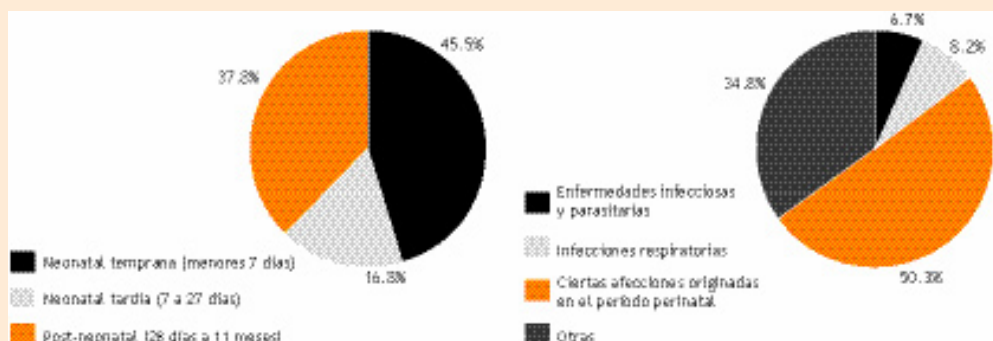
Mortalidad infantil

Dos son los grandes retos que enfrenta el país en relación con la mortalidad infantil: i) cerrar las brechas que todavía existen entre estados y poblaciones en esta materia y ii) adaptar los servicios de salud al cambio en las principales causas de daño a la salud en los menores de 1 año.

La mortalidad infantil ha disminuido de manera muy importante en el último medio siglo. El número de muertes en menores de 1 año pasó de más de 120 por 1,000 nacidos vivos en 1950 a 18.8 por 1,000 nacidos vivos en 2005. Dentro de los factores que explican este descenso se incluyen el creciente acceso a agua potable y servicios sanitarios; una mejor nutrición de la población infantil y materna; las altas coberturas de vacunación; el acceso a atención médica oportuna y de calidad, y la mejor educación general de las madres. Se calcula que los hijos de madres que no han completado su educación primaria presentan un riesgo de morir en el primer año de vida 50% más alto que los hijos de madres con niveles educativos mayores. La educación de la madre, en particular la educación sexual, influye de manera importante en las conductas reproductivas, que están estrechamente asociadas a la mortalidad infantil. Dentro de las variables de conducta reproductiva que influyen en la mortalidad en menores de 1 año destacan la edad de la madre, el número de hijos y el intervalo intergenésico. La probabilidad de morir antes de cumplir un año de vida es mayor cuando las madres son menores de 18 años o mayores de 33, tienen más de tres hijos o presentan intervalos entre partos menores de 23 meses.

El descenso en la mortalidad infantil se ha acompañado de una reducción en las brechas entre estados y poblaciones. Persisten, sin embargo, importantes diferencias. Podemos identificar tres grupos de estados con problemas muy diferentes. Un grupo de estados con una probabilidad de muerte en menores de 1 año muy baja, conformado por el Distrito Federal y Nuevo León. Otro grupo con una probabilidad de muerte media, en el que se ubica la mayoría de las entidades federativas. Finalmente, tenemos un grupo de estados con una mortalidad infantil muy alta, en el que se ubican Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que presentan probabilidades de muerte en menores de 1 año superiores a 20 y 25 por 1,000 nacidos vivos en niñas y niños, respectivamente. Las diferencias entre grupos poblacionales más específicos son todavía mayores. En los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) la mortalidad infantil en 2005 fue de 32.5 contra 15.8 en los municipios con mayor IDH. Estas desigualdades son reflejo de un acceso diferencial a diversos bienes y servicios básicos, dentro de los que se incluyen por supuesto los servicios de salud, y a diferencias importantes en la calidad de la atención. Se calcula que 79% de las muertes en menores de 1 año que se producen en el país son muertes evitables.

La reducción de la mortalidad infantil se ha acompañado de un cambio también muy significativo en la distribución etárea de estas muertes y en su patrón de causas. Hasta hace poco las muertes infantiles en México se concentraban en el llamado periodo post-neonatal (entre 1 mes y 1 año de edad) y se debían sobre todo a infecciones respiratorias agudas y diarreas. Hoy más de 60% de las muertes en menores de 1 año se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a problemas respiratorios del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, aspiración neonatal) (más de 40%), sepsis bacteriana del recién nacido (15%), anencefalia y anomalías congénitas del corazón y las grandes arterias (20%), y prematuridad (7%). Podríamos afirmar que el éxito en el combate a las infecciones comunes en la infancia nos generó el reto de atender problemas neonatales que requieren de una atención del embarazo y el parto con mayor tecnología.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Muertes en < 1 año por periodo de ocurrencia y causa, México 2005

Síndrome metabólico: definición y panorama epidemiológico en México

Las epidemias de sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión anticipan un crecimiento alarmante del síndrome metabólico en el país.

La presencia simultánea de diferentes factores de riesgo cardiovascular en un mismo individuo -especialmente obesidad, diabetes tipo II, hipertensión e hiperlipidemia- se describió hace ya varias décadas. Actualmente el término más aceptado para describir este conjunto de padecimientos es el de síndrome metabólico (SM). Aunque existe controversia sobre el papel que la resistencia a la insulina juega como factor desencadenante, hay consenso sobre la participación de la obesidad, especialmente de distribución abdominal, en su desarrollo. En 1993, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, se identificó una prevalencia nacional de SM de aproximadamente 30% en la población de 20 años y más. Recientemente, en una población de adultos de la ciudad de México sin diagnóstico de diabetes mellitus, se obtuvo una prevalencia de 43%. La creciente epidemia de enfermedades crónicas en México, especialmente de las enfermedades asociadas a la obesidad, como la diabetes y la hipertensión arterial, anticipan un desarrollo explosivo del SM. La Encuesta Nacional de Salud 2000 mostró que cerca de 8% de los adultos mayores de 20 años sufren de diabetes tipo II y aproximadamente 30%, de hipertensión arterial. La prevalencia de dislipidemia es cercana a 30%. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indican que siete de cada diez personas adultas presentan sobrepeso y obesidad. Estas cifras nos obligan al desarrollo de estrategias de control de los riesgos asociados a este síndrome y a la capacitación del personal de salud para la atención de las personas afectadas, cuyo número crecerá de manera importante en las décadas por venir.

importante a accidentes de tránsito (14.2% de las muertes totales), ahogamiento (4.3%), homicidios (3.8%), suicidios (2.3%) y caídas accidentales (1%). Sumadas, todas las lesiones producen 26% de las muertes en los escolares. Otra causa importante de muerte en esta etapa de la vida son las leucemias.

Mortalidad en edad productiva

Como se podrá constatar más adelante, el cuadro de la mortalidad en las etapas productivas de la vida (15 a 64 años) se asemeja mucho al cuadro de las principales causas de muerte del país en su conjunto. Las principales causas de muerte en este periodo son la diabetes, las enfermedades crónicas del hígado, las enfermedades isquémicas del corazón, los accidentes y lesiones, y ciertos tumores malignos (mama, cuello del útero, pulmón, estómago). Aquí hace su aparición como la cuarta causa de defunción en hombres de 25 a 34 años el VIH/SIDA, que en 2005 produjo en la población general 4,445 muertes, con una mayor proporción en la población masculina.

Mortalidad en adultos mayores

Después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante

(4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres. Es probable que estas diferencias se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más. En esta etapa de la vida vuelven a aparecer, dentro de las causas más comunes de muerte, las infecciones respiratorias agudas bajas, y desaparecen como una de las principales causas de defunción los accidentes y las lesiones.

Principales causas de muerte

En México hay tres tipos de enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares

Cuadro II. Principales causas de muerte en mujeres, México 2005

Causa	Defunciones	%
Diabetes mellitus	36,280	16.3
Enfermedades isquémicas del corazón	23,570	10.6
Enfermedad cerebro-vascular	14,500	6.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,087	4.1
Cardiopatía hipertensiva	7,552	3.4
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,076	3.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,720	3
Nefritis y nefrosis	5,269	2.4
Desnutrición calórico-proteica	4,303	1.9
Tumor maligno del cuello del útero	4,273	1.9
Tumor maligno de la mama	4,234	1.9
Asfixia y trauma al nacimiento	4,209	1.9
Tumor maligno del hígado	2,545	1.1
Tumor maligno del estómago	2,524	1.1
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	2,365	1.1

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Cuadro III. Principales causas de muerte en hombres, México 2005

Causa	Defunciones	%
Diabetes mellitus	30,879	11.3
Enfermedades isquémicas del corazón	29,843	10.9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,864	7.6
Enfermedad cerebro-vascular	12,896	4.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,183	4.1
Agresiones (homicidios)	8,610	3.2
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	8,450	3.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,912	2.9
Nefritis y nefrosis	6,135	2.2
Asfixia y trauma al nacimiento	5,560	2
Enfermedades hipertensivas	5,336	2
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,817	1.8
Tumor maligno de la próstata	4,800	1.8
Desnutrición calórico-proteica	4,139	1.5
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	3,998	1.5

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

(cuadros II y III). Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que es importante atender. Destaca dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, que afecta a 70% de la población de 20 años o más. El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Su prevalencia en adultos en México es de 21.5, 26.5 y 30.8%, respectivamente.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas

mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%.

La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera.

En el nivel nacional, entre 2001 y 2005, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa pasó de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres (figura 5). A diferencia de los rezagos en salud, que afectan exclusivamente a los pobres (infecciones comunes, desnutrición, problemas reproductivos), la diabetes se presenta por igual en toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico. Los estados que muestran los niveles más altos de mortalidad por esta causa son Coahuila y Guanajuato en mujeres, y Guanajuato y el Distrito Federal en hombres. Todas las entidades federativas, sin embargo, han mostrado incrementos en la mortalidad por esta causa en los últimos años. Los incrementos más importantes entre 2000 y 2005, superiores a 30%, se presentaron en Campeche, Guanajuato y Nuevo León.

Las enfermedades del corazón constituyen la segunda causa de muerte en el país, tanto en mujeres como en hombres. Dentro de estas enfermedades destaca la cardiopatía isquémica, que es responsable de más de la mitad de las muertes en este grupo de padecimientos.

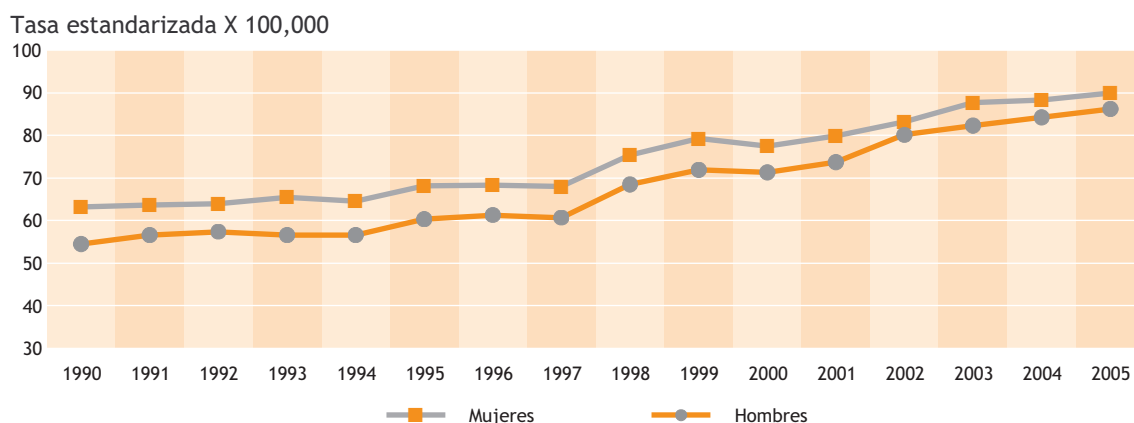
La isquemia cardiaca se caracteriza por la disminución del aporte de oxígeno al corazón como consecuencia de la obstrucción y/o el estrechamiento de las arterias coronarias, que puede llegar a producir un infarto del miocardio y la muerte de las personas afectadas. Los principales factores de riesgo relacionados con esta enfermedad son el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el estrés y la diabetes.

Entre 2001 y 2005 las tasas estandarizadas de mortalidad por isquemia cardiaca mostraron un comportamiento estable, con una reducción de 2% en las mujeres y 1% en los hombres. Los estados con las mayores tasas de mortalidad son Chihuahua, Yucatán y el Distrito Federal en las mujeres, y Baja California Sur, Sonora y Chihuahua en los hombres.

Aunque varios de los estados con las tasas más bajas de mortalidad por cardiopatías son estados con niveles altos de marginación, no debe pensarse que estas enfermedades son exclusivamente urbanas o producto del desarrollo. Si bien los factores

Figura 5. Mortalidad por diabetes mellitus por sexo, México 1990 - 2005

La mortalidad por diabetes se ha incrementado de manera dramática en México en los últimos años tanto en mujeres como en hombres.



de riesgo asociados a ellas son más prevalentes en las ciudades, su frecuencia está aumentando también en las entidades menos urbanizadas y desarrolladas, como Puebla y Oaxaca.

Hay otro mito que es importante desechar: que estamos condenados a repetir la epidemia de enfermedades isquémicas del corazón que se dio en los países más desarrollados. Si bien es cierto que las cifras de mortalidad por esta causa que presenta el país son altas, es posible implantar medidas para reducir la presión arterial, los lípidos en sangre y el consumo de tabaco, que nos ayudarían a reducirlas. De hecho hay varias entidades federativas en donde las tasas de mortalidad por esta causa están disminuyendo. Destaca en este sentido Tabasco, que entre 2001 y 2005 presentó una disminución de casi 20% en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.

La enfermedad cerebro-vascular, la tercera causa de muerte en el país, se caracteriza por la falta de aporte de oxígeno al cerebro como resultado de una hemorragia o la obstrucción de una arteria. Estas enfermedades suelen ser muy graves y frecuentemente terminan con la muerte de la persona afectada. Más de 70% de las muertes por este tipo de padecimientos ocurre en sujetos mayores de 60 años.

Después de un incremento moderado pero consistente en los años noventa, la tasa de mor-

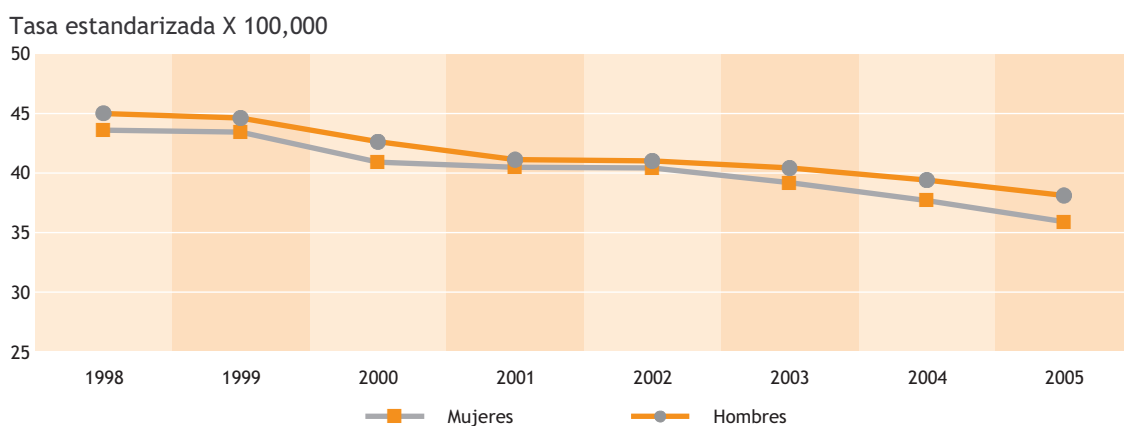
talidad por enfermedades cerebro-vasculares empieza a mostrar una tendencia al descenso, tanto en mujeres como en hombres (figura 6).

La EPOC es la cuarta causa de muerte en mujeres y la quinta en hombres. Es una enfermedad que se caracteriza por la obstrucción persistente de las vías respiratorias que tiene dos formas básicas de presentación: la bronquitis crónica y el enfisema. Los pacientes afectados por EPOC están mucho más expuestos que la población general a desarrollar cáncer de pulmón o problemas cardíacos. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad son el tabaquismo y la contaminación atmosférica. Esto último explica que sea un padecimiento muy común entre los mineros y los trabajadores de la industria metalúrgica. Debido a la mayor prevalencia del tabaquismo en hombres y su mayor exposición a ambientes laborales contaminados, en México la EPOC es más frecuente en el sexo masculino. En 2005 esta enfermedad produjo más de 11 mil decesos en hombres, contra poco más de 9 mil en las mujeres. Sin embargo, el incremento del tabaquismo en mujeres en todos los grupos de edad podría modificar esta relación.

La hipertensión arterial, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal, es la

Figura 6. Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares por sexo, México 1998 - 2005

La mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares muestra un sorprendente descenso desde finales de los años noventa.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

causa directa de un número importante de muertes en el país. Dentro de las causas que favorecen el desarrollo de la hipertensión se cuentan la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol. A nivel nacional, la prevalencia de este padecimiento en la población de 20 años o más es de 30.8%. A partir de los 60 años de edad, más de 50% de los hombres y más de 60% de las mujeres presentan hipertensión arterial.

En 2005 ocurrieron en el país 27,584 muertes por enfermedades crónicas del hígado. La mayor parte de estas muertes se debe a cirrosis hepática (85%), que está fuertemente asociada al consumo de alcohol. Las tasas de mortalidad por esta causa son mayores en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, entre 2000 y 2005, la mortalidad por cirrosis entre las mujeres creció 3%, mientras que en los hombres presentó una reducción neta de dos puntos porcentuales. Las entidades federativas con las tasas estandarizadas más altas de mortalidad por cirrosis hepática tanto en mujeres como en hombres son Puebla, Hidalgo y Yucatán.

Los tumores malignos son otra causa importante de muerte. En 2005 ocurrieron más de 40 mil defunciones por tumores malignos en todo el país. Los tumores más comunes son los de tráquea, bronquios y pulmón (16.8%), cuyo desarrollo está fuertemente relacionado con el consumo de tabaco. Si se desagrega esta información por sexo, se observa que el cáncer del cuello del útero y cáncer de mama son los tumores que más muertes ocasionan en las mujeres, seguidos del cáncer de hígado y estómago. En los hombres, los tumores malignos que más muertes causan son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, seguidos de los tumores de próstata.

Los accidentes de tránsito son la séptima causa de muerte en hombres y la décimo quinta causa de muerte en mujeres. Las muertes por accidentes vehiculares deben analizarse partiendo del hecho de que representan la culminación de una serie de eventos con amplias posibilidades de prevención. Alrededor de 50% de los accidentes vehiculares con víctimas mortales se asocian al consumo de alcohol; otro porcentaje importante se asocia al exceso de velocidad, y un porcentaje adicional a deficiencias en los caminos y señales. Los estudios más recientes indican, además, que

por cada muerte ocurrida en algún evento de esta naturaleza en México, hay otros 15 individuos que sufren de lesiones de diferente naturaleza y gravedad, muchas veces altamente discapacitantes.

En algunas entidades las muertes por accidentes de tránsito están mostrando un comportamiento crítico. En Nayarit, por ejemplo, que es uno de los estados con problemas más serios a este respecto, las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito en mujeres se duplicaron entre 2001 y 2004. En Nuevo León la mortalidad por esta causa aumentó más de 100% en este mismo periodo, tanto en mujeres como en hombres.

Los homicidios, aunque han mostrado un descenso en los últimos 15 años, constituyen la sexta causa de muerte en los hombres en el país (figura 7). La tasa estandarizada de mortalidad por homicidios en hombres es de 15.3 por 100,000, cifra que nos ubica en el cuarto lugar de América Latina, sólo por detrás de Colombia, Brasil y Venezuela. Guerrero y Oaxaca son los estados con tasas de mortalidad por homicidios más altas tanto en mujeres como en hombres.

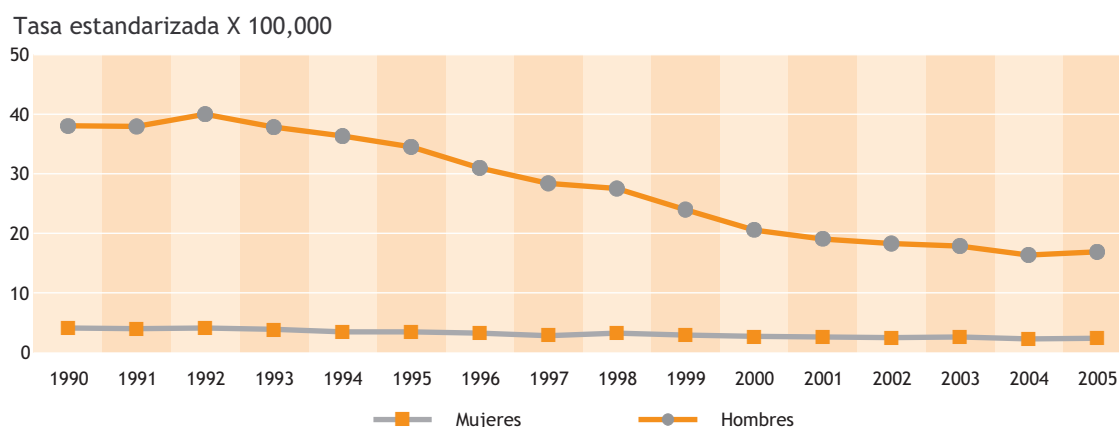
Finalmente tenemos a los suicidios. A nivel nacional la mortalidad por esta causa se está incrementando tanto en mujeres como en hombres. En las mujeres de entre 11 y 20 años de edad se observa un aumento consistente desde principios de los años noventa, y las entidades del sur (Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán) presentan tasas muy superiores a las del resto del país en ambos sexos.

Muertes evitables

Las muertes evitables son aquellas defunciones que, dado el nivel de desarrollo de la tecnología médica, no debieran producirse. Una apendicitis, por ejemplo, no debe terminar en defunción porque se cuenta con las herramientas para hacer un diagnóstico oportuno e implantar un tratamiento efectivo. Lo mismo sucede con las complicaciones de un embarazo: existen las medidas de promoción de la salud y atención prenatal y obstétrica para evitar que este tipo de complicaciones terminen en una muerte materna. La presencia de estas muertes, por lo tanto, nos habla de un problema de acceso o un problema de calidad.

Figura 7. Mortalidad por homicidios por sexo, México 1990 - 2005

Los homicidios, aunque se están reduciendo, siguen siendo una de las principales causas de muerte en hombres en el país.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 24), DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Se estima que alrededor de 38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron en México entre 2000 y 2004 eran evitables. De este total, 60.4% sucedieron en hombres y 39.6% en mujeres. Su distribución por grupos de edad es muy parecida a la distribución de la mortalidad por todas las causas.

En las mujeres, las principales causas de muertes evitables son las afecciones originadas en el periodo perinatal, la cardiopatía isquémica, el cáncer de mama, la diabetes, el cáncer cérvico uterino, las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio, la cirrosis hepática y las infecciones respiratorias agudas. En los hombres, los principales responsables de las muertes evitables son la cirrosis hepática, la cardiopatía isquémica, las afecciones originadas en el periodo perinatal, los accidentes de tránsito y el VIH/SIDA.

Principales causas de años de vida saludable perdidos

La mortalidad, aunque es un indicador muy útil, tiene el inconveniente de que no incorpora todos los daños a la salud que se producen en una sociedad. Es por eso que se han diseñado otros indicadores que contabilizan los años saludables de vida que se pierden tanto por muerte prematura como por consecuencia de una discapacidad. El indicador más

comúnmente utilizado es el de años de vida saludable (AVISA) perdidos. Este indicador tiene la gran virtud de que permite medir los daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte.

En el cuadro IV se presentan las principales causas de AVISA perdidos por sexo en México en 2005. Como puede observarse, los padecimientos que mayores pérdidas de AVISA producen en mujeres son la depresión unipolar y la diabetes. También se incluyen dentro de este grupo, a diferencia de los hombres, padecimientos como las cataratas, la osteo-artritis, la enfermedad de Alzheimer y el asma bronquial. Los padecimientos que producen la pérdida de una cantidad importante de AVISA y que distinguen a los hombres son la cirrosis, el consumo de alcohol, y los accidentes y lesiones.

La diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón, al igual que en el cuadro de principales causas de muerte, siguen ocupando un sitio importante, pero en las mujeres la diabetes se desplaza al segundo lugar y las enfermedades isquémicas del corazón al quinto. En los hombres la diabetes se desplaza hasta el sexto lugar y las enfermedades isquémicas hasta el octavo. Cabe además destacar que las enfermedades cerebrovasculares no figuran entre las principales causas de AVISA perdidos en hombres. Esto se debe a que afectan de manera prioritaria a los mayores de 60 años, por lo que producen una pérdida de

Depresión

En México una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos.

A esto hay que sumar los datos correspondientes a los suicidios. Aunque en México ocupan un lugar bajo como causa de muerte, los suicidios han aumentado aceleradamente en México, hasta alcanzar una de las tasas de crecimiento más altas del mundo. Entre 1998 y 2004 los suicidios en mujeres crecieron a un ritmo anual de casi 5%. Este incremento ha sido particularmente agudo en las mujeres de entre 11 y 20 años de edad.

La depresión puede prevenirse. Existen estrategias de efectividad demostrada. Sin embargo, hay barreras que obstaculizan su tratamiento. Dentro de las medidas que se han utilizado para superarlas se incluyen las siguientes: organizar visitas comunitarias para detectar y motivar a las personas en riesgo a que se sometan a tratamiento; facilitarles transporte; ofrecerles cuidado para sus hijos (en el caso de las mujeres), y atender los problemas que las personas refieren como asociadas a su estado de ánimo.

A pesar de que existen tratamientos efectivos, la proporción de la demanda atendida es baja. Según la ENEP 2005, una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.

Para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable ampliar la cobertura de atención, asegurar el abasto de medicamentos antidepressivos, reducir el nivel de estigma y atender a los grupos vulnerables, dentro de los que se incluyen los niños y adolescentes que consumen drogas, las víctimas de violencia, las mujeres y hombres desempleados, y los adultos mayores que no cuentan con redes sociales de apoyo.

Cuadro IV. Principales causas de AVISA perdidos por sexo, México 2005

	Mujeres		Hombres	
	Causa	%	Causa	%
1	Depresión unipolar mayor	6.5	Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.9
2	Diabetes mellitus	6.3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.1
3	Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.3	Consumo de alcohol	4.8
4	Anomalías congénitas	4.3	Agresiones y homicidios	4.6
5	Enfermedades isquémicas del corazón	2.8	Accidentes de tránsito	4.6
6	Osteo-artritis	2.3	Diabetes mellitus	4.5
7	Cataratas	2.2	Anomalías congénitas	4.0
8	Enfermedades cerebro-vasculares	2.2	Enfermedades isquémicas del corazón	3.5
9	Demencia y enfermedad de Alzheimer	2.1	Depresión unipolar mayor	2.6
10	Asma	2.0	Peatón lesionado	2.2
	Total (millones de AVISA)	6.9	Total (millones de AVISA)	8.4

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

AVISA menor que los padecimientos que afectan a poblaciones más jóvenes.

Además de ratificar la importancia de ciertas enfermedades que causan un número considerable de muertes, la principal conclusión que se desprende de este cuadro es la necesidad de atender otras enfermedades que están produciendo una enorme carga en términos de discapacidad, aunque no necesariamente en términos de muertes prematuras. Destacan dentro de ellas las afecciones originadas en el periodo perinatal, la depresión unipolar mayor, la osteo-artritis y las cataratas.

Rezago epidemiológico

En un estudio sobre carga global de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) agrupó a las enfermedades en tres grandes grupos: i) enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; ii) enfermedades no transmisibles, y iii) accidentes y violencias. Las enfermedades del primer grupo son las que tradicionalmente se han denominado enfermedades del rezago por dos razones básicas: porque se trata de padecimientos esencialmente prevenibles, incluso con intervenciones de bajo costo, y porque afectan a poblaciones pobres que tienen problemas de acceso a bienes y servicios básicos, dentro de los que destacan los servicios de salud.

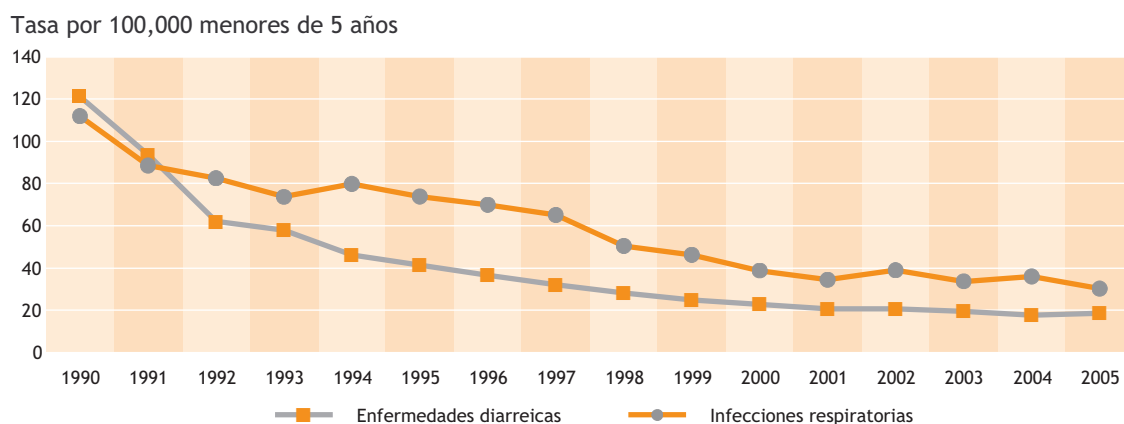
En México las enfermedades del rezago epidemiológico son responsables de 13% de las muertes en el país, pero en los municipios de alta y muy alta marginación contribuyen con 21% de las defunciones.

Las muertes por infecciones comunes, en particular las diarreas y las infecciones respiratorias agudas, se concentran de manera muy importante en los menores de 5 años. En las últimas décadas su frecuencia se redujo considerablemente gracias a la ampliación de la infraestructura sanitaria y del acceso a agua potable, el uso de la terapia de rehidratación oral, la ampliación de las coberturas de vacunación y el incremento del acceso a servicios esenciales de salud (figura 8). Sin embargo, las infecciones comunes siguen siendo un problema en algunos estados y en los municipios y localidades más pobres del país. En Chiapas, una de cada cuatro defunciones en menores de 5 años es producto de una enfermedad diarreaica o una infección respiratoria. En Nuevo León, en contraste, sólo una de cada 20 defunciones en menores de 5 años se debe a este tipo de enfermedades (figura 9).

La desnutrición es otro grave problema que no hemos podido erradicar. Este mal se asocia con una mayor susceptibilidad a desarrollar enfermedades infecciosas, una mayor probabilidad de muerte en los primeros años de la vida y un bajo

Figura 8. Mortalidad por enfermedades diarreaicas e infecciosas respiratorias en menores de 5 años, México 1990 - 2005

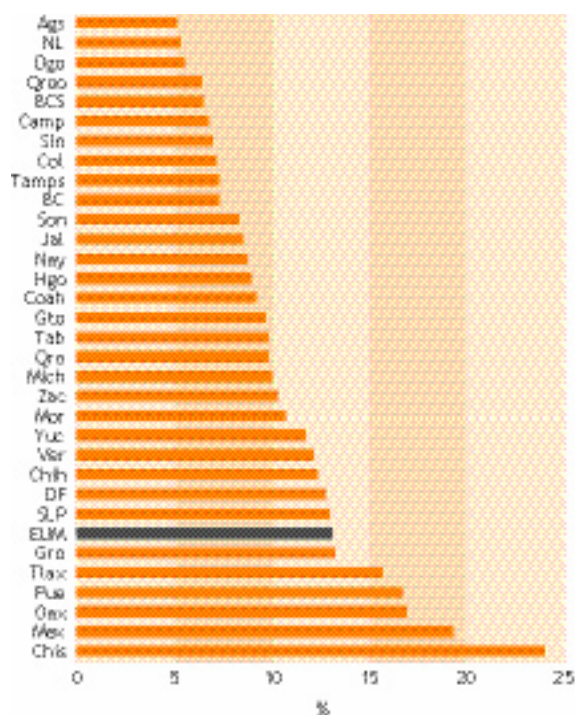
La mortalidad por enfermedades diarreaicas e infecciones respiratorias se ha reducido de manera muy importante en las últimas décadas.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

Figura 9. Porcentaje de muertes en menores de 5 años causadas por enfermedades infecciosas por entidad federativa, México 2005

En Chiapas una de cada cuatro defunciones en menores de 5 años es producto de una diarrea o una infección respiratoria; en Nuevo León, sólo una de cada 20.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

rendimiento escolar. Las madres con antecedentes de desnutrición en la infancia están más propensas a tener hijos con bajo peso al nacer, que a su vez presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades y morir en las primeras etapas de la vida.

La desnutrición en menores de 5 años se ha reducido de manera importante en los últimos 20 años como resultado de una combinación de diversas intervenciones: el Programa de Vacunación Universal, la administración masiva de megadosis de vitamina A, los programas de desparasitación y la mayor disponibilidad de alimentos gracias a programas de desarrollo social como Progres y Oportunidades. La prevalencia de emaciación o desnutrición aguda en menores de 5 años disminuyó de 6 a 1.6% entre 1988 y 2006; la baja talla

cayó 10.1 puntos porcentuales, y el bajo peso descendió más de ocho puntos.

A pesar de estas mejoras, la prevalencia de baja talla en menores de 5 años sigue siendo elevada y preocupa el número absoluto de niñas y niños con esta condición: cerca de 1.2 millones (figura 10). Las brechas, aunque se han cerrado, también llaman la atención. La prevalencia de baja talla en menores de 5 años en las áreas rurales del sur del país es cinco veces mayor que la que se observa en las zonas urbanas del norte. Cabe destacar, sin embargo, que el indicador de baja talla en la región sur rural ha mostrado un descenso notable: casi tres veces el descenso observado para el ámbito nacional entre 1999 y 2006. Se trata de un reducción muy elevada, incluso si se le compara con países que se consideran exitosos en el combate a la desnutrición.

Por último, está el problema de la mortalidad materna, que se concentra en las poblaciones marginadas, tanto urbanas como rurales. Aquí, como en el caso de las infecciones comunes y la desnutrición, ha habido un progreso notable. La razón de mortalidad materna se redujo de 89 en 1990 a 63 por 100,000 nacidos vivos en 2005. Sin embargo, muchas de las muertes que se producen podrían evitarse ampliando el acceso a atención médica de calidad y el traslado oportuno de los casos de embarazo o trabajo de parto complicado a unidades médicas especializadas.

En 2005 se presentaron en México 1,278 muertes maternas. De este total, 1,242, correspondieron a muertes obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, y 36 a muertes tardías o por secuelas.*

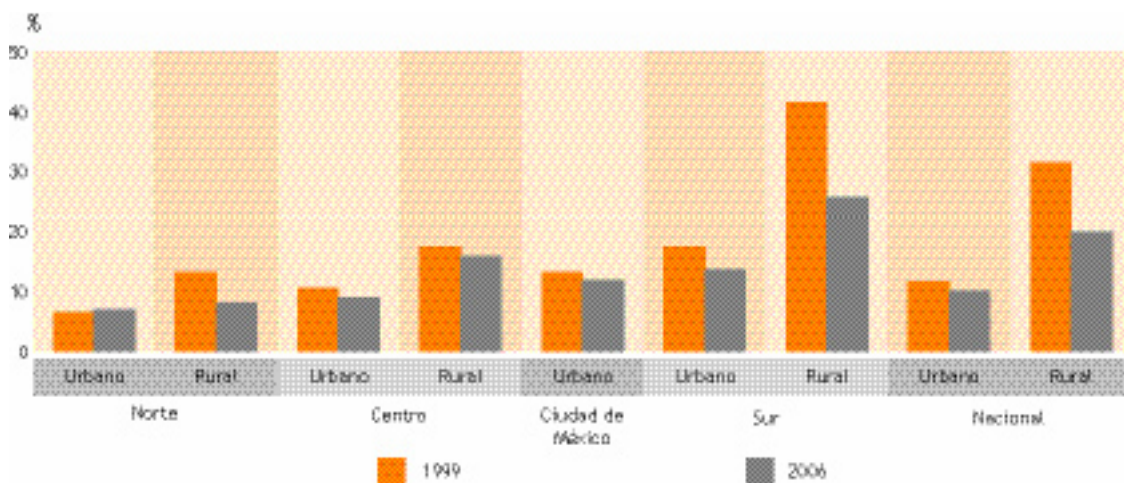
Las causas relacionadas con las muertes maternas en México varían dependiendo del contexto. En las áreas urbanas predominan las causas asociadas al embarazo, en particular la enfermedad hipertensiva del embarazo, mientras que en el medio rural son más frecuentes las hemorragias del embarazo, parto y puerperio.

Las mujeres que residen en zonas marginadas presentan una mayor probabilidad de morir por

* En el cálculo de la razón de mortalidad materna la OMS recomienda no contabilizar las muertes tardías.

Figura 10. Prevalencia de baja talla en menores de 5 años por región y estrato en 1999 y 2006, México 2006

La prevalencia de baja talla en menores de 5 años en las zonas rurales del sur del país es cinco veces mayor que la que se observa en las zonas urbanas del norte.



Fuente: Oláiz y col (referencia 13)

problemas relacionados con el embarazo o el parto. Oaxaca, Chiapas y Guerrero suelen ubicarse todos los años dentro de las cinco entidades con mayor mortalidad materna. Sin embargo, por el volumen de nacimientos, el Estado de México es la entidad donde más defunciones maternas ocurren (figura 11).

Además de focalizar las acciones en áreas geográficas particularmente vulnerables, es importante fortalecer la atención materna en las adolescentes, que presentan una prevalencia muy alta de embarazo y un riesgo de morir por problemas relacionados con la maternidad superior al de las mujeres de 20 a 35 años. De hecho, 13% de las muertes maternas que se presentaron en el país en 2005 ocurrieron en adolescentes.

Desigualdades en condiciones de salud

A pesar de los avances que ha habido, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones. 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.

El riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja. En las mujeres el riesgo es 1.5 veces mayor y en los hombres 1.7 veces más elevado. El grupo de edad que más explica este diferencial es el de menores de 5 años y en general son las enfermedades propias del rezago las que más contribuyen a estas brechas.

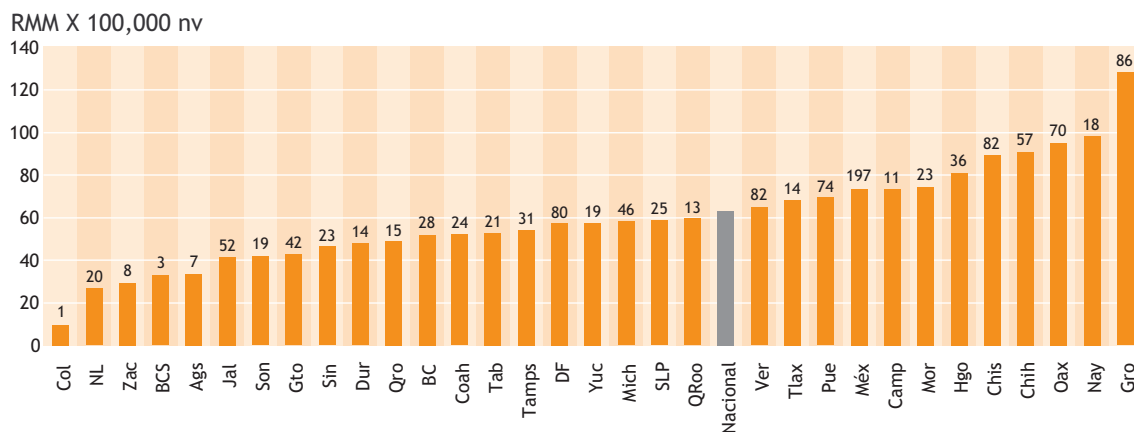
Las muertes evitables también son sensibles a las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención. En México las causas de muerte evitable en donde existe más desigualdad son las diarreas en menores de 14 años, la anemia, la tuberculosis, el asma y los ahogamientos accidentales.

Otra manera de abordar el problema de la desigualdad en las condiciones de salud es revisando la salud de las poblaciones de los 100 municipios más marginados del país. Se trata de municipios predominantemente indígenas en donde vive el millón de mexicanos más pobres. Alrededor de 30% de esta población se concentra en Chiapas, 20% en Oaxaca, 17% en Guerrero y 15% en Veracruz.

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

Figura 11. Razón de mortalidad materna y defunciones maternas por entidad federativa, México 2005

Las diferencias en la razón de mortalidad materna entre estados llegan a ser de 12 veces.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

reproducción. Esta proporción es similar a la que presentaba el país en su conjunto hace 18 años, Nuevo León o el Distrito Federal hace 25 años y la delegación Benito Juárez de la ciudad de México hace más de 35 años. El riesgo de morir por una enfermedad transmisible es dos veces mayor que en el resto del país; por un padecimiento carencial o una causa materna, tres veces más alto, y por cirrosis hepática, 1.5 veces mayor.

La edad promedio de muerte de una mujer que vive en estos municipios es de 51 años y la de un hombre, de 49. Los menores de un año presentan un riesgo de morir dos veces mayor que en el resto del país. En los preescolares el riesgo aumenta a 4.1 en las niñas y a 3.7 veces en los niños. El riesgo de morir de un adolescente de estas comunidades es 1.5 veces mayor que el riesgo que presentan los adolescentes del resto del país. En este grupo de edad la distancia entre los pobres y el resto es mayor en las mujeres. Lo mismo sucede en los jóvenes de 20 a 35 años de edad.

Estas desigualdades se deben a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud, y en la calidad de la atención, que deben atenderse sin demora.

Riesgos para la salud

Los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud en el país en las últimas décadas se deben en buena medida al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con estilos de vida que en conjunto se denominan *determinantes proximales de las condiciones de salud*. Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales. A estos riesgos habría que añadir los desastres naturales. Dentro de los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras (figura 12). Estos factores de riesgo se combaten con la promoción

Mortalidad materna

Para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el rubro de mortalidad materna es necesario mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo, y aumentar la calidad y seguridad de la atención del parto.

Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015.

Entre 1990 y 1999 la mortalidad materna disminuyó a un ritmo de 1.84% anual, que se incrementó a 2.84% entre 2000 y 2006. Para alcanzar la meta de los ODM, los valores de este indicador tendrán que disminuir hasta 2015 a una tasa anual de 6.9%. Los mayores esfuerzos tendrán que hacerse en las poblaciones marginadas, que son las que presentan las mayores cifras de mortalidad materna. En 2005 se presentaron en el país 1,242 muertes maternas. De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública). El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos.

Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es importante señalar, sin embargo, que el predominio de ciertas causas depende del contexto. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia. En las zonas urbanas de los estados más desarrollados, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). Aquí el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones. En las áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias (causas obstétricas directas). El reto en este caso es mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio.

Un problema que es necesario atender de manera prioritaria es el de los embarazos en adolescentes. En las instituciones públicas de salud 21% de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad. El riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años.

de lo que se ha denominado *determinantes positivos de las condiciones de salud*, dentro de los que se incluyen el consumo de alimentos con alto valor nutrimental, la actividad física, el consumo responsable de bebidas alcohólicas, la reducción del consumo de tabaco, la reducción del consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas, la sexualidad responsable y protegida, y la vialidad segura.

Riesgos del entorno

Falta de acceso a agua potable

El acceso a agua potable es uno de los factores que más contribuyen a elevar los niveles de salud en una comunidad. Por esta razón este indicador se incorporó a los Objetivos de Desarrollo del

Milenio. La meta que se planteó –reducir a la mitad la proporción de la población sin acceso a agua potable– ya fue alcanzada por nuestro país. No obstante, cinco millones de mexicanos, la mayoría de los cuales residen en localidades pequeñas, todavía no cuentan con acceso regular a este líquido vital. Las entidades federativas con mayor acceso a fuentes apropiadas de agua son Aguascalientes, Colima y el Distrito Federal, con porcentajes mayores de 95%. En el otro extremo se ubican Baja California Sur, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con porcentajes menores de 90%.

Falta de acceso a disposición sanitaria de excretas

Junto con el agua y la promoción de la higiene, el acceso a servicios sanitarios es un factor clave

La salud de los pueblos indígenas

El riesgo que corren las niñas y niños indígenas de morir antes de cumplir un año es 1.7 veces mayor que el que corren las niñas y niños del resto del país. La población indígena adolescente y adulta también corre un mayor riesgo de enfermar y morir que la población general.

En México, las poblaciones indígenas han sido excluidas de los beneficios sociales. No es de extrañar, por lo mismo, que presenten problemas de acceso regular a servicios de salud y mayores riesgos de enfermar y morir que el resto de la población.

De acuerdo con el II Censo de Población, prácticamente toda la población indígena vive por debajo de la línea de pobreza. Una de cada tres viviendas en las zonas indígenas no cuenta con agua potable; la mitad no tiene drenaje; 10% no dispone de energía eléctrica; alrededor de 40% tiene piso de tierra, y en un alto porcentaje de ellas se cocina con combustibles sólidos. Uno de cada cuatro adultos indígenas es analfabeta. El acceso de los niños indígenas a educación primaria está por debajo de la media nacional y su índice de deserción es altísimo. Sólo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades.

Las niñas y niños indígenas por lo general nacen fuera de las unidades de salud, con ayuda de una partera. Son producto de embarazos que no cuentan con atención prenatal. Es muy frecuente que las madres tengan menos de 20 años de edad. Su riesgo de morir antes de cumplir 1 año de vida es 1.7 veces más alto que el del resto de las niñas y niños del país. Este riesgo aumenta a 2.5 veces en población preescolar. Aunque las coberturas de vacunación son adecuadas en estas poblaciones, los problemas carenciales y relacionados con las malas condiciones de vida siguen cobrando víctimas desde temprana edad. El riesgo de morir por diarrea, desnutrición o anemia, por ejemplo, es tres veces mayor que el de una niña o niño de la población general.

En las adolescentes indígenas el riesgo de morir por una causa materna es tres veces más alto que el que presentan las adolescentes del resto del país. Las principales causas de muerte de los jóvenes adolescentes indígenas son las lesiones intencionales y los homicidios.

Aunque existe un importante rezago en las condiciones de salud, la demanda de atención va más dirigida a la patología dominante en el país, los padecimientos no trasmisibles. Dos de cada tres defunciones se concentran en este tipo de causas, destacando la diabetes mellitus en el caso de las mujeres y la cirrosis hepática en el caso de los hombres, causa ésta última asociada al consumo excesivo de alcohol. El riesgo de morir por esta última causa en las áreas indígenas es 1.3 veces más alto que en el resto del país. Lo mismo sucede con la tuberculosis. El riesgo de morir por esta enfermedad es 1.8 veces más alto en las mujeres y 2.3 veces más alto en los hombres indígenas que en el resto de la población.

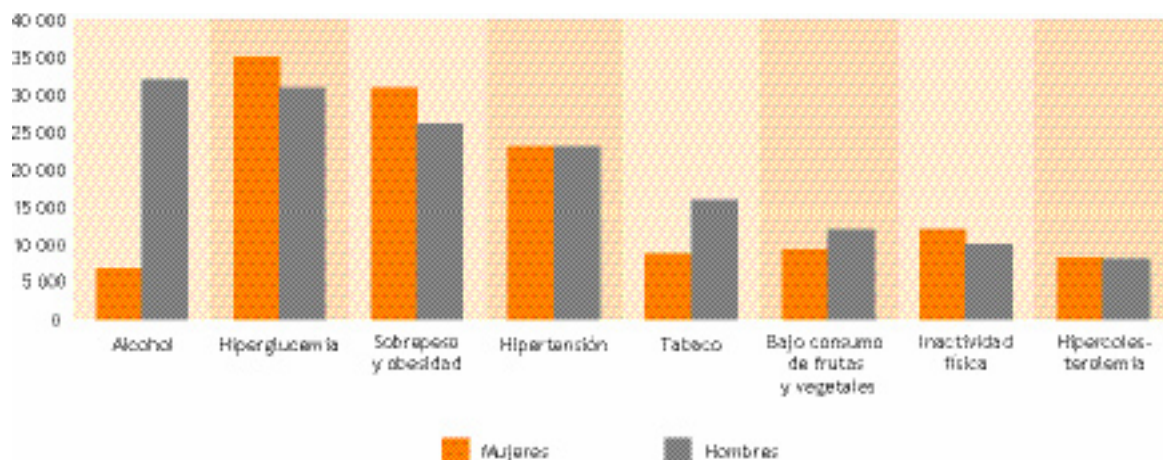
Principales causas de muerte en municipios indígenas, México 2005

Mujeres				Hombres			
Causa	No.	%		Causa	No.	%	
1 Diabetes	1,864	10.9		Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2,447	11.3	
2 Enfermedades isquémicas del corazón	1,319	7.7		Enfermedades isquémicas del corazón	1,697	7.8	
3 Enfermedad cerebro-vascular	1,036	6.0		Diabetes mellitus	1,471	6.8	
4 Cirrosis y otras enfermedades del hígado	735	4.3		Enfermedad cerebro-vascular	1,024	4.7	
5 Infecciones respiratorias agudas	698	4.1		Infecciones respiratorias agudas	755	3.5	
6 Desnutrición calórico-proteica	685	4.0		Homicidios	709	3.3	
7 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	633	3.7		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	597	2.7	
8 Enfermedades infecciosas intestinales	483	2.8		Desnutrición proteico-calórica	571	2.6	
9 Nefritis y nefrosis	450	2.6		Consumo excesivo de alcohol	569	2.6	
10 Cardiopatía hipertensiva	450	2.6		Enfermedades infecciosas intestinales	491	2.3	
Causas mal definidas	1,183	6.9		Causas mal definidas	1,156	5.3	
Resto	7,619	44.4		Resto	10,246	47.1	
Total	17,155			Total	21,733		

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Figura 12. Muertes atribuibles a diversos factores de riesgo por sexo, México 2005

La hiperglucemia y el sobrepeso en las mujeres, y el alcohol en los hombres son los principales responsables de las muertes en el país.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

en la prevención y control de las enfermedades diarreicas y otros padecimientos infecciosos. Se calcula que poco más de 1% de las muertes en México se asocian al acceso deficiente a infraestructura sanitaria y agua potable. Alrededor de 85% de la población mexicana cuenta con servicios sanitarios adecuados y en las localidades de más de 15,000 habitantes este porcentaje asciende a 97%. En las localidades más pequeñas, sin embargo, este porcentaje es mucho más bajo. Las entidades federativas con mayores problemas a este respecto son Guerrero, Oaxaca y Yucatán, que presentan porcentajes de viviendas con servicios sanitarios menores de 70%.

Contaminación atmosférica

La contaminación del aire en las zonas urbanas es resultado básicamente del uso de combustibles fósiles en el transporte y la generación de energía. Esta contaminación es producto de una compleja mezcla de químicos, algunos de los cuales los genera directamente la quema de combustibles fósiles. Otros son resultado de reacciones con componentes normales de la atmósfera.

Los diversos contaminantes se relacionan con múltiples efectos adversos para la salud. Las partículas suspendidas se asocian con cáncer pulmonar y enfermedades cardio-pulmonares; el

ozono sobre todo a afecciones agudas del tracto respiratorio. A nivel mundial la contaminación del aire es responsable de 5% de los casos de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, 2% de la mortalidad cardio-respiratoria y 1% de las muertes por infecciones respiratorias. Esta carga afecta sobre todo a los países en vías de desarrollo.

En nuestro país está normada la medición de ciertos contaminantes [monóxido de carbono (CO), dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃) y partículas con diámetro menor o igual a 10 micrómetros (PM₁₀), partículas suspendidas totales (PST) y plomo (Pb)] en cinco zonas urbanas (Guadalajara, Monterrey, Puebla, Toluca y Valle de México). Las concentraciones de PM₁₀ han disminuido de manera consistente en los últimos 10 años en Guadalajara y la zona metropolitana de la Ciudad de México. En Monterrey y Toluca, sin embargo, se han producido incrementos preocupantes (figura 13). Las concentraciones de ozono muestran una tendencia descendente, pero la norma todavía se rebasa en más de 200 días al año en la Ciudad de México y más de 50 días al año en Guadalajara.

Otro problema de contaminación atmosférica es el del aire de las viviendas en donde no se cocina con combustibles “limpios”, sino con leña, carbón y queroseno. Dependiendo del combustible utilizado, los desechos pueden incluir par-

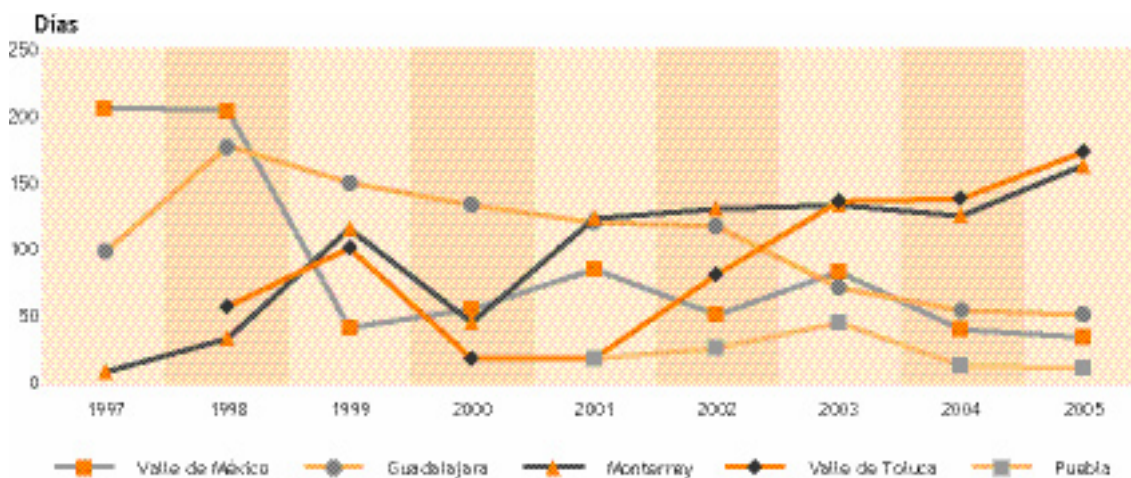
tículas respirables, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, compuestos azufrados y benceno, que incrementan la probabilidad de desarrollar infecciones respiratorias, EPOC, y cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Al parecer este tipo de contaminación favorece también el desarrollo de tuberculosis, cataratas y asma. Es importante destacar, además, que las mujeres están más expuestas a estos contaminantes porque son ellas las que cocinan y pasan más tiempo en el hogar. Se

calcula que en América Latina y el Caribe anualmente mueren 14,000 mujeres como resultado directo de la exposición a estos contaminantes.

En México 13% de los hogares cocinan con combustibles sólidos, con variaciones entre estados. En Oaxaca y Chiapas más de 40% de la población está expuesta a aire contaminado dentro de sus viviendas. En contraste, en las áreas de baja marginación prácticamente toda la población utiliza fuentes de energía limpia para cocinar (figura 14).

Figura 13. Días en que se superó la norma de partículas suspendidas (PM₁₀) en cinco ciudades, México 1997 - 2005

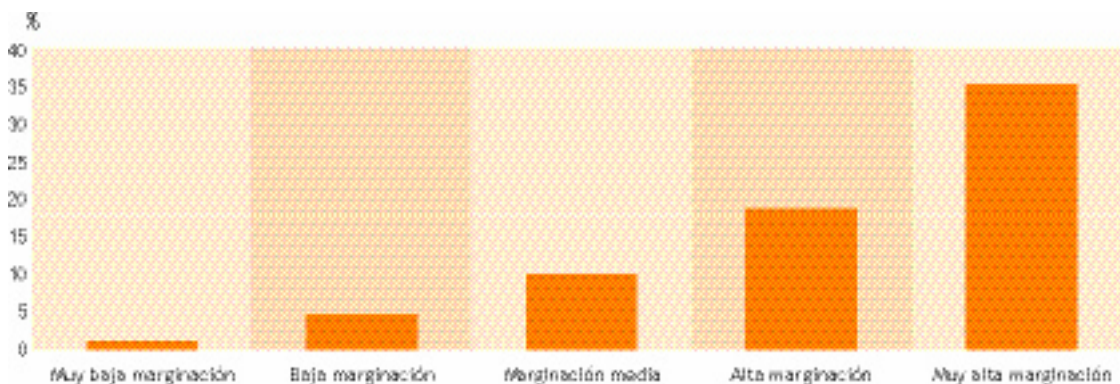
Las concentraciones de partículas suspendidas se están incrementando en Toluca y Monterrey desde el año 2000.



Fuente: Instituto Nacional de Ecología (referencia 5)

Figura 14. Porcentaje de viviendas que utilizan combustibles sólidos para cocinar por nivel de marginación, México 2005

Las familias más pobres siguen utilizando combustibles sólidos para cocinar que las exponen a desarrollar enfermedades pulmonares crónicas y cáncer.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

Determinantes personales

Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad son dos de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población mexicana y el sistema de salud. Su prevalencia en adultos se incrementó de 34.5% en 1988 a 69.3% en 2006. El sobrepeso y la obesidad se asocian con varias de las principales causas de muerte en el país, como la diabetes, las enfermedades cardio y cerebro-vasculares, y el cáncer de mama, entre otras. Se calcula que estos factores de riesgo son responsables de alrededor de 50 mil muertes directas al año.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006), 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%). Si se suman, estas prevalencias arrojan cifras de 71.9% de sobrepeso y obesidad en mujeres mayores de 20 años (24.9 millones de mujeres) y de 66.7% en hombres mayores de 20 años (16.2 millones de hombres) (figura 15).

A esto habría que agregar los problemas en otros grupos de edad. Las prevalencias de sobre-

peso y obesidad en niños de 5 a 11 años y en adolescentes en México ascienden a 26 (4.1 millones de escolares) y 31% (5.7 millones de adolescentes), respectivamente.

Estas cifras nos hablan de una epidemia que afecta a todos los grupos de edad y todas las clases sociales que requiere de acciones inmediatas, dentro de las que se incluyen la promoción de la actividad física y el control del consumo de alimentos de baja calidad nutricional.

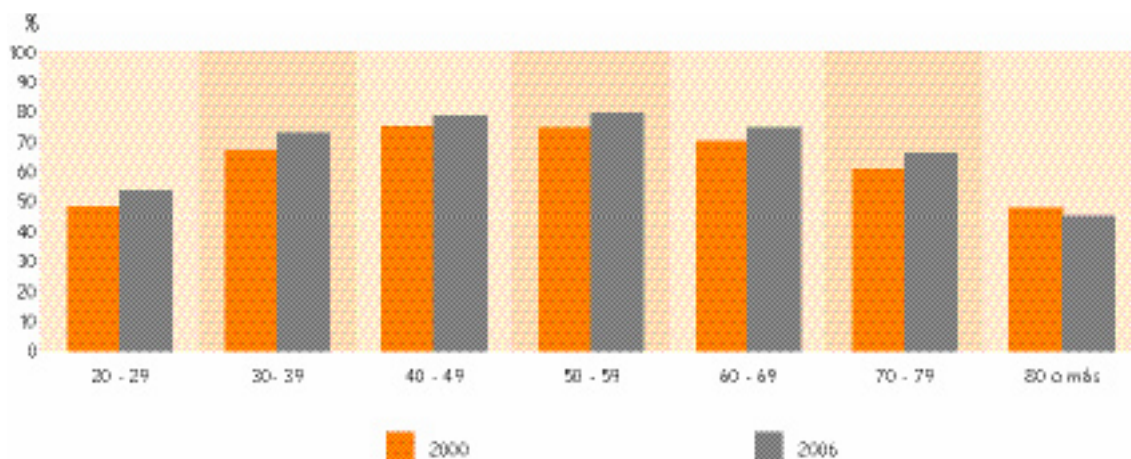
Dislipidemias

Las dietas ricas en grasas saturadas, la herencia y ciertos problemas metabólicos, como la diabetes mellitus, favorecen el incremento de la concentración del colesterol sérico, que se denomina hipercolesterolemia. Esta alteración favorece la acumulación de depósitos adiposos en el revestimiento de las arterias, que a su vez da lugar a padecimientos cerebro y cardio-vasculares. Se calcula que el colesterol elevado es responsable de 18% de las enfermedades cerebro-vasculares y 56% de las cardiopatías isquémicas a nivel mundial.

En México la prevalencia de dislipidemias es de 28.8% en mujeres y 26.5% en hombres. Las entidades federativas que presentan prevalencias mayores de 30% son Baja California, Baja Cali-

Figura 15. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupo de edad, México 2000 - 2005

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior a 70% en mujeres y 66% en hombres, y se está incrementando.



Fuente: Oláiz y col (referencia 13)

fornia Sur, Chihuahua, Jalisco, Sinaloa y Tamaulipas.

Hipertensión

La presión arterial elevada, que suele ser asintomática, está asociada a un alto consumo de sal, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol e inactividad física. Esta alteración puede llegar a producir, entre otras enfermedades, padecimientos cerebro-vasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal. Se calcula que en México produce alrededor de 40 mil muertes anuales.

La prevalencia de hipertensión en la población de 20 años y más en nuestro país es de 30.8%. Después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50% en los hombres y casi 60% en las mujeres. Este padecimiento tiene una distribución geográfica muy clara: las mayores prevalencias se presentan en los estados del norte del país. Baja California Sur, Coahuila, Durango, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Zacatecas presentan prevalencias de hipertensión arterial mayores de 35%.

Tabaquismo

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo para muerte prematura tanto en mujeres como en hombres. El consumo de esta sustan-

cia se asocia principalmente al cáncer pulmonar y EPOC, pero también incrementa el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebro-vasculares.

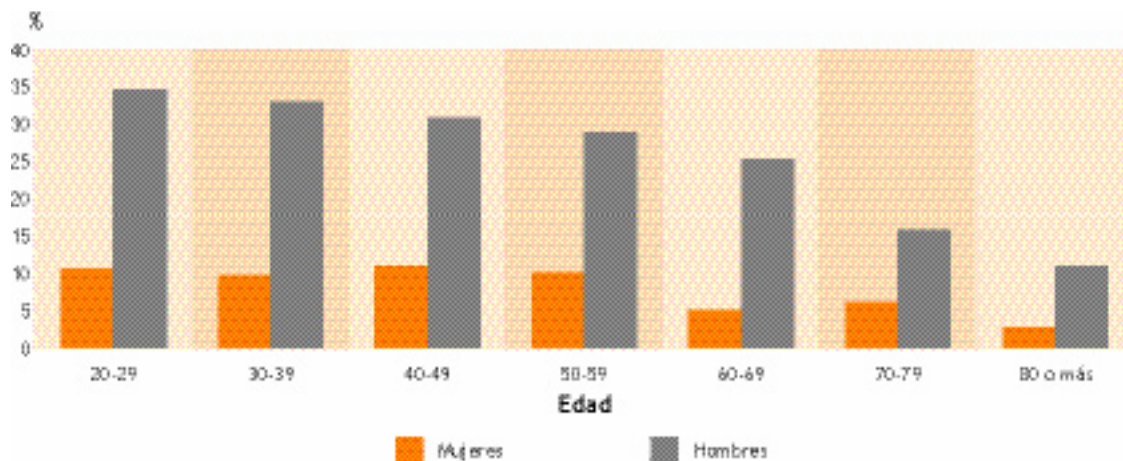
En nuestro país hay más de 16 millones de fumadores. Los hombres adultos consumen tres veces más tabaco que las mujeres, independientemente de la edad (figura 16). Sin embargo, entre 2000 y 2005 se incrementó de manera importante la proporción de mujeres fumadoras. En las mujeres de 20 a 29 años la prevalencia aumentó de 8.4 a 10.7%; en mujeres de 50 a 59 años, de 9.4 a 10.1%, y en las de 70 a 79 años, de 5 a 6.3%.

En la población adolescente la prevalencia de tabaquismo es de 7.6%. Sin embargo, estos porcentajes aumentan con la edad. En las mujeres de 13 a 15 años la prevalencia es de 2.4%, pero en el rango de 16 a 19 años asciende a 9.5%. En este grupo de edad la prevalencia más alta se da en los adolescentes varones que residen en zonas urbanas, en donde alcanza cifras de 23%, equivalentes a casi un millón de adolescentes.

La exposición pasiva al humo de tabaco causa graves daños a la salud. En los niños afecta principalmente el sistema respiratorio, provocando otitis, síntomas respiratorios crónicos y asma bronquial. Además, diversos estudios señalan que el tabaquismo puede llevar al consumo de otras drogas.

Figura 16. Prevalencia de tabaquismo en adultos por grupo de edad y sexo, México 2005 - 2006

La prevalencia de consumo de tabaco en hombres de 20 a 29 años de edad es de casi 35%.



Alcoholismo

El consumo de alcohol se asocia a un número considerable de enfermedades y traumatismos, dentro de los que destacan la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito. En México el alcohol es, con mucho, el principal factor de riesgo para muerte prematura en hombres; 11% de las defunciones de varones en el país están asociadas a su consumo.

Es importante señalar que cierto tipo de patrón de consumo es el que resulta particularmente riesgoso. En México una alta proporción de los bebedores consume alcohol con poca frecuencia pero en gran cantidad, patrón que se califica como de alto riesgo. Este patrón está diferenciado por sexo; se presenta en 44% de los hombres y sólo en 9% de las mujeres bebedoras.

El peso relativo del alcohol como factor de riesgo es mayor en la región sur-sureste del país. En Oaxaca, por ejemplo, 15% de las muertes en hombres se asocian a su consumo, contra sólo 8.3% en Nuevo León.

Consumo de drogas

El consumo de drogas daña de muy diversas maneras la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la violencia y la desintegración familiar.

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los fenómenos crecientes en la era de la globalización. México está viviendo este proceso y se ha convertido en un país que combina el tránsito de drogas con el uso de algunas sustancias, lo que ha replanteado el tradicional enfoque de lucha contra la oferta.

Nuestro país ya se ubica dentro del grupo de países de alto consumo de drogas ilegales. Se calcula que más de medio millón de mexicanos las consumen regularmente. De ellos, 280,000 son dependientes severos y entre los detenidos por diversos delitos, las consumen 9 de cada 10 personas.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, tres y medio millones de mexicanos de entre 12 y 65 años de edad han consumido drogas alguna vez en su vida; 77% de estos consumidores son hombres y el resto son mujeres. La prevalencia de

consumo de drogas es dos veces más alto en áreas urbanas que en zonas rurales. La droga de mayor consumo es la marihuana, que en promedio comienza a consumirse entre los 15 y 18 años, seguida de la cocaína y otras drogas médicas. Estas últimas son las únicas drogas que las mujeres consumen con mayor frecuencia que los hombres.

Existen evidencias recientes que nos hablan de una reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas, así como de un aumento en la disponibilidad de cierto tipo de drogas ilícitas entre la población estudiantil.

Los efectos de este consumo sobre la salud son enormes. Se calcula que más de 90% de los consumidores de drogas inyectadas de los grupos más vulnerables del país son positivos a hepatitis C, 84% a hepatitis B y 6% se encuentran infectados con VIH. Los adolescentes que consumen sustancias ilegales tienen cinco veces más probabilidad de presentar conductas suicidas. Además existe una importante relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos. En más de la mitad de los casos de delito, hay consumo de alcohol previo.

Prácticas sexuales inseguras

Las prácticas sexuales sin protección aumentan la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados o no deseados. Estas prácticas se definen como de alto riesgo cuando se asocian a un alto número de parejas sexuales, una alta frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso o el uso incorrecto de métodos de protección y/o anticonceptivos.

La prevalencia de prácticas sexuales sin protección varía considerablemente entre países, lo mismo que sus consecuencias. A nivel mundial se calcula que este tipo de comportamiento es responsable de 2.9 millones de muertes (5.2% del total) y 91.9 millones de AVISA perdidos (6.3% del total) anualmente. La inmensa mayoría de esta carga se debe a los casos de VIH/SIDA que se producen en África. A esto habría que sumar los embarazos no deseados y la carga de enfermedad que generan. Se calcula que estos embarazos producen 17% de la carga mundial de enfermedad materna y 89% de los abortos peligrosos.

VIH / SIDA

La lucha contra el VIH/SIDA debe sustentarse en el fortalecimiento de las políticas de prevención, incluyendo la promoción del uso del condón, el acceso universal a los medicamentos anti-retrovirales, y el combate al estigma y la discriminación asociados a este padecimiento.

Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron en 1981 en Estados Unidos, pocos meses después de que se publicara el primer reporte oficial sobre un brote de sarcoma de Kaposi y neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en California y Nueva York. En los 26 años transcurridos desde entonces, se han infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones de individuos. En el momento actual el VIH/SIDA produce 3.1 millones de muertes anuales. Los países más afectados son los africanos, pero las evidencias indican que una ola devastadora amenaza a China, India, Rusia y diversos países de Europa oriental.

A mediados de los años ochenta esta pandemia se identificó como un riesgo para el desarrollo de los países más afectados y un peligro para la seguridad del mundo. Por esta razón la lucha contra el SIDA se integró a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ha sido un tema recurrente en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas y en todas las cumbres relacionadas con el desarrollo y la seguridad global.

En México la incidencia de VIH/SIDA tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su pico en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004. La tasa de mortalidad en adultos de 25 a 44 años inició una fase de descenso a finales de los noventa, que continúa a la fecha. En las mujeres la mortalidad se incrementó ligeramente entre 1997 y 2004, pero en los hombres se redujo 14%. Los casos acumulados registrados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110,300 y se estima que más de 182,000 adultos son portadores del VIH. México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en el número absoluto de casos, después de Estados Unidos y Brasil, pero en términos de prevalencia se ubica en el lugar 23.

La epidemia de SIDA en México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 15%, en trabajadoras del sexo comercial es de 2% y en usuarios de drogas inyectables de 6%, contra sólo 0.3% en la población general adulta.

Es muy posible que la mortalidad por esta causa se contenga en el mediano plazo en nuestro país como resultado del desarrollo de nuevos anti-retrovirales y el incremento del acceso a ellos. En México, desde 2003, todos los pacientes con VIH/SIDA tienen acceso gratuito a estos medicamentos. Es importante, sin embargo, no bajar la guardia y fortalecer las acciones tendientes a abatir la transmisión del virus. La principal vía de transmisión en México es la sexual. Por esta razón es fundamental seguir promoviendo las prácticas preventivas, incluyendo el uso del condón, y combatir el estigma y la discriminación asociados a esta infección y este padecimiento. El objetivo final de estas estrategias es disminuir la transmisión del VIH en los grupos más vulnerables y evitar que se extienda a la población general.

De acuerdo con la ENSANut 2006, 72.5% de los adolescentes mexicanos declaran haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual contra sólo 41.4% de las mujeres adolescentes.

Violencia familiar

La violencia intrafamiliar incluye actos de violencia de pareja, actos de violencia en contra de los niños y actos de violencia contra adultos mayores. De estos tres tipos de violencia, la mejor documentada es la violencia de pareja.

En México la prevalencia general de violencia de pareja se ubica entre 20 y 46%, dependiendo de

la fuente y de las formas de violencia que incluya la definición. Las formas más frecuentes de violencia son la psico-emocional, física y sexual. La prevalencia varía dependiendo del nivel educativo de la víctima (figura 17) o de su condición laboral, entre otros factores. La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVM 2003) indica que este tipo de violencia es más frecuente mientras menor es el nivel educativo de la víctima (figura 17). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH 2003) señala que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los hogares en donde la mujer trabaja que en los hogares en donde la mujer se dedica a quehaceres domésticos.

Seguridad vial

Las medidas dirigidas a prevenir los accidentes de vehículo de motor, como promover el uso del cinturón de seguridad, mejorar la seguridad de los vehículos, controlar el consumo de alcohol en conductores, y mejorar la señalización de calles y caminos, se incluyen dentro de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas.

Cada año miles de mexicanos sufren graves daños a la salud y pierden la vida o sufren daños a causa de la inseguridad en las vialidades urbanas y en las carreteras. Según la ENSANut 2006, cinco de cada 100 adultos de 20 años y más sufrió algún daño a su salud a causa de un accidente en los 12 meses previos a la encuesta. De éstos, aproximadamente la cuarta parte se debió a colisión de vehículos, atropellamientos y otros accidentes de transporte.

De acuerdo con los registros hospitalarios de México, una de cada siete personas que ingresa a un hospital lo hace por una lesión accidental o intencional, 15 a 20% de las cuales se deben a un accidente de vehículo de motor.

En los últimos 25 años, las muertes por accidentes de vehículo de motor figuraron dentro de las principales causas de defunción general. En los jóvenes éstos accidentes representan la primera causa de muerte y pérdida de años de vida saludable (AVISA). En los hombres son la primera causa de AVISA perdidos. En general dos terceras partes de las pérdidas se deben a muertes prematuras y otro tercio a las secuelas discapacitantes.

Existen intervenciones de bajo costo y alta efectividad que pueden disminuir de manera importante las muertes por accidentes y los AVISA perdidos, e incrementar la seguridad de las calles y caminos, vehículos y usuarios de la vía pública.

La seguridad de las calles y caminos puede mejorarse con: i) una planeación adecuada de zonas urbanas y carreteras; ii) un diseño de calles y carreteras que tome en consideración tanto a los conductores de los vehículos como a los peatones; iii) un sistema de transporte público de calidad, suficiente y eficiente que desincentive el uso del automóvil, y iv) la aplicación de medidas para abatir los riesgos en sitios de alta frecuencia de choques y/o atropellamientos.

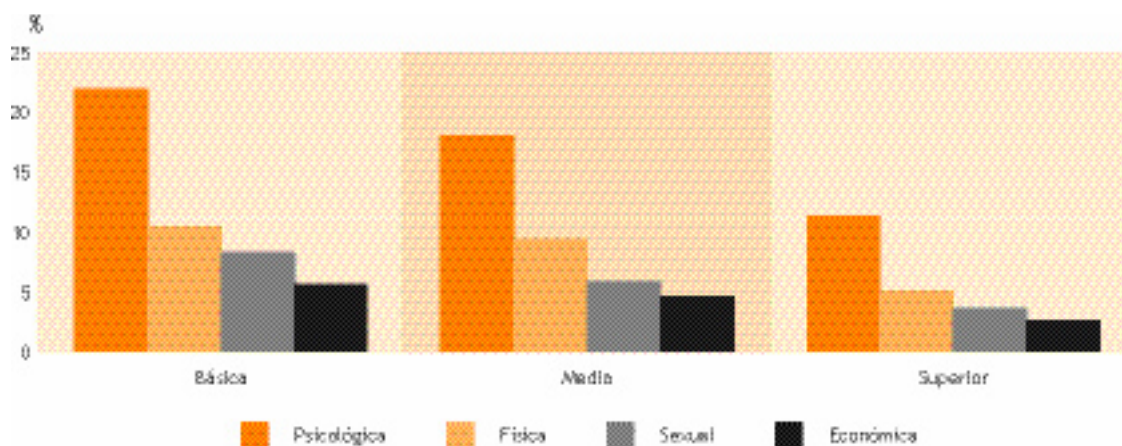
La seguridad de los vehículos puede incrementarse: i) mejorando los sistemas de visibilidad (encendido automático de luces); ii) diseñando vehículos que adopten todas las medidas de seguridad recomendadas, y iii) incorporando a las verificaciones periódicas la revisión mecánica de los vehículos.

Finalmente, la seguridad de los usuarios exige: i) contar con mecanismos efectivos de aplicación de la legislación vigente (uso de cinturón de seguridad, respeto a los límites de velocidad, verificación de consumo de alcohol), y ii) fortalecer la educación en seguridad vial.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, por su parte, deberán mejorar la prestación de servicios pre-hospitalarios y hospitalarios de atención de urgencia, y desplegar actividades de promoción de la seguridad vial y de prevención de accidentes.

Figura 17. Porcentaje de mujeres que han sido víctimas de actos de violencia de pareja por tipo de violencia y nivel de escolaridad, México 2003

La violencia de pareja, en todos sus formas, la sufren con mayor frecuencia las mujeres con bajos niveles de escolaridad.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 24)

La violencia contra la mujer en el hogar se asocia, además, a la violencia contra los hijos. Alrededor de 40% de las mujeres que son víctimas de violencia física en el hogar declaran violencia de su pareja también contra sus hijos. El maltrato infantil incluye la violencia física y emocional, el

abuso sexual y la explotación laboral. Es importante señalar que la violencia contra los hijos no es patrimonio exclusivo del padre. De hecho, en diversos registros, las mujeres aparecen como las principales generadoras de maltrato infantil, con proporciones mucho más altas que las de los hombres.

Recursos para la salud: financieros, materiales y humanos

En México predominan como causas de daños a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más complejos y de tratamiento más costoso que las infecciones comunes, las enfermedades relacionadas con la desnutrición y los problemas reproductivos, que dominaron el perfil epidemiológico del país el siglo pasado. Para poder enfrentar de manera exitosa los retos que nos impone este nuevo perfil de daños es necesario movilizar mayores recursos financieros para la salud, de preferencia recursos públicos. Además, es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, y capacitar a nuestros recursos humanos para atender las demandas relacionadas con los padecimientos crónico-degenerativos y las lesiones, que afectan sobre todo a la población adulta.

Recursos financieros

México invierte 6.5% de su producto interno bruto (PIB) en salud. Aunque se ha incrementado en los últimos años, este porcentaje es todavía insuficiente para atender las demandas relacionadas con la transición epidemiológica y está por debajo del porcentaje del PIB que otros países de ingresos medios de América Latina le dedican a la salud. Este gasto es predominantemente privado y, en su gran mayoría, gasto de bolsillo. Para poder atender los nuevos retos que enfrenta el país en materia de salud, será necesario seguir ampliando el gasto en salud, en particular el gasto público, y fortalecer la protección social en esta materia.

Gasto total en salud

El gasto en salud en México se ha incrementado de manera importante en los últimos años. De 5.6% del PIB en 2000 aumentó a 6.5% en 2005. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud, que se incrementó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo.*

A pesar de estos incrementos, el porcentaje de su riqueza que México invierte en salud está por

debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo del porcentaje del PIB que le dedican a la salud otros países de ingresos medios de América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%), Colombia (7.6%) y Uruguay (9.8%) (figura 18).

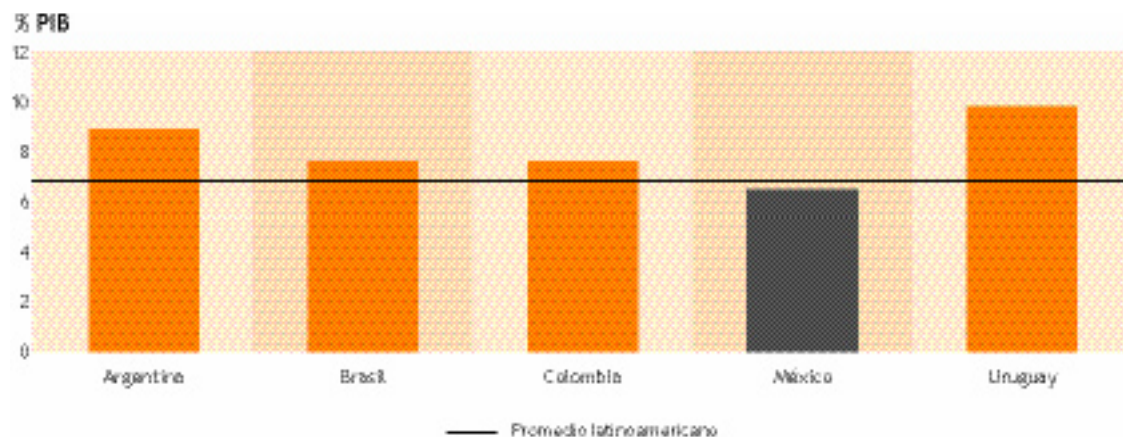
De concretarse la movilización de recursos públicos que está planeada para extender la cobertura del Seguro Popular de Salud (SPS) a toda la población que no cuenta con seguridad social, y de mantenerse el ritmo de crecimiento observado en los últimos años en el gasto en seguridad social y el gasto privado en salud, el gasto en salud como porcentaje del PIB en nuestro país posiblemente se incrementará a 7.0% en 2010.

Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR)] y las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (IMSS-O)]. Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales (véase

* Pesos constantes de 2004

Figura 18. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados de América Latina

El porcentaje de su riqueza que México invierte en salud es inferior al de otros países de ingresos medios de la región latinoamericana.



Fuente: OMS (referencias 17-19)

descripción del Sistema Mexicano de Salud en la caja anexa).

Gasto público en salud

El gasto público en salud, como ya se mencionó, representa 46% del gasto total en salud, porcentaje mucho menor que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 72%. De hecho, México es el país miembro de esta organización con el gasto público en salud como porcentaje del PIB más bajo. Aunque lenta e insuficientemente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1990 el gasto público concentraba 40.4% del gasto total en salud y en 2002 concentró 44%.

El gasto público en salud incluye los recursos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), los recursos de la Secretaría de Salud y los recursos del programa IMSS-O. El IMSS, que atiende a los trabajadores del sector privado formal de la economía, se financia con contribuciones de los trabajadores, empleadores y gobierno federal. Las instituciones de seguridad social para los trabajadores del gobierno (ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), que atienden a los trabajadores del sector público de la economía, se financian con contribuciones de los trabajadores y del gobierno. Los recursos de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud (SESA), que atienden a los trabajadores

de la economía informal, auto-empleados, desempleados y población que está fuera del mercado de trabajo, proceden, en su gran mayoría, del gobierno federal, los gobiernos estatales y las llamadas cuotas de recuperación. Finalmente, el IMSS-O se financia con recursos federales, aunque su operación es responsabilidad del IMSS.

En 2004 entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a un nuevo componente del sector público de la salud, el SPS. Este seguro, que cubrirá a toda la población sin seguridad social (alrededor de 50 millones de mexicanos) en 2010, se financia con recursos federales que se le asignan a la Secretaría de Salud, recursos estatales y contribuciones familiares.

En 2005 el gasto público en salud total ascendió a 243,812 millones de pesos. De este total 122,331 millones (50%) le correspondieron al IMSS, 92,535 millones (35%) a la Secretaría de Salud, 21,233 millones (8.7%) al ISSSTE y 7,714 millones (3.1%) a los servicios de salud de PEMEX.

Como puede observarse en la figura 19, la brecha entre el gasto en salud en términos reales del IMSS y el gasto de la Secretaría de Salud se ha venido cerrando, gracias sobre todo a los recursos asignados al SPS.* Entre 2000 y 2006 el gasto de la Secretaría de Salud se incrementó 72.5% en térmi-

* Estas cifras se deflactaron usando el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) de 2004.

Sistema Nacional de Salud

El sistema nacional de salud está constituido por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otros), que prestan servicios a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias); la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-Oportunidades, que prestan servicios a la población que no tiene seguridad social, y el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago. Los servicios que prestan las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes se financian con recursos gubernamentales, recursos del empleador (que en el caso del ISSSTE también son recursos del gobierno) y contribuciones de los empleados. La Secretaría de Salud y los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña proporción correspondiente a las cuotas de recuperación que pagan los individuos al momento de recibir la atención. El sector privado se financia con pagos directos que hacen los individuos al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados. Las instituciones de seguridad social prestan sus servicios con personal e instalaciones propias. La Secretaría de Salud y los SESA también atienden a su población de responsabilidad en sus propias clínicas y hospitales, y con su personal. Finalmente, en el sector privado, los prestadores privados atienden, en clínicas y hospitales privados, a la población que paga directamente por sus servicios o que paga través de sus compañías aseguradoras. El Seguro Popular de Salud está financiado con recursos del gobierno federal, recursos de los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud a la Secretaría de Salud y los SESA para sus afiliados.

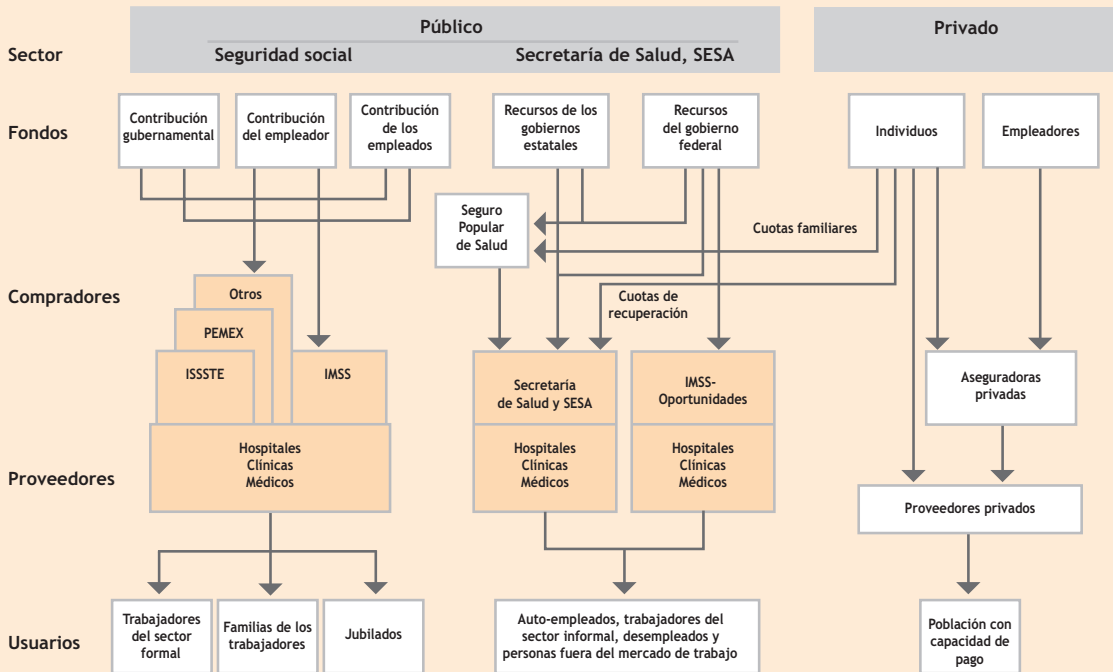
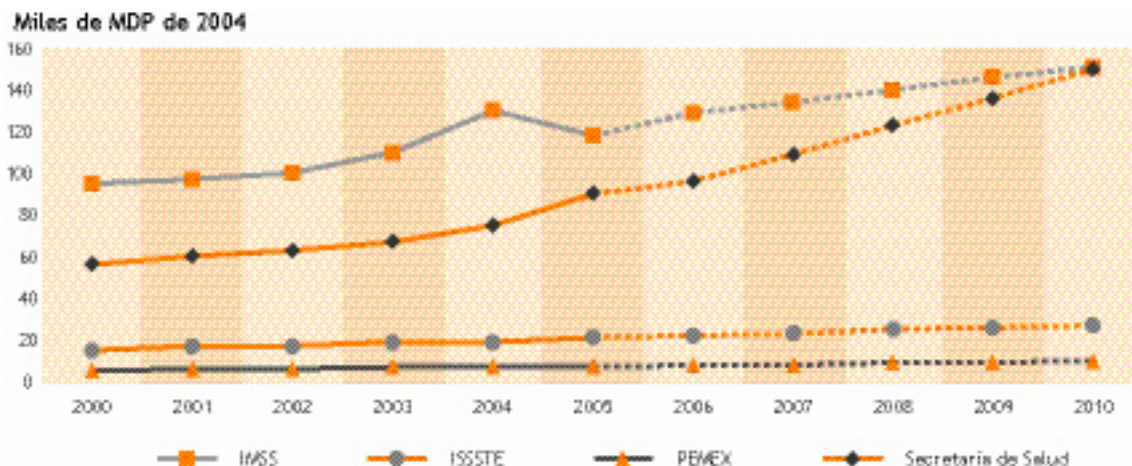


Figura 19. Gasto en salud de la Secretaría de Salud y las instituciones de seguridad social, México 2000-2010

De mantenerse las tendencias del gasto público, el gasto de la Secretaría de Salud igualará al gasto del IMSS en 2010.



Fuente: Bravo y col (referencia 1)

nos reales. Por su parte, el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX creció 35, 45 y 50%, respectivamente. De mantenerse estas tendencias, es posible que el gasto de la Secretaría de Salud iguale el gasto del IMSS en 2010.

En 2000 el gasto público federal per cápita en salud en población asegurada era 2.5 veces mayor (2,542 pesos por persona) que el gasto per cápita federal en población sin seguridad social (1,013 pesos por persona). En 2005 la diferencia se redujo a dos veces: 3,033 contra 1,539 pesos. De continuar con la misma tendencia, en 2010 el gasto público per cápita en población asegurada será sólo 1.5 veces mayor que el gasto público per cápita en población sin seguridad social.

La distribución de recursos federales para población sin seguridad social entre entidades federativas también ha mejorado, aunque todavía hay un largo trecho que recorrer a este respecto. En 2000 el estado que recibía el menor monto per cápita de recursos federales era Puebla, que recibía 291 pesos por persona. En contraste, Baja California Sur recibía 1,597 pesos, cinco veces más que Puebla. En 2004 Colima, que fue la entidad con más recursos federales per cápita, recibió cuatro veces más recursos per cápita que Guanajuato, la entidad con menos recursos federales per cápita.

Finalmente, la distribución del gasto federal por rubros también se ha modificado para bien en

los últimos años. En 2003, 73% del gasto de la Secretaría de Salud se ejerció en servicios personales, 23% en gastos de operación y sólo 2% en inversión. En 2006 el gasto de inversión se incrementó a 9%, el gasto en servicios personales disminuyó a 63% y el gasto de operación se incrementó ligeramente, a 28%.

Gasto privado en salud

El gasto privado en salud comprende todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros: el gasto de bolsillo que se hace al recibir la atención, pagar por un servicio o adquirir un bien para la salud, y el pago de primas de seguros médicos privados. El gasto privado en salud representa actualmente 54% del total del gasto en salud en el país. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto privado concentra 43.5, 57.2, 23.7 y 65.2% del gasto total en salud, respectivamente.

En México el gasto de bolsillo concentra 95% del gasto privado total y sólo 5% corresponde al pago de primas de seguros privados. En Argentina el gasto de bolsillo concentra 64% del gasto privado. Los porcentajes correspondientes a Brasil, Colombia y Uruguay son 67.1, 72.4 y 26.6%, respectivamente. Esto significa que México presenta las cifras más altas de gasto de bolsillo como por-

centaje del gasto privado en salud de los países de ingresos medios de la región (figura 20). Este tipo de gasto expone a las familias a pagos excesivos que son difíciles de anticipar por la incertidumbre implícita en los procesos de salud-enfermedad, y frecuentemente da lugar a gastos catastróficos o gastos empobrecedores. Los gastos catastróficos por motivos de salud se definen como aquellos gastos en salud superiores al 30% de la capacidad de pago de una familia, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación. Los gastos empobrecedores se definen como aquellos gastos que, independientemente de su monto, empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza o que empobrecen todavía más a los hogares que ya viven por debajo de la línea de pobreza. Se calcula que cada año alrededor de tres millones de hogares incurren en gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud, aunque hay evidencias que sustentan que esta cifra ha disminuido en los últimos cinco años. Las disminuciones más importantes se están registrando en las poblaciones más marginadas del país, como son los hogares de menor capacidad económica, los hogares rurales y los hogares que no cuentan con seguridad social.

Por último, es importante señalar que el gasto privado se ha estado incrementando de manera consistente desde los años noventa. Sin embargo,

en los últimos años su tasa de crecimiento ha sido menor a la tasa de crecimiento del gasto público. De concretarse las asignaciones programadas al SPS para los próximos años, y de mantenerse las tasas de crecimiento del gasto de las instituciones de seguridad social y del gasto privado en salud, es posible que en 2010 el financiamiento de la atención a la salud en México empiece a ser predominantemente público, como lo recomienda la OCDE.

Recursos materiales

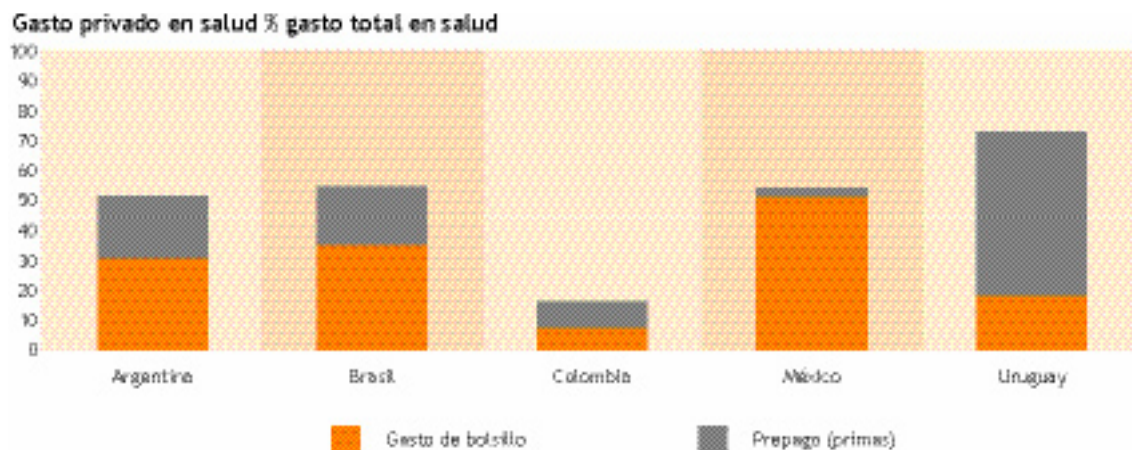
El sector salud mexicano todavía cuenta con recursos materiales (unidades de atención, camas, quirófanos y equipo) insuficientes, que además presentan problemas de distribución entre entidades federativas, instituciones y poblaciones. El abasto de medicamentos ha mejorado considerablemente en todo el sector, sobre todo en las unidades de atención ambulatoria, pero la disponibilidad de estos insumos en hospitales sigue siendo un reto cuya atención no puede postergarse.

Unidades de salud

México cuenta con 23,269 unidades de salud, sin contar a los consultorios del sector privado. De

Figura 20. Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud y su distribución en varios países de América Latina

El gasto de bolsillo en México como porcentaje del gasto privado en salud es uno de los más altos de América Latina.



Fuente: OMS (referencias 17-19)

este total, 86.8% pertenecen al sector público y 17.2% al sector privado. De ese gran total, 4,103 son hospitales y el resto, unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1,121 son hospitales públicos y 3,082 son unidades privadas con servicios de hospitalización.

Hospitales

México cuenta con 1,121 hospitales públicos. De este total, 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad social (cuadro V). El mayor volumen de hospitales se ubica en la categoría de hospitales generales.

La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. La disponibilidad de hospitales en Baja California Sur y Campeche, por ejemplo, es seis y cinco veces más alta, respectivamente, que la del Estado de México (figura 21).

Los registros regulares sólo permiten agrupar a los hospitales públicos en dos grandes categorías: menos de 30 camas y 30 camas y más. En la seguridad social, la mayoría de los hospitales (64%) se ubica en la categoría de 30 camas y más. En las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, los hospitales de 30 camas y más representan 54% del total.

Por lo que se refiere a los hospitales privados, su número asciende a 3,082, con diferencias importantes en el número de camas. La mayoría de estas unidades (69%) tienen menos de 10 camas y sólo 6.2% cuentan con más de 25 camas.

Unidades de atención ambulatoria

El sector público cuenta con 19,156 unidades de consulta externa, incluyendo unidades y brigadas móviles. La mayoría (12,030) pertenecen a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Le siguen en orden de importancia IMSS-O, con 3,540 unidades, y el IMSS, con 1,507. Estos números absolutos arrojan una tasa de unidades de consulta externa por 100,000 habitantes de 20.7 para los SESA, 33.3 para IMSS-O y 3.4 para el IMSS.

Camas

La capacidad de producción de servicios de los hospitales también puede medirse a través del número de camas disponibles, que son de dos tipos: las llamadas camas censables, que son la fuente de los registros de egresos hospitalarios, y las camas de las áreas de urgencias y otros servicios, que no generan formalmente egresos hospitalarios por ser de observación o de corta estancia.

El sector público de la salud cuenta con 78,643 camas, de las cuales 53.7% corresponden a hospitales de la seguridad social y el resto a hospitales de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Por institución, la Secretaría de Salud concentra el mayor volumen de estos recursos, con 42.4%, seguida por el IMSS e ISSSTE, con 37.3 y 8.6% de las camas, respectivamente.

Por lo que se refiere al número de camas por 1,000 habitantes, el sector público mexicano cuenta con una cifra de 0.74 camas, inferior al valor estándar sugerido por la OMS, que es de 1 cama por 1,000 habitantes. La cifra correspondiente a las instituciones de seguridad social es de 0.87 ca-

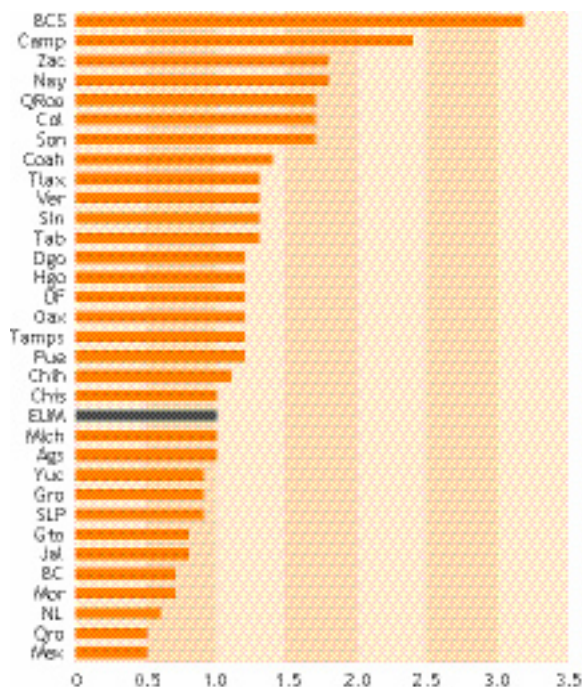
Cuadro V. Unidades de atención, camas y quirófanos en instituciones públicas, México 2005

	Nacional	Población sin seguridad social			Población con seguridad social		
		SS	IMSS-O	Otros	IMSS	ISSSTE	Otros
Camas	78,643	33,388	2,181	782	29,351	6,825	6,116
Quirófanos	2,893	1,259	69	39	992	284	250
Hospitales	1,121	533	69	26	264	106	123
Unidades de consulta externa	19,156	12,030	3,540	53	1,507	1,127	899

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Figura 21. Hospitales públicos por entidad federativa por 100,000 habitantes, México 2005

La disponibilidad de hospitales en BCS es seis veces más alta que la del Estado de México.



No se incluyen los hospitales psiquiátricos.
Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

mas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Hay importantes diferencias en los valores de este último indicador entre entidades federativas. En los hospitales de los SESA de Colima, la disponibilidad de camas por 1,000 habitantes es 8.5 y 4.5 veces más alta que la de Puebla y Chiapas, respectivamente. En el IMSS también se observan diferencias de esta naturaleza. El IMSS en Morelos dispone de tres veces más camas (0.9 por 1,000 derechohabientes) que el IMSS en Guanajuato (0.3 camas por 1,000 derechohabientes).

Quirófanos

El sector público cuenta con 2,893 quirófanos en todo el país; 1,526 pertenecen a las instituciones de seguridad social y el resto a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. El número de quirófanos por 1,000 habitantes

para el país en su conjunto es de 2.7, de 2.3 para la población sin seguridad social y de 3.2 para la población con seguridad social.

En estos quirófanos en 2005 se generaron 3.1 millones de cirugías; 58.2% se efectuaron en los hospitales de la seguridad social y el resto en los hospitales de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. El promedio diario de cirugías por quirófano es de 2.9, con importantes diferencias entre instituciones y estados. En los hospitales de la seguridad social este promedio es de 3.3, destacando el IMSS, donde se realizan casi cuatro cirugías diarias por quirófano. En cambio, el valor de este indicador en las unidades hospitalarias que atienden a la población sin seguridad social es de 2.5. Es importante señalar que las instituciones de seguridad social cuentan con un menor número de quirófanos que las obliga a hacer un uso más eficiente de estos recursos.

También hay diferencias geográficas. En los hospitales de la seguridad social de Nuevo León se realizan 2.4 veces más cirugías por quirófano que en los hospitales de la misma institución de Chiapas y Baja California Sur. En los hospitales que atienden a la población sin seguridad social de Guanajuato y Querétaro se realizan 4.6 cirugías diarias por quirófano, contra 1.8 en los hospitales correspondientes de Jalisco y Sonora.

Equipo 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 de personal especializado para su operación y mantenimiento. Los equipos de alta especialidad que se seleccionaron para este documento fueron los tomógrafos, los aceleradores lineales, los equipos de mamografía y los litotriptores.

Los tomógrafos son equipos de diagnóstico médico que permiten observar el interior del cuerpo humano a través de cortes transversales usando rayos X. En México, en el sector público, se cuenta con 175 unidades de este tipo: 69 en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, 46 en el IMSS, 25 en el ISSSTE y 22 en PEMEX, SEDENA y SEMAR. Los 13 res-

tantes pertenecen a otras instituciones públicas. Las unidades privadas con servicio de hospitalización cuentan con 185 unidades. Estas cifras arrojan una tasa por millón de habitantes de 1.2 para la Secretaría de Salud y otras instituciones que atienden a la población sin seguridad social y de 2.2 para las instituciones de seguridad social.

Los aceleradores lineales se utilizan para el tratamiento de diversos tipos de cáncer, como el de cabeza y cuello, testículos, próstata, mama y pulmón en estadios iniciales, entre otros. Los SESA y la Secretaría de Salud federal contaban en 2005 con 17 aceleradores lineales distribuidos en siete entidades federativas (10 en el Distrito Federal, dos en Jalisco, y uno en los estados de Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz, respectivamente). Esta cifra arroja una tasa de 0.12 aceleradores por millón de habitantes sin seguridad social. El IMSS contaba ese mismo año con 13 aceleradores (cuatro en el Distrito Federal, cuatro en Nuevo León, dos en Jalisco, y uno en Durango, Guanajuato y Puebla, respectivamente), para una tasa por millón de habitantes de 0.3.

La literatura médica indica que los mastógrafos han contribuido a reducir la mortalidad por cáncer de mama entre 15 y 20 % en mujeres de 40 a 49 años de edad, y entre 16 y 35 % en mujeres de 50 a 69 años. El sector público de México cuenta con 346 mastógrafos, de los cuales 63% pertenecen a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) y el resto a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Las unidades privadas con servicio de hospitalización cuentan con 273 unidades. Estos números absolutos arrojan una tasa de mastógrafos en el sector público por millón de mujeres de 25 años y más de 12.6, con diferencias importantes entre instituciones. La disponibilidad de mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más en el IMSS es de 18.7, contra 6.0 en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Finalmente tenemos a los litotriptores, que se utilizan para el tratamiento de los cálculos renales y vesiculares. Las instituciones que atienden a la población sin seguridad social cuentan con sólo 17 equipos de este tipo, lo que equivale a 0.3 litotriptores por millón de habitantes. Estos equipos

están distribuidos de la siguiente manera: siete en el Distrito Federal, tres en Jalisco, dos en Sinaloa, y uno en Aguascalientes, Chihuahua, Estado de México, Sonora y Tabasco, respectivamente. El IMSS, por su parte, cuenta con 76 litotriptores, lo que equivale a 1.69 equipos por millón de asegurados. Los litotriptores del IMSS están mejor distribuidos, ya que están disponibles en 20 estados de la república.

Medicamentos

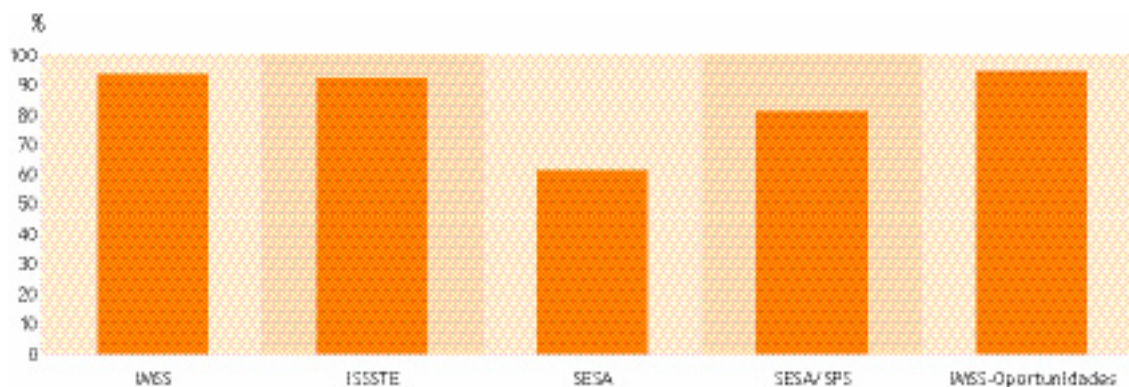
Uno de los insumos fundamentales del proceso de atención a la salud son los medicamentos. En años recientes, la disponibilidad de estos productos en las unidades públicas de atención a la salud ha sido motivo de una enorme preocupación por parte tanto de los usuarios como de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Las mediciones externas de la disponibilidad de estos insumos indican que ésta ha mejorado en el ámbito ambulatorio, pero no así en los hospitales. Como en el caso del resto de los recursos, existen importantes diferencias en este rubro entre instituciones y entidades federativas.

En 2005 los porcentajes de recetas surtidas completamente en unidades ambulatorias variaron entre instituciones. El IMSS-O presentó porcentajes de 94.3% contra sólo 61.2% en las unidades de los SESA que no atienden a la población afiliada al SPS (figura 22). Los datos iniciales de 2006 nos hablan de una importante mejoría en los SESA, que alcanzaron porcentajes de recetas completamente surtidas en unidades ambulatorias de 89% en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS y de 79% en las unidades que no ofrecen servicios a estos afiliados.

Hay también diferencias entre estados. El porcentaje de recetas completamente surtidas a los afiliados al SPS en las unidades de atención ambulatoria fue superior al 90% en nueve estados e inferior a 69% en cinco entidades federativas. Llamen la atención Baja California, Campeche, Chihuahua, Tabasco, Tamaulipas y Tlaxcala, que en las mediciones de 2005 y 2006 mostraron porcentajes de recetas completamente surtidas superiores al 90% en todas sus unidades.

Figura 22. Porcentaje de recetas surtidas completamente en unidades de atención ambulatoria por institución, México 2005

El IMSS-O es la institución que mejores porcentajes de surtimiento completo de recetas presenta en atención ambulatoria.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 32)

Los porcentajes en hospitales no son tan altos. En la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado que se llevó a cabo en 2005 se verificó la existencia de 30 medicamentos que siempre deberían estar disponibles en hospitales. En 70.4% de los hospitales de los SESA se contaba con la totalidad de estos medicamentos. Por lo que se refiere al surtimiento completo de recetas, sólo 44.4% de los afiliados al SPS egresaron con sus recetas totalmente surtidas.

Recursos humanos

Los sistemas de salud requieren de recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población a la que se atiende. Sin embargo, dos problemas relacionados con estos recursos acechan a los sistemas de salud de muchos países del mundo: la escasez de trabajadores de la salud bien preparados y su inadecuada distribución geográfica. México no es la excepción. El país enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras, y, sobre todo, un grave problema de distribución de estos recursos.

Médicos

En 2005 México disponía en las instituciones públicas de 648,283 trabajadores de la salud: prestadores de servicios clínicos, empleados administrativos y otro tipo de personal. De ese total, 22.2% correspondía a médicos en contacto con pacientes, 30.5% a enfermeras y 4.5% a personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Entre 2000 y 2005 el número de médicos se incrementó 19% y el número de enfermeras sólo 3.9%.

La información sobre recursos humanos en el sector privado es muy limitada. Se calcula que en él laboran poco más de 55 mil médicos, alrededor de 37 mil enfermeras y cerca de 4 mil trabajadores involucrados en la prestación de servicios auxiliares (cuadro VI).

Estas cifras, al distribuirse en la población del país, arrojan una tasa de 1.85 médicos por 1,000 habitantes, cifra inferior al promedio de la OCDE, que es de 2.9, y a las de Argentina (3.0) y Uruguay (3.6), pero superior a las de Brasil (1.15) y Colombia (1.35).

Existen importantes diferencias entre estados. El Distrito Federal cuenta con tres médicos por

Cuadro VI. Médicos y enfermeras por sector, México 2005

Personal	Sector Público		Sector Privado	Total
	Seguridad Social	Otros		
Médicos contratados	74,968	67,485	55,173	197,626
Enfermeras contratadas	109,234	87,441	37,697	234,372

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

1,000 habitantes; Oaxaca, Guanajuato y Chihuahua cuentan con uno, y Puebla, Chiapas y el Estado de México con menos de uno. Cabe además destacar que en seis entidades (Distrito Federal, Jalisco, México, Nuevo León, Puebla y Veracruz) se concentran cerca del 50% de los médicos del país.

También hay diferencias importantes en la disponibilidad de médicos entre instituciones públicas. PEMEX cuenta con más de tres médicos por 1,000 derechohabientes, contra menos de dos en la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, y menos de uno en el IMSS-O.

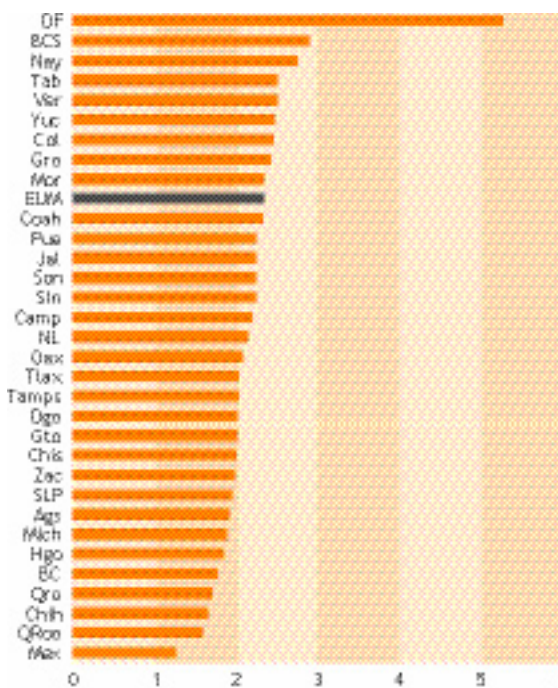
Enfermeras

La situación de las enfermeras es similar. A nivel nacional se cuenta con 2.2 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra muy inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8. Hay importantes variaciones entre estados. El Distrito Federal cuenta con casi cinco enfermeras por 1,000 habitantes, contra menos de una en el Estado de México (figura 23). Es importante además señalar que en cuatro entidades federativas (Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco y México) se concentran 51% del total de enfermeras.

La relación de enfermeras por médico es de 1.2. En países como Canadá, Luxemburgo y Japón esta relación es de 4 a 1. Aquí también se observan diferencias importantes entre estados. Chihuahua, por ejemplo, presenta una relación de 4 a 1, y en el resto de las entidades federativas esta relación varía entre 1.7 y 1.1.

Figura 23. Enfermeras del sector público por 1,000 habitantes por entidad federativa, México 2005

El Distrito Federal cuenta con cuatro veces más enfermeras por 1,000 habitantes que el Estado de México.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Información y Conocimiento

Información en salud

En los últimos años el Sistema de Información en Salud (SIS) 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 no ha sido homogénea entre instituciones y servicios estatales de salud. Por ejemplo, el IMSS logró incorporar los registros médicos electrónicos a todas las unidades de medicina familiar y a un número importante de hospitales. Los servicios médicos de PEMEX están prácticamente automatizados. En el ISSSTE se ha introducido un sistema de gerencia en el área administrativa de las unidades hospitalarias. Por su parte, la SS logró la incorporación de los registros médicos electrónicos en cinco entidades federativas y en 25 hospitales a lo largo del país. Pero más allá de enumerar las entidades o instituciones que han automatizado sus procesos en la consulta externa y hospitalización, es conveniente destacar que los desarrollos tecnológicos no caminan armónicamente siguiendo criterios o estándares de interoperabilidad.

Al igual que el sistema de salud, el SIS de nuestro país está fragmentado. 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 (publicación anual de boletines de estadísticas sectoriales y la organización de grupos interinstitucionales de información en salud a nivel nacional y estatal), uno de los grandes desafíos para esta administración es buscar más integración en los procesos, en los formatos y en los productos.

En el pasado la carencia de procesos eficientes en la recolección de datos y la falta de calidad y oportunidad de los datos recolectados generó la proliferación de formatos paralelos como un recurso de mejora. A la larga, este tipo de acciones resultaron perjudiciales para el buen funcionamiento de la organización pues, por un lado, incrementó la carga administrativa de los médicos y del personal que elabora los registros administrativos y, por otro, generó duplicidades y contradicciones en la información, la cual termina por no ser usada a cabalidad.

Desafortunadamente no se logró armonizar el desarrollo del SIS con la reforma del Sistema de Salud. Quedó de manifiesto que no puede recaer en la estructura vigente, que requiere de cambios

estructurales y funcionales en la organización, y de inversiones importantes en equipo informático y conectividad. También exige recursos humanos de nuevo tipo y capacitación.

En materia de vigilancia epidemiológica, México cuenta, desde 1995, con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que está integrado por cuatro componentes: i) Notificación Semanal de Casos Nuevos; ii) Vigilancia Hospitalaria; iii) Vigilancia de la Mortalidad, iv) Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica. Los cuatro componentes son operados de forma unificada en todas las instituciones del sector. También cabe destacar que la operación del SINAVE está fundamentada en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, lo que asegura su obligatoriedad.

Por último, es importante hacer mención a una serie de logros recientes en el área de información:

- Los registros de las defunciones maternas e infantiles han ido paulatinamente mejorando su cobertura. Una agencia externa incluso certificó que la búsqueda intencionada de muertes maternas permite corregir el subregistro.
- Se cuenta con un sistema de cuentas en salud, que además de que jugó un papel crucial en la justificación de la reforma financiera del sector salud, es una herramienta central en el seguimiento de los avances. El sistema de cuentas en salud sigue estándares internacionales, lo que permite a México informar periódicamente a los organismos internacionales de manera oportuna y veraz.
- El IMSS logró automatizar 1,200 unidades de medicina familiar.
- Finalmente, se consolidó un sistema nacional de encuestas en salud.

Los grandes desafíos siguen siendo romper con la fragmentación del sistema de información; mejorar la normatividad en esta materia; incorporar al sector privado a la estadística de salud, y automatizar los registros médicos y consolidar las bases de datos.

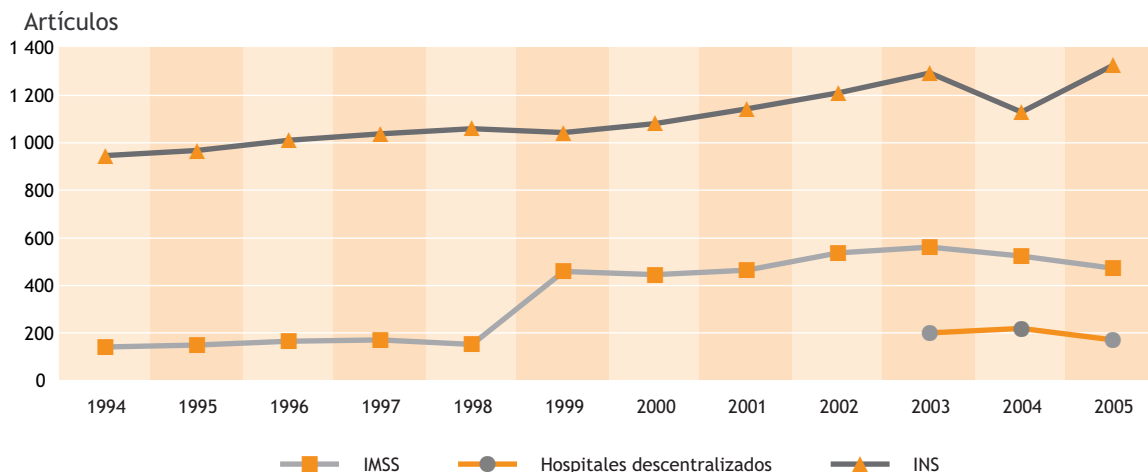
Conocimiento

En el sector público de la salud están registrados 1,210 investigadores de tiempo completo que trabajan en los Institutos Nacionales de Salud (INSalud)* (784), los hospitales descentralizados de la Secretaría de Salud** (45) y los centros de investigación del IMSS*** (381). De esos totales, 62% (486) de los investigadores de los INSalud, 89% (40) de los investigadores de los hospitales descentralizados y 69% (263) de los investigadores del IMSS pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

La productividad de estos investigadores se mide sobre todo a partir del número de artículos publicados en revistas científicas. En 2005 se publicaron poco menos de 1,900 artículos científicos en revistas indizadas, lo que arroja una productividad de alrededor de 1.5 artículos por investigador (figura 24). Existen, sin embargo, diferencias importantes entre instituciones. Los investigadores de los hospitales descentralizados de la Secretaría de Salud presentan una productividad de casi cuatro artículos por investigador, contra menos de 1.5 en el IMSS.

Figura 24. Artículos publicados en revistas indizadas por los investigadores de los principales centros de investigación en salud, México 1994-2005

Los Instituto Nacionales de Salud muestran una tendencias ascendente en el número de artículos publicados en revistas indizadas.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

* Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Rehabilitación e Instituto Nacional de Salud Pública.

** Hospital Gea González, Hospital General de México y Hospital Juárez de México

*** Centros de Investigación Biomédica, Unidades de Atención Médica, Unidades de Investigación Epidemiológica Clínica, Unidades de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, Unidades de Investigación Médica.

Servicios de salud: personales y de salud pública

La función principal de los sistemas de salud es prestar servicios de salud. Estos servicios, ya sean personales o comunitarios, deben ser efectivos y proveerse atendiendo a las expectativas de los usuarios. La calidad de los servicios de salud en México se ha incrementado en los últimos años, pero es necesario mejorarla aún más. Además de desarrollar esfuerzos específicos en este sentido, es importante fortalecer las actividades de regulación de la atención médica y las actividades de protección contra riesgos sanitarios.

Servicios personales de salud

Los servicios personales de salud o servicios clínicos deben prestarse con calidad técnica, calidez y de manera eficiente. En México desde los años sesenta se han desarrollado iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que prestan nuestras instituciones. Estas iniciativas han dado resultados importantes que se reflejan en los altos niveles de satisfacción de los usuarios. No obstante, es necesario mejorar todavía más la efectividad de las intervenciones clínicas, el trato que reciben los usuarios de los servicios de salud y la productividad de nuestras unidades de atención.

Prestadores de servicios personales de salud

En el sistema mexicano de salud se cuenta con tres grupos de prestadores de servicios de salud: las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social, las instituciones de seguridad social y los prestadores privados.

Dentro de las instituciones prestadoras del primer grupo destacan la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-O, cuyas poblaciones de responsabilidad as-

cienden a 52 millones y 6.2 millones de personas, respectivamente. Se trata sobre todo de los pobres del campo y la ciudad, más específicamente de los empleados por cuenta propia, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que están fuera del mercado de trabajo. Una parte importante de esta población, más de 11 millones de personas, están afiliadas al SPS, y se atienden en las unidades de los SESA.

Las instituciones de seguridad social le prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía. El IMSS atiende a los trabajadores del sector formal privado de la economía. Su población de responsabilidad asciende a 38 millones de personas, aproximadamente. El ISSSTE atiende a los trabajadores del gobierno federal, que suman alrededor de 8 millones de personas. Hay además algunas instituciones de seguridad social que atienden a los trabajadores de los gobiernos estatales, alrededor de 1.4 millones de personas. Finalmente, las fuerzas armadas (SEDENA y SEMAR) y los trabajadores de PEMEX cuentan con sus propias instituciones de seguridad social en las que se atienden alrededor de 1.5 millones de individuos.

El tercer componente es el sector privado, que está formado por una gran diversidad de prestadores que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales. En teoría este sector atiende sobre

Envejecimiento y demanda de servicios de salud

Dentro de las medidas que es necesario implantar para atender las demandas de salud de los adultos mayores se incluye establecer un sistema de vigilancia de la salud de esta población basado en indicadores de morbilidad y discapacidad, y extender los espacios de atención a los ámbitos comunitario y domiciliario.

En México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. En 2050 los adultos mayores serán 32 millones y representarán 24.6% de la población. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5%.

Uno de los efectos del envejecimiento de la población es el incremento de las necesidades de salud, que se asocian con una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación y apoyo social.

Entre 1991 y 2005 los egresos de las personas mayores de 65 años aumentaron 2.6 veces en los hospitales públicos del país. El mayor volumen de egresos se registró en los hospitales de la seguridad social, en donde los egresos en este grupo de edad se incrementaron poco más de dos veces. En los hospitales de los SESA la demanda de atención para los adultos mayores fue menor a la observada en la seguridad social. Sin embargo, en ese mismo periodo el volumen de egresos de personas mayores de 65 años se incrementó cinco veces, pasando de 33,835 en 1991 a 165,738 en 2005.

La demanda de servicios ambulatorios por parte de los adultos mayores también se está incrementando. En el IMSS 30% de las consultas externas otorgadas en 2002 correspondieron a personas de este grupo de edad. Dentro de los principales motivos de consulta destacan la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, y las artritis y artrosis.

Con más adultos mayores viviendo más tiempo, las enfermedades crónicas han desplazado a las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte. Estas condiciones concentran ahora más de 65% de todas las defunciones en este grupo de edad, destacando la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebro-vascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

todo a las clases media y alta. En realidad a estos prestadores acude cualquier persona con capacidad de pago, incluyendo los usuarios regulares de los servicios de la Secretaría de Salud y los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE. Según la ENSANut 2006, del total de la población que utilizó servicios de salud en los 15 días previos al levantamiento de la encuesta, 37.6% acudieron a los servicios privados.

Los prestadores públicos de servicios de salud generan anualmente 187 millones de consultas generales, 41 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencia, 1.5 millones de partos, 3.1 millones de intervenciones quirúrgicas y 4.5 millones de egresos hospitalarios.

Estos servicios están distribuidos de manera desigual. En Baja California, Colima, Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas, más del 98% de los partos

son atendidos por un médico. En contraste, en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Quintana Roo este porcentaje es menor de 86%, y en los municipios de muy alta marginación no alcanza el 50%. La cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial es de 30% en Jalisco y Morelos, mientras que en Querétaro es menor de 16%.

Los servicios de salud se producen además con una productividad muy heterogénea. El número de consultas diarias por consultorio es de casi 30 en el IMSS y de 16 en los SESA. Al interior de la Secretaría de Salud, el promedio de consultas diarias por consultorio en Yucatán es de poco más de 20 contra sólo 11 en Coahuila. El número de intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano es de 4 en el IMSS y de sólo 1.9 en PEMEX. Es importante destacar, sin embargo, que PEMEX cuenta con tres veces más quirófanos por unidad de población que el IMSS.

Pero además de atender los padecimientos responsables del mayor número de muertes en esta población, es necesario empezar a medir y atender sus limitaciones funcionales, las cuales inciden en su calidad de vida. El XII Censo General de Población y Vivienda señala que las discapacidades más importantes se ubican en la esfera motriz, auditiva y visual. Estas limitaciones, además, tienden a incrementarse con la edad. La prevalencia de limitaciones motrices funcionales en hombres, por ejemplo, es de 2.9% entre los 60 y los 64 años, y se incrementa a 8.4% después de los 70 años de edad.

La mayor parte de las necesidades de salud de los adultos mayores se puede resolver o controlar en la red de servicios disponibles en el país. Sin embargo, tanto los servicios de salud como los prestadores deben adecuarse a las características de esta población. Los cuidados de salud para los ancianos deben extenderse, además, a los ámbitos domiciliario y comunitario.

Dentro de las actividades que se han propuesto para mejorar el conocimiento de las necesidades de salud de los adultos mayores y afinar los programas de salud dirigidos a esta población, se incluyen las siguientes:

- implantar un sistema de vigilancia de la salud de los adultos mayores basado en indicadores de morbilidad y discapacidad;
- fortalecer la agenda de investigación sobre envejecimiento y salud;
- incluir a los adultos mayores en las estrategias de prevención y promoción de la salud con objetivos y metas definidas y verificables que pongan énfasis en la independencia funcional;
- establecer una política de formación de recursos humanos para la atención de los ancianos;
- fortalecer la rectoría del sistema de salud en materia de regulación de las instituciones de cuidados prolongados, y
- extender los servicios de atención a la salud para los adultos mayores a los ámbitos comunitario y domiciliario.

Cobertura efectiva de servicios personales de salud

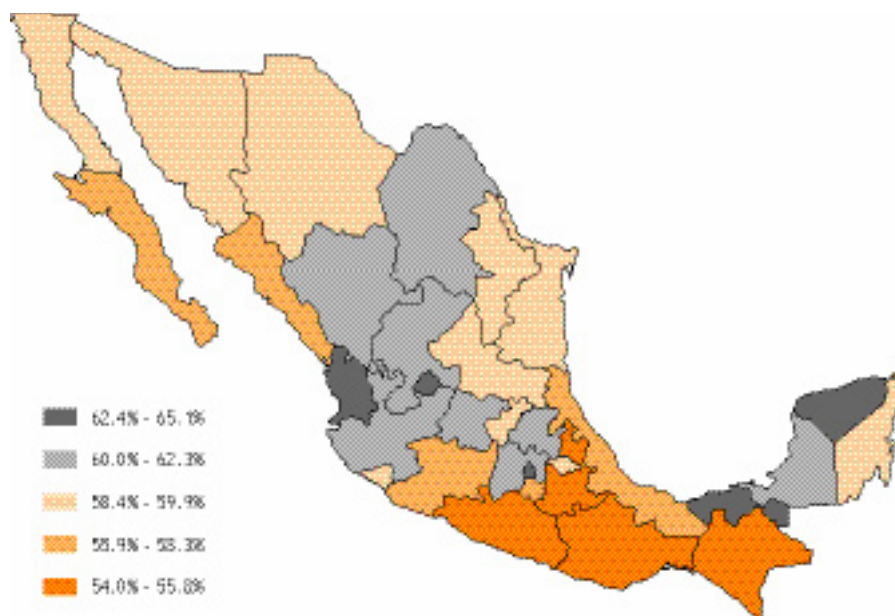
Los servicios de salud pueden estar disponibles para un sector más o menos amplio de la población y pueden ser más o menos efectivos. En años recientes, la Organización Mundial de la Salud diseñó un concepto que pretende medir el acceso regular a servicios efectivos de salud. La cobertura efectiva de una intervención se define como “la fracción de ganancia potencial en salud” que el sistema de salud puede aportar a través de una intervención que se está ofreciendo o que está disponible. Por ejemplo, si el sistema de salud puede, a través de la detección y tratamiento del cáncer cervico-uterino, aumentar en dos años la esperanza de vida saludable de las mujeres, pero sólo logra aumentarla en un año, la cobertura efectiva de esta intervención es de 50%. Para ge-

nerar esa ganancia en salud es necesario que los servicios estén disponibles, que las personas en los hogares perciban una necesidad y demanden el servicio, que los proveedores brinden la intervención correcta y que los pacientes se apeguen al tratamiento prescrito.

En México en años recientes se llevó a cabo un ejercicio que midió la cobertura efectiva de 18 intervenciones, la mayoría curativas, en el sistema nacional de salud. Con 14 de ellas se construyó una medida compuesta de cobertura efectiva para el país en su conjunto y para cada entidad federativa. En seguida se presentan los valores nacionales obtenidos para estas 14 intervenciones (figura 25): i) vacunación contra el sarampión (92.1%); ii) vacunación contra la difteria, pertussis y tétanos (DPT) (85.6%); iii) vacunación contra la tuberculosis (BCG) (97.7%); iv) atención prenatal (67.3%); v) atención del parto por personal califi-

Figura 25. Cobertura efectiva de los servicios de salud basada en 14 intervenciones por entidad federativa, México 2005-2006

El Distrito Federal presenta los porcentajes más altos de cobertura efectiva.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

cado (93.3%); vi) atención del recién nacido prematuro (80.9%); vii) tratamiento de infecciones respiratorias en niños (58.1%); viii) tratamiento de diarrea en niños (66.3%); ix) detección del cáncer de mama (21.6%); x) detección del cáncer cérvico-uterino (41.2%); xi) tratamiento de alteraciones visuales (37.5%); xii) tratamiento de la hipertensión (23.1%); xiii) tratamiento de la hipercolesterolemia (25.3%) y xiv) vacunación contra la influenza (44.3%).

La atención del parto por personal calificado, la vacunación DPT, la vacunación contra el sarampión y tuberculosis presentan niveles muy altos de cobertura efectiva y diferencias muy pequeñas entre estados. En contraste, se observan niveles bajos de cobertura efectiva en las intervenciones relacionadas con la salud de los adultos (detección del cáncer de mama, tratamiento de la hipertensión arterial, tratamiento de la hipercolesterolemia).

Los niveles más altos de cobertura efectiva compuesta se observan en el Distrito Federal (65.1%) y los más bajos en Chiapas (54%) (figura 27). A pesar de la brecha entre ambos estados en

el nivel socioeconómico, la diferencia es menor a la esperada.

Los resultados del análisis de cobertura efectiva nos hablan de la existencia en México de dos sistemas de salud: uno que atiende la salud materno-infantil y otro, encargado de la atención de las enfermedades no transmisibles y lesiones.

El acceso físico a los servicios de atención materno-infantiles no es un problema fundamental, como lo demuestran los altos porcentajes de la atención prenatal y la atención del parto por personal calificado. La atención de los recién nacidos prematuros presenta un porcentaje nacional de 80.9%, cifra que nos habla de un nivel aceptable de calidad de los servicios, ya que esta intervención suele utilizarse como medida de la calidad de la atención neonatal en los hospitales.

En contraste, el nivel de cobertura efectiva de las enfermedades no transmisibles es muy bajo. El promedio general nacional para las seis intervenciones de este tipo analizadas es de sólo 32%. Es claro que el desafío más importante que enfrenta nuestro sistema de salud es la atención efectiva de los padecimientos no transmisibles.

Calidad de la atención a la salud

Los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios. La calidad significa también disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.

El principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios. El porcentaje de complicaciones de los partos vaginales en los hospitales de los SESA y de la Secretaría de Salud Federal (0.48%) es 2.6 veces mayor que el porcentaje de los hospitales del IMSS (0.18%). El porcentaje de apéndices perforados en los hospitales de los SESA y de la Secretaría de Salud es mayor de 6% contra menos de 2% en los hospitales del IMSS y poco más de 3% en las unidades hospitalarias del IMSS-O. El porcentaje de readmisiones por colecistectomías abiertas en los hospitales menores de 60 camas del IMSS es de casi 2% contra menos de 1.5% en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud. El porcentaje de complicaciones de neumonías en pacientes de 60 años y más asciende a casi 27% en los hospitales del IMSS, a 14% en los hospitales del ISSSTE y a menos de 23% en las unidades hospitalarias de los SESA y la Secretaría de Salud.

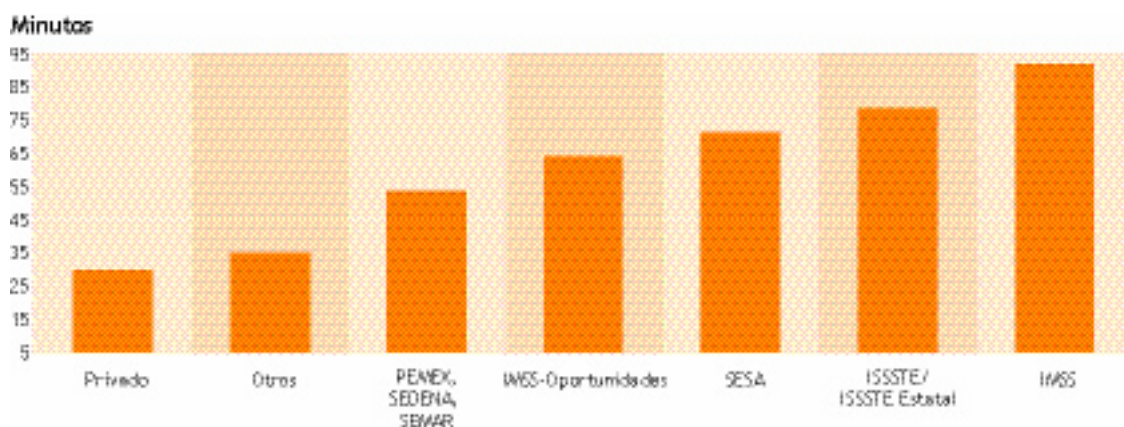
A los problemas de calidad técnica habría que sumar los problemas de eficiencia. El promedio de días estancia por hernioplastia inguinal en los hospitales de más de 120 camas del IMSS es de 1.5 días contra 2.6 días en los hospitales de los SESA y la Secretaría de Salud. El promedio de días estancia para apendicectomías en hospitales menores de 60 camas del IMSS es 6.5 días contra 3 días en los hospitales de los SESA. El promedio de cirugías por quirófano en el IMSS es de casi 4 contra 2.2 en la Secretaría de Salud y 1.9 en PEMEX.

En los indicadores de calidad interpersonal también hay variaciones importantes. De acuerdo con la ENSANut 2006, el tiempo promedio de espera en consulta externa en el IMSS es de 90 minutos, contra menos de 30 minutos en las unidades del sector privado (figura 26). El porcentaje de cirugías diferidas es de 20% en el ISSSTE, 18% en el IMSS, 18.2% en la Secretaría de Salud y 13% en el IMSS-O. Los principales motivos de suspensión de cirugías son la falta de insumos, quirófanos y personal médico. Los usuarios de los servicios de la SS son los que mejor califican la calidad de los alimentos y la limpieza de las instalaciones.

Finalmente, en el rubro de satisfacción destaca el hecho de que 81.2% de los usuarios entrevistados en la ENSANut califican como buena o muy buena

Figura 26. Tiempo promedio de espera en consulta externa por institución, México 2006

El tiempo promedio de espera en consulta externa en el IMSS es de 90 minutos.



Fuente: Oláiz y col (referencia 13)

la calidad de la atención a la salud en México. La instituciones que obtuvieron los porcentajes más altos fueron las clasificadas bajo el término de “otras instituciones de seguridad social” (PEMEX, SEDENA, SEMAR); 96.6% de los usuarios de estas instituciones calificaron como buena o muy buena la atención recibida (figura 27).

Seguridad de la atención a la salud

Un aspecto relevante de la calidad de la atención y que está recibiendo una enorme atención en todo el mundo, es el de la seguridad de los pacientes. Todavía se cuenta con poca información a este respecto en nuestro país, pero se han hecho algunos esfuerzos por darle seguimiento a algunos indicadores de estructura relacionados con la seguridad en hospitales y regulados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Los datos recopilados indican que sólo 45% de los hospitales públicos cuentan con autorización de la COFEPRIS para operar unidades de rayos X. Sólo 61% de las unidades hospitalarias del sector público cuentan con autorización para operar laboratorios clínicos. Poco

menos de 80% de estas mismas unidades cuentan con autorización para operar farmacias clínicas. Finalmente, 90% tienen convenios firmados con empresas especializadas en el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos. El porcentaje más alto corresponde a los hospitales del IMSS-O (95%) y el más bajo al ISSSTE (85%).

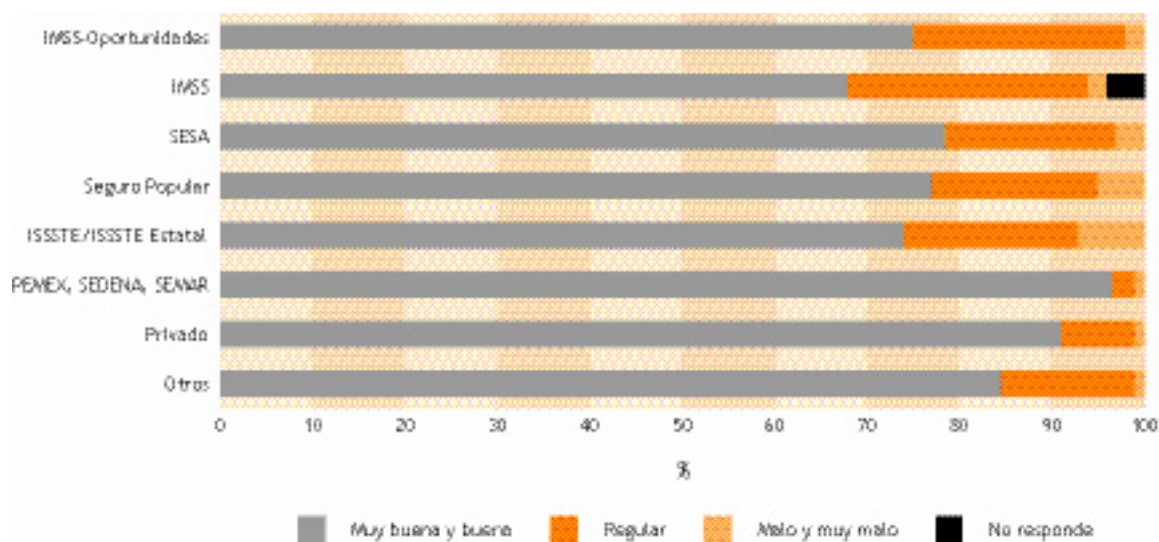
En este rubro será necesario no sólo implantar iniciativas para garantizar la seguridad de los pacientes, sino también empezar a darle seguimiento a otros importantes indicadores de seguridad como la identificación de pacientes, las caídas intra-hospitalarias y las infecciones nosocomiales.

Servicios de salud pública

Los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud se deben, en buena medida, al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a

Figura 27. Percepción de la calidad de la atención a la salud por institución, México 2006

En PEMEX, SEDENA y SEMAR más de 96% de los usuarios calificaron la atención recibida como “buena” o “muy buena”.



servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales. Los dos primeros riesgos están fuertemente asociados a las enfermedades del rezago epidemiológico. Estas enfermedades se combaten mediante la ampliación del acceso al agua potable, la ampliación de la infraestructura sanitaria y la vacunación. La contaminación atmosférica y los riesgos laborales, por su parte, están influyendo de manera importante en el nuevo patrón de daños a la salud, y se combaten mediante el control de las emisiones de vehículos y fábricas, y las actividades de regulación laboral. Dentro de los riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables destacan el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica, las prácticas sexuales inseguras y la inseguridad vial. Estos riesgos se combaten con la promoción de lo que se ha denominado determinantes positivos de las condiciones de salud, dentro de los que se incluyen el consumo de alimentos con alto valor nutricional, la actividad física, el consumo sensible y no riesgoso de bebidas alcohólicas, la reducción del consumo de tabaco, la reducción del consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas, las prácticas sexuales responsables, seguras y protegidas, y la vialidad segura. En este capítulo se describen algunas de las actividades de salud públicas dirigidas a combatir tanto los riesgos del entorno como algunos riesgos relacionados con los estilos de vida.

Control de riesgos del entorno

Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas

Las dos principales acciones dirigidas a incrementar el acceso al agua potable son la ampliación del acceso a fuentes apropiadas de agua y el monitoreo de la calidad bacteriológica de este elemento. Gracias a los esfuerzos desarrollados en estos dos sentidos, 95% de la población cuenta con acceso a agua (en vivienda, terreno, llave pública, pipa, pozo, río o lago) y 77.5% de la población cuenta con acceso a agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano. Existen, sin embargo,

grandes diferencias entre entidades y poblaciones. De acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda 2005, Aguascalientes es la entidad con el mayor nivel de acceso a agua, con 98.4%, en contraste con Guerrero, en donde sólo 85.2% de la población tiene acceso a este líquido vital. Las diferencias entre poblaciones urbanas y rurales también son muy importantes. Según datos de este mismo censo, 84.7% de los hogares urbanos cuentan con agua dentro de su vivienda, contra sólo 37.4% de los hogares rurales.

Por lo que respecta a la disposición sanitaria de excretas, 85% de la población nacional cuenta con acceso regular a estos servicios, con diferencias importantes entre estados y poblaciones. En el Distrito Federal y Colima más de 95% de la población cuenta con acceso al drenaje público o a fosa séptica, contra menos de 60% en Oaxaca. En las localidades de más 15,000 habitantes, 97% de las viviendas tienen acceso al drenaje público o fosa séptica, contra sólo 66% de las viviendas rurales.

Control de la contaminación atmosférica

En el país la medición de los contaminantes atmosféricos está normada. De manera regular se miden, en seis ciudades de la república (Valle de México, Guadalajara, Monterrey, Valle de Toluca, Ciudad Juárez y Puebla) las concentraciones de carbono (CO), dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃), partículas con diámetro menor o igual a 10 micrómetros (PM₁₀), partículas suspendidas totales (PST) y plomo (Pb). Estas mediciones sirven para valorar el éxito de las medidas de combate a la contaminación ambiental y, cuando se exceden ciertos límites, para imponer medidas de emergencia. En los últimos años las concentraciones de PM₁₀ han disminuido en Guadalajara y la zona metropolitana de la ciudad de México, pero se han incrementado de forma alarmante en Monterrey y Toluca. Por lo que se refiere al ozono, sus concentraciones muestran una tendencia descendente, pero la norma se rebasa en más de 200 días al año en la Ciudad de México y más de 50 días al año en Guadalajara.

El aire contaminado dentro del hogar, que afecta a 13% de las viviendas del país, causa tantas

muerres y discapacidad como la contaminación atmosférica de las grandes urbes, pero no recibe la misma atención de los medios. El problema se complica por el hecho de que no se trata únicamente de un problema de falta de recursos. Hay muchos hogares rurales en México que cuentan con estufas de gas en las que se sigue cocinando con leña o carbón. No sorprende, por lo mismo, que los porcentajes de viviendas que utilizan combustibles sólidos para cocinar no se hayan modificado en los últimos cinco años.

Vacunación

México cuenta con el esquema de vacunación más completo de América Latina, tanto por el número de vacunas que lo componen como por la población a la que beneficia. En 2004 se incorporó al esquema básico de vacunación a la vacuna contra la influenza, por lo que este esquema cuenta actualmente con 12 inmunógenos que protegen contra la poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae*, meningitis tuberculosa, sarampión, rubéola, parotiditis, neumococo e influenza. La cobertura de vacunación en menores de 1 año en 2005 fue de 95.2%, mientras que la cobertura en niños de 1 a 4 años de edad fue de 98.2%. Los estudios de cobertura efectiva, además, muestran no sólo niveles muy altos de cobertura para las vacunas contra el sarampión (92.1%), BCG (97.7%) y DPT (85.6%), sino también diferencias muy pequeñas entre estados.

Gracias a los esfuerzos coordinados de la sociedad, las autoridades y los trabajadores de la salud, a través de las actividades regulares de vacunación se ha logrado mantener erradicada la poliomielitis desde 1990, eliminados la difteria y el tétanos neonatal, y bajo control la tos ferina, la parotiditis y la rubéola.

Prevención y control de la tuberculosis

La tuberculosis es un problema de alta prioridad global y nacional que cuenta con un programa de control específico cuyo objetivo es disminuir el riesgo de enfermar y morir por esta causa. La actividad

principal de este programa es la detección oportuna de casos y su atención a través de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) lo que ha contribuido al descenso de la incidencia de casos nuevos de tuberculosis y de la mortalidad por esta causa. En 2006 se registraron en el país 13,813 casos de tuberculosis pulmonar, que se calcula representan 83% de los casos existentes. Del total de casos detectados, 97% recibieron tratamiento. Del total de casos tratados, 77% se curaron. En las áreas TAES este porcentaje fue de 100%. Todo esto se ha traducido en un descenso de la incidencia de tuberculosis y de la mortalidad por esta causa. El reto de este programa es extender la estrategia TAES a todo los rincones del país, fortalecer las actividades de búsqueda activa de casos en grupos vulnerables y población general, y consolidar los procesos de seguimiento de los enfermos detectados. Actualmente se reconoce la importancia de la tuberculosis multi-resistente, que requiere vigilancia especial.

Control de riesgos relacionados con el comportamiento

El sobrepeso y la obesidad, la hiperglicemia, la hipercolesterolemia y la hipertensión son cuatro de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población mexicana. Influyen de manera directa en el desarrollo de los padecimientos que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad, como la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. De acuerdo con la DGIS de la Secretaría de Salud, estos riesgos son responsables de alrededor de 163,000 muertes anuales en el país. Estos factores de riesgo están relacionados a su vez con conductas poco saludables, dentro de las que destacan la falta de actividad física y el alto consumo de alimentos de baja calidad nutricional.

En esta sección se describen los esfuerzos desarrollados para controlar dos de las enfermedades a los que estos riesgos que dan lugar: la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Asimismo se describen los esfuerzos dirigidos a combatir otros riesgos relacionados con conductas poco saludables, como el tabaquismo y las prácticas sexuales inseguras.

Prevención de la diabetes mellitus

Si se utiliza como parámetro las glucemias en ayunas, se calcula que en el país hay más de 5 millones de personas de 20 años y más que sufren de diabetes y más de 800,000 de ellas desconocen su condición. El control de esta enfermedad es difícil tanto para los proveedores de servicios como para los pacientes. La medicación, las inyecciones de insulina y el monitoreo de la glucemia son complejos y molestos; los gastos asociados a la enfermedad no son despreciables, y el apoyo familiar y social que requieren estos enfermos son considerables. Las principales estrategias de control de esta enfermedad son la detección de casos, la promoción de la actividad física, el control de peso y el monitoreo de la calidad del tratamiento. Los resultados, sin embargo, dejan mucho que desear. Las cifras disponibles sobre cobertura efectiva del tratamiento de este padecimiento son inferiores a 40% en la gran mayoría de las entidades federativas, y la mortalidad, lejos de disminuir, se ha incrementado de 53 a 63 por 100 mil habitantes en los últimos cuatro años.

Dentro de las complicaciones de la diabetes destacan el infarto del miocardio, la enfermedad vascular-cerebral, la insuficiencia renal y la ceguera. Esta enfermedad es responsable, además, de un alto porcentaje de las amputaciones de las extremidades inferiores.

El tratamiento integral previene la aparición de complicaciones. De hecho, hay evidencias que indican que en la falta de adherencia al tratamiento está el origen del carácter crónico de esta enfermedad. En los países desarrollados la adherencia al tratamiento es de 50% contra 25% en los países con menor desarrollo.

Por ello es necesario modificar las estrategias de control de esta enfermedad para incluir la *alfabetización en diabetes*, que comprende la realización de actividad física, la alimentación de acuerdo a las características individuales de los enfermos, el control de peso y el auto-cuidado de la salud.

Prevención de la hipertensión arterial

Dentro de las actividades dirigidas a controlar la hipertensión arterial se incluyen la promoción de

la actividad física y el control de peso, la detección de casos y la mejora continua del tratamiento de los pacientes. Una de las innovaciones en esta materia es la promoción de la creación de grupos de ayuda mutua para personas con sobrepeso, hipertensión, diabetes y dislipidemias, que en 2005 convocaron a cerca 300 mil personas sólo en la SS. Los resultados de estas actividades, sin embargo, son muy modestos. La cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial a nivel nacional es de sólo 23.2%, aunque es importante señalar que en el año 2000 era de apenas 16%.

Tabaquismo

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo para muerte prematura tanto en mujeres como en hombres. Por esta razón se han implantado diversas medidas en el país dirigidas a combatir esta adicción. Destacan dentro de ellas la promoción de conductas saludables, las restricciones para fumar en algunos sitios públicos, la eliminación de la publicidad del tabaco en medios electrónicos y el incremento de los impuestos al tabaco. Los resultados de estas medidas son alentadores. El porcentaje de adolescentes fumadores descendió de 9.2 a 7.6% entre 2000 y 2006, una reducción de 17%. El descenso ha sido mayor en los hombres; de 13.6% pasó a 10.8%. En las mujeres se redujo de 4.9 a 4.3%, como se mostró en el apartado relativo a determinantes.

Promoción de la salud sexual y reproductiva

Dentro de las actividades de salud reproductiva, que coordina el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y que desarrollan nuestras instituciones de salud, destacan la información y educación en materia de salud reproductiva; la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; la oferta de servicios de salud reproductiva a toda la población, pero con énfasis en los adolescentes, indígenas y discapacitados, y el estímulo a la participación del hombre en el cuidado de su salud reproductiva. Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, muestran un ligero aumento en la prevalencia de uso de métodos

Embarazo en adolescentes

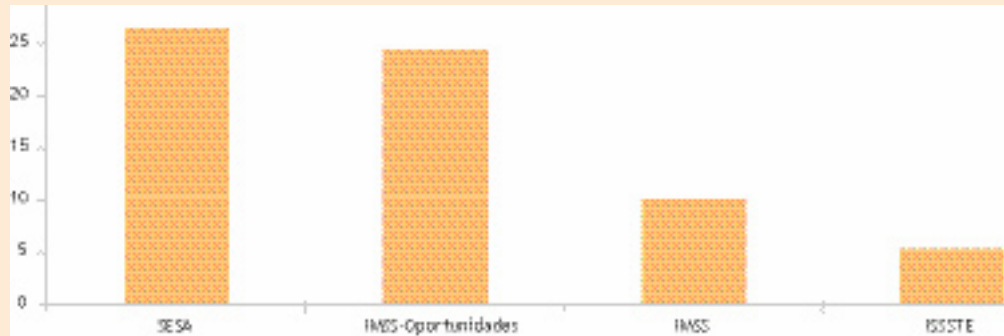
Dado el alto porcentaje de embarazos en menores de 20 años, los servicios de salud deben tomar en cuenta de manera prioritaria a los adolescentes en el diseño de sus políticas de salud reproductiva.

En las sociedades modernas la actividad sexual tiende a iniciarse en etapas cada vez más tempranas de la vida. Lo mismo está sucediendo con la edad promedio de la menarquia. Estos dos fenómenos están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes. Se calcula que anualmente se producen en el mundo 13 millones de embarazos en mujeres menores de 20 años, 90% de los cuales ocurren en los países en vías de desarrollo.

Las tasas de embarazo en adolescentes varían enormemente entre países y al interior de ellos. En algunos países africanos estas tasas alcanzan cifras de 150 por 1,000 adolescentes. En Corea del Sur ascienden apenas a 3 por 1,000. En México la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por 1,000. Se calcula que entre 30 y 60% de estos embarazos terminan en abortos inducidos.

El indicador que a la fecha mejor refleja la magnitud de este problema en México es el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas. En 2005 se registraron 1,174,209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4% de los países ricos, pero también con el 50% de algunos países africanos. Cabe destacar que 7,289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años.

Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) (26.5%) y el IMSS-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el IMSS (10.1%) e ISSSTE (5.3%). Estas cifras son consistentes con los resultados de estudios que han demostrado una relación inversa entre la frecuencia de estos embarazos y el nivel de ingreso y educación.



Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

Porcentaje de partos atendidos en adolescentes por institución, México 2005

anticonceptivos en mujeres en edad fértil unidas (70.9%) y una reducción en la brecha urbano-rural (74.6 versus 58.1%) pero también un bajo uso de métodos anticonceptivos en las mujeres sin escolaridad (56.6%) y en mujeres de 15 a 19 años de edad (39.4%). Estos últimos porcentajes explican en buena medida las altas cifras de embarazos en adolescentes que existen en el país, sobre todo en las poblaciones más marginadas.

Prevención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

El Programa de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual ha tenido un fuerte componente preventivo que ha estado basado en las mejores prácticas recomendadas internacionalmente, sustentadas en evidencias científicas, dentro de las que se incluyen la distribución gratuita y focaliza-

da de condones y la detección de sífilis en mujeres embarazadas. Además se ha dado seguimiento a los pacientes con enfermedades de transmisión sexual y a los pacientes bajo tratamiento con anti-retrovirales, que desde 2003 se ofrecen de manera gratuita a todas las personas con VIH/SIDA. Estas medidas, sumadas a las medidas dirigidas a garantizar la calidad de la sangre para transfusión, han permitido atenuar tanto la incidencia como la mortalidad por SIDA.

Control de otros riesgos

Prevención del cáncer de mama

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres en nuestro país y la segunda causa de muerte en las mujeres de entre 40 y 49 años de edad. Entre 2001 y 2005 el número de muertes por esta causa se incrementó 20%, aunque la tasa de mortalidad por esta causa en mujeres de 25 años y más tuvo un comportamiento estable. Esto ubica al país en una posición relativamente favorable en el contexto latinoamericano, con cifras mucho mejores que las que presentan países de un nivel de desarrollo similar, como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Esto, que no debe ser motivo para relajar nuestros esfuerzos, se alcanzó, entre otras medidas, gracias a la ampliación de la utilización de pruebas de detección temprana, en particular la mamografía. Los datos de la ENSANut 2006 indican que entre 2000 y 2005 el porcentaje de mujeres de 40 a 69 años que se practicó una mamografía pasó de 12.6 a 21.6%. Otro dato alentador es que la edad promedio de muerte de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad pasó de 57 años en 1990 a 59 años en 2005.

Regulación de la atención a la salud y los riesgos sanitarios

La rectoría del sistema de salud incluye, entre otras actividades, la regulación de la atención a la salud, y la regulación y el control de los riesgos sanitarios. La regulación de la atención a la salud

tiene como objetivo fundamental garantizar niveles adecuados de calidad en la prestación de los servicios personales de salud, e incluye el licenciamiento y certificación de los profesionales de la salud, la acreditación de las unidades de atención a la salud y la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud. La regulación y el control de los riesgos sanitarios, por su parte, tiene como propósito proteger a la población contra aquellos factores o eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana.

Regulación de la atención a la salud

Acreditación de las escuelas y facultades de medicina

En 1990 la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) puso en marcha un proceso dirigido a acreditar los planes y programas de estudio de las escuelas de medicina del país. Este proceso dio origen a un procedimiento de evaluación que mide todos los elementos que favorecen una educación médica de calidad y que coordina el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). En el momento actual hay 69 escuelas y facultades de medicina afiliadas a la ANFEM. De ese total, 42 están acreditadas y 27 están en proceso de auto-evaluación, que es una fase previa al proceso de acreditación.

Como una estrategia más de aseguramiento de la calidad en la formación médica, la Secretaría de Salud estableció una política de asignación de los campos clínicos de las unidades públicas exclusiva para las facultades y escuelas con planes y programas educativos acreditados o en procesos de acreditación, que implantó en 2003 en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, las instituciones del sector salud, el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES), el COMAEM y la AMFEM. Tres años después, 99.5% de los campos clínicos que el sector público asigna a los alumnos que cursan el internado médico están ocupados por alumnos de las facultades y escuelas de medicina con programas educativos acreditados o en proceso de acreditación.

Certificación de los recursos humanos

Desde 1944 los procedimientos de certificación de los recursos humanos para la salud han sido responsabilidad de las instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. De acuerdo con la Ley de Profesiones y la Ley General de Salud, los médicos deben contar con un título –expedido por una institución educativa reconocida– para practicar su profesión y una cédula que emite la Dirección General de Profesiones.

Otro mecanismo de regulación que tiene como objetivo garantizar un adecuado nivel de competencia para ejercer una práctica médica de calidad es el Examen Nacional de Calidad Profesional diseñado y coordinado por el Centro Nacional para la Evaluación de la Educación. Este examen se está aplicando ya en varias escuelas de medicina como requisito de graduación.

A este examen habría que agregar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), que regula el ingreso a los programas de especialidad. En 2005 se presentaron a este examen 22,710 aspirantes y se ofrecieron 5,213 plazas. Un elemento a destacar es el hecho de que 23 de las 25 escuelas con mejor promedio en el ENARM se encuentran acreditadas por el COMAEM. En sentido opuesto, un alto porcentaje de las escuelas que ocupan los últimos lugares, públicas y privadas, carecen de acreditación.

La certificación de los especialistas está bajo control de los consejos de las diversas especialidades médicas, que funcionan bajo la coordinación de la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. Esta certificación está siendo utilizada por las instituciones públicas y privadas y por las compañías de seguros como requisito para la contratación de médicos especialistas.

Por lo que se refiere a la certificación de enfermeras, el Colegio Nacional de Enfermeras, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería y el Colegio de Enfermeros Militares iniciaron un proceso de certificación que todavía no entra plenamente en funciones.

Certificación y acreditación de unidades de atención a la salud

Otro proceso regulatorio que influye en la calidad de la atención es la certificación de las unidades de atención. En México, en marzo de 1999, se puso en marcha un programa nacional de certificación de hospitales que culminó con la creación de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales, dependiente del Consejo de Salubridad General. La certificación es un proceso voluntario que trata de garantizar el cumplimiento de la normatividad relativa a la estructura y a los procesos de atención. A fines de 2005 existían 297 hospitales con certificado vigente, la mayor parte de ellos del IMSS. A nivel estatal Colima es la entidad con el porcentaje más alto de certificación de hospitales (figura 28).

Las reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al SPSS obligan a las unidades que prestan atención a los afiliados al SPS a acreditarse. Este es un proceso que exige el cumplimiento de ciertos estándares de calidad, capacidad y seguridad. A finales de 2005 había en la Secretaría de Salud 1,278 unidades de atención acreditadas, que representan 30% de las unidades que prestan servicios al SPS; 134 son hospitales y 1,144 unidades de atención ambulatoria.

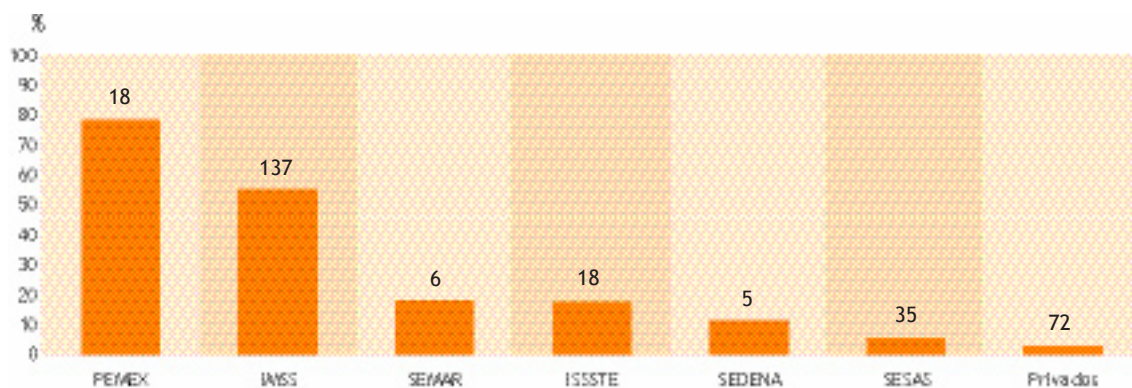
Un componente importante de la atención a la salud son las unidades que ofrecen atención pre-hospitalaria de ambulancias. El Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica contempla ya su acreditación.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Atención de las controversias en salud

Hasta 1995 el Sistema Nacional de Salud no contaba con una instancia especializada para atender las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud. Esta deficiencia se resolvió con la creación, en junio de 1996, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Sus funciones incluyen la orientación a usuarios inconformes, la gestión de una atención más oportuna en los establecimientos públicos, la asesoría y consejería especializada, la conciliación con los proveedores de los servicios, el arbitraje con la aceptación de las partes, la emisión de laudos

Figura 28. Porcentaje de hospitales con certificación vigente por institución, México 2005

PEMEX presenta el porcentaje más alto de hospitales certificados.



Nota: El número sobre las barras indica el total de hospitales certificados.
Fuente: Secretaría de Salud (referencia 25)

Cuadro VII. Asuntos recibidos por las comisiones nacional y estatales de arbitraje médico, México 2001-2005

Año	TIPO DE ASUNTO							
	Orientación		Asesoría		Gestión Inmediata		Dictamen Médico	
	CONAMED	COESAMED	CONAMED	COESAMED	CONAMED	COESAMED	CONAMED	COESAMED
2001 (16)	7,537	nd	2,464	nd	738	nd	473	nd
2002 (18)	9,071	nd	2,849	nd	862	nd	664	nd
2003 (22)	17,864	nd	3,145	nd	941	nd	443	nd
2004 (23)	14,696	190	3,060	83	698	42	431	5
2005 (24)	11,141	4,459	4,126	2,245	594	1,075	425	145
2006 (25)	12,260	10,536	4,179	2,247	591	1,178	323	164
Total	72,569	15,185	19,823	4,575	4,424	2,295	2,759	314

* Entre paréntesis en la primera columna se presenta el número de comisiones estatales existentes y operando.
CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico
COESAMED: Comisiones Estatales de Arbitraje Médico
Fuente: CONAMED (datos propios no publicados)

derivados del arbitraje y la emisión de dictámenes médicos periciales solicitados por los órganos de procuración de justicia. Entre 1996 y 2006, la CONAMED atendió 166,000 asuntos que fueron resueltos por alguna de las modalidades citadas; destaca que el 87% se resolvió mediante orientación, gestión inmediata y asesoría especializada, el 10% requirió de un proceso conciliatorio y el 3% de un proceso arbitral. Cabe señalar que solo en el 2006 se atendieron más de 17,000 casos (cuadro VII).

Los procesos de la CONAMED se apegan a estándares internacionales de calidad, por lo que ha obtenido la certificación ISO 9001:2000 correspondiente. La Comisión, ha renovado su misión y visión a través de un ejercicio de planeación estratégica y sus objetivos se orientan a contribuir con la mejora de la calidad en la atención y la seguridad del paciente, con investigaciones y proyectos que contribuyan a desarrollar una cultura de identificación, análisis y comunicación de eventos adversos en salud. A la vez que se con-

Figura 29. Ambitos de competencia de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios



tribuye a la solución de controversias en salud, la CONAMED se estimula su prevención.

Regulación, control y fomento sanitario

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Los riesgos sanitarios se definen como aquellos eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición, casi siempre involuntaria, a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en los productos o servicios que se consumen, incluyendo la publicidad de los mismos. La Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) desarrolla tareas de regulación, control y fomento sanitario en su misión de proteger a la población contra éste tipo de riesgos (figura 29).

El control y la vigilancia de los establecimiento de salud; la prevención y control de los efectos

nocivos de los factores ambientales; la promoción del saneamiento básico y la salud ocupacional; el control sanitario de productos y servicios; el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos e insumos médicos; el control sanitario de la publicidad de actividades, productos y servicios; el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes; la sanidad internacional, y el control sanitario de donaciones y transplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos son actividades encaminadas al control y fomento sanitario, en que concurren los esfuerzos federales, estatales y municipales, en el ámbito de sus competencias, hacia la protección de la salud.

Entre los principales retos en materia de riesgos sanitarios que enfrenta el país está la inocuidad de los alimentos y la calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua para consumo humano. Asimismo, la autoridad sanitaria tiene el desafío de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos a los que tiene acceso la población.

capítulo



El Sistema Nacional de Salud en el 2030





Visión y acciones estratégicas

En 2030 México aspira a ser un país con desarrollo humano sustentable e igualdad de oportunidades. La población contará con un nivel de salud que le permitirá desarrollar sus capacidades a plenitud. Para poder alcanzar una verdadera igualdad de oportunidades, será necesario asegurar el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros, que serán ofrecidos por un sistema de salud financieramente sólido, anticipatorio y equitativo.

Visión 2030

Como parte de un amplio ejercicio de prospectiva, realizado a finales de 2006, sobre México en el año 2030, un grupo de expertos en salud analizó y discutió el futuro deseable del sistema nacional de salud. Para satisfacer de manera adecuada las necesidades de salud de los mexicanos, el sistema nacional de salud, a juicio de los participantes, deberá ser un sistema:

- integrado;
- financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada;
- regido por la Secretaría de Salud;
- sustentable;
- centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- con un modelo de atención flexible y diseñado a partir de la transición epidemiológica y demográfica por la que atraviese el país, y
- con fuertes vínculos intersectoriales.

Sobre las bases de estas características deseables y en congruencia con la realización de las cuatro funciones básicas de los sistemas de salud (rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) se acordó la siguiente visión para el Sistema Nacional de Salud:

En 2030 México cuenta con un sistema de salud integrado y universal que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

Acciones estratégicas

Para avanzar hacia esta Visión 2030 es necesario incidir sobre diversos factores que inhiben el desarrollo de las características del sistema de salud al que aspiramos. Estos factores pueden agruparse en cinco grandes grupos: i) políticos, ii) legales, iii) financieros, iv) organizacionales y v) educacionales.

Dentro de los factores políticos destaca la falta de voluntad que muestran algunos de los principales actores del sector salud hacia el cambio. Esta resistencia al cambio puede deberse a inercias, conformismo y rutinas arraigadas o al hecho de que algunos de estos actores defienden intereses creados ligados al *statu quo*.

En el grupo de factores legales se identifica la falta de un marco jurídico que favorezca la integración estructural y/o funcional de las principales instituciones públicas de salud, empezando por el hecho de que la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos le asigna a los trabajadores derechos en materia de salud diferenciados en función de su condición laboral.

En el grupo de factores financieros destacan la insuficiencia de la inversión en salud, que se ilustra de manera muy clara por el bajo porcentaje del PIB que México le dedica a la atención a la salud, la mala distribución de los recursos entre instituciones, entidades federativas y rubros de gasto, y la inversión insuficiente en infraestructura para la atención especializada, ambulatoria y hospitalaria.

Dentro de los factores organizacionales se mencionan con frecuencia la ausencia de actividades de planeación estratégica para el sector en su conjunto; la ausencia de procedimientos de evaluación de la efectividad y eficiencia con la que opera el sistema; la excesiva regulación administrativa, y el privilegio de los aspectos financieros sobre los de salud en el manejo de los servicios.

Finalmente, en el grupo de factores educacionales destacan el predominio del enfoque curativo; la escasa cultura de promoción de la salud, control de riesgos y prevención de enfermedades; la falta de relación de la formación de los recursos humanos para la salud con las necesidades que

impone el perfil epidemiológico del país, y la carencia de un programa de educación continua dirigido a todos los tipos de personal del sistema de salud.

Para hacer realidad la Visión 2030 se propone la implantación de 10 acciones de largo plazo dirigidas a contrarrestar estos factores inhibidores:

1. Revisar y modificar el marco legal vigente para facilitar la integración del sistema universal de salud. Dentro de estas áreas se incluyen: los artículos 3º, 4º y 123 de la Constitución Política; la Ley General de Salud y sus reglamentos; la Ley Federal del Trabajo; la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; las leyes reglamentarias y orgánicas del IMSS, ISSSTE y PEMEX, y las constituciones, leyes orgánicas y leyes de salud estatales.
2. Incrementar la inversión en salud, consolidar el financiamiento del SPSS y mejorar la distribución de los recursos públicos entre instituciones, entidades federativas y rubros de gasto (gasto de operación/gasto de inversión, gasto en atención curativa/gasto en actividades de salud pública).
3. Fortalecer las actividades de planeación estratégica con una visión sectorial de mediano y largo plazo, con el fin de anticiparse a los retos que nos plantea la transición epidemiológica y sus efectos en la atención a la salud.
4. Diseñar e implantar mecanismos de inversión en salud público/privadas para fortalecer la inversión en infraestructura y hacer más eficiente la operación de los servicios.
5. Implantar medidas que mejoren la eficiencia del sistema, dentro de las que destacan: i) la negociación de acuerdos para flexibilizar el uso de los recursos dedicados a la salud; ii) el fortalecimiento de las actividades de evaluación de los servicios, programas y políticas; iii) la puesta en marcha de un sistema de incentivos al buen desempeño que estimulen la calidad y la eficiencia, y iv) el desarrollo de un sistema integrado de información sectorial.
6. Consolidar las políticas de mejora continua de la calidad en todos los ámbitos del sistema: en las unidades de atención a la salud, en la esfera comunitaria y en las áreas administrativas.

7. Diseñar una estrategia sectorial de largo plazo de naturaleza intersectorial para el fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades que influya sobre los determinantes personales positivos de la salud y favorezca la adopción de estilos de vida saludables en los diversos grupos de edad.
8. Hacer un inventario sectorial exhaustivo de recursos y servicios de salud que guíe el diseño de planes de largo plazo para el fortalecimiento de la infraestructura en salud, recursos humanos, equipamiento, tecnología e investigación en salud.
9. Movilizar recursos adicionales para mejorar la formación de los recursos humanos para la salud y fortalecer la investigación básica, clínica y en salud pública.
10. Fortalecer la vinculación con aquellos sectores cuyas actividades influyen de manera directa en las condiciones de salud, dentro de los que destacan los sectores alimentario, educativo, ambiental y de seguridad vial.

La presente administración estableció el compromiso de impulsar estas acciones de largo plazo. Por esta razón el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* ofrece directrices que faciliten la instrumentación de los cambios que conducirán al Sistema Nacional de Salud hacia la visión 2030. En el siguiente capítulo se presenta el camino a seguir, a través de la articulación de los objetivos, metas estratégicas, estrategias y líneas de acción, que se han definido en el amplio ejercicio de consulta dirigido por la Secretaría de Salud.

capítulo



Objetivos y estrategias





Objetivos y estrategias

La presente administración se plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país: i) mejorar las condiciones de salud de la población; ii) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; iii) prestar servicios de salud con calidad y seguridad; iv) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y v) garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país. Para cumplir con estos objetivos se diseñaron las siguientes diez estrategias: i) fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios; ii) fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; iii) situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; iv) desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud; v) organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud; vi) garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud; vii) consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona; viii) promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector; ix) fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos, y x) apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

Objetivos

Frente a los retos relacionados con la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se plantea cinco objetivos que son los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Cada uno de estos objetivos está asociado a metas estratégicas que deberán cumplirse en el periodo

2007-2012 y que se describen a continuación. El valor de referencia de estas metas se aprecia en el cuadro X del capítulo IV del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

1. Mejorar las condiciones de salud de la población

Todos los sistemas de salud tienen como objetivo central mejorar las condiciones de salud de su población. Las mejoras en las condiciones de salud pueden manifestarse en mejoras en los valores de indicadores de salud asociados a padecimientos o grupos de edad específicos, como la mortalidad por enfermedades del corazón o la mortalidad infantil, o en mejoras en los valores de indicadores de salud que resumen una gran cantidad de eventos, como la esperanza de vida al nacer o la esperanza de vida saludable. Para este objetivo en particular se seleccionaron siete metas estratégicas en indicadores de ambos tipos, que son las siguientes:

- Meta 1.1** Aumentar la esperanza de vida al nacer 1.5 años
- Meta 1.2** Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años
- Meta 1.3** Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006
- Meta 1.4** Disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad
- Meta 1.5** Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años
- Meta 1.6** Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más
- Meta 1.7** Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad

2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas

Tan importante como incrementar el nivel general de salud de una población es reducir las desigualdades en salud que existen entre los distintos grupos de una población. Por esta razón, uno de los principales objetivos de esta administración es cerrar las brechas en las condiciones de salud que existen entre los distintos grupos poblacionales de México. Hay dos indicadores que son particularmente sensibles a las desigualdades: la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Las metas que se plantea cumplir en el curso de esta administración como parte de este objetivo son las siguientes:

- Meta 2.1** Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano
- Meta 2.2** Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano

3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Para poder mejorar las condiciones de salud de una población es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y tomen en consideración su diversidad cultural. En esta materia el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se planteó las siguientes metas:

- Meta 3.1** Acreditar el 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)
- Meta 3.2** Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público
- Meta 3.3** Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel

4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

Los sistemas de salud tienen dentro de sus objetivos centrales evitar que los hogares incurran en gastos catastróficos por motivos de salud, lo que los obliga a diseñar esquemas justos de financiamiento de la atención a la salud. En este rubro la presente administración se planteó las siguientes dos metas estratégicas:

- Meta 4.1** Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud
- Meta 4.2** Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud.

5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

El sistema de salud debe contribuir al bienestar general de la población, apoyar el desarrollo general de la población y ayudar al combate a la

pobreza. En este sentido, la salud guarda con el desarrollo social del país y el combate a la pobreza, una relación bidireccional, es decir, una población saludable produce desarrollo social y a su vez el desarrollo social genera mejores condiciones de salud de la población. Adicionalmente a ello, las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud son instituciones generadoras de empleo. La meta que se plantea el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* es la siguiente:

Meta 5.1 Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano

Estrategias

Para cumplir con los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* y alcanzar las metas a ellos asociadas, la presente administración instrumentará diez estrategias que se agrupan en las áreas que constituyen las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: rectoría efectiva, financiamiento equitativo y sostenible, y generación de recursos suficientes y oportunos. Cada una de las diez estrategias contempla diversas líneas de acción, la mayoría de las cuales cuenta con metas específicas. En esta sección se describen las estrategias, las líneas de acción asociadas a cada estrategia, las actividades que se desarrollarán en el proceso de implantación de las líneas de acción y las metas específicas.

RECTORÍA EFECTIVA EN EL SECTOR

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios

Una de las principales tareas de los sistemas de salud es proteger a la población que está bajo su responsabilidad contra los llamados riesgos sanitarios, que se definen como aquellos eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición, casi

siempre involuntaria, a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente, o a productos o servicios que se consumen, incluyendo los servicios publicitarios.

Corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) llevar a cabo acciones para fortalecer y modernizar la identificación, análisis, evaluación, regulación, control, fomento y difusión de las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de riesgos sanitarios en el país.

Resulta prioritario contar con un marco normativo eficiente, actualizado y orientado a la protección contra riesgos sanitarios, a través del cual se fundamente el desarrollo y aplicación de las políticas públicas en la materia.

En el marco del federalismo cooperativo, se fortalecerá el vínculo con las entidades federativas a través de la consolidación del Sistema Federal Sanitario, definiendo las prioridades en materia de riesgos sanitarios, de tal forma que la actividad sanitaria sea congruente con las condiciones sociales y económicas particulares de cada localidad, robusteciendo así los principios de solidaridad y corresponsabilidad. Las líneas de acción que en esta materia se desarrollarán son las siguientes:

1.1 Renovar y hacer más eficiente el marco normativo en materia de protección contra riesgos sanitarios

Los cambios recientes derivados de las innovaciones tecnológicas, así como de la interacción de nuestro país en el contexto internacional, producto de los tratados comerciales que tiene suscritos, implican la aparición de condiciones nuevas que se asocian a riesgos sanitarios emergentes que requieren ser atendidos. La reciente aprobación y entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional es prueba de esta necesidad. En el ámbito nacional impera la exigencia de contar con un marco jurídico moderno en la materia, a través de la emisión de nuevas disposiciones normativas y de la actualización de las ya existentes. Este marco deberá estar acorde con las políticas de simplificación administrativa.

En este contexto, la actual administración, a través de la COFEPRIS, efectuará la revisión

ESTRATEGIA 1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios

■ Líneas de acción

- 1.1 Renovar y hacer más eficiente el marco normativo en materia de protección contra riesgos sanitarios
- 1.2 Mejorar la coordinación operativa con las entidades federativas y los municipios en materia de protección contra riesgos sanitarios
- 1.3 Promover la coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional para hacer más efectivos los procesos de protección contra riesgos sanitarios
- 1.4 Coordinar las acciones de protección contra riesgos sanitarios con las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica
- 1.5 Fortalecer las políticas y acciones de protección contra riesgos sanitarios atendiendo las evidencias científicas
- 1.6 Impulsar, en el marco de la política nacional de medicamentos, acciones que garanticen la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura en la industria
- 1.7 Consolidar la red nacional de laboratorios de salud pública y terceros autorizados.
- 1.8 Integrar un esquema de manejo adecuado de los instrumentos de publicidad y comunicación a través del etiquetado y la publicidad
- 1.9 Fortalecer las acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas de contenido alcohólico

integral del marco normativo en la materia, a fin de elaborar, previo a una evaluación de riesgos, los proyectos necesarios para actualizar estas disposiciones. Con este propósito se propone:

- Revisar y actualizar el marco normativo en materia de regulación, control y fomento sanitario, para que con base en un criterio de riesgo y los diagnósticos permanentes que se formulen, se fortalezca y se simplifique.

1.2 Mejorar la coordinación operativa con las entidades federativas y los municipios en materia de protección contra riesgos sanitarios

Uno de los principales problemas ambientales que enfrenta el país es el de la mala calidad del agua, que influye en el desarrollo de enfermedades del aparato digestivo, síndromes respiratorios, afecciones del sistema nervioso y hepatitis, entre otras. Por esta razón, es de suma importancia que la población cuente con agua de calidad bacteriológica para su uso y consumo. También es importante abatir la contaminación exógena de los alimentos,

que se debe a la falta de instalaciones apropiadas y equipo moderno en la industria productora de alimentos, y a las malas condiciones de limpieza de los rastros y los malos hábitos higiénicos de los trabajadores que manejan alimentos. Otros riesgos que es necesario combatir son los relacionados con la calidad de los productos alimenticios, que suelen contaminarse a todo lo largo de la cadena de producción, conservación, preparación y manejo.

A través de la suscripción de acuerdos específicos de coordinación entre la Secretaría de Salud y las entidades federativas, se fortalecerá el federalismo cooperativo y la rectoría del Estado para la protección de la población contra riesgos sanitarios. Con estos fines en mente, la actual administración se propone:

- Establecer estrategias para incrementar la calidad bacteriológica del agua para consumo humano que se distribuye a través de los sistemas formales de abastecimiento, incluyendo la cloración, con el fin de prevenir enfermedades diarreicas. La meta es que 95% de las muestras de agua tengan el contenido

de cloro que garantice que el agua sea de calidad bacteriológica.

- Vigilar la calidad del agua de mar para uso recreativo.
- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias de los rastros y mataderos municipales, garantizando que por lo menos 300 rastros y mataderos municipales que atienden a poblaciones de más de 50 mil habitantes mejoren sus condiciones de infraestructura y operativas.
- Generar y aplicar estrategias para fortalecer los procedimientos de operación de control sanitario de alimentos para así minimizar los riesgos a la salud de la población. La proporción de muestras alimenticias fuera de especificaciones microbiológicas deberá reducirse a niveles inferiores a 20%.

1.3 Promover la coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional para hacer más efectivos los procesos de protección contra riesgos sanitarios

Es importante operar de manera oportuna los planes de acción en situaciones de emergencia, ya sea por desastres naturales, como huracanes o terremotos, o por alertas sanitarias derivadas de brotes de enfermedades transmitidas por productos y servicios, emergencias tecnológicas o de otro tipo. En un mundo globalizado, la transferencia internacional de riesgos sanitarios constituye una amenaza permanente. Por esta razón es importante reforzar las actividades de protección contra riesgos sanitarios originados por agentes químicos, medicamentos y alimentos. Asimismo, es necesario fortalecer la presencia de la COFEPRIS en foros internacionales que buscan homologar políticas en materia de protección contra riesgos sanitarios. En esta materia el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se propone:

- Desarrollar programas transversales con las autoridades responsables de la agricultura, ganadería, agua y medio ambiente, así como con otros sectores involucrados con problemas emergentes en materia de riesgos sanitarios, como lo son aquellos asociados a alimentos, bebidas, insumos para la salud, sustancias tóxicas, tabaco y todos aquellos

productos y servicios que recaigan en el ámbito de competencia de la COFEPRIS.

- Establecer vínculos con autoridades nacionales regulatorias de países miembros de la Organización Mundial de la Salud, a efecto de potenciar los esfuerzos para reducir la transferencia internacional de riesgos sanitarios.

1.4 Coordinar las acciones de protección contra riesgos sanitarios con las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica

El fomento sanitario favorece el control de los peligros del entorno con acciones no regulatorias. Es una de las principales herramientas para el manejo de riesgos y promueve la corresponsabilidad y la participación de la comunidad. Estas actividades de promoción de la salud deben complementarse con actividades de vigilancia y control de riesgos sanitarios generados por deficiencias en la infraestructura, funcionamiento o capacidad técnica del personal de los servicios de salud. Para prevenir y controlar los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud es necesario, entre otras cosas, asegurarse que los establecimientos que prestan atención médica cumplan con la normatividad vigente. Dentro de las actividades que la actual administración pondrá en marcha para cumplir con estos propósitos, se incluyen:

- Instrumentar esquemas de fomento dirigidas a la población para generar conciencia sobre la presencia de riesgos sanitarios y crear una cultura de protección a la salud. Se desarrollarán campañas permanentes relacionadas con los riesgos, asociados a: loza vidriada con plomo; consumo de quesos artesanales; consumo de alcohol y tabaco; consumo de alimentos no saludables; riesgos asociados a la automedicación y uso de medicamentos caducos, y lavado de cisternas y tinacos.
- Ampliar la cobertura de verificación de establecimientos médicos donde se presentaron defunciones maternas o perinatales atribuibles a las condiciones del establecimiento. La meta es garantizar que los establecimientos médicos donde se presentaron este tipo de defunciones sean verificados por personal calificado y

en su caso se establezcan compromisos o se apliquen las sanciones correspondientes.

1.5 Fortalecer las políticas y acciones de protección contra riesgos sanitarios atendiendo las evidencias científicas

La evaluación de los riesgos es un proceso dinámico y permanente que tiene el siguiente ciclo: i) identificación del peligro o problema presente en el ambiente (laboral o en población); ii) determinación de la o las fuentes de exposición y la localización de las mismas; iii) evaluación de los efectos a la salud asociados a los niveles de exposición (dosis-respuesta), y finalmente, iv) caracterización del riesgo, para establecer las estrategias regulatorias y no regulatorias para el manejo del mismo. Los riesgos no siempre son los mismos, ya que responden a factores cambiantes, como los ambientales y tecnológicos, entre otros. En un entorno de cambio es indispensable actualizar las estrategias de análisis y manejo de los riesgos, para que las acciones de regulación y fomento sean efectivas. En materia de identificación y control de riesgos, la actual administración se propone actuar atendiendo a las evidencias científicas disponibles. Dentro de las actividades que desarrollará en este sentido se incluyen:

- Elaborar permanentemente diagnósticos de riesgos sanitarios a fin de identificar los riesgos emergentes y no emergentes que deberán ser atendidos a través de acciones regulatorias y de fomento sanitario.
- Conformar un atlas nacional de riesgos que permita identificar riesgos nacionales, regionales, estatales y municipales.
- Mantener actualizadas las estrategias para el análisis de los riesgos sanitarios a los que se enfrenta la población y establecer las acciones que deberán ser incorporadas a los proyectos que para su atención opera el Sistema Federal Sanitario en materia de: calidad del agua; calidad microbiológica de los alimentos; calidad, seguridad y eficacia de medicamentos e insumos para la salud; salud ocupacional; atención de emergencias, y unidades médicas saludables, entre otros.

1.6 Impulsar, en el marco de la política nacional de medicamentos, acciones que garanticen la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura en la industria

Los medicamentos son un insumo de primer orden para la atención de la salud. Por ello es necesario garantizar su seguridad, calidad y eficacia terapéutica a través de mecanismos como la fármaco vigilancia y la verificación de buenas prácticas de manufactura (BPM), entre otros.

Las notificaciones de reacciones adversas a los medicamentos e insumos para la salud permiten mejorar los conocimientos sobre los diversos esquemas terapéuticos y de prevención, e implementar medidas regulatorias tales como la introducción de insertos con información útil para la prescripción y uso. Una fármaco vigilancia y una tecno-vigilancia efectivas incluyen también acciones en el ámbito de la investigación clínica y la búsqueda activa de evidencias sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos e insumos para la salud.

Los establecimientos de la industria químico-farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos deben cumplir con la NOM-059-SSA1-1993, sobre buenas prácticas de fabricación, la cual marca los lineamientos y actividades destinados a garantizar que los productos farmacéuticos elaborados tengan y mantengan la identidad, pureza, concentración, potencia e inocuidad requeridas para su uso. Para asegurar que los medicamentos cumplan con las características mencionadas, es necesario verificar que las plantas productoras de fármacos cumplan con la normatividad correspondiente, no sólo al momento de solicitar el registro sanitario, sino también durante la vida comercial del producto.

Por otro lado, para mejorar el acceso de la población a los medicamentos se requiere, entre otros instrumentos, de una política que promueva el desarrollo y registro de genéricos y de campañas de sensibilización dirigidas a los médicos y población en general, para posicionar a los genéricos como medicamentos que tienen la misma eficacia

terapéutica, seguridad y calidad que los productos innovadores, pero a un precio más accesible.

Con el fin de atender los retos sanitarios relacionados con la producción, prescripción y uso de medicamentos se desarrollarán las siguientes acciones:

- Promover la notificación de reacciones adversas a medicamentos a fin de incrementar la sensibilidad del sistema de fármaco vigilancia. Al final de la administración se alcanzarán por lo menos 20 mil notificaciones anuales.
- Desarrollar el sistema de tecno-vigilancia sanitaria y promover entre la industria, los profesionales de la salud y la población, la notificación de eventos adversos.
- Ampliar la cobertura de verificación de instalaciones que fabrican medicamentos para garantizar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura.
- Desarrollar e implantar la estrategia sanitaria integral de acopio y disposición final de medicamentos caducos.
- Fortalecer las acciones de vigilancia en farmacias a fin de que dispensen medicamentos éticos sólo ante la presentación de la receta médica debidamente requisitada.
- Promover el uso de genéricos entre usuarios y prestadores de servicios.

1.7 Consolidar la red nacional de laboratorios de salud pública y de terceros autorizados

La cobertura analítica requerida por el Sistema Federal Sanitario se incrementa día con día. Exige el análisis en diversos rubros, como la cuantificación de residuos de plaguicidas, la composición de sus formulaciones, y el comportamiento de medicamentos e insumos médicos durante su desarrollo y aplicación. Por ello es indispensable que los laboratorios estatales de salud pública amplíen su capacidad analítica y constaten la adecuada operación de los establecimientos, para generar una mayor capacidad de identificación de contaminantes que ponen en riesgo la salud de la población. Para lograr ese objetivo se propone:

- Incrementar el número de terceros autorizados y/o habilitados en función de la necesi-

dad anual cubierta y prioridades del Sistema Federal Sanitario.

- Fortalecer los laboratorios estatales de salud pública en equipamiento, infraestructura y sistemas de gestión de calidad, para incrementar su capacidad analítica en pruebas microbiológicas y fisicoquímicas, conforme a las necesidades prioritarias del Sistema Federal Sanitario y acorde a la distribución de riesgos en la República Mexicana. La meta es elevar, en el primer año de esta administración, la cobertura de pruebas microbiológicas hasta 95%, e incrementar para 2012 la cobertura de pruebas fisicoquímicas hasta 75%.

1.8 Integrar un esquema de manejo adecuado de los instrumentos de publicidad y comunicación a través del etiquetado y la publicidad

Muchos de los riesgos a los que está expuesta actualmente la población se asocian a productos que se promueven en los medios masivos de comunicación. En ocasiones, esa publicidad carece de objetividad y estimula comportamientos que es necesario desincentivar. Por esta razón, la actual administración pondrá en marcha actividades para fortalecer la regulación de la publicidad relacionada con servicios y productos que influyen directamente en la salud. Dentro de estas medidas se incluye:

- Establecer nuevos instrumentos regulatorios que normen el contenido de los mensajes que se difunden a la población, a fin de garantizar que la publicidad en los rubros de alimentos, suplementos alimenticios, medicamentos y remedios herbolarios no induzcan a hábitos de consumo que representen riesgos a la salud.
- Fortalecer la regulación en materia de etiquetado de productos de consumo alimenticio, a fin de que además de informar, se oriente al consumidor en su dieta integral.
- Diseñar acciones intersectoriales para regular la publicidad, particularmente aquella dirigida a la población infantil en materia de alimentos y bebidas azucaradas y para evitar la generación de hábitos de consumo que pongan en riesgo su salud.

- Tomar acciones específicas con respecto al etiquetado de sucedáneos de la leche materna como lo marcan los convenios internacionales firmados por nuestro país.

1.9 Fortalecer las acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas de contenido alcohólico

El consumo de tabaco, la exposición involuntaria al humo de tabaco y el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas constituyen graves riesgos a la salud. Por esta razón, es necesario definir políticas públicas para desincentivar su consumo, poniendo especial énfasis en la población infantil y adolescente. Como parte de estas actividades regulatorias y de fomento, la actual administración se propone:

- Dar protección a la población contra la exposición involuntaria al humo de tabaco, garantizando ambientes 100% libres de humo de tabaco y penalizando a los infractores.
- Hacer obligatoria la incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas para que al menos ocupen 50% de las superficies principales de todos los paquetes y envases de productos de tabaco.
- Instrumentar acciones que tiendan a la eliminación gradual de la publicidad, patrocinio y promoción de productos derivados del tabaco por cualquier medio electrónico o impreso.
- Reforzar la regulación sanitaria en materia de publicidad y comercialización de bebidas con contenido alcohólico, para asegurar que no se vendan o expendan a menores de edad.
- Instrumentar acciones de fomento sanitario para desalentar el consumo de productos de tabaco y el consumo excesivo de bebidas con contenido alcohólico.

2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades

La transición epidemiológica por la que atraviesa el país está asociada al desarrollo de riesgos relacionados con comportamientos poco saludables, dentro de los que se incluyen la mala nutrición, la

falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas y las prácticas sexuales inseguras. Esto exige fortalecer y coordinar las actividades que se desarrollan en el Sistema Nacional de Salud a fin de optimizar los recursos en materia de promoción de la salud y universalizar las intervenciones de prevención y control de enfermedades que tienen una sólida base científica. Las líneas de acción que se presentan a continuación, se insertan dentro de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud:

2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud

En nuestro país se ha logrado avanzar en el control de las infecciones comunes, los padecimientos reproductivos y los padecimientos relacionados con la desnutrición. Sin embargo, resulta indispensable atender los riesgos relacionados con las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Una forma de abordar y controlar algunos de estos riesgos es a través de la promoción de la salud, fomentando comportamientos relacionados con algunos determinantes positivos críticos como son: la alimentación, la higiene y la actividad física, cuyo deterioro o descuido es común a varias de las principales causas de daños a la salud en el país. Dentro de las actividades que se desarrollarán a favor de una nueva cultura por la salud se incluyen:

- Colocar a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades en el centro de las políticas públicas nacionales y evaluar su impacto.
- Crear el Consejo Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, con representatividad de todas las instituciones del sector. Este consejo estará constituido en 2007 y tendrá una operación continua.
- Desarrollar, en colaboración con la Secretaría de Educación Pública (SEP), un programa de educación saludable y un sistema de seguimiento sobre sus efectos en la salud de la

ESTRATEGIA 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades

■ Líneas de acción

- 2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud
- 2.2 Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables
- 2.3 Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia
- 2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación
- 2.5 Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia
- 2.6 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal
- 2.7 Promover la salud sexual y reproductiva responsable
- 2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS
- 2.9 Prevenir y controlar la tuberculosis
- 2.10 Establecer acciones para la prevención y atención del dengue, paludismo y rabia
- 2.11 Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco, y drogas ilegales y médicas no prescritas
- 2.12 Impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardio-vascular
- 2.13 Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama
- 2.14 Impulsar medidas de promoción de una vialidad segura que eviten lesiones no intencionales y discapacidades
- 2.15 Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia
- 2.16 Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas

población desde la educación básica hasta la educación superior.

- Diseñar un programa de salud en el trabajo, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que incorpore mejores prácticas en el desarrollo de la salud y la protección de los trabajadores.
- Integrar y fortalecer el Sistema Único de Cartillas Nacionales de Salud entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y garantizar que todas las personas dispongan de ellas de manera gratuita y de acuerdo a su edad y sexo.
- Generar competencias en el personal de salud y la población general para el control de los determinantes de la salud, incluyendo alimentación saludable, actividad física y conductas higiénicas básicas. Con este fin se diseñarán instrumentos que apoyen el manejo de los determinantes y se realizará, a partir del 2008, una campaña nacional y un

programa único de promoción educativa en salud.

- Establecer un sistema nacional de monitoreo de los determinantes de la salud.
- Considerar e incluir en las acciones de promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, información y orientaciones pertinentes relacionadas con los factores que influyen en la salud mental de los individuos.

2.2 Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables

Las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de incluir el fortalecimiento de los determinantes positivos

Construcción de una nueva cultura para una mejor salud

Con el fin de crear una cultura que promueva conductas saludables, se pondrá en marcha un Programa Único de Comunicación en Salud que reforzará los determinantes positivos de la salud, como la actividad física, la alimentación saludable, la reducción del consumo de tabaco y la seguridad vial, entre otros.

La sociedad mexicana demanda mayor y mejor información: conocer la realidad en que vive, los factores que le afectan, las causas y consecuencias de las enfermedades. Para construir una nueva cultura en salud es necesario proporcionar información para aumentar el conocimiento de la población y apoyar una adecuada toma de decisiones con respecto a su propia salud y la de su familia. Esto se logra con estrategias de comunicación.

Por ello se elaborará un Programa Único de Promoción Educativa en Salud con el fin de generar cambios en comportamientos, actitudes, hábitos y estilos de vida utilizando las mejores metodologías comunicativas. Este programa tiene como propósito generar un cambio sostenible y significativo de las personas y sus familias en el continuo de la vida.

Mediante este programa se reforzarán los determinantes positivos de la salud, como la actividad física, la alimentación saludable, la reducción del consumo de tabaco y la seguridad vial, entre otros. Asimismo se brindará información que favorezca la reducción de rezagos en materia de salud, prepare a la población para las grandes epidemias que enfrentamos y asegure la capacidad de respuesta ante emergencias en salud pública o ante una posible pandemia de influenza. Será prioritario además construir un acuerdo para el mercadeo en las áreas de alimentación, tabaco y consumo sensible de alcohol dirigido a los niños y adolescentes.

Para todo ello se establecerá un modelo metodológico de comunicación en salud con el fin de estandarizar procesos en las instituciones. Los lineamientos a seguir serán: sustentar con evidencias científicas los mensajes a difundir; incorporar en las campañas el enfoque de género, la interculturalidad y la no discriminación; validar los diferentes productos comunicativos con los grupos objetivo, y realizar la evaluación cualitativa y cuantitativa para la validación e impacto de mensajes como parte de la planeación y ejecución de las campañas.

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto se integrará un Comité Nacional de Promoción Educativa en Salud, órgano rector en la materia, con representatividad de todas las instituciones. El Comité priorizará y calendarizará las acciones a seguir; homologará la información que se difunda a las diferentes audiencias; optimizará y conjuntará los recursos que en materia de promoción educativa en salud tienen las instituciones; diseñará las campañas para que tengan continuidad, y desarrollará alianzas estratégicas con diversos actores de los sectores públicos, privados y sociales, en la búsqueda de una nueva cultura para una mejor salud.

de la salud, deben acompañarse del combate a los determinantes negativos del proceso salud-enfermedad y el control de los riesgos del entorno. La mejor manera de promover conductas saludables es creando entornos –escuelas, sitios de trabajo, centros de recreación, comunidades y municipios- que, entre otras cosas, estimulen la actividad física, desincentiven el consumo de alimentos de bajo valor nutricional y estén libres de humo. Con estos propósitos, en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se ha propuesto:

- Garantizar que los individuos y las familias reciban capacitación en las unidades de salud, así como, servicios en promoción de la salud y prevención de enfermedades de acuerdo a su grupo de edad y sexo.
- Fomentar la creación de entornos saludables (viviendas, escuelas, centros de trabajo, albergues, espacios de esparcimiento, unidades de salud y hospitales, sistemas de transporte,

comunidades, municipios, ciudades) que estimulen los determinantes positivos de la salud.

- Identificar los riesgos diferenciales que afectan la salud de poblaciones vulnerables, como los niños, adultos mayores, discapacitados, poblaciones marginadas y migrantes, para definir e implantar estrategias para disminuir sus efectos en la salud.
- Utilizar la evidencia sobre la efectividad de las acciones de promoción y prevención para la toma de decisiones.
- Promover la participación de los usuarios de los servicios de salud, la sociedad civil y las instituciones gubernamentales y privadas en la construcción de la base social del sistema de salud.
- Impulsar la reorientación de los comités locales de salud hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- Promover la participación de voluntarios comunitarios que favorezcan la implantación de los programas de salud.
- Impulsar la acción comunitaria para modificar los determinantes de la salud vinculados con la organización social mediante un programa y un fondo de comunidades saludables.
- Fortalecer la participación municipal en las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

2.3 Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia

El desarrollo integral de la familia es una necesidad impostergable. La familia, como núcleo básico de la sociedad, constituye el principal entorno para el desarrollo de los determinantes críticos y comunes de la salud. En este sentido, se deben fortalecer los programas y acciones dirigidos a promover una cultura del auto-cuidado de la salud, el impulso a los estilos de vida saludables y la corresponsabilidad de los miembros de la familia en la salud de cada uno de sus integrantes.

El desarrollo de un sistema de protección integral de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes, en el que se incorporen los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño, es un requisito básico para asegurar el respeto a los derechos de la infancia. Sólo a través de acciones preventivas, que incluyan la concientización de las niñas, niños y adolescentes será posible eliminar las barreras que impiden su desarrollo pleno. Asimismo resulta de trascendental importancia, dada la estructura demográfica de nuestro país, poner especial atención en acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de nuestros adultos mayores. Durante la presente administración se propone:

- Impulsar y desarrollar entre las familias un programa que promueva una cultura de auto-cuidado de la salud, que contribuya a mejorar sus estilos y calidad de vida.
- Revisar y actualizar la legislación familiar, en particular en lo concerniente a la promoción

de los valores familiares, la educación y la orientación familiar.

- Promover y difundir los derechos de la niñez y desarrollar estrategias que permitan la regularización jurídica de menores y adopciones en coordinación con las procuradurías de la defensa del menor y la familia.
- Otorgar acciones integrales de prevención y promoción de la salud a la población adolescente, con enfoque de género, para favorecer el autocuidado de la salud en este grupo prioritario de la población.
- Ofrecer un conjunto de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a la población de adultos mayores del país, favoreciendo el envejecimiento activo.
- Promover y difundir los derechos de los adultos mayores e impulsar un enfoque gerontológico integral.

2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación

Una de las medidas que más ha influido en la disminución de la mortalidad por infecciones comunes es la vacunación. México cuenta con uno de los mejores esquemas de vacunación del mundo, tanto por el número de inmunógenos que incluye, como por el nivel de cobertura alcanzado. Con el fin de mantener los altos niveles de cobertura alcanzados, la actual administración se propone:

- Mantener actualizado el esquema básico de vacunación para menores de 5 años, población de 60 años y más, y grupos específicos de la población, con base en la evidencia científica y la disponibilidad de recursos. La meta es mantener la cobertura con esquema básico de vacunación completo en niños de un año de edad por arriba del 95% y en población de 60 años y más por arriba del 85%. Asimismo, se deberá asegurar que al menos 95% de los adolescentes de 12 años que reside en el país cuenten con una dosis de vacuna contra el tétanos y la difteria, y con dos dosis de vacuna contra la hepatitis B, y que al menos 95% de la población de 50 años y más reciba su dosis anual de vacuna contra la influenza estacional.

Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud: 10 componentes

Esta estrategia tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinarán con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinarán con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud. Se implantará en colaboración con las familias, comunidades, medios de comunicación, sociedad civil, sindicatos, sector privado y distintos órdenes de gobierno. Esta estrategia cuenta con 10 componentes.

1. *Intervenciones por grupo de edad.* A través de este componente se ofrecerá un paquete de servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se otorgará de manera coordinada en todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Este paquete contempla acciones que han demostrado ser factibles de implantación y efectivas. Las intervenciones están agrupadas en cinco grupos poblacionales: niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años y adultos de 60 años y más. Cada intervención contempla acciones de cinco tipos: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y orientación en salud reproductiva.
2. *Conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud.* Este componente utiliza una Libreta de Salud como el instrumento que facilita a las personas y familias el conocimiento de los riesgos a la salud a los que están expuestas y definir un plan para manejarlos. Esta libreta permite construir el árbol genealógico de cada persona y familia, y conocer sus circunstancias de vivienda y trabajo, hábitos nutricionales, estilos de vida, y condiciones de trabajo, migratorias, educativas y de su red social.
3. *Programa Único de Promoción Educativa en Salud.* El propósito de este componente es crear una nueva cultura por la salud, y para conseguirlo se hará uso de las mejores metodologías de mercadotecnia social. A través de este programa se reforzarán los determinantes positivos de la salud, como la actividad física, la alimentación saludable, la reducción del consumo de tabaco y la seguridad vial. Asimismo brindará información que ayude a abatir los rezagos en salud y prepare a la población para responder ante posibles emergencias en salud pública, como la pandemia de influenza. Este programa contempla también la negociación de un acuerdo para regular la publicidad de productos que influyen en la salud dirigida a los niños.
4. *Reforma de la acción comunitaria para la salud.* Este componente busca reorientar la participación comunitaria, que será: informada, consciente, voluntaria, activa, organizada, relacionada y representativa. Estas características son condiciones irrenunciables para la creación de comunidades, municipios y entornos saludables.
5. *Fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.* La entrega local de servicios de salud implica la prestación de servicios de salud a la persona de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación, así como la prestación de servicios de salud no personales, dirigidos a la comunidad, como la promoción de la salud, la protección contra riesgos sanitarios y los servicios de vigilancia y control epidemiológico. El propósito de este componente es crear las condiciones para que todas las unidades pertenecientes al sector salud trabajen coordinadamente, actuando para modificar los determinantes del proceso salud-enfermedad. La atención integrada a las personas se ofrecerá por medio de redes de servicios que interactuarán de manera flexible por medio de diversos sistemas organizativos y de comunicación a través de los cuales deben fluir los pacientes en un proceso que asegure la continuidad de la atención. En el caso de los servicios de salud a la comunidad, estos los brindarán de manera coordinada las instituciones participantes en los acuerdos locales para la promoción de estilos de vida saludables, la protección contra riesgos sanitarios y la detección temprana de riesgos personales.

6. *Desarrollo de capital humano en salud pública.* Para poder cumplir con los objetivos planteados en esta estrategia es necesario contar con personal altamente capacitado. Con este fin, se realizará un diagnóstico nacional del personal de salud y se impulsará un programa de formación, capacitación y actualización dirigido principalmente al personal que se encuentra en las unidades de salud y las jurisdicciones sanitarias. Se creará también un consorcio para la profesionalización del personal que recibirá las aportaciones de reconocidas instituciones tanto nacionales como extranjeras que deseen compartir su experiencia en el desarrollo de capital humano y que será integrado a los programas de los institutos y universidades nacionales.
7. *Entornos favorables a la salud.* Este componente se orienta a la mejora de los ambientes en los que el individuo vive, estudia, trabaja, se ejercita y se divierte. Los entornos favorables a la salud son aquellos que reúnen ocho cualidades: seguros, higiénicos, libres de humo de tabaco, facilitan el acceso a alimentos nutritivos, facilitan realizar actividad física, tienen una buena señalización, ofrecen información y orientación visual, y cuentan con condiciones de accesibilidad para personas con capacidades diferentes. Se han identificado como prioritarios los siguientes entornos: viviendas, escuelas, sitios de trabajo, unidades de salud, transportes y lugares de esparcimiento.
8. *Políticas públicas saludables.* Este componente busca integrar la salud a las políticas públicas mediante acciones de colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Asimismo, busca la integración de los distintos órdenes de gobierno a esta estrategia, sobre todo el municipal, a través de la Red Mexicana de Municipios por la Salud.
9. *Abogacía y gestión intersectorial a favor de la salud.* Este componente está sustentado en las políticas públicas saludables y tiene como una de sus bases fundamentales escuchar a las personas de todos los sectores y apoyar sus expectativas de desarrollo. La convocatoria tiene como propósito construir políticas públicas favorables a la salud sustentadas en objetivos comunes, metas nacionales y acuerdos de acciones que den seguimiento cercano a la tarea que efectúe cada uno de los actores. Se buscará que en la convocatoria nacional estén involucrados académicos, sanitarios, servicios estatales de salud, instituciones de seguridad social, el resto del sector público que participa en las políticas públicas saludables, el sector privado y el sector social, incluyendo las organizaciones de la sociedad civil. Esta política se instrumentará mediante acciones y metas específicas y su seguimiento se efectuará a través del Consejo Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Este organismo será el mecanismo de gobernanza en donde se reunirán todos los actores comprometidos con esta estrategia y, a través de él, se efectuarán las tareas de concertación de acuerdos, seguimiento de acciones, ajustes del rumbo y rendición de cuentas.
10. *Generación de evidencias científicas para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.* Las actividades de este componente están encaminadas a generar datos, información y análisis que sirvan para la toma de decisiones, el seguimiento de acciones, la evaluación de iniciativas y la rendición de cuentas.

Atención integrada durante la infancia y la adolescencia

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia tiene como propósito desarrollar acciones integrales para promover la salud de los adolescentes haciendo énfasis en: i) diversos factores protectores y de riesgo; ii) los derechos de los adolescentes; iii) el género y iv) la promoción de la salud.

Aunque México ha logrado avances significativos en materia de salud en la infancia y la adolescencia, es necesario consolidar un modelo de atención integrada en las unidades de salud, particularmente en el primer nivel de atención.

Para garantizarle a toda la población infantil el acceso a servicios básicos de salud se reforzará el Programa de Atención a la Salud del Niño, cuya misión es asegurar la salud de las niñas y los niños menores de 10 años. El objetivo de este programa es elevar la calidad de vida de este grupo poblacional mediante el combate a los rezagos, el fortalecimiento de la equidad, y el incremento de la efectividad y la excelencia de la atención a la salud, principalmente en las unidades en las que se atienden los grupos poblacionales más pobres del país. Para ello se fortalecerá el acceso a servicios integrales a todo menor de 5 años que entra en contacto con los servicios de salud, independientemente de su condición de aseguramiento, residencia o capacidad de pago.

Adicionalmente se intensificarán las acciones para garantizar la entrega equitativa y universal a toda la población de servicios de atención perinatal, vacunación, vigilancia de la nutrición, prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, entre otros. Asimismo, se fortalecerán los Centros Estatales de Capacitación y la Estrategia de Reducción del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Paralelamente, se continuará con las Semanas Nacionales de Salud como una de las principales acciones de salud pública de cobertura amplia para otorgar en todo el territorio nacional todas las acciones integradas de atención primaria a la población infantil, cuyo eje central son las acciones de vacunación.

También se impulsará el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, que tiene como propósito desarrollar acciones integrales para la salud de los adolescentes en el primer nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. Este programa se implantará haciendo énfasis en: i) diversos factores protectores y de riesgo; ii) los derechos de los adolescentes; iii) el género y iv) la promoción de la salud. Este programa incluye acciones de prevención y promoción de la salud que permiten romper el círculo de enfermedad, pobreza y marginación en este grupo específico de la población. Estos cuatro enfoques permiten no sólo el desarrollo de acciones de atención de enfermedades, sino también de acciones dirigidas a incidir en factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el auto cuidado, el bienestar y la calidad de vida durante esta etapa de la línea de vida.

Finalmente, y como parte de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, se mantendrá la política de proporcionar, sin distinción de culto, raza, sexo o condición social, atención médica oncológica a todos los menores de 18 años con cáncer.

- Consolidar la regionalización operativa para optimizar las acciones de vacunación a nivel nacional, con la participación de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La meta es mantener la cobertura con esquema básico de vacunación completo en niños de uno a cuatro años de edad por arriba del 95%, con énfasis en los 100 municipios con menor IDH.
- Fortalecer las acciones de prevención de formas graves de tuberculosis en niños menores de 5 años manteniendo las coberturas de vacunación con BCG en los niveles óptimos (99%).
- Consolidar las acciones de vacunación dirigidas a mujeres en edad fértil para erradicar la rubéola congénita y el tétanos neonatal. La meta es reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal.
- Aplicar el esquema básico de vacunación para adultos mayores.
- Garantizar el abasto, conservación adecuada y distribución oportuna de las vacunas.
- Actualizar los diferentes subsistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Fortalecer los convenios de cooperación con organismos multilaterales y laboratorios de prestigio internacional, anticipando una posible pandemia de influenza, para contar con la vacuna contra esta enfermedad una vez que esté disponible.

2.5 Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia

Las infecciones comunes contribuyen cada vez menos a generar daños a la salud en nuestro país. Sin embargo, las poblaciones rurales, indígenas y de menores ingresos se siguen viendo afectadas por ellas, en particular por las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, a pesar de que existen medidas muy efectivas y poco costosas para prevenirlas y atenderlas. Por esta razón, la actual administración se propone:

- Actualizar la normatividad para la detección y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, con enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La meta es reducir en 25% la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.
- Promover la utilización de la terapia de rehidratación oral e impulsar la capacitación de las familias y los prestadores de servicios en su uso.

2.6 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal

La mortalidad infantil y materna se ha reducido de manera importante en las últimas décadas. Sin embargo, México ha alcanzado un nivel de desarrollo tal, que es posible reducir todavía más los valores de los indicadores relacionados con estos problemas de salud, para cumplir así con los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Con estos propósitos, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se plantea:

- Fortalecer las acciones que han demostrado una alta efectividad en la reducción de la mortalidad materna, como, por ejemplo, el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las muertes por hemorragia obstétrica o el uso del sulfato de magnesio como preventivo de crisis convulsivas en los casos de preclampsia severa o eclampsia. La meta es reducir la razón de mortalidad materna en 24%.
- Establecer acuerdos sectoriales y buscar alianzas con otras instituciones y programas

para mejorar el equipamiento, infraestructura y conectividad de las unidades públicas que ofrecen servicios de atención materno-infantil. La meta es reducir la tasa de mortalidad neonatal en 15%.

- Fortalecer la capacitación del personal de salud que desarrolla actividades de atención materno-infantil y optimizar su desempeño en las zonas más marginadas del país. La meta es incrementar a 92% la cobertura de atención del parto por personal calificado.
- Establecer redes de atención materno-perinatal de alto nivel resolutivo en los municipios que presentan mayor riesgo de muerte neonatal, en especial en los 100 municipios con menor IDH.

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva responsable

Además de implantar medidas específicas para el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), es importante promover una actividad sexual responsable que se constituya en el eje de una política nacional de planificación familiar. En el periodo de esta administración se desarrollarán diversas actividades dirigidas a cumplir con este objetivo, dentro de las que se incluyen:

- Implantar, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, una campaña permanente de educación sexual que favorezca el ejercicio de una sexualidad responsable y promueva el uso del condón entre los jóvenes.
- Fortalecer las estrategias de información y comunicación en planificación familiar, en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en los grupos de mayor riesgo y en particular la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico. La meta es incrementar a 75% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la mujeres unidas en edad fértil.
- Implantar un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente. La meta es reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes a 58 nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad.

Violencia de género y salud

En México seis de cada 10 mujeres han sufrido violencia alguna vez en la vida; y una de cada tres la ha sufrido en el último año. Además, la primera causa de años de vida saludable perdidos por las mujeres en México es la depresión unipolar mayor, que con gran frecuencia se asocia a la violencia de género.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública e instó a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud a tomar medidas para la atención no sólo de las lesiones que produce la violencia física sino también de sus efectos en la salud emocional, sexual y reproductiva.

Desde hace tiempo se reconoce que el impacto de la violencia sobre la salud de las víctimas es múltiple y se produce en muy diversos ámbitos: en el trabajo, el hogar, la escuela, la vida social y la vida pública.

Tanto los homicidios como los suicidios son más frecuentes entre los hombres. Estas formas de violencia son las más reconocidas a nivel social y llaman más la atención de las autoridades y los medios. Sin embargo, es necesario destacar la violencia que ocurre en los hogares y que afecta sobre todo a las mujeres, los menores, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes.

La violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran relevancia en México, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales, como por la presencia de fenómenos extremos de discriminación de género, como el feminicidio, que han puesto de relevancia los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez.

En México los indicadores con los que se cuenta permiten ya caracterizar a la violencia de género. He aquí algunos datos:

- seis de cada 10 mujeres ha sufrido violencia alguna vez en la vida;
- tres de cada siete mujeres han sufrido violencia de pareja, generalmente ejercida por hombres;
- una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja en el último año;
- la primera causa de años de vida saludable perdidos por las mujeres en México es la depresión unipolar mayor, que con gran frecuencia se asocia a la violencia de género.

La incorporación de acciones específicas para la atención de este problema en las instituciones de salud es aún incipiente. La encuesta más reciente realizada sobre este tema en nuestro país revela que sólo se detecta a 5% de las mujeres que viven en situación de violencia y apenas 1.5% acude para su atención a algún servicio especializado.

El Estado mexicano ha reconocido la importancia de este problema y la urgencia de su atención. En febrero de 2007 se emitió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se establece la concurrencia de los tres órdenes de gobierno, incluyendo a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en acciones para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. En cumplimiento de esta Ley General y de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 (Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar), corresponde a las instituciones del Sistema Nacional de Salud establecer acciones para prevenir y atender oportunamente la violencia familiar y de género con la finalidad de reducir su impacto en la salud de la población.

Como parte del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se tiene previsto la ejecución coordinada de acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, y la operación en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de servicios de atención médica y psicológica integral e interdisciplinaria y con perspectiva de género para las víctimas, apoyados en modelos institucionales desarrollados *ex profeso*.

2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), que contribuyen de manera importante a la carga de enfermedad entre la población de edad productiva, son susceptibles de prevención a través de la

promoción de prácticas sexuales responsables y protegidas. Con el fin de prevenir y controlar las ITS, la actual administración se propone:

- Incrementar la participación de la sociedad civil y las personas que viven con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en los programas dirigidos a la prevención de esta infección en las poblaciones clave de ma-

yor riesgo, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia asociada al VIH.

- Interrumpir la transmisión perinatal de VIH y sífilis asegurando el acceso a la información pertinente, pruebas de detección y tratamiento. La meta es ofrecer la prueba de detección de sífilis y VIH al 100% de las mujeres embarazadas que se atienden en las unidades del sector público y proporcionar a todas las que resulten positivas el tratamiento oportuno y adecuado para evitar la transmisión de esta infección al producto.
- Mantener el acceso universal a medicamentos anti-retrovirales y lograr que los pacientes tengan acceso universal a estudios de laboratorio de monitoreo, terapias para enfermedades oportunistas y acceso a servicios de salud certificados.
- Fortalecer las campañas de promoción de la salud sexual, con énfasis en los hombres que tienen sexo con hombres, personas dedicadas al trabajo sexual, usuarios de drogas inyectables y otras poblaciones clave, de tal forma que se prevenga la transmisión de VIH/SIDA y otras ITS. La meta es mantener la prevalencia de VIH por debajo de 0.6% en personas de 15 a 49 años de edad.

2.9 Prevenir y controlar la tuberculosis

La tuberculosis es una infección re-emergente de importancia creciente que afecta sobre todo a las poblaciones más pobres y a las personas con problemas de inmunodeficiencia, incluyendo a las personas con VIH. Este problema de salud pública se ha visto agravado por el desarrollo reciente de infecciones multi-resistentes, cuyo tratamiento es complicado y costoso. Con el fin de prevenir y controlar la tuberculosis, la actual administración se propone:

- Incrementar las estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento de los individuos con tos y flema, con énfasis en las áreas y poblaciones de mayor riesgo (personas con VIH, diabéticos, usuarios de drogas, indígenas, personas privadas de la libertad) y expandir la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

- Mejorar el sistema de información, consolidando sectorialmente el registro de casos y su vigilancia epidemiológica en la Plataforma Única de Tuberculosis (PUT). La meta es incrementar la curación de los casos de tuberculosis de 77 a 85% y reducir anualmente en 5% la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en personas de 15 años y más.

2.10 Establecer acciones para la prevención y atención del dengue, paludismo y rabia

En los últimos años se han podido controlar de manera efectiva diversos vectores involucrados en la transmisión de enfermedades infecciosas que causan daños importantes a la salud. El caso más notable es el del mosquito transmisor del paludismo, cuyo control permite pensar, de acuerdo con los estándares de la OMS, en la eliminación de esta enfermedad del territorio nacional. Es importante, sin embargo, no bajar la guardia, y con ese propósito se propone:

- Mantener actualizada la estratificación epidemiológica estatal del dengue y del paludismo mediante la identificación de nichos generadores y dispersores de transmisión. La meta es evitar 10% de los casos de dengue esperados anualmente y disminuir en 15% el número de casos nuevos de paludismo cada año.
- Controlar las fuentes de infección de dengue mediante la atención integral y permanente de áreas prioritarias y eliminar fuentes de infección de paludismo mediante el tratamiento periódico de casos y convivientes con seguimiento estricto por tres años. La meta para dengue es aplicar acciones integrales y permanentes en 18 ciudades de importancia epidemiológica, demográfica y económica del país, y en el caso del paludismo, tratar al 95% de los casos y sus convivientes.
- Promover la participación comunitaria en la eliminación de los criaderos de mosquitos vectores del dengue y del paludismo.
- Establecer planes de contingencia hospitalaria en caso de brotes de dengue y promover la acreditación de unidades médicas en la correcta atención de casos, así como la certificación de áreas libres de paludismo. La

meta es alcanzar y mantener la letalidad anual por dengue hemorrágico en menos de 1% y promover la certificación de la eliminación de la transmisión del paludismo en 15 entidades federativas.

- Proporcionar a las familias propietarias de perros y gatos un paquete gratuito de servicios de promoción de la salud y prevención de la rabia, así como controlar la sobrepoblación canina y felina fomentando la corresponsabilidad mediante una cultura de dueño responsable con la participación municipal. Además, se buscará reducir la población de perros sin dueño y ofrecer tratamiento específico gratuito en caso necesario a personas agredidas. La meta es mantener en cero los casos de rabia humana transmitida por perro y fauna nociva.

2.11 Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y médicas no prescritas

Además del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, México empieza a enfrentar un problema serio de consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas. Aunque hay un problema particularmente serio en la frontera norte, el consumo de drogas afecta ya a todas las entidades federativas y todos los grupos de población. En esta materia, la actual administración se propone:

- Integrar un Programa Intersectorial de Prevención y Combate contra las adicciones con la participación de todas las entidades federativas, instituciones y sectores relacionados con la prevención del abuso en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas.
- Suscribir convenios de colaboración con instituciones y sectores que fijen responsabilidades y permitan sumar esfuerzos en la atención de las adicciones.
- Impulsar políticas para la disminución de la demanda de drogas y prevenir las adicciones.
- Fortalecer la prestación de los servicios de atención a las personas adictas y sus familias.
- Promover la reinserción social de las personas que han presentado algún tipo de adicción a las drogas.

2.12 Impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular

Las principales causas de daños a la salud (diabetes, enfermedades cardio-vasculares, enfermedad cerebro-vascular, dislipidemias e hipertensión) comparten factores de riesgo (falta de actividad física y nutrición inadecuada) que es indispensable combatir y controlar a través de campañas de promoción de conductas saludables y control de riesgos específicos. Con este fin, la actual administración se propone:

- Consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud y prevención y control del sobrepeso, la obesidad, los riesgos cardio-vasculares y la diabetes. La meta es tener a 45% de los pacientes diabéticos e hipertensos bajo control y conformar por lo menos un grupo de ayuda mutua por tipo de padecimiento por unidad pública de salud.
- Consolidar la coordinación interinstitucional en materia de prevención, promoción y control del riesgo cardio-vascular y diabetes. La meta es incrementar en 15% la detección de riesgo cardio-vascular y diabetes en población mayor de 20 años.

2.13 Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama

Aunque la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha disminuido en los últimos años, México presenta cifras en este indicador mucho más altas que las de los países de la región con un nivel de desarrollo similar al nuestro. El cáncer de mama, por su parte, aunque muestra un comportamiento estable, sigue causando un número importante de muertes, sobre todo en las mujeres de 40 a 49 años de edad. Esto exige del fortalecimiento de acciones para la sensibilización de mujeres, hombres y personal de salud de todo el sector sobre la importancia de la prevención de ambos tipos de cáncer. Con el fin de reducir la mortalidad por estas causas se desarrollarán las siguientes acciones:

Anticipando una posible pandemia de influenza

La Secretaría de Salud ha estado conformando una reserva estratégica de insumos para enfrentar una posible pandemia de influenza. Esta reserva incluye antivirales específicos, vacunas, medicamentos para el tratamiento de las complicaciones, y equipo de vigilancia epidemiológica, laboratorio y bio-seguridad.

La influenza aviar es una enfermedad infecciosa producida por un virus que afecta a todo tipo de aves. Los virus de la influenza suelen ser específicos de especie. Esto significa que es muy raro que infecten a especies diferentes a las que constituyen su reservorio natural. De 1959 a la fecha se han producido 10 brotes de influenza aviar que han afectado a seres humanos. Los casos más recientes corresponden a infecciones con el virus H5N1, que se transmite por contacto directo y estrecho con aves enfermas o muertas. Estas infecciones se han controlado mediante la eliminación de las poblaciones de aves infectadas. A la fecha no se ha producido la transmisión de humano a humano, condición necesaria para el desarrollo de una pandemia.

No obstante esto, el peligro de una pandemia de influenza es real. Los escenarios más conservadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anticipan entre dos y siete millones de decesos, pero hay quien piensa que podrían llegar a producirse más de 150 millones de fallecimientos, cinco veces más que los producidos por el SIDA hasta la fecha.

En un esfuerzo por atenuar las repercusiones de un evento de esta naturaleza, la OMS ha estado emitiendo recomendaciones para elaborar planes nacionales de contingencia que permitan anticipar la ocurrencia de esta pandemia.

México cuenta con un Comité Nacional para la Seguridad en Salud cuya función esencial es proteger la salud de la población ante eventos de importancia epidemiológica y enfermedades emergentes, como la influenza estacional y la influenza pandémica. También dispone de un Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante Influenza Pandémica que comprende acciones de atención médica a la población afectada; vigilancia epidemiológica para detectar y atender con oportunidad los posibles brotes, e información y capacitación de la población sobre las medidas básicas de prevención y protección contra los riesgos de la influenza. Estas acciones están contempladas para llevarse a cabo en coordinación con todas las instituciones del sector salud, incluyendo las unidades de salud del sector privado.

En el marco de este plan, la Secretaría de Salud ha estado conformando una reserva estratégica de insumos para enfrentar una posible pandemia de influenza. Esta reserva incluye antivirales específicos; medicamentos para el tratamiento de las complicaciones; insumos y equipo de vigilancia epidemiológica y de laboratorio; equipo de bio-seguridad, y tecnologías de vanguardia para la comunicación en situaciones de emergencia. También ha establecido convenios de cooperación con organismos inter-gubernamentales y con laboratorios de prestigio internacional para la adquisición de la vacuna contra la influenza pandémica una vez que esté disponible. Asimismo, ha establecido unidades centinelas, distribuidas estratégicamente, que permiten identificar las cepas de virus circulantes en el país y hacer las caracterizaciones clínica y epidemiológica de los casos detectados. A través de esta red nacional de unidades centinela se estudia y da seguimiento a los casos probables de influenza, para conocer su comportamiento en la población e iniciar oportunamente las acciones de respuesta.

- Fortalecer las actividades de detección y atención de las lesiones precursoras y el cáncer cérvico-uterino invasor. La meta en esta materia es disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más con respecto a 2006.
- Fortalecer las actividades de detección temprana del cáncer de mama y focalizar las acciones de detección en la población de mayor riesgo. La meta en este rubro es incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años.

2.14 Impulsar medidas de promoción de una vialidad segura y que eviten lesiones no intencionales y discapacidades

México es ya un país abrumadoramente urbano. Uno de los problemas íntimamente relacionado al crecimiento de las ciudades es la vialidad insegura. En México, la mortalidad por accidentes de vehículo de motor se está incrementando, tanto en hombres como en mujeres. Para hacer frente a este problema creciente se desarrollarán las siguientes acciones:

- Diseñar e implantar, en coordinación con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), un programa de seguridad vial cuyo objetivo central es reducir la mortalidad por lesiones de causa externa no intencionales. La meta es reducir la mortalidad a 13 por 100,000 habitantes.
- Promover en la ciudadanía una cultura de prevención de accidentes que se centre en el uso del cinturón de seguridad, el respeto a los límites de velocidad y el control del consumo de alcohol entre los conductores.

2.15 Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia

Uno de los problemas de salud pública más importantes pero, hasta hace poco tiempo, menos visible, es el de la violencia familiar, que afecta sobre todo a las mujeres, niños, discapacitados y adultos mayores. Su prevalencia es creciente, pero son muy pocas las víctimas que lo denuncian y acuden a los servicios de salud para recibir la atención requerida. Con el fin de abatir este problema, la actual administración buscará:

- Impulsar una campaña de comunicación y prevención de la violencia familiar en coordinación con autoridades e instituciones de los sectores educativo, de seguridad pública y de procuración de justicia.
- Ampliar el acceso a atención médica y psicológica especializada a personas que vivan situaciones o sufran las consecuencias de la violencia familiar. La meta es incrementar de 3 a 20% la cobertura de atención médica y psicológica especializada a las víctimas de violencia familiar severa.

2.16 Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas

La globalización y los cambios ambientales que se han producido en las últimas décadas han generado nuevos retos a los sistemas de salud. Destacan dentro de ellos las urgencias epidemiológicas y los desastres naturales. Con el propósito

de fortalecer nuestra capacidad de respuesta ante estas eventualidades, se propone:

- Establecer una regionalización operativa del país, en coordinación con las áreas de protección civil, acorde a los riesgos a los que está sujeto el territorio nacional y brindar atención oportuna a la población afectada en caso de desastres provocados por fenómenos naturales o por el hombre.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de brotes y desastres en los estados y jurisdicciones sanitarias, así como la capacidad de respuesta ante las enfermedades emergentes y re-emergentes, y atender de manera oportuna las urgencias epidemiológicas y los efectos de los desastres. La meta de esta administración es alcanzar una cobertura de atención y seguimiento de brotes y atención de los efectos de los desastres del 80%.
- Instrumentar un sistema de detección oportuna de padecimientos epidemiológicos de interés en los puntos de entrada al país mediante el establecimiento de centros de revisión epidemiológica adecuadamente equipados en aeropuertos internacionales, puertos marítimos y fronteras terrestres. La meta es cubrir el 75% de los puntos de entrada del país.

3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud

Para mejorar las condiciones de salud de la población es necesario contar con servicios de salud efectivos y que garanticen la seguridad del paciente. Estos servicios, además, deben responder a las expectativas de los usuarios y ofrecerse en unidades dignas que cuenten con las características de infraestructura, equipamiento y recursos humanos y materiales adecuados para brindar servicios de salud de calidad a la población. Las unidades de salud deberán también tener los elementos necesarios para que los prestadores de servicios desempeñen sus funciones de forma satisfactoria y eficiente. Las líneas de acción que se desarrollarán en esta materia son las siguientes:

ESTRATEGIA 3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud

Líneas de acción

- 3.1 Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud
- 3.2 Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud
- 3.3 Impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica
- 3.4 Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas
- 3.5 Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación
- 3.6 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
- 3.7 Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica
- 3.8 Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica

3.1 Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud

Para avanzar en la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes es preciso contar con un sistema sectorial de calidad que incorpore la medicina basada en evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios hacia el usuario, y que vincule el financiamiento a los esfuerzos por la mejora de la calidad percibida. Con estos propósitos en mente, se propone desarrollar las siguientes acciones:

- Crear un Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, institucionalizar la constitución de comités estatales de calidad y apoyar a los comités de calidad en las instituciones de salud.
- Fortalecer la cultura de calidad en los establecimientos de salud mediante el reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud, la divulgación de la medicina basada en evidencias y la estandarización de cuidados de enfermería.
- Reestructurar y fortalecer el proceso de certificación de calidad de establecimientos y prestadores de servicios de salud para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud. Este proceso de certificación de calidad actualizado debe estandarizarse y ser competitivo internacionalmente.
- Acreditar las unidades de salud que prestan servicios al SPSS con criterios de capacidad, calidad y seguridad. La meta en esta materia es acreditar al 100% de las unidades que prestan servicios al SPSS.
- Incorporar en los convenios de gestión del SPSS compromisos de calidad vinculados a SICALIDAD.
- Fortalecer y consolidar la figura del Aval Ciudadano para construir ciudadanía 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.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales. La meta es que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.
- Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería. Las unidades médicas deberán realizar una revisión periódica de la calidad del expediente clínico.
- Favorecer el uso racional de los medicamentos y la creación de unidades de farmacia clínica.

En cada entidad federativa se incorporará un proyecto de uso racional de medicamentos e impulso a la farmacia clínica con acciones destinadas al prescriptor y al usuario.

- Medir de manera regular la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, surtimiento de medicamentos, confort y lista de espera para evaluar la calidad percibida y el conocimiento de los derechos de los ciudadanos en las unidades médicas. Asimismo, se medirá la satisfacción de los prestadores de servicios de salud. Para conocer las expectativas de los trabajadores de la salud y el compromiso con la calidad se elaborará una encuesta nacional.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud mediante el impulso y homogeneización a las alternativas a la hospitalización: unidades de cirugía de día, programas de atención a domicilio y cuidados terminales.

3.2 Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud.

El desarrollo de los instrumentos de calidad y la necesidad de contar con conocimientos específicos sobre la eficacia y eficiencia de las acciones en salud requieren de la incorporación a los programas académicos de formación de recursos humanos en salud de un componente sobre la calidad en los servicios de salud que fortalezca su preparación. Para ello, se propone:

- Promover la inclusión, en los programas docentes de técnicos, médicos y enfermeras, de un área dedicada a la calidad en salud.

3.3 Impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica

En la práctica médica la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica contribuyen a la mejora en la toma de decisiones clínicas promoviendo intervenciones seguras y efectivas. Asimismo, permiten la determinación de la capacidad resolutoria de las unidades médicas y orientan la planeación hacia la óptima utilización de los recursos. Con la finalidad de promover

la utilización de estos instrumentos se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Distribuir las guías de práctica clínica actualizadas en las unidades de atención a la salud de acuerdo a su nivel resolutorio.
- Brindar capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.
- Promover el uso de protocolos de atención médica acordes a las políticas y procedimientos de cada institución del sector salud.

3.4 Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas

Además de proporcionar servicios efectivos y seguros, los prestadores de servicios de salud deben informar a los pacientes sobre su condición y posibilidades de tratamiento, involucrarlos en todas las decisiones relacionadas con su salud, y, en todo el proceso de atención, respetar su dignidad y derechos humanos. Con el fin de garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se propone:

- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales al acceso a los servicios.
- Incorporar la perspectiva de género en los programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica.
- Incorporar la perspectiva de género en el programa de comunicación social de los programas prioritarios. Se incrementará gradualmente el porcentaje de campañas, mensajes y materiales de comunicación en salud que se elaboran con perspectiva de género.
- Capacitar al personal de salud especializado en la atención de personas con VIH/SIDA

en competencias sobre derechos humanos, estigma y discriminación. El objetivo es que todas las unidades especializadas en atención de personas con VIH cuenten con personal capacitado para brindar atención libre de estigma, homofobia y discriminación.

3.5 Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación

El arbitraje médico ayuda a fortalecer la rectoría dentro del sector salud, en particular la protección de los usuarios de los servicios. Además contribuye a la calidad y seguridad de la atención al estimular, mediante actividades de vigilancia, el buen desempeño de los prestadores de servicios de salud. Con el fin de consolidar el funcionamiento de la comisión nacional y las comisiones estatales de arbitraje médico, se impulsarán las siguientes acciones:

- Fortalecer las atribuciones y facultades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) relacionadas con la conciliación y el arbitraje con el fin de consolidar un modelo único de atención de inconformidades, desconcentrar su operación hacia las comisiones estatales y ampliar la cobertura de sus servicios.
- Promover el diseño y la utilización de guías clínicas relacionadas con las causas de controversia más frecuentes.
- Desarrollar investigaciones en el ámbito de su competencia para identificar causas y facilitar la aplicación de intervenciones.
- Difundir y aplicar en forma desconcentrada y en coordinación con las comisiones estatales, un modelo de atención de inconformidades basado en criterios estandarizados que facilite el respeto de los derechos de los pacientes.

3.6 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

Uno de los insumos fundamentales para garantizar una atención médica efectiva son los me-

dicamentos, cuyo abasto suficiente y oportuno ha sido motivo de preocupación tanto de las autoridades de salud como de los usuarios de los servicios de salud. En años recientes se han instrumentado, en las distintas instituciones del sector y en las entidades federativas, mecanismos innovadores para mejorar las diversas etapas de la cadena de abasto, desde los procesos de compra hasta la entrega de medicamentos al paciente. Sin embargo, todavía no se alcanza un nivel de abasto suficiente y constante en todas las unidades del sector. Con el fin de mejorar el surtimiento completo de recetas en las unidades públicas de salud, tanto ambulatorias como hospitalarias, la actual administración se propone:

- Difundir las innovaciones metodológicas recomendadas por la Secretaría de Salud para mejorar los procesos de planeación, compra y distribución de medicamentos e insumos para la salud. Con esto se busca optimizar el gasto en medicamentos en las instituciones públicas de salud.
- Establecer, con la participación de todas las instituciones públicas del sector, acuerdos y compromisos para lograr precios justos en la adquisición 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.
- Implantar modelos innovadores que faciliten la mejora de los procesos de prescripción de medicamentos en las unidades de salud del sector público.
- Establecer un mecanismo interinstitucional para el intercambio de medicamentos.

3.7 Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica

Para establecer una cultura de la bioética en México se hace necesario fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multi-sectorial sobre los temas vinculados con la salud humana y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud. La Comisión Nacional de

Bioética es la instancia responsable de definir las políticas nacionales en materia de bioética y fungir como órgano de consulta nacional en este campo. Asimismo, tiene la responsabilidad de fomentar la enseñanza de la bioética, promover que en las instituciones de salud públicas y privadas se organicen y funcionen comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación, y establecer y difundir los criterios que deben considerar estos comités en el desarrollo de sus actividades. En esta materia, la presente administración se propone:

- Promover el adecuado funcionamiento de los comités y comisiones de bioética de acuerdo a las disposiciones normativas aplicables.
- Emitir guías nacionales de apoyo para el funcionamiento de los comités de ética en investigación y hospitalarios.
- Establecer una estrategia educativa para los profesionales de la salud que promueva que los integrantes de los comités de bioética hospitalarios se capaciten en la materia.

3.8 Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica

La realidad operativa exige actualizar los instrumentos normativos en la operación, organización y protección de los derechos de los ciudadanos en los servicios de salud y en consonancia con las modificaciones a la Ley General de Salud y desde una perspectiva federalista. Con este fin se promoverá lo siguiente:

- Revisar y actualizar el marco normativo en materia de servicios de atención médica que permita su modernización conceptual y operativa en consonancia con la Ley General de Salud.
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud

El buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud obliga a anticiparse a los retos por venir; realizar ejercicios y desarrollar instrumentos de planeación para la definición de prioridades; generar información y evidencias que faciliten

la toma de decisiones; monitorizar y evaluar el desempeño de los servicios y programas, y poner en marcha mecanismos objetivos de rendición de cuentas. Con el fin de cumplir con estos requisitos, la actual administración de la Secretaría de Salud pondrá en marcha las acciones que se describen a continuación.

4.1 Promover la reestructuración organizativa de los servicios estatales de salud

Para poder cumplir de manera adecuada con sus obligaciones como cabeza de sector, la Secretaría de Salud debe concentrarse en el desarrollo de actividades de planeación estratégica, regulación de la atención a la salud, generación y recopilación de información, y evaluación del desempeño. Con el propósito de fortalecer las capacidades rectoras de las secretarías estatales de salud, la actual administración se propone:

- Promover la separación de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud a la persona en los servicios estatales de salud. Para 2010 las 32 entidades federativas deberán contar con una Secretaría de Salud y con estructuras específicas para la prestación de servicios. Esto basado en un marco jurídico que sustente la separación de funciones.
- Impulsar la separación de funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud a la comunidad de las funciones de prestación de servicios de salud a la persona en el ámbito local. Todas las jurisdicciones sanitarias del país deberán reorientar sus funciones hacia la provisión de servicios de salud pública.
- Promover la creación de unidades de vinculación y coordinación sectorial en los servicios estatales de salud.

4.2 Diseñar e instrumentar mecanismos innovadores para la gestión de unidades médicas y redes de servicios de salud

Las unidades de atención a la salud enfrentan un nivel de demanda tal que las obliga a agilizar sus procesos y adaptar constantemente sus modelos operativos a las cambiantes necesidades de salud

ESTRATEGIA 4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud

■ Líneas de acción

- 4.1 Promover la reestructuración organizativa de los servicios estatales de salud
- 4.2 Diseñar e instrumentar mecanismos innovadores para la gestión de unidades médicas y redes de servicios de salud
- 4.3 Priorizar las intervenciones en salud con base en un proceso institucional de evaluación clínica, ética, social y económica
- 4.4 Establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de recursos para la salud
- 4.5 Promover la evaluación de tecnologías para la salud
- 4.6 Integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
- 4.7 Actualizar el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
- 4.8 Facilitar el acceso a información confiable y oportuna, así como el desarrollo de la métrica e indicadores para la salud
- 4.9 Aprovechar la cooperación internacional en salud para contribuir a lograr los objetivos del sector

de la población. Una de las innovaciones que puede facilitar la adaptación de los servicios de salud a las nuevas y crecientes demandas de atención son las redes de servicios de salud. Estas redes permiten mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud, garantizar la continuidad del proceso de atención, y fortalecer la prestación complementaria y cruzada de servicios entre entidades federativas, instituciones y sectores. El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) establece los lineamientos generales y un nuevo paradigma de atención a la salud en el cual las redes de servicios constituyen un componente central. Las redes pretenden ofrecer una atención médica centrada en el paciente, efectiva, integral, oportuna, continua, y que respete la diversidad cultural de los usuarios de los servicios. Para aprovechar las bondades de estos nuevos esquemas de organización de los servicios de salud, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Promover la creación de redes de servicios de salud en todo el país.
- 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.

4.3 Priorizar las intervenciones en salud con base en un proceso institucional de evaluación clínica, ética, social y económica

Las evaluaciones clínicas, éticas, sociales y económicas facilitan la definición de prioridades, apoyan la toma de decisiones y contribuyen a la distribución eficiente de los recursos. En México, la utilización de las evaluaciones de intervenciones en salud ha sido muy incipiente. Sin embargo, la Ley General de Salud recomienda su uso en procesos tales como la actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y la definición de prioridades a financiar por parte del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud. Con el fin de atender estas recomendaciones, la actual administración se propone:

- Generar lineamientos y guías que permitan desarrollar evaluaciones clínicas y económicas estandarizadas para los distintos procesos de toma de decisiones en salud que por ley requieran de dichos estudios.
- Utilizar dichos lineamientos y guías para llevar a cabo las evaluaciones requeridas para definir las intervenciones que deben incorporarse al CAUSES y al grupo de intervenciones financiadas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

- Tomar en consideración los componentes ético y de aceptabilidad social en la definición de prioridades de intervención.

4.4 Establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de recursos para la salud

La transición demográfica y epidemiológica está dando lugar a retos inéditos que nos generan la obligación de anticiparnos a las nuevas demandas de atención, que requieren de mayores recursos financieros, recursos humanos capacitados en la atención de enfermedades no transmisibles, servicios con un alto contenido tecnológico y una infraestructura en salud más flexible. Para ello es necesario incorporar a la planeación, políticas con un enfoque integral que consideren las necesidades y posiciones de todos los participantes del sector. Con estos propósitos, se propone:

- Llevar a cabo los consensos necesarios con las autoridades de los organismos públicos descentralizados de las entidades federativas para implantar las estrategias jurídicas, administrativas, laborales y presupuestales para regularizar a los trabajadores que se encuentran laborando en condiciones precarias. La meta es instalar en cada una de las entidades federativas una subcomisión para la reglamentación de la contratación de recursos humanos.
- Definir las fuentes de financiamiento para la regularización del personal que está trabajando en condiciones precarias. Durante la presente administración se regularizará, en cada ejercicio presupuestal, al 20% de los trabajadores que laboran en condiciones precarias en los organismos públicos descentralizados de las entidades federativas.
- Describir, perfilar y validar los puestos de estructura dentro del Servicio Profesional de Carrera. Para el 2008, el 90% de los puestos de estructura del Servicio Profesional de Carrera de la Secretaría de Salud estarán descritos, perfilados y validados.
- Impulsar el desarrollo de instrumentos normativos que regulen la construcción y equipamiento de las unidades de atención a la salud así como la distribución de los recursos humanos. Con este propósito se integrará el

Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud (infraestructura, equipamiento y recursos humanos).

4.5 Promover la evaluación de tecnologías para la salud

El perfil epidemiológico actual y los avances científicos y tecnológicos conllevan a la utilización creciente de tecnologías para la salud, que incluyen medicamentos, dispositivos médicos e intervenciones clínicas, y cuya oferta, además, se ha incrementado de manera muy importante en las últimas dos décadas. Para garantizar que las tecnologías para la salud respondan a las necesidades de la población y evitar el uso inseguro y dispendioso de estos recursos, es necesario incorporar a la gestión de los servicios, procesos de evaluación de tecnologías para la salud que orienten su incorporación en los niveles local, regional y nacional. La presente administración se propone:

- Establecer y difundir la metodología para la evaluación de tecnologías para la salud en el Sistema Nacional de Salud.
- Evaluar las tecnologías para la salud antes de su incorporación a los servicios de salud.
- Aplicar la evaluación de tecnologías para la salud como un mecanismo de apoyo a la priorización de intervenciones de salud.

4.6 Integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

La estandarización de la atención a la salud contribuye no sólo a la calidad, la efectividad y la seguridad, sino también a la contención de costos. Por ello, es necesario establecer marcos de referencia que orienten y guíen los actos médicos en todas las unidades de atención. En esta materia se propone:

- Establecer la metodología para la elaboración consensuada de guías de práctica clínica con la participación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
- Elaborar, integrar, adaptar y mantener actualizadas las guías de práctica clínica, sustentadas en la mejor evidencia científica disponible y conforme a la priorización de necesidades de atención a la salud.

- Integrar y actualizar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica y favorecer su difusión, facilitando el acceso electrónico para su disponibilidad en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

4.7 Actualizar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

El Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud se compone de cuatro libros correspondientes a medicamentos, material de curación, auxiliares de diagnóstico e instrumental, y equipo médico, y se elabora a partir de los registros sanitarios correspondientes, que certifican la seguridad, calidad y eficacia de cada uno de estos insumos. Este cuadro es fundamental para desarrollar estrategias de planeación y adquisición. Los protocolos institucionales y las guías de práctica clínica apoyan la inclusión o retiro de los insumos para la salud en el cuadro básico o catálogo correspondiente. En este rubro la actual administración desarrollará las siguientes acciones:

- Reestructurar el proceso de actualización y clasificación del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
- Definir el proceso de depuración del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud para así excluir los insumos de acuerdo al Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
- Generar un mecanismo de difusión que permita a los usuarios del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud su óptima utilización.
- Incrementar el número de medicamentos incluidos en el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables

4.8 Facilitar el acceso a información confiable y oportuna, así como el desarrollo de la métrica e indicadores para la salud

El principal objetivo de los sistemas de información en salud es disponer de información confiable y oportuna para apoyar la toma de decisiones y, en consecuencia, mejorar la salud de la población. Gracias a las Leyes Estatales y Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental,

la aplicación de sistemas de consulta interactiva y la presión ejercida por los requerimientos de la reforma del sistema de salud, en los últimos años se produjeron avances muy importantes en esta materia. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para enriquecer el acervo de información con nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos, mejorar la calidad con la que se registra y distribuye la información, y la oportunidad con la que se pone a disposición de los usuarios. Con estos propósitos en mente, se propone:

- Ampliar y hacer más amigable y oportuno el acceso a la información en salud, aprovechando las oportunidades que brindan las tecnologías de la información y la Internet.
- Fortalecer el Sistema de Encuestas Nacional de Salud y el sistema de cuentas nacionales en salud. La meta en este rubro es realizar al menos una nueva encuesta nacional de salud entre 2008 y 2012, y contar con mediciones anuales de las cuentas nacionales y estatales de salud.
- Fortalecer la métrica de la salud empleando tanto indicadores tradicionales (mortalidad, prevalencia) como medidas de resumen (años de vida saludables perdidos, mortalidad evitable, cobertura efectiva).
- Realizar mediciones del peso de la enfermedad y cobertura efectiva del Sistema Nacional de Salud. En este sentido se hará una actualización bianual del peso de la enfermedad y de la cobertura efectiva del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar un sistema nacional de indicadores acorde con las necesidades del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

4.9 Aprovechar la cooperación internacional en salud para contribuir a lograr los objetivos del sector

La globalización ha incrementado la diseminación internacional de riesgos para la salud. Por esta razón es importante fortalecer las actividades de cooperación internacional. El estrechamiento de los lazos de cooperación internacional permitirá, además, desarrollar acciones para proteger la salud de nuestras poblaciones migrantes. En este orden de ideas se llevarán a cabo las siguientes acciones:

Respuestas a los retos en salud de la frontera norte

Los sistemas de salud de la frontera norte deberán diseñar estrategias de promoción de estilos de vida saludables; implantar iniciativas para la prevención, detección y control temprano de los riesgos emergentes; abatir de manera definitiva las enfermedades del rezago epidemiológico, y fortalecer las actividades de vigilancia epidemiológica, sobre todo aquellas que son de interés binacional.

El patrón de mortalidad de la franja fronteriza norte es muy similar al del país en su conjunto y también muy similar al de los cuatro estados fronterizos de la Unión Americana. En promedio, 88% de las muertes en los estados de la frontera norte se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones. Las principales causas de muerte también son similares a las del país en su conjunto: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. Cabe destacar, sin embargo, que las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles y lesiones de la frontera norte, en general, tienden a ser mayores que las tasas nacionales, en contraste con las cifras de mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades diarreicas o infecciones respiratorias en menores de 5 años, que, con excepción de Chihuahua, son muy inferiores a las nacionales.

Este patrón de daños a la salud se asocia a la emergencia de riesgos que, en su gran mayoría, están relacionados con hábitos de vida poco saludables. Dentro de estos riesgos destacan la mala nutrición, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales y las prácticas sexuales inseguras. La prevalencia de estos riesgos también es mayor en las entidades de la frontera norte que en el país en su conjunto.

Además de los padecimientos no transmisibles y las lesiones, la región fronteriza todavía presenta enfermedades del rezago que es necesario abatir ampliando el acceso a fuentes apropiadas de agua, sobre todo en Sonora y Baja California; extendiendo la infraestructura sanitaria, sobre todo en Tamaulipas; fortaleciendo las campañas de vacunación, en particular en Baja California, Chihuahua y Nuevo León, y mejorando la atención del embarazo y el parto, sobre todo en Chihuahua, que presenta una razón de mortalidad materna de 90, que es una de las más altas del país. En este último rubro también es importante fortalecer las acciones dirigidas a evitar los embarazos en adolescentes, que son particularmente comunes en la frontera norte.

Las enfermedades infecciosas, aunque en general están bajo control, requieren de una vigilancia estrecha, en particular aquellas que son de interés binacional, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la hepatitis. Es necesario, asimismo, seguir de cerca la evolución de otros riesgos microbianos, como el sarampión, el virus del oeste del Nilo y los virus asociados a la influenza aviar; los riesgos ambientales, sobre todo los plaguicidas y los contaminantes del agua y el aire, y los riesgos asociados al bio-terrorismo.

Para enfrentar estos retos, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos / Sección México (CSFME) implantará tres estrategias sustantivas y dos estrategias de apoyo en el periodo 2007-2012, a saber: i) la promoción de estilos de vida saludables, y el desarrollo de iniciativas para la prevención, detección y control temprano de los riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles y las lesiones; ii) el abatimiento de las enfermedades del rezago epidemiológico, en particular la mortalidad materna, que todavía afecta a algunos municipios fronterizos; iii) la vigilancia estrecha y atención de los riesgos infecciosos emergentes y re-emergentes, los riesgos asociados al bio-terrorismo y los riesgos ambientales; iv) la promoción del fortalecimiento del financiamiento de la atención a la salud, con énfasis en la movilización de recursos estatales adicionales, y v) el fortalecimiento de los sistemas de información sobre las condiciones de salud y los servicios de la salud en la franja fronteriza, y las iniciativas dirigidas a dar seguimiento y evaluar los programas binacionales desarrollados en la región.

- Fortalecer la colaboración y cooperación con las Comisiones de Salud Fronteriza México-Estados Unidos y México-Guatemala en los temas de vigilancia y control epidemiológico.
- Fortalecer los vínculos multilaterales y bilaterales para ofrecer y recibir cooperación internacional para cumplir los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*.
- Consolidar la organización y desarrollo de las Semanas Binacionales de Salud, que han ampliado el acceso de la población migrante a los servicios de salud en los Estados Unidos.
- Promover la afiliación de familias de migrantes al Seguro Popular de Salud, aprovechando las ventanillas de salud en consulados y embajadas en los Estados Unidos.
- Mejorar la atención otorgada a los connacionales enfermos en necesidad de ser repatriados.
- Fortalecer la participación activa de México en los principales organismos internacionales en salud, en particular en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Estas estrategias se implantarán a través de cinco programas prioritarios, a saber:

1. *Programa de Atención de Riesgos Emergentes en la Frontera Norte / Frontera Saludable 2010*. El objetivo de este programa es impulsar, en el marco de la agenda *Frontera Saludable 2010*, diversas estrategias dirigidas a enfrentar los riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en particular, la mala nutrición, el sedentarismo, la inseguridad vial, la hipertensión, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y las prácticas sexuales inseguras.
2. *Seguridad Epidemiológica en la Frontera Norte*. Este programa tiene tres componentes principales: i) el Proyecto de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas en la Frontera (BIDS, por sus siglas en inglés); ii) el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas para la Alerta Temprana (EWIDS, por sus siglas en inglés), y iii) las iniciativas para la vigilancia de la tuberculosis, el VIH/SIDA y la evolución de una posible pandemia de influenza.
3. *Semanas Binacionales de Salud*. Estas semanas son producto del esfuerzo coordinado de diversos organismos gubernamentales, instituciones académicas, organizaciones filantrópicas y organizaciones de la sociedad civil cuyo objetivo es atender ciertas necesidades de salud de los trabajadores migrantes (y sus familias) que no tienen acceso regular a servicios de salud, así como abrir un espacio para complementar los esfuerzos de Estados Unidos para proveer servicios de salud a estos trabajadores.
4. *Programa Fronterizo de Telemedicina*. Los objetivos de este programa son dos: i) brindar atención médica y constituirse en un apoyo a las acciones de salud pública en la región y ii) ser una instrumento de capacitación, difusión e información en la franja fronteriza. Los principales beneficiarios de este programa serán los habitantes de los municipios fronterizos que se encuentran alejados de los centros médicos de especialidad y los migrantes.
5. *Plataforma Binacional de Información en Salud México-Estados Unidos*. Este proyecto, que la CSFME está desarrollando en colaboración con la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud y el Centro Nacional para Estadísticas en Salud de EUA, tiene como objetivo crear una plataforma común de información para la frontera entre ambos países que cuente con información en salud actualizada y relevante, que facilite la comunicación entre los miembros de la Comisión y entre individuos y organizaciones del sector salud a lo largo y ancho de la frontera, y que permita llevar a cabo análisis históricos y proyecciones de la situación de la salud en la región.

5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud

Acercar los servicios de salud a las personas requiere de la colaboración de las diferentes instituciones del sector en materia de aprovechamiento de la infraestructura física y tecnológica instalada, insumos y recursos humanos, aprovechando las nuevas tecnologías de comunicación. A fin de dar respuesta a las demandas de servicios de salud a la persona, la presente administración desarrollará las siguientes líneas de acción:

5.1 Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de las Caravanas de la Salud (unidades móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios

Las Caravanas de la Salud articulan y respaldan los esfuerzos desarrollados por las instituciones prestadoras de servicios de salud para incrementar la “acercabilidad” de los servicios de atención a la salud. El concepto de “acercabilidad” implica el

ESTRATEGIA 5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud

■ Líneas de acción

- 5.1. Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de las Caravanas de la Salud (unidades móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios
- 5.2. Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias y promover su utilización de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población
- 5.3. Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas
- 5.4. Fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad
- 5.5. Promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud
- 5.6. Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad
- 5.7. Diseñar e instrumentar el Sistema Nacional de Trasplantes
- 5.8. Fortalecer la Red Nacional de Servicios de Sangre
- 5.9. Fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental
- 5.10. Ampliar el acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica a través del uso de telesalud

acceso a una atención integral y de mayor capacidad resolutoria de los problemas básicos de salud sin necesidad de realizar grandes desplazamientos, trámites o filtros. Supone la combinación de estrategias de atención ambulatoria especializada a nivel comunitario, telesalud y nuevas unidades de atención a la salud. La idea subyacente es que los servicios “sigan” a la gente. Las actividades que la actual administración desarrollará para ampliar el acceso regular a servicios de salud incluyen:

- Instrumentar el Programa Nacional de Caravanas de la Salud en las entidades federativas. La meta es contar en el 2010 con Caravanas de la Salud en todas las entidades federativas y atender a las localidades que hasta hoy han carecido de acceso a los servicios de salud.
- Alinear al Programa de Caravanas de la Salud con las diversas estrategias de ampliación de cobertura que operan en las entidades federativas.
- Instrumentar el modelo operativo de las Caravanas de la Salud de manera prioritaria en los municipios de menor índice de desarrollo humano.
- Afiliar al SPSS a toda la población beneficiaria de las Caravanas de la Salud.

- Impulsar el uso de la telesalud en el programa de Caravanas de la Salud.

5.2 Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población

Las medicinas tradicionales han sido utilizadas por la población mexicana desde hace siglos. A estas medicinas se han sumado en las décadas recientes las llamadas medicinas complementarias, que son utilizadas con una frecuencia creciente por toda la población. Con el fin de promover el uso racional de estas medicinas e incrementar su conocimiento, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se propone:

- Diseñar e instrumentar una política de capacitación para ampliar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementarias entre los prestadores y usuarios de los servicios de salud.
- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de medicina tradicional y complementaria en aquellas unidades de salud en las que exista demanda de estos servicios.

Caravanas de la salud

Las Caravanas de la Salud beneficiarán a 1.2 millones de personas que residen en cerca de 20 mil localidades que cuentan con acceso limitado a servicios de salud. Estas caravanas ofrecerán la mayor parte de los servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica ambulatoria incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular.

Para atender a las poblaciones que residen en zonas de difícil acceso se han implantado en México en los últimos 30 años diversos programas de atención itinerante. Destacan dentro de ellos el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa de Salud Rural (PSR), el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el componente de salud del programa *Oportunidades*.

Aprovechando la experiencia acumulada en esta materia y diversos desarrollos tecnológicos recientes, dentro de los que destaca la telemedicina, la actual administración desarrollará una nueva estrategia de atención itinerante que beneficiará a 1.2 millones de personas que habitan en alrededor de 20 mil localidades que cuentan con problemas de acceso regular a servicios integrales de salud. Esta estrategia se denominará Caravanas de la Salud.

Las Caravanas de la Salud son una iniciativa federal que busca acercar los servicios de salud a las localidades remotas de nuestro país mediante la combinación de estrategias de atención ambulatoria itinerante, telemedicina y construcción de nuevas unidades de atención a la salud. La idea subyacente es que los servicios "sigan" a la gente. Esta iniciativa complementa los esfuerzos desarrollados por la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y otras instituciones prestadoras de servicios de salud para consolidar las redes de servicios de salud. Busca contribuir asimismo al reordenamiento, coordinación e integración de todas las acciones de ampliación de cobertura que ya se realizan en las entidades federativas.

Las Caravanas de la Salud estarán conformadas al menos por un médico, una enfermera y un promotor. Estos equipos ofrecerán una amplia cartera de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención básica, puerta de entrada al CAUSES. En los intervalos entre visitas, estas familias serán atendidas por auxiliares de salud comunitarias adscritas a una casa de salud.

En apoyo a los equipos itinerantes, se integrarán unidades móviles con servicios de odontología, radiología dental, laboratorio de química seca y ultrasonido, que se ubicarán en las redes de servicios a las cuales se integrarán las Caravanas. Las unidades móviles, que estarán acreditadas, tendrán acceso a servicios de telemedicina conectados a hospitales estratégicos. Estos servicios se utilizarán con fines diagnósticos, terapéuticos y de capacitación de personal.

Es importante destacar que todas las familias beneficiarias de las Caravanas de la Salud se afiliarán al Sistema de Protección Social en Salud.

5.3 Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas

Además de la desigual distribución de los recursos y servicios para la salud, que afecta de manera especial a los grupos indígenas, otra causa del rezago en salud en el que se encuentran estas poblaciones es la falta de programas y políticas integrales de atención a su salud. Como parte de una estrategia dirigida a resolver esta carencia, la actual administración se propone:

- Crear un grupo de coordinación sectorial para alinear los distintos esfuerzos de atención a la salud de las poblaciones indígenas. Este grupo, entre otras funciones, diseñará un sistema de indicadores de seguimiento para la toma de decisiones.

- Orientar recursos financieros para la atención de las necesidades de salud de la población indígena. Con este propósito se fortalecerán los esfuerzos para incorporar a la población indígena al SPSS.
- Realizar la Encuesta Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

5.4 Fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad

El desarrollo de las tecnologías médicas y la mayor conciencia social sobre las necesidades de las personas con discapacidades, permite ofrecer mayores alternativas de prevención, tratamiento, rehabilitación y re-adaptación de

espacios y servicios de salud a las personas que forman parte de esta población. Considerando la enorme importancia que para la sociedad tiene el prevenir la discapacidad y promover mejores opciones de atención integral a las personas con discapacidad, la actual administración se propone:

- Concertar acuerdos de colaboración con organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, para el desarrollo de acciones y proyectos que beneficien a las personas con discapacidad, incluyendo la eliminación de barreras arquitectónicas, culturales y sociales que favorezcan el acceso a los servicios a estas personas.
- Emitir la clasificación de discapacidades y coordinar el diseño e implementación del Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad.
- Proporcionar a las familias de las personas con discapacidad el entrenamiento requerido para facilitar los procesos de integración social de sus familiares discapacitados.
- Establecer alianzas con las instituciones de todo el sector salud para asegurar la dotación de suplementos a mujeres en edad fértil que contribuyan a prevenir defectos al nacimiento. La meta es asegurar que al menos 50% de las mujeres en edad fértil reciban suplemento con ácido fólico y disminuir en 30% el número de casos de defectos del tubo neural al nacimiento con respecto a lo registrado en el 2006.
- Impulsar un programa en las instituciones del Sistema Nacional de Salud para la detección de displasia congénita de cadera y casos de pie equino varo congénito. La meta es detectar 100% de los casos de displasia congénita de cadera y brindar atención a 100% de casos de pie equino varo congénito.
- Impulsar en todas las instituciones del sector salud un programa de detección temprana de alteraciones auditivas en el recién nacido.
- Impulsar programas institucionales de detección oportuna y tratamiento adecuado para reducir la prevalencia de enfermedades reumáticas discapacitantes.

5.5 Promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud

La segmentación del Sistema Nacional de Salud ha traído como consecuencia, entre otras cosas, un uso muy deficiente de los recursos humanos especializados, infraestructura y equipo de las unidades públicas de salud. Con el fin de abatir este problema la actual administración se propone:

- Desarrollar lineamientos para el establecimiento de convenios interestatales e interinstitucionales de colaboración y compensación cruzada para el mejor aprovechamiento de la infraestructura, tecnología, equipamiento y recursos humanos con base en el Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud.
- Planear, organizar, desarrollar y evaluar las acciones dirigidas al diseño y desarrollo de modelos de asistencia social, en los tres órdenes de gobierno, los organismos de la sociedad civil y las instituciones públicas y privadas.

5.6 Consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad

La medicina de alta especialidad está dirigida a atender daños a la salud de baja frecuencia e involucra el empleo de una combinación de procedimientos clínicos y quirúrgicos que requieren de tecnología de última generación y alto costo, así como de equipos profesionales multidisciplinarios. Con el fin de fortalecer la atención médica de alta especialidad, la actual administración se propone:

- Integrar funcionalmente todas las unidades de alta especialidad del sector mediante la creación de una red de servicios de alta especialidad.

5.7 Diseñar e instrumentar el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT)

La terapéutica del trasplante requiere contar con un sistema donde las estructuras se encuentren

fortalecidas, integradas y coordinadas, para permitir ofrecer las medidas sustitutivas en forma eficiente, efectiva y con una adecuada relación costo-efectividad. Este sistema debe contar con tres componentes básicos: un programa hospitalario de trasplantes, una red nacional de donación y distribución de órganos y tejidos, y un marco normativo. A través del programa hospitalario se asignan responsabilidades diferenciadas al personal médico, paramédico y quirúrgico, y se definen los criterios de inclusión y manejo de cada paciente, así como los criterios de aceptación de órganos referidos de otras unidades médicas. La red de donación y distribución de órganos y tejidos está compuesta por un conjunto de hospitales articulados a través de una normativa clara que permite la distribución eficiente y transparente de los órganos, tejidos y células. Finalmente, la estructura normativa establece las competencias y responsabilidades de todos los actores del sistema de trasplantes. Con el propósito de ofrecer servicios de trasplantes equitativos, transparentes y costo-efectivos en el Sistema Nacional de Salud, se propone:

- Integrar un diagnóstico sobre las necesidades de trasplantes en el país, involucrando a las coordinaciones de trasplantes de todas las instituciones del sector. Para 2009 se contará con un documento integral que describirá las necesidades del país en materia de trasplantes.
- Integrar una red de hospitales proveedores de órganos y tejidos que optimice los recursos disponibles a través de acuerdos que clasifiquen su distribución. Cada hospital de la red deberá contar con licencia para disponer de órganos, tejidos y células con fines de trasplante y tendrá un comité interno de trasplantes.
- Reestructurar el sistema de información que permita ejercer la rectoría y contar con información útil para la planeación y desarrollo del Sistema Nacional de Trasplantes. El sistema de información permitirá generar información oportuna sobre la situación de los trasplantes de órganos, tejidos y células en México para facilitar la toma de decisiones.
- Capacitar al personal médico y paramédico en la integración de los servicios de donación y obtención de órganos y tejidos con fines de trasplante.

5.8 Fortalecer la Red Nacional de Servicios de Sangre

La disponibilidad de la sangre y sus componentes es un asunto de orden público e interés nacional porque se trata de productos irremplazables cuya única fuente de obtención es el ser humano. Se trata además, de bienes que deben ofrecerse en condiciones de equidad, humanidad y responsabilidad social.

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) es el organismo rector responsable de dictar las normas relativas a la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución eficiente, oportuna, segura y el uso clínico de la sangre y sus componentes, incluyendo las células progenitoras hematopoyéticas. La función operativa recae en una red de servicios de sangre bajo la supervisión del Estado.

Con el fin de garantizar la autosuficiencia, oportunidad y seguridad de la sangre y sus componentes, tanto para donadores como para receptores, la actual administración se propone:

- Promover la donación voluntaria como la única fuente segura de obtención de sangre. La meta en esta materia es incrementar en 50% el número de donaciones voluntarias.
- Regionalizar los servicios de sangre con criterios de integración en redes de atención. En 2007 dará inicio la instrumentación de un programa de integración regional para mejorar el acceso de la población a sangre segura y sus componentes.
- Fortalecer la seguridad de los componentes sanguíneos a través de la armonización del marco jurídico-administrativo federal y estatal. Se estudiará toda la sangre captada haciendo uso de los marcadores serológicos obligatorios.

5.9 Fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental

Los crecientes problemas de salud mental que afectan a la población mexicana exigen del desarrollo de modelos innovadores de atención, tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario. Esto requiere de la movilización de mayores recursos para la atención de estos problemas, la formación

de personal especializado y el diseño de fórmulas que faciliten la participación de la población en la detección y apoyo de las personas afectadas. Con el propósito de fortalecer los modelos innovadores de atención a la salud mental se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Integrar una red nacional de salud mental, conformada por unidades especializadas de atención, organizadas bajo un modelo comunitario.
- Reorganizar y fortalecer la atención en salud mental del sector, para que se brinde atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación especializada de pacientes con trastornos mentales.
- Implantar estructuras de hospitalización, breve como villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales en todas las entidades federativas.
- Instrumentar programas de rehabilitación psico-social (talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y centros básicos de abasto) dentro de las unidades hospitalarias y fuera (casas de medio camino, cooperativas mixtas, talleres protegidos, departamentos independientes, residencias para adultos mayores).
- Incorporar al CAUSES intervenciones que respondan a las principales necesidades de servicios de salud mental.

5.10 Ampliar el acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica a través del uso de la telesalud

Los servicios de telesalud basados en tecnologías telemáticas contribuyen a la cobertura universal fortaleciendo la integración de las redes de servicios, ampliando el acceso a servicios de salud de especialidad y extendiendo las posibilidades de educación para los prestadores de servicios de salud. Con el fin de aprovechar los avances en la materia de telesalud se propone:

- Desarrollar estándares y normas que permitan transferir información entre las diversas unidades e instituciones del sector, asegurando la interoperabilidad y la seguridad de la información de los usuarios. La meta para

2010 es contar con un marco normativo y legal para el intercambio electrónico de información en salud.

- Asegurar el acceso de los usuarios a servicios de telesalud en diferentes entornos. Para el año 2012 se contará con procesos claves de atención y de gestión apoyados por servicios electrónicos dentro del sector.
- Asegurar la participación activa y el acceso de los pacientes y las personas a los servicios de telesalud interactivos.

FINANCIAMIENTO EQUITATIVO Y SOSTENIBLE

6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud

Las acciones de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades necesarias para enfrentar los nuevos retos a la salud requieren de un financiamiento protegido que garantice su sustentabilidad de largo plazo. Las líneas de acción que implantará esta administración en esta materia son las siguientes:

6.1 Fortalecer las fuentes de financiamiento de los procesos de autorización, registro y verificación asociados a la protección contra riesgos sanitarios

Actualmente las actividades de autorización y registro sanitarios se financian tanto con recursos públicos como con recursos provenientes del cobro de derechos. En contraste, las actividades de verificación se financian primordialmente con recursos públicos, lo que impide que se responda con la misma eficacia y agilidad a los requerimientos de la población y la industria.

Para garantizar una protección eficaz contra los riesgos sanitarios es necesario que todos los procesos involucrados en esta tarea cuenten con un financiamiento adecuado. Con este propósito, la actual administración llevará a cabo las siguientes acciones:

ESTRATEGIA 6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud

■ Líneas de acción

- 6.1 Fortalecer las fuentes de financiamiento de los procesos de autorización, registro y verificación asociados a la protección contra riesgos sanitarios
- 6.2 Promover mecanismos para fortalecer las finanzas municipales para hacer frente a sus responsabilidades sanitarias
- 6.3 Impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud que tienen un impacto nacional
- 6.4 Establecer reglas claras de concurrencia de recursos federales y estatales para financiar acciones de salud comunitaria que tienen un impacto regional

- Impulsar una revisión a la Ley de Federal de Derechos para incorporar mecanismos de financiamiento que fortalezcan los procesos de autorización, registro y verificación en materia de protección contra riesgos sanitarios.

6.2 Promover mecanismos para fortalecer las finanzas municipales para hacer frente a sus responsabilidades sanitarias

Los municipios requieren contar con la capacidad financiera para hacer frente a diversas funciones y servicios públicos que tienen a su cargo por mandato constitucional y que inciden sobre la salubridad local, contándose entre los principales la provisión de agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de aguas limpias y residuales, y el manejo de residuos sólidos, entre otros.

Las fuentes de financiamiento de los municipios incluyen recursos federales, recursos federalizados, recursos estatales y aquellos recursos propios que provienen del ejercicio de sus potestades tributarias dentro de su ámbito jurisdiccional.

Con el propósito de fortalecer las actividades de salubridad local, en la actual administración se procederá a:

- Promover la revisión de los instrumentos de financiamiento con que cuentan los municipios para cumplir con sus responsabilidades sanitarias y, en su caso, impulsar adecuaciones para facilitarles dicha tarea.
- Fortalecer los mecanismos de coordinación y colaboración entre órdenes de gobierno, tales

como el Consejo Nacional de Salud, las jurisdicciones sanitarias y otras instancias pertinentes.

6.3 Impulsar la continuidad presupuestal de los recursos para financiar los bienes públicos de la salud que tienen un impacto nacional

La protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud, son ejemplos de bienes públicos en salud que tienden a ser generados en un nivel inferior al requerido por la sociedad cuando su producción se deja a las fuerzas del mercado. Por esta razón, es importante generar mecanismos de financiamiento que garanticen su suficiencia y adecuada distribución entre toda la población. Estos mecanismos, además, deben evitar la duplicidad de esfuerzos entre instituciones públicas. En este contexto, es necesario diferenciar los recursos que financian los bienes públicos de la salud de los recursos que financian los servicios de salud a la persona, así como impulsar la continuidad presupuestal de dichos recursos mediante una visión sectorial y fortaleciendo la coordinación de las instituciones públicas en la generación y distribución de estos bienes. Para ello, la presente administración se propone:

- Promover la conformación de un fondo único en el orden federal para el financiamiento de los bienes públicos de la salud de todas las instituciones públicas del sector bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
- Establecer mecanismos de identificación y análisis comparativo de costos, efectividad y

alcance de beneficios para monitorear el adecuado financiamiento para la generación de nuevas intervenciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.

6.4 Establecer reglas claras de concurrencia de recursos federales y estatales para financiar acciones de salud comunitaria que tienen un impacto regional

No todos los bienes públicos de salud tienen un impacto nacional. Algunos tienen un alcance local o regional y dependen para su financiamiento de los esfuerzos de las autoridades locales, la capacidad económica de la población en cada localidad o región y los arreglos institucionales, que permiten canalizar recursos de los distintos niveles de gobierno. Para fortalecer el financiamiento de los bienes públicos de la salud que tienen un alcance local o regional, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se propone:

- Revisar y actualizar el marco regulatorio vigente para definir claramente las responsabilidades ejecutivas y administrativas de cada orden de gobierno en el financiamiento de los bienes públicos de la salud que tienen un impacto local.
- Revisar y, en su caso, modificar los mecanismos de asignación de recursos federales y federalizados para incorporar incentivos que garanticen la producción de estos bienes en cantidades suficientes, tomando en cuenta los niveles de

esfuerzo y capacidad fiscales de las distintas localidades y regiones.

- Instrumentar los acuerdos de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad, respecto al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona

El fin último de todo sistema de salud es lograr más y mejor salud para la población. Sin embargo, el derecho a la protección de la salud trasciende los límites de la prestación de servicios. El Estado debe garantizar también la protección de la economía de los usuarios de los servicios de salud. El sistema mexicano de salud moderno, que nace en 1943, con la creación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y el IMSS, ha garantizado el derecho a la protección de la salud sólo a los trabajadores del sector formal de la economía. El SPSS nace precisamente con el objetivo de extender ese derecho al resto de la población mexicana. Con el fin de consolidar las acciones dirigidas a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en México, la actual administración llevará acciones de ampliación de la cobertura de atención y diversas iniciativas orientadas a ampliar la protección financiera de las familias mexicanas. Dentro de las acciones que se desarrollarán en este último rubro se cuentan las siguientes:

ESTRATEGIA 7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona

■ Líneas de acción

- 7.1 Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS
- 7.2 Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país
- 7.3 Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos

Financiamiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* incorpora una línea de acción cuyo objetivo es diseñar un mecanismo para garantizar un financiamiento adecuado de las actividades de rectoría, información, investigación, formación y capacitación de recursos humanos y, de manera muy especial, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Las reformas del financiamiento del sector de la salud que se produjeron en América Latina en los años ochenta tuvieron como principal objetivo movilizar recursos adicionales para la atención de la salud. Estas reformas se revisaron a la luz de nuevas propuestas de desarrollo que buscaban crecimiento con equidad. Del objetivo explícito de buscar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud se pasó a tratar de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

Tradicionalmente se han identificado cuatro mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud: impuestos generales, contribuciones a fondos de seguridad social, seguros privados de salud y pago de bolsillo. Cada uno de estos mecanismos presenta ventajas y desventajas en términos de los logros de los objetivos de sostenibilidad financiera, accesibilidad, equidad y eficiencia. Estos mecanismos de financiamiento también influyen de manera muy diferente en la oferta de servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La reforma de la atención de la salud de los años noventa en Colombia, por ejemplo, favoreció la creación de mecanismos de aseguramiento que privilegiaron la atención médica curativa y descuidaron las actividades de salud pública, incluyendo la vacunación, cuyas coberturas presentaron caídas muy importantes.

En México la reforma a la Ley General de Salud aprobada en 2003 dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Este sistema explícitamente separa el financiamiento de los servicios de salud a la persona del financiamiento de los servicios de salud a la comunidad o servicios de salud pública. El SPSS, de hecho, crea un fondo específico para financiar los bienes públicos de la salud, que incluyen la rectoría, la información, la investigación, la formación de recursos humanos y los servicios de salud a la comunidad. Este fondo se denomina Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC). El problema es que a diferencia de los otros fondos (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos), que financian el CAUSES y el paquete de intervenciones catastróficas del Seguro Popular de Salud, el FASSC no cuenta todavía con reglas claras para su conformación y operación.

Es en este contexto que el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* incorpora una línea de acción cuyo objetivo final es diseñar un fondo centralizado para garantizar un financiamiento adecuado y estable de las actividades de rectoría, información, investigación, formación y capacitación de recursos humanos y, de manera muy especial, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Este fondo debe contar con una estructura programática propia. A esta tarea también deberán sumarse las instituciones de seguridad social, que deben incrementar sus aportaciones al financiamiento de estos bienes públicos.

7.1 Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS

La actual administración reconoce a los niños como una población que requiere de atención especial. Por esa razón implantará iniciativas para atender de manera prioritarias las necesidades de los niños en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, y atención médica curativa. Con este propósito, se propone:

- A través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, establecer los criterios normativos y mecanismos operativos para instrumentar el Seguro Médico para una Nueva Generación. La meta es afiliar al SPSS al 100% de las familias sin seguridad social que tengan niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 y que así lo soliciten.
- Ampliar la cobertura de intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación para la población beneficiaria del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Seguro Médico para una Nueva Generación

El 1° de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, que utiliza como vehículo financiero al Sistema de Protección Social en Salud, es de cobertura amplia y opera en un contexto de colaboración institucional.

La salud de los niños es uno de los bienes más preciados de toda sociedad. La buena salud de los niños influye de manera positiva en su rendimiento educativo, tiene un efecto significativo en su capacidad productiva en la edad adulta y determina, por lo mismo, las condiciones futuras de esa generación.

Dentro los compromisos internacionales que nuestro país ha contraído en materia de salud se encuentra la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años. Para cumplir con este compromiso, que forma parte de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2015 no deberán producirse más de 15 defunciones en este grupo de edad por 1,000 nacidos vivos. Para alcanzar esta meta es indispensable generar acciones dirigidas a garantizar una adecuada atención de los recién nacidos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños.

Como parte de estas acciones, el 1° de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación, cuyo objetivo general es reducir la carga de enfermedad y discapacidad en los recién nacidos y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida. Este seguro utiliza como vehículo financiero al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), es de cobertura amplia y opera en un contexto de colaboración institucional. En términos operativos esto se traduce en las siguientes acciones:

- La búsqueda intencionada de nacimientos incluso en localidades remotas para así afiliar a todos los recién nacidos a este nuevo seguro.
- El establecimiento de módulos de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación en todos los hospitales en donde se atienden partos y en los Registros Civiles.
- La firma de convenios con otras instituciones de salud para garantizar que todos los niños afiliados a este seguro tengan acceso a servicios integrales de salud incluso en zonas en donde no se cuente con unidades de los Servicios Estatales de Salud.
- La ampliación del paquete de beneficios del SPSS para los niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación. Además de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y de las intervenciones financiadas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se incorpora el tratamiento de 17 padecimientos congénitos y adquiridos de los aparatos cardiovascular, digestivo, urinario y de la columna vertebral.

7.2 Consolidar un financiamiento equitativo de la atención médica mediante el establecimiento de una cuota social, a cargo del Gobierno Federal, para todas las familias del país

La reforma de 2003 a la Ley General de Salud estableció una cuota social con cargo al gobierno federal para financiar parcialmente la prestación de servicios de salud para la población sin seguridad social. Por otra parte, la reciente aprobación de la Nueva Ley del ISSSTE establece una cuota social para el financiamiento de las prestaciones médicas a las que tienen derecho los asegurados por dicha institución. De esta manera y considerando que el esquema del financiamiento del

IMSS ya cuenta con una cuota social con el mismo fin, en 2011 se hará efectiva la universalización de una cuota social para el financiamiento de la atención médica para toda la población del país. Esta universalización nos permitirá avanzar hacia una verdadera integración financiera de las instituciones públicas de salud. Para avanzar en este sentido, es necesario:

- Promover la separación efectiva del financiamiento y la prestación de los servicios en todas las instituciones públicas de salud;
- Impulsar la unificación de la cuota social bajo criterios de aplicación homogéneos.
- Revisar y, en su caso, modificar la importancia relativa de la cuota social en la mezcla de recursos que financia la atención médica.

7.3 Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad en un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos

Los servicios de salud de alta especialidad presentan dos características que influyen de manera importante en sus mecanismos de financiamiento. En primer lugar, estos servicios se demandan con poca frecuencia, comparados con los servicios de medicina familiar o los servicios hospitalarios de segundo nivel. Esto dificulta la conformación de una cartera de riesgos lo suficientemente grande para minimizar el costo total que la prestación de estos servicios genera para el sector público. En segundo lugar, los servicios de alta especialidad tienen costos considerablemente más altos que el resto de los servicios de salud, por lo que las variaciones inesperadas en dichos costos pueden poner en riesgo la salud financiera de cualquier institución.

Para incrementar la eficiencia con la que el sector público presta servicios de salud de alta especialidad, y eliminar los efectos de la selección adversa, que actualmente castiga a los prestadores públicos que ofrecen un mejor servicio y una cobertura más amplia es necesario:

- Establecer un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos, que permita la mancomunación de riesgos para todas las instituciones públicas de salud y, por lo tanto, la minimización de los costos asociados a dichos servicios; y,

- Definir de manera explícita los criterios que se utilizarán para incorporar intervenciones específicas a este fondo sectorial.

GENERACIÓN DE RECURSOS SUFICIENTES Y OPORTUNOS

8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector

La revolución de las tecnologías de la información y las comunicaciones ha permitido acercar los servicios a las poblaciones remotas, e integrar y hacer más eficientes las unidades de atención a la salud. También ha ampliado los espacios de comunicación entre los pacientes y los prestadores de servicios de salud. Las líneas de acción que implantará esta administración en esta materia son las siguientes:

8.1 Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud pública

Al igual que el Sistema Nacional de Salud, el sistema de información en salud (SIS) de México está fragmentado. A pesar de que desde hace tiempo se cuenta con instancias de coordinación que permi-

ESTRATEGIA 8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector

■ Líneas de acción

- 8.1. Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud pública
- 8.2. Brindar a la población acceso a información de salud actualizada y fidedigna a través de las tecnologías de la información
- 8.3. Impulsar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para promover la eficiencia y la transparencia en los procesos administrativos del Sistema Nacional de Salud
- 8.4. Modernizar las tecnologías de la información y las telecomunicaciones del Sistema Nacional de Salud
- 8.5. Establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios

tirían publicar información sectorial, técnicamente el SIS no ha podido integrarse. Esto ha dado lugar a una gran heterogeneidad institucional en materia legal, fuentes, recursos y tecnología de información. Frente a este panorama, es necesario trabajar en la unificación del sistema de información. Para ello se requiere reconocer que la información debe basarse en la persona y no en el registro de eventos, como actualmente sucede, y consolidar los subsistemas de información dentro y entre las instituciones y sectores. Con este propósito en mente, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* propone:

- Establecer una plataforma tecnológica (*hardware y software*), que sirva de base para todos los sistemas de información del sector salud. Durante esta administración se impulsará la homologación de la tecnología informática en todas las entidades federativas y todas las instituciones de salud.
- Establecer una infraestructura común de telecomunicaciones y bases de datos que permita la comunicación entre todas las entidades federativas y todas las instituciones de salud.
- Desarrollar una estrategia de implantación gradual que vaya unificando los subsistemas de información existentes en las instituciones del sector (contenidos, criterios e instrumentos de registro), así como buscar la desagregación nominal de los servicios otorgados que asegure la evaluación oportuna y sistemática de las coberturas e impactos que se logren en la aplicación del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. El objetivo es contar en 2008 con un Sistema Nacional de Registro de Nacimientos (SNRN).
- Construir una base dinámica de la población adscrita a las diferentes instituciones (derechohabientes y no derechohabientes) a través de un proceso estandarizado.
- Implantar el Certificado de Nacimiento Único en el país.
- Implantar el Registro Nacional de Casos de Cáncer.
- Establecer sistemas de vigilancia longitudinal y estudios de cohorte, con base poblacional, que proporcionen información sobre los estilos de vida para retroalimentar los diversos programas de salud.

- Consolidar un sistema de vigilancia en salud que integre tres subsistemas complementarios y presentes en el nivel local, jurisdiccional, estatal y nacional: el de vigilancia epidemiológica o daños a la salud, el de servicios de salud y el de determinantes de la salud.

8.2. Brindar a la población acceso a información de salud actualizada y fidedigna a través de las tecnologías de la información

El desarrollo de bases de conocimiento en salud y los avances telemáticos recientes, permiten poner al alcance de la población información útil, accesible y fidedigna sobre temas de salud, que contribuyan a una cultura de auto-cuidado de la salud. Para aprovechar las ventajas de estos avances tecnológicos, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud para ofrecer información basada en evidencia científica que se apegue a los códigos de ética y estándares internacionales de información en salud vía telemática.
- Disponer de portales electrónicos de información en salud, dividida por grupos de edad, patologías y grupos vulnerables, para mantener informadas a las diferentes poblaciones sobre los asuntos relacionados con su salud.
- Promover estrategias de difusión, vía electrónica, que permitan a la población acceder a los servicios de información en salud.

8.3 Impulsar el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para promover la eficiencia y la transparencia en los procesos administrativos del Sistema Nacional de Salud

Además de hacer más eficientes los procesos administrativos, los avances informáticos han contribuido a hacer más transparentes las acciones de gobierno. Con el propósito de aprovechar estos avances, la actual administración se propone:

- Implantar un sistema de control de gestión que automatice el flujo de los documentos en las unidades administrativas.

- Implantar un sistema automatizado de adquisición de bienes y servicios.
- Crear una herramienta informática que automatice la administración de los recursos humanos.
- Promover el uso de herramientas informáticas para el registro y control de medicamentos e insumos para la salud.

8.4. Modernizar las tecnologías de la información y las telecomunicaciones del Sistema Nacional de Salud

Los avances y aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación han hecho más eficientes los procesos de generación de bienes y servicios, y han ampliado la difusión de información a los usuarios de estos bienes y servicios. Con el fin de ampliar la eficiencia de los procesos involucrados en la atención a la salud de la población y fortalecer los mecanismos de difusión de información a los usuarios de los servicios de salud, la actual administración se propone:

- Invertir en telecomunicaciones para proveer de conectividad a todas las unidades de atención a la salud.
- Establecer redes de telecomunicaciones confiables y robustas que cubran las necesidades del sector.
- Modernizar los servicios del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la integración de las infraestructuras biomédicas y las tecnologías de la información y comunicaciones.

8.5. Establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios

La reforma del Sistema Nacional de Salud en México requiere de una reforma del SIS. Sincronizar ambas reformas va más allá de integrar tecnología de la información a los procesos de producción de salud. Lo que se requiere es incorporar valores, leyes, normas, estándares y aplicaciones que apoyen todas las facetas del cuidado de la salud individual y comunitaria.

En los últimos años se han implantado, en diferentes unidades del sistema de salud, registros

médicos electrónicos, sistemas de manejo digital de imágenes e, incluso, sistemas para la expedición de recetas electrónicas con identificación de reservas en almacén. Sin embargo, estas tecnologías no han sido desarrolladas pensando en un proyecto nacional, todas ellas intentan resolver necesidades locales y en el mejor de los casos estatales o institucionales.

Con el fin de desarrollar un sistema informático integrado de información médica y paramédica, la actual administración llevará a cabo las siguientes acciones:

- Desarrollar un modelo funcional del expediente clínico electrónico nacional. Este modelo contemplará las necesidades estadísticas, médicas y de infraestructura para el mejor desarrollo de futuros sistemas y la normalización de los existentes.
- Establecer los criterios mínimos de registro y funcionalidad del expediente clínico electrónico por nivel de atención.
- Adoptar el expediente clínico electrónico en los diferentes niveles de atención médica.
- Establecer el identificador único para el seguimiento de pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar una Red Digital de Medicina de Alta Especialidad (REDIMAE).
- Establecer el sistema de información para la gerencia y medición del desempeño, basado en estándares que incluyan el seguimiento de los servicios de alta especialidad.
- Establecer un sistema de información para la Estrategia de Promoción y Prevención para una Mejor Salud/PREVENIMSS, que garantice la portabilidad de servicios preventivos específicos a toda la población.

9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos

La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad es responsable de promover la investigación científica en salud y coordinar los esfuerzos para

ESTRATEGIA 9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos

■ Líneas de acción

- 9.1 Definir la agenda de investigación y desarrollo con base en criterios de priorización en salud
- 9.2 Reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones
- 9.3 Impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas
- 9.4 Incentivar el desarrollo y distribución nacional del capital humano especializado con base en las necesidades regionales de atención a la salud
- 9.5 Desarrollar competencias gerenciales en el personal directivo que fortalezcan la toma de decisiones en salud

mejorar los entornos normativos, de financiamiento y desarrollo de la investigación en salud. Asimismo, estimula el desarrollo de los recursos humanos dedicados a la investigación en salud y promueve la vinculación entre la investigación y el ejercicio técnico de los profesionales de la salud. Los retos que se plantean en esta materia incluyen el diseño de una estructura normativa moderna que regule la revisión, análisis y autorización de los protocolos de investigación, y la ampliación de una cultura de utilización de los resultados de la investigación para la toma de decisiones dentro de un marco técnico de vanguardia y estrictamente apegado a fundamentos éticos. Para poder enfrentar estos retos es necesario, entre otras cosas, fortalecer el financiamiento de la investigación en salud, y diseñar iniciativas tomando en consideración las necesidades de los prestadores de servicios y los responsables de los programas preventivos y de control de enfermedades. La actual administración trabajará en la promoción de investigación sobre problemas derivados de las transiciones demográficas y epidemiológicas, problemas de salud aún no resueltos y enfermedades emergentes, y fomentará las revisiones sistemáticas para definir políticas de atención médica y de intervenciones de salud pública. En este tenor, en la presente administración se impulsarán las siguientes líneas de acción:

9.1 Definir la agenda de investigación y desarrollo con base en criterios de priorización en salud

La investigación en salud genera conocimiento que puede utilizarse para el desarrollo de tecnología o para orientar la toma de decisiones. El desarrollo tecnológico requiere de un fuerte vínculo entre los centros generadores de conocimiento y la industria, mientras que el uso del conocimiento para la toma de decisiones exige de una relación estrecha entre los centros académicos y las áreas encargadas de la prestación de los servicios y operación de los programas de salud. Con el fin de estimular el uso del conocimiento para la generación de tecnología y la toma de decisiones, la actual administración llevará a cabo las siguientes acciones:

- Integrar una agenda de investigación en salud, que identifique las prioridades en esta materia, con la participación de actores de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y todas las instituciones académicas que desarrollan actividades de investigación en salud.
- Convocar a los diferentes actores involucrados en las tareas de investigación en salud para trabajar de manera coordinada. Durante 2007 se reinstalará la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.

- Actualizar el Reglamento de Investigación derivado de la Ley General de Salud y proponer una reglamentación en materia de investigación clínica.
- Promover la creación de un Programa de Vinculación Academia-Industria (PROVAI).
- Implantar un sistema de registro de investigadores, proyectos y productos de investigación en salud.
- Fortalecer la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.
- Diseñar un programa de investigación operativa que permita la generación de nuevos conocimientos orientados a la solución de problemas de salud pública.

9.2 Reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones

Para enfrentar de manera exitosa los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, se requiere orientar las actividades de investigación y desarrollo tecnológicos hacia la generación de conocimientos e innovaciones, que permitan prevenir y atender de manera efectiva y eficiente los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que afectan de manera prioritaria a las poblaciones adultas. La investigación alrededor de los problemas de salud de los adultos mayores y su prevención y tratamiento, resulta particularmente pertinente. *El Programa Nacional de Salud 2007-2012* propone:

- Fortalecer el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS).
- Incentivar las actividades de investigación y desarrollo tecnológico hacia los problemas de salud emergentes y las enfermedades no transmisibles que hoy afectan de forma prioritaria a la población.
- Consolidar la investigación de la salud del adulto mayor a través de la creación del Instituto Nacional del Envejecimiento y la Salud.

9.3 Impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas

La salud de la población es un fenómeno dinámico. Así lo demuestra la transición epidemiológica por la que atraviesa nuestro país. Este dinamismo y el vertiginoso avance de la tecnología obligan a los recursos humanos a la actualización continua de sus conocimientos y habilidades. Con el fin de adaptar la capacitación de los recursos humanos a las demandas de la transición epidemiológica y del cambio en los esquemas de atención a la salud, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se propone:

- Revisar los programas de residencias médicas para adecuarlos a las necesidades demográficas y epidemiológicas del país.
- Gestionar becas para cursos de capacitación en el extranjero.
- Diseñar un plan maestro de formación de recursos humanos en salud pública que fortalezca nuestra capacidad de respuesta frente a los padecimientos del rezago, las nuevas epidemias y las emergencias. La meta es duplicar, en el curso de esta administración, el número de profesionales de la salud pública.
- Establecer un consorcio nacional para la formación de profesionales en salud pública a través de la vinculación con las universidades.
- Impulsar y fortalecer la educación a distancia para la actualización continua de los profesionales de la salud.

9.4 Incentivar el desarrollo y distribución nacional del capital humano especializado, con base en las necesidades regionales de atención a la salud

En materia de recursos humanos especializados, el Sistema Nacional de Salud enfrenta los siguientes retos: un exceso de especialistas en áreas relacionadas con el rezago epidemiológico; una escasez de especialistas en áreas relacionadas con las enfermedades no transmisibles, que son ya la principal causa de muerte y discapacidad, y una mala distri-

bución geográfica de estos recursos, con un exceso de especialistas en los grandes centros urbanos. Con el propósito de adaptar la formación de los médicos especialistas a las demandas de atención a la salud, la actual administración se propone:

- 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 estos recursos humanos.
- Diseñar una política nacional de formación de recursos humanos de mediano y largo plazo, en el que se involucre a todas las instituciones de salud, las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, las academias y colegios de profesionales.

9.5 Desarrollar competencias gerenciales en el personal directivo que fortalezcan la toma de decisiones en salud

La reforma del sector salud requiere de recursos humanos con capacidades gerenciales. Con el fin de fortalecer estas capacidades, la actual administración se propone poner en marcha estrategias educativas diferenciadas, como la modalidad semi-presencial y la educación a distancia, para capacitar y actualizar al factor humano en salud en el desarrollo de estas competencias, que fortalezcan el trabajo en equipo, promuevan la mejora continua de procesos, enfatizan la obtención de resultados, y, en general, contribuyan a mejorar la toma de decisiones. Con estos propósitos en mente, se impulsarán las siguientes acciones:

- Crear un espacio virtual para el desarrollo de competencias gerenciales con la participación de universidades e instituciones nacionales e internacionales.
- Articular los esfuerzos de las diversas instituciones orientados al desarrollo de competencias gerenciales del personal directivo mediante la suscripción de acuerdos y convenios de colaboración.
- Diseñar un programa nacional de desarrollo de competencias gerenciales con la participación de todas las instituciones del sector y todas las entidades federativas.

10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios

Para poder prestar servicios efectivos, seguros y que respondan a las expectativas de los usuarios, es indispensable contar con los insumos, equipos e infraestructura que los prestadores de servicios requieren para desarrollar sus labores. Por esta razón, es necesario seguir invirtiendo en innovaciones organizacionales, equipamiento, mantenimiento y dignificación de las unidades de atención, y en la construcción de nuevas unidades de salud. Las líneas de acción que instrumentará esta administración en la persecución de estos fines, son las siguientes:

10.1 Asegurar la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional

Las vacunas son un insumo que debe estar disponible de manera oportuna y en cantidades suficientes. Se trata de un producto de una importancia tal, en términos de salud y seguridad, que es deseable avanzar hacia la autosuficiencia en esta materia. Con el fin de fortalecer nuestra capacidad de producción de inmunógenos básicos, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se plantea:

- Generar la infraestructura física, de investigación, de equipamiento y formación de los recursos humanos que permitan incrementar el volumen de producción de vacunas. La meta es producir 200 millones de dosis de vacunas en 2010 y 220 millones de dosis en 2012.
- Desarrollar un programa de producción de vacuna de influenza estacional y eventualmente pandémica, que cubra los requerimientos nacionales y garantice el abasto en situaciones críticas.
- Retomar la producción nacional de la vacuna BCG y del reactivo PPD en las instalaciones de BIRMEX.

ESTRATEGIA 10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios

■ Líneas de acción

- 10.1. Asegurar la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional
- 10.2. Impulsar la infraestructura de prevención y control de enfermedades a través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las emergencias en salud, la re-ingeniería de los laboratorios de diagnóstico y referencia, y la creación de una planta de producción de vacunas de BIRMEX
- 10.3. Impulsar la dignificación y el mantenimiento de la infraestructura y equipo industrial de las unidades de salud
- 10.4. Impulsar el financiamiento y establecimiento de políticas para la renovación y mantenimiento de equipo médico mediante el desarrollo de áreas de ingeniería biomédica en las unidades de atención a la salud
- 10.5. Promover la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAEs y UNEMEs) y nuevas unidades de atención hospitalaria, con modelos innovadores de financiamiento

10.2. Impulsar la infraestructura de prevención y control de enfermedades a través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las emergencias en salud, la re-ingeniería de los laboratorios de diagnóstico y referencia, y la creación de una planta de producción de vacunas de BIRMEX

- Invertir en unidades regionales de inteligencia epidemiológica con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud ante una emergencia en salud.
- Rediseñar el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE) para ampliar las capacidades de diagnóstico que el control de las enfermedades emergentes requiere.
- A través de la colaboración entre BIRMEX y el sector privado, promover la construcción de una planta para el procesamiento y envase de vacuna de influenza estacional con capacidad entre 15 a 30 millones de dosis anuales (30 a 45 millones de dosis de vacuna pandémica), así como, la construcción paralela de instalaciones para control de calidad de estos procesos.
- Impulsar a través de BIRMEX la construcción del Centro de Investigación Modular para el Desarrollo de Biológicos con tecnología

de punta, así como la readecuación de las áreas productivas en el Instituto Nacional de Higiene.

- Invertir en el desarrollo de una planta con capacidad para procesar óptimamente el plasma y obtener los hemoderivados que requiere el sector salud.

10.3 Impulsar la dignificación y el mantenimiento de la infraestructura y equipo industrial de las unidades de salud

La atención médica efectiva requiere de unidades de atención bien equipadas y funcionales. Esto exige el desarrollo de actividades regulares de mantenimiento de infraestructura y equipo. Con el propósito de mantener las unidades de salud en buenas condiciones operativas, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se propone:

- Fortalecer el Programa Nacional de Conservación y Mantenimiento de Unidades de Atención Médica. El propósito es impulsar la cultura del mantenimiento preventivo y correctivo en las unidades públicas de atención a la salud y rehabilitar las instalaciones y casas de máquinas de todas las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.
- Promover la creación de unidades de ingeniería biomédica a nivel institucional, regional,

estatal y local, que se responsabilicen de la planeación, adquisición, instalación, mantenimiento y operación del equipo médico.

- Fomentar el financiamiento para la renovación, adquisición y mantenimiento de los equipos médicos existentes en las unidades médicas.
- Promover la planeación, distribución, asignación, uso racional de los equipos médicos conforme a los lineamientos e indicadores del componente de equipamiento médico del Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud y el certificado de necesidades de equipo médico.

10.4 Impulsar el financiamiento y establecimiento de políticas para la renovación y mantenimiento de equipo médico mediante el desarrollo de áreas de ingeniería biomédica en las unidades de atención a la salud

El desarrollo tecnológico y científico genera constantes innovaciones en equipos y dispositivos médicos cada vez más especializados, que le permiten al personal de salud brindar una atención médica más eficiente, segura y de calidad. No obstante, subsiste una problemática asociada a una inadecuada planeación, distribución, uso, mantenimiento y gestión de esta tecnología. Frente a tales problemas, la actual administración se propone:

- Promover la creación de unidades de ingeniería biomédica a nivel institucional, regional, estatal y local, que se responsabilicen de la planeación, adquisición, instalación, mantenimiento y operación del equipo médico.

- Fomentar el financiamiento para la renovación, adquisición y mantenimiento de los equipos médicos existentes en las unidades médicas.
- Promover la planeación, distribución, asignación, uso racional de los equipos médicos conforme a los lineamientos e indicadores del componente de equipamiento médico del Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud y el certificado de necesidades de equipo médico.

10.5 Promover la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAEs y UNEMEs) y nuevas unidades de atención hospitalaria, con modelos innovadores de financiamiento

El desarrollo tecnológico está generando cambios muy importantes en las formas de prestar servicios de salud. Dentro de estos cambios destacan el desarrollo de centros de atención ambulatoria que, además de ser más económicos en su operación, imponen a los usuarios de los servicios menos molestias de estancia y menos riesgos en su atención. Con el fin de promover la atención especializada ambulatoria, la actual administración desarrollará las siguientes actividades:

- Promover la construcción de unidades médicas de alta especialidad y unidades médicas de especialidades en las entidades federativas de acuerdo con lo establecido en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI).
- Formular, evaluar e implementar proyectos de inversión público-privado en infraestructura en salud.

capítulo

IV

Seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas





Seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas

El seguimiento de metas e indicadores permite medir el grado de avance de las iniciativas implantadas con el fin de ajustar su operación para mejorar su desempeño. La evaluación, por su parte, tiene como propósito medir los resultados, impacto y eficiencia de esas mismas iniciativas. La rendición de cuentas, finalmente, busca promover la transparencia, legitimar las labores de gobierno y estimular la participación ciudadana. El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* cuenta con un sistema integral de evaluación y mecanismos claros de rendición de cuentas.

Seguimiento de metas e indicadores

Los primeros esfuerzos de seguimiento de indicadores y evaluación sectorial de los servicios de salud en México datan de 1978, año en el que se realiza el “Primer Seminario de Evaluación en el Sector Salud”. Posteriormente, en 1981, la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República vuelve a hacer énfasis en la necesidad de evaluar de manera regular y coordinada los servicios y programas del sector.

No obstante estos esfuerzos, las instituciones públicas de salud siguieron monitorizando y evaluando sus actividades y programas con modelos e indicadores propios, que dificultaban las comparaciones y la evaluación consolidada del sector.

Con el fin de superar estos obstáculos, en 1983 se creó el Grupo Básico de Evaluación, con el objetivo de establecer criterios e indicadores comunes de evaluación que permitieran mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud y del sector en su conjunto. En 1989 este grupo integró un cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud al que se le dio seguimiento de manera regular durante la primera mitad de la década de los noventa desde

la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud.

A partir de 1995, el Consejo Nacional de Salud (CNS), creado por decreto presidencial en 1986, empezó a participar en el desarrollo y coordinación de las actividades de seguimiento y evaluación dentro del sector. De hecho, el CNS se constituyó en la instancia permanente de coordinación entre la Federación, los estados y el Distrito Federal para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en el país. Según lo establecido en el acuerdo presidencial publicado en el *Diario Oficial* el 27 de enero de 1995, al CNS le corresponde, entre otras cosas, unificar los criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública y apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad federativa.

En 1996 el CNS definió una lista de 71 indicadores de resultados a través de los cuales daría seguimiento a los servicios, actividades de regulación y fomento sanitario, y a los programas de salud de las entidades federativas y el Distrito Federal. En 1998 el CNS revisó la lista de 71 indicadores y la redujo a 46, para ampliarla de nueva cuenta a 58 en una revisión que llevó a cabo en 2001.

Cabe señalar que los indicadores de resultado vinieron a sumarse a otras iniciativas de

evaluación institucional y a otros esfuerzos de evaluación de programas específicos, dentro de los que destacan la evaluación del esfuerzo descentralizador de los años ochenta y las evaluaciones del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa Oportunidades y el Seguro Popular de Salud.

Sistema de metas del sector salud

La Secretaría de Salud dará seguimiento a cuatro grupos de metas e indicadores: las Metas Estratégicas, las Metas del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, las Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Indicadores de Resultado.

Metas Estratégicas

La Secretaría de Salud dará seguimiento a las Metas Estratégicas asociadas al *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que se presentan en el cuadro X.

Metas del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*

Las estrategias del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se desagregan en líneas de acción, cada una de las cuales cuenta con metas cuantitativas puntuales para 2012. La Secretaría de Salud dará seguimiento anual a estas metas y difundirá a través de su página en Internet los avances alcanzados.

Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En el año 2000 se reunieron en la llamada Cumbre del Milenio los representantes de 189 gobiernos que firmaron un acuerdo en el que se comprometieron a reducir la pobreza y el hambre, y a mejorar la salud, la educación y la equidad en el mundo. Estas aspiraciones se concretaron en ocho objetivos específicos, conocidos como Objetivos de Desarrollo el Milenio, y 18 metas a las que se ha dado seguimiento a nivel de país

y que deberán cumplirse en el año 2015. A los sistemas de salud de los países firmantes se les asignó la responsabilidad de cumplir con tres de estos objetivos: reducir la mortalidad materna, disminuir la mortalidad en menores de 5 años y combatir ciertas enfermedades de relevancia internacional, como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

Como parte del sistema de metas del sector salud, se dará seguimiento a los indicadores relacionados con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para asegurarnos de que México cumplirá con lo comprometido para 2015.

Indicadores de Resultado

Como se señaló anteriormente, el CNS definió una lista de indicadores de resultados para evaluar el desempeño de los servicios estatales de salud. La Secretaría de Salud dará seguimiento anual a estos indicadores, que se distribuyeron en seis grupos: condiciones de salud; disponibilidad y accesibilidad; calidad técnica e interpersonal; aceptabilidad; sustentabilidad, y anticipación.

Medición de resultados

La evaluación es un proceso fundamental de las políticas públicas. Su objetivo es juzgar la pertinencia, y medir los avances, resultados, impacto y eficiencia de las iniciativas implantadas. Comprende, además, una serie de conclusiones y recomendaciones dirigidas a maximizar las consecuencias positivas y minimizar las consecuencias negativas de dichas intervenciones. Es además un instrumento esencial para los procesos de rendición de cuentas.

Sistema de evaluación: retos y oportunidades

La Secretaría de Salud cuenta con un sistema integral de evaluación con tres grandes componentes: i) evaluación del desempeño de los sistemas de salud; ii) evaluación de programas prioritarios de salud, y iii) evaluación de servicios personales y

Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta	
		Línea Base	Meta 2012
Esperanza de vida al nacimiento	Años	75.7 años	Aumentar la esperanza de vida al nacer 1.5 años
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, en población menor de 65 años	Tasa por 100,000 habitantes menores de 65 años	13.1	Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años
Tasa de mortalidad estandarizada por diabetes mellitus	Tasa estandarizada por 100,000 habitantes	80.6	Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006
Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad, según sexo en un periodo determinado	Porcentaje	2.46 en hombres 0.70 en mujeres	Disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad
Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años de edad	Porcentaje de mujeres de 45 a 64 años que acudieron a realizarse el estudio de detección por mastografía	21.6	Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años
Tasa de mortalidad de cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 25 años y más	Tasa de mortalidad por 100,000 mujeres de 25 años y más	15.5	Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más
Número de muertes a causa de accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años	Número de muertes	5,259	Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad

Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta	
		Línea Base	Meta 2012
Razón de la mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH	Razón de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos	187.7	Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano
Tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH	Tasa por 1,000 nacidos vivos	32.5	Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano

Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta	
		Línea Base	Meta 2012
Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema Protección Social en Salud (SPSS)	Porcentaje	30.3	Acreditar el 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)
Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	Porcentaje	16.7	Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público
Tasa anual de infecciones nosocomiales en un periodo determinado	Porcentaje	15	Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel

Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta	
		Línea Base	Meta 2012
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	Porcentaje	50	Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud
Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	Porcentaje	2.71	Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud

Objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

Nombre del Indicador	Unidad de Medida	Meta	
		Línea Base	Meta 2012
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 100 municipios con menor IDH	Porcentaje de menores de 5 años de los 100 municipios con menor IDH, que tienen desnutrición por presentar bajo peso para la talla.	8.7	Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano

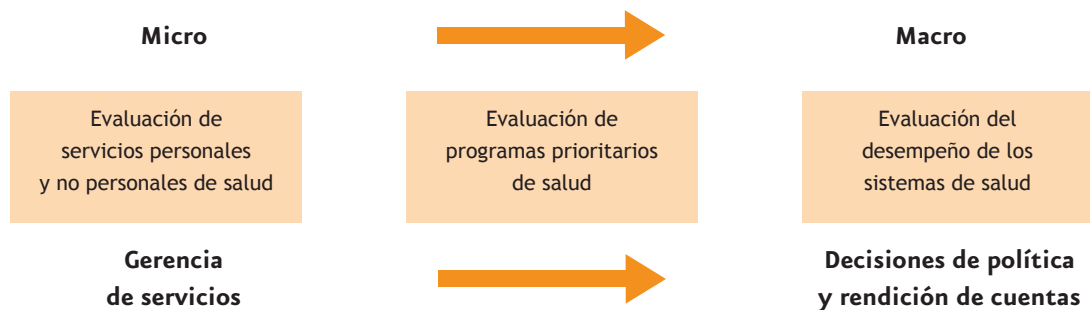
no personales de salud (figura 32). Aunque este sistema está funcionando y ha generado resultados útiles para la operación de los sistemas, programas y servicios, es necesario fortalecerlo.

El primer paso en el fortalecimiento de las actividades de evaluación es diseñar un marco jurídico que norme y conduzca la evaluación a nivel sectorial. En ausencia de este marco se duplican esfuerzos, se desperdician recursos y no se aprovechan las experiencias de las instituciones. El reto en este rubro es lograr que la SS consolide su función de rectoría en esta materia, estableciendo la concurrencia de los actores, las

atribuciones y responsabilidades de los mismos, los canales de interacción, y los objetivos y metas por alcanzar.

En segundo lugar es necesario extender las actividades de evaluación a todas las instituciones del sector, a todas las entidades federativas y a todos los ámbitos operativos.

En tercer lugar es indispensable fortalecer las capacidades evaluadoras del personal de salud en colaboración con la Dirección General de Evaluación del Desempeño y con las instituciones académicas que ofrecen capacitación en esta materia.



Evaluación 2007-2012

En el periodo 2007-2012 la Secretaría de Salud desarrollará actividades de evaluación en los siguientes niveles y ámbitos: el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, los sistemas estatales de salud, los sectores público y privado, las instituciones del sector, las políticas, los programas y los servicios.

En la implantación de estas actividades se contemplan dos etapas que se desarrollarán de manera paralela. La primera de ellas incluye el diseño y aprobación del marco jurídico que regulará los procesos de evaluación dentro del Sistema Nacional de Salud. La segunda etapa comprende la implementación de los procesos de evaluación en los niveles federal, estatal y local, e institucional.

En la primera etapa se conformará el Comité Interinstitucional de Evaluación en Salud (CIES), el cual tendrá la responsabilidad de elaborar un modelo de evaluación integral para todo el sector y el instrumento jurídico-normativo que regule las actividades en esta materia. Este Comité también establecerá los lineamientos generales de un programa dirigido a fortalecer la capacidad conceptual y técnica de los recursos humanos involucrados en tareas de evaluación en todo el sector.

En la segunda etapa, como ya se mencionó, se diseñarán e implantarán evaluaciones del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, de los programas prioritarios de la presente

administración, y de los servicios personales y de salud pública.

Los resultados de las actividades de evaluación se darán a conocer a través de informes, la mayoría periódicos, que se diseminarán por medios impresos y electrónicos. Dentro de estos informes destacan los siguientes:

- un informe anual que rendirá cuentas del estado que guardan la salud de la población y los servicios de salud de nuestras instituciones;
- un informe sobre el desempeño de los servicios hospitalarios y ambulatorios de nuestras instituciones de salud que se publicará cada dos años, y
- un informe sobre el desempeño de los servicios de salud pública que se publicará cada tres años.

Además se harán públicos los resultados de las evaluaciones externas del Seguro Popular de Salud y de los programas prioritarios.

Rendición de cuentas

La rendición de cuentas es un componente central de la democracia: estimula la transparencia, legitima las labores de gobierno y promueve la parti-

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Las metas de los ODM en VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis y mortalidad en menores de 5 años están en proceso de cumplirse en México. No sucede lo mismo con las metas en materia de mortalidad materna. A menos de 10 años de concluir el tiempo establecido en el compromiso, nos encontramos con un avance de menos de 45%.

En el año 2000 se reunieron en la llamada Cumbre del Milenio los representantes de 189 gobiernos que firmaron un acuerdo en el que se comprometieron a reducir la pobreza y el hambre, y a mejorar la salud, la educación y la equidad en el mundo. Estas aspiraciones se concretaron en ocho objetivos específicos conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y 18 metas a las que se ha dado seguimiento a nivel de país. A los sistemas de salud de los países firmantes se les asignó la responsabilidad de cumplir con tres de estos objetivos: reducir la mortalidad materna, disminuir la mortalidad en menores de 5 años y combatir ciertas enfermedades de relevancia internacional, como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

Por lo que se refiere al VIH/SIDA, su incidencia se ha reducido en los últimos años y de consolidarse esta tendencia no habrá problema en cumplir con las metas de los ODM en esta materia.

La meta de reducir la incidencia de tuberculosis y paludismo también parece que va en camino de cumplirse. La incidencia de tuberculosis ha estado disminuyendo desde 1998 gracias a la alta cobertura del tratamiento acordado estrictamente supervisado (TAES) y la búsqueda intencionada de portadores. La reducción del paludismo es todavía más notable. La Organización Mundial de la Salud, de hecho, incluyó a México dentro del grupo de países en donde la eliminación del paludismo es factible.

Para cumplir con el cuarto ODM -reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad en menores de 5 años entre 1990 y 2015- se requiere disminuir la tasa de mortalidad de 44.2 a 14.7 por 1,000 nacidos vivos. Esto significa que las defunciones anuales de menores de 5 años deben bajar de 103 mil, que era la cifra en 1990, a 28 mil en 2015. A ocho años de concluir el tiempo establecido en el compromiso, México presenta un avance cercano a 80% (22.5 por 1,000 nv). De acuerdo con UNICEF, nuestro país es una de las siete naciones que van en la trayectoria adecuada para lograr el objetivo.

Para cumplir con el quinto ODM -reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015- es necesario reducir la razón de mortalidad materna de 89, que es la cifra que presentaba el país en 1990, a 22.3 por 100,000 nacidos vivos en 2015. Esto significa que el número total de muertes maternas anuales debe disminuir de 2000 que se producían en 1990 a 420 en 2015. A menos de 10 años de concluir el tiempo establecido en el compromiso, nos encontramos con un avance cercano a 45% (63 por 100,000 nv en 2005).

Para alcanzar la meta deseada es necesario focalizar las acciones. No debemos perder de vista que la mayor parte de las defunciones maternas se produce en áreas hospitalarias (80%) por causas relacionadas con la enfermedad hipertensiva del embarazo (25%) o con hemorragias durante el embarazo y el parto (24%), y que dos terceras partes de ellas ocurren en diez entidades federativas. También es importante considerar que el riesgo de morir de una mujer que vive en zonas indígenas por una causa materna es ocho veces mayor que el que presenta una mujer embarazada en el resto del país.

Es conveniente distinguir asimismo las intervenciones en salud dirigidas a mejorar la salud, de las intervenciones dirigidas a disminuir la mortalidad materna. Dentro de las primeras se incluyen las medidas de salud reproductiva y dentro de las segundas las medidas dirigidas a atender las urgencias obstétricas.

La mortalidad materna en México puede reducirse en 70% mediante intervenciones dirigidas a las unidades médicas. Podría disminuirse otro 15% con una renovada estrategia de planificación familiar en zonas indígenas focalizada en mujeres arias y grandes múltiparas. Finalmente, es indispensable un esfuerzo multidisciplinario para abatir el embarazo no deseado entre la población adolescente.

cipación ciudadana. El Ejecutivo Federal rendirá cuentas sobre sus gestiones en materia de salud a través de dos informes periódicos: el *Informe de Gobierno* y el *Informe de Labores*. Además, anualmente presentará ante la ciudadanía un informe sobre los resultados obtenidos por los servicios y programas de nuestras instituciones de salud.

Informe de Gobierno

Como parte del informe que anualmente rinde el Poder Ejecutivo ante el Poder Legislativo, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 69 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 6° de la Ley de Planeación, y en el

Mejora de la gestión pública

Es necesario mejorar la actividad administrativa interna eliminando burocracias añejas y fortaleciendo la atención del público usuario de servicios.

Como se menciona en la estrategia 4, que se refiere al desarrollo de instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud, es necesario fortalecer y optimizar los sistemas de captura, registro y difusión de la información que generan las actividades del sector. Si bien es cierto, que en diferentes secciones se definen compromisos claros para abordar la problemática actual en esta materia a partir de la mejora de la gestión pública, también es cierto que para ello se necesitan definir e instrumentar políticas específicas que propicien la mejora de los procesos, y tiendan a la reducción de costos de operación, al incremento de la productividad y a la mejora de la calidad en la prestación de los servicios.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, puntualiza el compromiso de fortalecer y consolidar las diversas acciones que se han llevado a cabo en el pasado. Ejemplos de estos esfuerzos son el Sistema de Metas Estratégicas y el Programa Operativo para la Transparencia y Combate a la Corrupción, que establecieron la evaluación de acuerdo a resultados. En este orden de ideas, el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* se plantea lograr los siguientes compromisos:

- Mejorar la gestión con base en resultados, coordinando esfuerzos con otras dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y local, que se verán vinculados con los presupuestos de egresos de la Federación que se aprueban año con año. En un primer esfuerzo, se evaluarán las estructuras organizacionales, fortaleciéndose las que sean de carácter sustantivo y las de evaluación y control, y se propone eliminar aquellas que no incidan en el logro de los resultados.
- Actualizar el control interno institucional, para así contar con procesos uniformes para actividades homogéneas, así como vincular las actividades que permitan un adecuado uso de los recursos y su readecuación, la modificación de los procesos, la eliminación de duplicidades y el incremento en la productividad institucional, con la participación del personal adscrito a las unidades medicas y administrativas.
- Mejorar la actividad administrativa interna eliminando burocracias añejas y fortaleciendo la atención en las áreas de contacto con el público usuario. Como meta debemos alcanzar un 93% de satisfacción de los usuarios en el último año de la administración.

marco de la ejecución del *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, se presentarán, de manera sucinta, las actividades realizadas en el año por las instituciones del sector salud y los resultados obtenidos en materia de recursos generados y servicios ofrecidos, pero sobre todo en materia de cambios positivos en las condiciones de salud de nuestra población.

Informe de Labores

Como complemento al *Informe de Gobierno*, se presentará ante el Congreso, en cumplimiento de los artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23° de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 80° de la Ley de Planeación, un *Informe de Labores* anual

sobre las actividades realizadas por las distintas áreas de la Secretaría de Salud.

Rendición de Cuentas

Por mucho tiempo los ciudadanos tuvieron un acceso restringido a la información sobre el uso que se hacía de los recursos públicos y sobre sus resultados. La opacidad era uno de los signos distintivos de las instituciones de gobierno. Esto está cambiando. Gracias al proceso de democratización por el que atraviesa el país, se están dando pasos firmes para asegurar que los funcionarios públicos respondan por sus acciones. Destaca en este sentido la aprobación de la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFAIPG), publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el

11 de junio de 2002, que hace sujetos obligados a todos los órdenes de gobierno, las organizaciones civiles y sociales y, en general, a todas las personas físicas y morales que reciban fondos públicos.

A pesar de los avances en esta materia, hay dos quejas que se escucharon de manera recurrente en los Foros de Consulta Ciudadana que se llevaron a cabo en la primera mitad del 2007: i) los procesos de rendición de cuentas no están llegando a toda la población por las desigualdades en el acceso a las tecnologías de la información y porque las instituciones no diseñan estrategias de comunicación y difusión que consideren las necesidades y características de los grupos más desfavorecidos del país, y ii) muchos funcionarios públicos continúan resistiéndose a rendir cuenta de sus acciones o lo hacen de manera parcial o simulada.

Con el fin de fortalecer las acciones de rendición de cuentas en el sector salud, la Secretaría de Salud:

- instruirá a todos los servidores público del sector para que faciliten las actividades de monitoreo ciudadano que están llevando a cabo las universidades, sindicatos, asociaciones de profesionales y organismos de la sociedad civil;

- fortalecerá la estrategia de Aval Ciudadano que se implantó en la administración anterior, que ha facilitado la participación ciudadana y el escrutinio social en el campo de la salud;
- promoverá la evaluación ciudadana de los servicios/trámites gubernamentales de alto impacto e interés social a través de encuestas y evaluaciones externas, y
- fortalecerá las actividades de clasificación, manejo ordenado y eficiente de los documentos públicos, que son los insumos básicos de la rendición de cuentas.

Además, como se señaló en el apartado previo de este capítulo, cada año se presentará ante la ciudadanía el informe *Rendición de Cuentas*, que describirá el estado que guarda la salud de nuestra población y los resultados obtenidos por los sistemas nacional, estatales e institucionales de salud. Este informe está dirigido a nuestros representantes en el Congreso, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación y el público en general. Su distribución se hará en forma impresa, en forma de libro electrónico y a través de la página de la Secretaría de Salud en Internet.



Bibliografía



Bibliografía

1. Bravo ML, Rincón K, Guijarro M, Scott J, Carreón V. Evaluación de los desequilibrios financieros. En: Secretaría de Salud. Evaluación financiera del Sistema de Protección Social en Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006: 9-41.
2. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población de México 2000-2050. CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>.
3. Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México: 2006/2012. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2006.
4. Garret L. The next pandemic? *Foreign Affairs* 2005;84(4):3-23.
5. Instituto Nacional de Ecología. Tendencia de la calidad del aire. <http://www.ine.gob.mx/dgicurg/calair/tendenciascalaire.html>.
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Aguascalientes, México: INEGI, 2003.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres. Mujeres y hombres en México 2007. México, D.F.: INEGI, INM, 2007.
8. Instituto Nacional de las Mujeres. Mujeres y hombres en proceso de envejecimiento (www.inmujeres.gob.mx).
9. Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A, Musgrove P, editores. Disease control priorities in developing countries. Nueva York: Oxford University Press, 2006.
10. Lozano R, Soliz P, Gakidou E y col. Benchmarking of performance of Mexican status with effective coverage. *Lancet* 2006;368:1729-1741.
11. Muñoz O, García Peña C, Durán L, editores. La salud del adulto mayor. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004.
12. OCDE. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2005.
13. Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T y colaboradores. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS, 2002.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS, 2002.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: OMS, 2003.
17. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Ginebra: OMS, 2004.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005. Que cada madre y cada niño cuenten. Ginebra: OMS, 2005.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Trabajando juntos por la salud. Ginebra: OMS, 2006.
20. Osterholm M. Preparing for the next pandemic. *Foreign Affairs* 2005;84(4):24-37.
21. Osterholm M. Unprepared for a pandemic. *Foreign Affairs* 2007;86(2):47-57.
22. Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2003.
23. Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2005.
24. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.

25. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
26. Secretaría de Salud. Modelo integrador de atención a la salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
27. Secretaría de Salud, Harvard Initiative for Global Health, Instituto Nacional de Salud Pública. Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
28. Secretaría de Salud. Cuentas en salud en México 2001-2005. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
29. Secretaría de Salud. La mortalidad en México 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
30. Secretaría de Salud. Indicadores de resultado 2001-2006. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
31. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud, 2006.
32. Secretaría de Salud. Evaluación del surtimiento de medicamentos a la población afiliada al Seguro Popular de Salud . En: Secretaría de Salud. Evaluación de procesos del Sistema de Protección Social en Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007:59-77.
33. Tena C, Sotelo J. Malpractice in Mexico: arbitration not litigation. BMJ 2005;331:448-451.

Agradecimientos





Agradecimientos

La Secretaría de Salud reconoce y agradece profundamente a los ciudadanos, organizaciones de la sociedad civil, instituciones y funcionarios públicos del Sistema Nacional de Salud y de otras dependencias y entidades por su voluntad, compromiso, responsabilidad e interés en la construcción del Programa Nacional de Salud 2007-2012. Las innumerables propuestas, aportaciones y sugerencias recibidas hicieron posible la integración de este programa, que habrá de orientar el quehacer del sector salud durante la presente administración.

De forma particular, se agradece la entusiasta participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Dirección General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, la Dirección General de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos y de los funcionarios que conforman los servicios estatales de salud en cada una de las 32 entidades federativas y la Secretaría de Salud Federal.

Igualmente, las recomendaciones y comentarios vertidos por los señores y señoras legisladores, integrantes de las comisiones de salud y de seguridad social, de ambas cámaras del H. Congreso de la Unión, durante el proceso de elaboración del Programa Nacional de Salud 2007- 2012 han sido fundamentales.

Las sugerencias y propuestas de la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional de Antropología e Historia, la Comisión Nacional de Fomento Educativo y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, han sido de gran valía para enriquecer los contenidos de este programa.

Asimismo, se agradece la invaluable colaboración de prestigiadas organizaciones de profesionales e instituciones académicas, públicas, privadas y de la sociedad civil, como lo son: la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, la Academia Mexicana de Pediatría, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, la Fundación Mexicana para la Salud, el Colegio Mexicano de Reumatología, la Comisión Permanente de Enfermería, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Autónoma de Chapingo, la Universidad Autónoma del Estado de México, la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Panamericana, y las asociaciones de profesionales de Medicinas Complementarias de Acupuntura, Homeopatía y Organizaciones de Médicos Tradicionales y Parteras de diferentes entidades federativas.

Especial mención merecen las contribuciones de los 8,347 ciudadanos y organizaciones que participaron en los 13 foros de consulta que se realizaron en diferentes entidades federativas. Aquí se expresa, el reconocimiento a las autoridades estatales y municipales de: León, Guanajuato; Cuernavaca, Morelos; Ocoyoacac, Estado de México; Chihuahua,

Chihuahua; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Zacatecas, Zacatecas; Boca del Río, Veracruz; Guadalajara, Jalisco; Tijuana, Baja California; Saltillo, Coahuila; Querétaro, Querétaro y el Distrito Federal que hicieron posible la realización de estos foros.

Se agradece a los funcionarios de la Oficina de la Presidencia de la República, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de la Función Pública, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) por su comprometida labor al guiar y marcar los lineamientos para la formulación de los programas sectoriales.

Se agradece la entusiasta participación del grupo técnico que condujo los trabajos para la integración y publicación del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*:

Maki Esther Ortiz Domínguez	Pedro Rafael Lozano Ascencio
Edith Acosta Pérez	Marcela Madrazo Reynoso
María Arizmendi González	Fernando Meneses González
Francisco Bañuelos Téllez	Arturo Muñoz Gómez
Francisco Becerra Posada	Carlos Olmos Tomassini
Juan Manuel Esteban Castro Albarrán	Carlos Oropeza Abundez
Luis Durán Arenas	Nancy Pablo Vázquez
Carlos Esponda Velásquez	Héctor Peña Baca
Dafna Feinholtz Slip	Eduardo Pesqueira Villegas
Bernardo Fernández del Castillo Sánchez	Vesta Louise Richardson López-Collada
María Antonia García Sanginés	Héctor Robledo Galván
Francisco Garrido Latorre	Romeo S. Rodríguez Suárez
Octavio Gómez Dantés	Jorge Alejandro Saavedra López
Jorge González Issasi	Carlos Pedro Santos Burgoa Zarnecki
Eduardo González Pier	Odet Sarabia González
Carlos Gracia Nava	Ramiro Tamayo Rodríguez
Antonio Heras Gómez	Juan Carlos Trujillo Herrera
Francisco Hernández Torres	Patricia Uribe Zúñiga
Pablo Kuri Morales	Yolanda Varela Chávez
Lucio Galileo Lastra Marín	Marcela Vázquez Coronado
Miguel Ángel Lezana Fernández	Adriana Velázquez Berúmen
Juan Guillermo López Yescas	

Por último, a continuación se enlista un gran número de personas a quienes se expresa profundo reconocimiento por su colaboración directa o indirecta en la elaboración de este programa sectorial:

Patricia Abrajan Villanueva	Jorge Francisco Álvarez Ramírez
Gilberto Adame Miranda	Raúl Rafael Anaya Núñez
Manuel Jesús Aguilar Ortega	Fátima Adriana Antillón Ocampo
Ma. Teresa Aguilar Ramírez	Álvaro Emilio Arceo Ortiz
Jorge Armando Aguirre Torres	Margarita Arenas Guzmán
Rocío Alatorre Edén-wynter	Carlos Agustín Arnaud Carreño
Raúl Alemán Sánchez	Nuria Arreola Cordunella
Alejandro Almaguer González	Felipe Rafael Ascencio Ascencio
Cecilia Mercedes Alpuche Aranda	René Asomoza Palacio
Carlos Álvarez Lucas	Fause Attié Cury

María Eugenia Austria Palacios
 Octavio Avendaño Carballido
 Víctor Enrique Báez Vázquez
 Mauricio Bailón González
 Luis Rodrigo Barrera Ríos
 María Elena Barrera Tapia
 Armando Barriguete
 José De Jesús Becerra Soto
 José Francisco Becerril Caballero
 Miguel Betancourt Cravioto
 Bernardo Bidart Ramos
 José Guadalupe Bustamante Moreno
 Víctor Manuel Caballero Solano
 Consuelo Cabrera Morales
 Gilberto Calvillo Vive
 Carlos Campillo Serrano
 Rodolfo Cano Jiménez
 Beatriz Cano Torales
 Fernando Cano Valle
 Ricardo Cantú Garza
 Rómulo Cárdenas Vélez
 Francisco Cardoza Macías
 José Antonio Carrasco Rojas
 Javier Jesús Castellanos Coutiño
 Octavio Castillo y López
 Regina Centeno Domínguez
 Arturo Cervantes Trejo
 Fernando Javier Chacón Sosa
 María Cristina Chaparro Mercado
 Raúl Chavarría Salas
 Raúl Rogelio Chavira Salas
 Raúl Contreras Bustamante
 Maricela Contreras Julián
 Teresa Corona Vázquez
 Rubén de La Cruz González
 Manuel de la Llata Romero
 Guillermo de León León
 Ma. Eugenia de León-May
 Daniel Dehesa Mora
 José Luis del Río Rizo
 Blanca Judith Díaz Delgado
 Francisco Javier Díaz Vázquez
 Arturo Dib Kuri
 Marco Antonio Domínguez Hernández
 Santiago Echeverría Zuno
 Edith Escudero Coria
 Elvira Espinosa Gutiérrez
 Germán Fajardo Dolci
 Rosa María Farres González Sarabia
 Héctor Fernández González
 Juan Antonio Fernández Ortíz
 José Luis Fernández Zayas
 Ana Flisser Steinbruch
 Víctor Hugo Flores Higuera
 María de los Ángeles Fromow Rangel
 Fernando Bernardo Gabilondo Navarro
 Israel Raymundo Gallardo Sevilla
 Nora Patricia Gallegos Vázquez
 Guillermo Galván Galván
 Álvaro C. García Franyutti
 Emilio García Procel
 Ángel Humberto García Reyes
 Juan Antonio García Villa
 Juan Gabriel Gay Molina
 Carlos Demetrio Gaytán Ochoa
 María Virginia González Torres
 Omar Gómez Cruz
 Luis Felipe Graham Zapata
 Víctor Manuel Guerra Ortíz
 Juan Carlos Güemez Salazar
 Silvia Leticia Guillén Aguilar
 Alfonso Gutiérrez Carranza
 Rubicela Guzmán Acosta
 Gerhard Heinze Martín
 Mauricio Hernández Ávila
 Lourdes Hernández Beltrán
 Miguel Hernández Gutiérrez
 Martín Mauricio Hernández Torre
 Adolfo Hernández
 Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez
 Francisco Higuera Ramírez
 Jorge Luis Hinojosa Moreno
 Luis Guillermo Ibarra Ibarra
 Jorge Felipe Islas Fuentes
 Gerardo Jiménez Sánchez
 Juana Jiménez Sánchez
 Alberto Jonguitud Falcón
 María de las Mercedes Juan López
 Fermín Juárez Garrido
 Daniel Karam Toumeh
 María Cecilia Landerreche Gómez Morín
 Agustín Lara Esqueda
 Hugo Antonio Laviada Molina
 Sofía Laura León Silva
 Alberto Lifshitz Guinzberg
 Daby Manuel Lila de Arce

Miguel Ángel Llera Bello
Marco Antonio López Butrón
Ricardo López Loya
Ruy López Ridaura
José Raymundo López Vucovich Son
Javier Lozano Herrera
César Lozano McDonald
José Luis Lugo Vega
Fernando A. Maciel Vázquez
Manuel Magaña Izquierdo
Gabriel Manuel Lee
Álvaro Julián Mar Obeso
Rafael Antonio Marín y López
Mario Alberto Martínez Alcázar
Irma Martínez Manríquez
María Elena Martínez Martínez
Tania Martínez Monroy
Adolfo Martínez Palomo
Octavio Rodrigo Martínez Pérez
Héctor Xavier Martínez Sánchez
Susana Martínez Tovar
Adolfo Martínez Valle
Verónica Matuk Sariñana
Fernando Enrique Mayans Canabal
Lázaro Mazón Alonso
José Medesigo Micete
Jorge Medina Lamadrid
María Elena Medina Mora
Ricardo Medrano Bahena
María Consuelo Mejía
Antonio Mejía Haro
Roberto Mejía Pérez
Guillermo Mena López
Alejandro Mohar Betancourt
Juan Molinar Horcasitas
Manuel Mondragón y Kalb
Gilberto Montiel Amoroso
Roberto Morales Flores
Elizabeth Morales García
Efraín Morales Sánchez
Rubén Morán Sánchez
Rafael Alejandro Moreno Cárdenas
José Antonio Muñoz Serrano
Ma. del Pilar Muriedas Juárez
Héctor Nava Jaimes
Luis Alberto Navarrete Jaimes
Isabel Nieves Venegas
Antonio Núñez Aguilar
Juan Carlos Núñez Morales
Gabriel Núñez Urquiza
Rosa María Núñez Urquiza
Gregorio T. Obrador Vera
Gerardo Ochoa Vargas
Gustavo Adolfo Olaiz Fernández
María Elena Orantes López
Alfonso Ordiales
Javier Orozco Gómez
Fernando Eutimio Ortega Bernés
José Juan Ortega Cerda
Gerardo Ortega Martínez
José Javier Osorio Salcido
Elisa Lucía Parera González
Florencia Peña San Martín
José Luis Peñalosa y Sentíes
Arturo Pérez Estrada
Jorge Pérez Romero
Laura Elisa Pérez Gómez
Gregorio Pérez Palacios
Manuel Pérez Cárdenas
Efrén Alberto Pichardo Reyes
Samuel Ponce De León Rosales
Héctor Ponce Ramos
Tiburcio Puga Rodríguez
Enrique Ríos Espinosa
Flor Quesada Alatríste
Éctor Jaime Ramírez Barba
Luis Ernesto Ramos Gutiérrez
Jon. G. Rementería Sempé
Jesús Reyes Heróles González Garza
Oswaldo Rico Sierra
Guillermo Eduardo Rivera Juárez
Manuel Robles San Román
Carlos Rodríguez Ajenjo
Lucero Rodríguez Cabrera
Carmen Rodríguez Dehaibes
Mario Henry Rodríguez López
Gabriela Rodríguez Ramírez
José Adrián Rojas Dosal
Daniel Romero López
Arturo Romero Leal
Severino Rubio Domínguez
Alberto Rubio Guerra
Enrique Ruelas Barajas
Manuel H. Ruiz de Chavez
Rosalinda Saavedra de Zorrilla
José Salazar Aviña

Margarita Saldaña Hernández
Ma. Luisa Sánchez Fuentes
Jorge Manuel Sánchez González
Omar Sánchez Ramírez
José Ignacio Santos Preciado
Ernesto Saro Boardman
Elsa Sarti Gutiérrez
Mariano Francisco Saynez Mendoza
Gastón Segovia Mejía
José Sigona Torres
Guillermo Soberón Acevedo
Guillermo Alberto Solomón Santibañez
Luis Ignacio Solórzano Flores
Jorge Luis Sosa Muñoz
Julio Sotelo Morales
Gabriel Sotelo Monroy
María Eloisa Talavera Hernández
Guillermo Marcos Tamborrel Suárez
Carlos Tena Tamayo
Xóchitl Eréndida Terán Toledo

Fernando Toranzo Fernández
Rodolfo Torre Cantú
Judith Torres Mujica
Laura Valenzuela Gaytán
Yolanda Guadalupe Valladares Valle
Manet Rocío Vargas García
Alfredo Vargas Ferreira
Martín de Jesús Vázquez Villanueva
Víctor Manuel Vázquez Zárate
María Oralia Vega Ortíz
José Manuel Velasco González
Julián Francisco Velázquez y Llorente
Raymundo Sebastián Verduzco Rosán
Heladio Gerardo Verver y Vargas Ramírez
Ventura Vilchis Huerta
Miguel Villaseñor Miranda
Ignacio Villaseñor Ruíz
Jesús Zacarías Villarreal
Miguel Angel Yunes Linares
María Isabel Zorrilla Saavedra



Anexos



Entidad federativa	Población (miles)*			Porcentaje por grupo de edad*			Mujeres en edad fértil (miles)* 1/	Índice de independencia* 2/	Tasa de crecimiento total*	Tasa de natalidad* 3/	Tasa global de fecundidad*	Tasa de mortalidad ajustada por edad**4/
	Total	Hombres	Mujeres	0-14	15-64	65y+						
Nacional	106 452	52 929	53 522	30.0	64.7	5.3	29 514	54.6	1.0	18.4	2.1	6.3
Aguascalientes	1 044	509	535	32.7	62.8	4.6	292	59.3	1.5	20.0	2.3	6.5
Baja California	2 948	1 499	1 449	29.8	66.2	4.0	832	51.0	2.7	18.4	2.1	6.9
Baja California Sur	503	258	244	28.7	67.2	4.1	141	48.7	2.6	18.1	2.0	6.6
Campeche	776	393	383	31.3	64.3	4.4	212	55.5	1.6	19.3	2.2	5.8
Coahuila de Zaragoza	2 543	1 281	1 262	29.5	65.4	5.2	699	53.0	1.2	18.1	2.1	7.0
Colima	591	296	296	28.4	66.3	5.3	167	50.8	1.2	17.6	2.0	6.3
Chiapas	4 417	2 220	2 197	34.4	61.9	3.7	1 195	61.4	1.3	20.8	2.3	6.6
Chihuahua	3 433	1 737	1 695	29.8	65.1	5.1	936	53.6	1.7	18.3	2.2	7.0
Distrito Federal	8 815	4 293	4 522	24.0	69.1	6.9	2 562	44.8	0.0	15.8	1.8	7.8
Durango	1 555	773	782	31.3	63.0	5.7	421	58.7	0.3	18.8	2.2	6.3
Guanajuato	5 065	2 466	2 600	32.7	62.3	5.1	1 415	60.6	0.7	19.4	2.2	6.4
Guerrero	3 261	1 619	1 642	34.7	59.7	5.5	837	67.5	0.3	20.6	2.5	4.7
Hidalgo	2 390	1 175	1 215	31.2	63.2	5.6	655	58.1	0.8	18.6	2.2	5.8
Jalisco	6 815	3 385	3 430	30.1	64.2	5.7	1 871	55.6	0.8	18.4	2.1	6.4
México	14 672	7 330	7 343	29.1	66.7	4.2	4 219	50.0	1.5	18.3	2.0	5.2
Michoacán de Ocampo	4 227	2 067	2 160	31.7	62.3	6.0	1 161	60.4	0.3	18.7	2.1	5.8
Morelos	1 717	852	865	29.4	64.7	5.8	474	54.5	1.1	18.0	2.1	5.8
Nayarit	998	504	494	29.7	64.2	6.1	266	55.7	0.6	18.3	2.2	5.7
Nuevo León	4 243	2 136	2 107	27.7	67.0	5.3	1 190	49.2	1.5	17.6	2.0	6.5
Oaxaca	3 717	1 827	1 890	32.9	61.0	6.1	980	63.9	0.6	19.8	2.3	6.1
Puebla	5 537	2 732	2 805	31.9	62.6	5.5	1 506	59.7	1.0	19.2	2.2	6.6
Querétaro de Arteaga	1 601	795	806	31.4	64.3	4.3	454	55.4	1.8	19.1	2.1	6.7
Quintana Roo	1 091	564	528	31.0	66.5	2.5	312	50.4	3.5	20.0	2.2	6.0
San Luis Potosí	2 409	1 188	1 221	32.1	61.9	5.9	643	61.5	0.4	17.7	2.1	6.0
Sinaloa	2 771	1 404	1 367	29.6	65.0	5.4	751	53.9	0.8	17.9	2.1	5.6
Sonora	2 487	1 263	1 225	29.2	65.6	5.2	679	52.5	1.5	18.2	2.1	7.0
Tabasco	2 070	1 039	1 030	30.9	65.0	4.1	584	53.8	1.1	19.3	2.1	6.9
Tamaulipas	3 164	1 592	1 572	28.4	66.2	5.3	886	51.0	1.8	18.1	2.0	6.1
Tlaxcala	1 072	532	540	30.7	64.1	5.1	301	55.9	1.5	19.1	2.1	5.7
Veracruz												
de Ignacio de la Llave	7 296	3 610	3 686	29.5	64.5	6.0	1 991	55.1	0.3	17.4	2.1	6.4
Yucatán	1 808	902	905	29.1	65.2	5.8	494	53.4	1.3	18.2	2.1	6.7
Zacatecas	1 417	691	726	31.9	61.8	6.3	387	61.8	0.1	19.3	2.2	5.9

1/ Mujeres de 15 a 49 años

2/ Se refiere al peso que tiene la población en edad económicamente inactiva (menores de 15 y mayores de 65 años) con respecto a la población en edad activa (15-64 años)

3/ Por 1,000 habitantes

4/ Por 1,000 habitantes ajustada por grupos de edad por método directo con la población estándar de la OMS.

Fuente: * CONAPO. Proyecciones de la población de México 2000-2050 y 2000-2030. México, 2002.

** Estimaciones de la DGIS.

Entidad federativa	% Sin agua potable*	% Sin servicio de drenaje*	% Con piso de tierra*	% Que cocina con leña o carbón**	% Con material no durable en techos** 1/	% Con material no durable en muros**2/
Nacional	11.5	12.2	10.3	13.6	16.0	9.6
Aguascalientes	2.4	2.4	2.1	2.5	1.6	10.6
Baja California	5.9	8.6	3.7	0.7	60.6	8.4
Baja California Sur	13.5	8.8	7.9	2.5	21.7	6.8
Campeche	14.7	19.2	8.5	27.8	22.9	10.6
Coahuila de Zaragoza	4.0	7.7	2.5	1.1	14.6	12.1
Colima	2.9	1.2	7.7	7.6	27.6	11.7
Chiapas	28.3	21.7	30.1	41.9	15.3	12.8
Chihuahua	6.5	8.2	5.5	5.4	20.0	12.5
Distrito Federal	1.9	0.4	1.0	0.3	6.8	5.4
Durango	8.7	14.9	10.0	12.5	19.0	15.4
Guanajuato	7.3	12.8	8.1	9.7	15.2	9.0
Guerrero	35.5	31.3	32.4	36.0	30.9	21.1
Hidalgo	14.1	18.8	12.2	21.5	12.0	6.8
Jalisco	6.6	3.1	4.9	3.2	6.6	14.0
México	6.8	7.0	5.5	4.9	11.9	6.2
Michoacán de Ocampo	11.3	13.6	14.3	16.1	21.3	9.4
Morelos	10.4	6.1	9.7	10.6	18.6	6.9
Nayarit	10.1	7.5	8.5	10.3	22.6	16.5
Nuevo León	4.5	3.7	2.3	2.7	3.2	1.5
Oaxaca	28.6	36.7	33.3	50.1	15.3	21.3
Puebla	15.6	18.7	14.8	21.8	18.2	5.8
Querétaro de Arteaga	9.4	12.3	7.9	11.3	12.2	7.2
Quintana Roo	6.3	7.7	7.3	15.1	22.8	17.4
San Luis Potosí	17.6	22.9	17.9	23.2	13.6	14.5
Sinaloa	9.6	11.9	9.1	5.8	8.9	8.8
Sonora	5.8	12.3	9.0	5.5	24.6	10.4
Tabasco	24.8	5.4	8.8	25.2	22.6	8.2
Tamaulipas	6.0	15.7	5.3	7.5	9.1	9.1
Tlaxcala	3.5	8.9	6.2	8.1	10.0	5.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	26.2	19.6	20.5	29.1	24.9	8.3
Yucatán	6.4	28.1	4.5	33.3	17.3	8.7
Zacatecas	7.8	14.6	6.1	10.4	10.0	18.3

1/ Incluye material, cartón, hule, llantas, lámina de cartón, palma, tejamanil, madera, lámina de asbesto, carrizo, bambu, terrado y block.
2/ Incluye: material, ladrillo de barro, paja, lámina de plástico, hoja de metal, otros.

Fuente: * INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005.

** Secretaría de Salud. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2006.

Cuadro A.3. Aspectos socioeconómicos de la población en México, 2005

Entidad federativa	% Población de 5 años y más lengua indígena*	% Población de 5 años y más analfabeta*	Promedio de escolaridad (años)*	% Población económicamente activa ocupada** 1/	% Población con ingreso ≤ 2 SM**	% Población total con seguridad social***	2006 % Población afiliada al Seguro Popular****	% Población total no asegurada**
Nacional	6.7	8.4	8.1	60.8	37.5	45.5	14.7	39.8
Aguascalientes	0.3	4.2	8.7	59.1	32.6	59.9	30.4	9.7
Baja California	1.4	3.1	8.9	61.6	13.0	61.8	10.4	27.8
Baja California Sur	1.6	3.6	8.9	64.2	21.9	62.8	20.4	16.8
Campeche	13.3	10.2	7.9	64.6	43.3	46.0	27.8	26.3
Coahuila de Zaragoza	0.3	3.3	9.0	57.7	62.4	74.2	5.9	19.9
Colima	0.6	6.4	8.4	65.6	23.9	53.0	34.3	12.7
Chiapas	26.1	21.3	6.1	57.3	29.9	19.8	26.3	54.0
Chihuahua	3.4	4.4	8.3	60.7	36.2	63.6	8.7	27.7
Distrito Federal	1.5	2.6	10.2	62.8	31.5	57.4	3.6	39.0
Durango	2.1	4.8	8.0	56.9	39.1	54.3	9.1	36.7
Guanajuato	0.2	10.4	7.2	59.3	37.2	38.4	30.6	31.0
Guerrero	14.2	19.9	6.8	60.0	35.4	24.5	13.6	61.9
Hidalgo	15.5	12.8	7.4	59.8	33.6	32.5	19.4	48.1
Jalisco	0.7	5.5	8.2	59.5	45.4	50.0	9.4	40.6
México	2.6	5.3	8.7	64.2	30.8	47.3	8.8	43.9
Michoacán de Ocampo	3.3	12.6	6.9	61.0	41.2	29.4	7.8	62.8
Morelos	1.8	8.1	8.4	60.6	38.4	38.9	18.3	42.8
Nayarit	5.0	8.0	8.0	64.3	43.5	42.0	22.9	35.1
Nuevo León	0.8	2.8	9.5	63.7	20.7	71.3	5.6	23.1
Oaxaca	35.3	19.3	6.4	61.1	46.3	24.7	20.1	55.2
Puebla	11.7	12.7	7.4	62.3	44.9	29.2	18.6	52.3
Querétaro de Arteaga	1.7	8.1	8.3	62.0	30.8	50.8	12.1	37.1
Quintana Roo	19.3	6.6	8.5	66.4	28.7	52.3	10.1	37.6
San Luis Potosí	11.1	9.9	7.7	60.5	43.6	41.7	21.0	37.4
Sinaloa	1.3	6.4	8.5	64.0	36.6	56.6	20.4	23.0
Sonora	2.5	3.7	8.9	60.0	30.0	63.1	18.2	18.8
Tabasco	3.0	8.6	8.0	55.4	44.4	33.8	50.2	16.0
Tamaulipas	0.8	4.5	8.7	62.1	33.9	57.4	20.4	22.2
Tlaxcala	2.5	6.7	8.3	60.8	51.6	35.4	13.3	51.3
Veracruz								
de Ignacio de la Llave	9.5	13.4	7.2	56.5	51.5	34.6	14.1	51.3
Yucatán	33.5	10.9	7.6	64.6	54.1	50.4	18.8	30.8
Zacatecas	0.3	7.2	7.2	58.7	43.3	35.3	18.4	46.3

1/ Población económicamente activa ocupada se refiere a las personas de 14 años y más que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron alguna actividad económica.

Fuente: * INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005.

** INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) (IV trimestre), 2005.

*** Estimaciones de la DGIS.

**** Secretaría de Salud. Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades y Dirección General de Afiliación y Operación, 2005.

Entidad federativa	Esperanza de vida al nacer*		Esperanza de vida a los 40 años**		Probabilidad de morir de 0 a 5 años** 1/		Probabilidad de morir de 15 a 59 años** 2/	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	73.0	77.9	37.0	40.3	25.5	20.4	162.8	88.9
Aguascalientes	73.7	78.4	37.2	40.5	20.9	16.5	151.8	80.6
Baja California	74.4	78.8	38.0	40.7	19.9	15.5	153.4	80.9
Baja California Sur	73.5	78.5	37.0	40.6	21.7	17.1	153.9	83.7
Campeche	72.5	77.3	36.6	39.7	26.6	21.4	163.2	84.6
Coahuila de Zaragoza	73.8	78.5	37.0	40.3	19.6	15.3	148.2	73.9
Colima	73.5	78.2	37.2	40.2	21.6	17.1	155.7	79.3
Chiapas	71.2	76.5	36.6	39.9	35.2	28.9	185.2	105.1
Chihuahua	73.9	78.6	37.7	40.7	21.9	17.2	160.0	85.0
Distrito Federal	74.2	78.9	37.4	40.7	18.5	14.3	148.0	77.5
Durango	72.9	77.8	36.9	40.0	24.5	19.4	161.6	83.0
Guanajuato	72.9	77.7	37.1	40.1	25.3	20.2	164.0	86.4
Guerrero	71.4	76.8	36.4	40.0	33.6	27.3	178.0	97.0
Hidalgo	72.0	77.3	36.3	40.0	28.5	23.0	168.6	92.8
Jalisco	73.5	78.3	37.4	40.5	22.2	17.6	159.1	84.0
México	73.4	78.3	37.1	40.4	22.0	17.5	156.7	83.7
Michoacán de Ocampo	72.6	77.5	37.2	40.1	27.5	22.1	170.6	89.9
Morelos	73.3	78.1	37.2	40.2	23.2	18.4	159.4	83.2
Nayarit	72.9	77.8	37.1	40.3	25.6	20.4	163.2	87.9
Nuevo León	73.9	78.7	36.9	40.5	18.7	14.6	142.7	75.0
Oaxaca	71.4	76.7	36.7	40.0	34.2	27.9	185.8	104.0
Puebla	72.3	77.6	36.7	40.3	28.1	22.7	171.5	96.1
Querétaro de Arteaga	73.0	77.9	36.9	40.2	24.3	19.3	161.6	86.4
Quintana Roo	73.3	78.1	37.0	40.3	23.0	18.3	153.7	82.7
San Luis Potosí	72.5	77.4	36.8	40.0	27.5	22.2	165.1	90.0
Sinaloa	73.1	77.9	37.1	40.2	24.2	19.3	162.3	83.4
Sonora	73.7	78.4	37.2	40.4	21.4	16.9	156.7	81.0
Tabasco	72.4	77.4	37.1	40.1	28.8	23.2	173.1	93.1
Tamaulipas	73.5	78.2	37.0	40.2	21.6	17.0	153.6	79.2
Tlaxcala	72.9	78.0	36.9	40.5	24.6	19.6	160.1	89.3
Veracruz								
de Ignacio de la Llave	72.0	77.2	36.3	39.9	28.8	23.3	170.3	92.8
Yucatán	72.5	77.4	36.3	39.7	25.8	20.7	157.7	84.7
Zacatecas	72.6	77.4	37.2	40.0	27.8	22.3	165.9	88.4

1/ Por 1,000 nacidos vivos.

2/ Por 100 sobrevivientes a los 15 años de edad.

Fuente: * CONAPO. Proyecciones de la población de México 2000-2050 y 2000-2030. México, 2002.

** Estimaciones de la DGIS.

Cuadro A.5. Tasas de mortalidad estandarizadas por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, según sexo y entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 2005 1/

Entidad federativa	Transmisibles, nutricionales 2/			No transmisibles 3/			Lesiones 4/		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Nacional 5/	72.2	81.7	63.3	489.4	554.0	433.3	54.5	87.7	22.9
Aguascalientes	62.7	67.6	59.0	507.8	564.4	461.8	56.5	83.5	32.4
Baja California	79.9	98.4	61.4	516.9	588.4	447.0	72.7	113.6	30.6
Baja California Sur	79.4	85.1	72.7	490.3	605.4	384.1	73.7	108.4	36.6
Campeche	66.0	73.3	59.1	461.9	542.0	389.1	57.3	91.2	23.5
Coahuila de Zaragoza	57.6	65.7	50.0	574.2	641.7	515.7	49.2	75.4	23.3
Colima	70.8	91.9	51.3	496.0	574.5	426.5	50.5	77.0	24.6
Chiapas	110.7	122.3	100.4	452.6	504.3	408.2	58.7	98.1	20.5
Chihuahua	71.1	80.7	62.1	540.1	615.2	473.1	76.2	119.9	32.1
Distrito Federal	65.1	73.0	57.2	514.0	565.7	469.5	41.2	63.2	21.0
Durango	57.5	65.3	50.8	501.5	583.1	430.8	64.5	106.1	24.9
Guanajuato	73.1	79.8	66.6	508.2	586.7	444.6	53.8	86.8	24.7
Guerrero	61.8	70.5	54.1	345.4	390.4	307.8	62.2	106.1	21.0
Hidalgo	65.6	73.9	58.6	476.3	560.4	405.0	52.8	86.3	22.3
Jalisco	72.2	78.6	65.9	502.0	561.9	449.5	53.6	87.4	21.5
México	74.9	80.5	68.9	492.4	537.9	450.5	48.7	76.6	21.9
Michoacán de Ocampo	62.1	73.4	52.2	453.9	519.7	398.6	74.5	126.8	27.3
Morelos	66.3	76.7	56.6	455.9	506.5	411.7	51.7	80.0	24.1
Nayarit	60.5	70.4	50.8	448.3	524.8	380.8	69.3	113.2	25.3
Nuevo León	56.6	70.5	44.3	519.4	598.7	450.1	44.1	67.3	21.7
Oaxaca	89.3	97.5	81.9	443.3	515.3	383.1	64.8	109.7	24.4
Puebla	93.7	103.0	85.3	498.5	578.2	431.2	50.0	79.1	23.5
Querétaro de Arteaga	68.7	75.1	62.8	509.6	579.3	447.8	55.4	88.7	24.1
Quintana Roo	73.5	85.7	61.7	451.5	517.3	391.1	67.0	102.0	29.5
San Luis Potosí	67.3	74.6	60.8	457.4	536.1	393.1	53.3	89.0	20.4
Sinaloa	53.7	60.8	46.6	436.4	504.2	373.1	64.5	104.7	23.7
Sonora	83.9	100.5	68.0	536.9	618.3	460.9	60.9	97.5	23.8
Tabasco	76.4	93.3	60.2	513.0	580.4	454.1	65.7	112.1	20.9
Tamaulipas	53.4	62.5	44.6	473.3	532.1	420.3	51.9	82.5	21.4
Tlaxcala	84.8	94.0	76.6	445.4	493.6	404.6	46.8	73.9	22.2
Veracruz									
de Ignacio de la Llave	77.3	90.1	65.5	510.9	586.9	445.7	45.2	75.0	17.3
Yucatán	72.6	90.9	57.3	501.9	563.5	450.1	45.0	74.9	16.8
Zacatecas	59.9	68.9	52.1	455.2	503.1	415.3	69.5	114.6	28.9

1/ Tasas por 100,000 habitantes estandarizadas por el método directo con la población estándar. World Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard

2/ Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas, perinatales y deficiencias nutricionales.

Códigos de Clasificación de la CIE-10: A00-B99, G00-G09, N70-N76, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H69, O00-O99, P00-P96, E00, E40-E64, D50-D64.

3/ Códigos de Clasificación de la CIE-10: C00-C97, D00-D48, D65-D89, E01-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E89, F01-F99, G10-G99, H00-H61, H70-H95, I00-I99, J30-J99, K00-K92, N00-N64, N80-N99, L00-L99, M00-M99, Q00-Q99.

4/ Códigos de Clasificación de la CIE-10: V01-Y89.

5/ El total incluye muertes de extranjeros y de personas de sexo no especificado.

* Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.

Fuente: Numerador. INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad, 2005.
Denominador. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002.

Cuadro A.6. Mortalidad por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 2005 1/

Entidad federativa	Enfermedades infecciosas intestinales A00-A09*		Infecciones respiratorias agudas 2/ J00-J22*		Tuberculosis pulmonar A15-A16, B90.9*		SIDA B20-B24*		Ciertas afecciones perinatales P00-P96, A33*		Deficiencias de la nutrición E40-E64*		Anemias D50-D64*	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Nacional 3/	4 266	4.8	15 408	18.8	2 375	3.0	4 654	4.6	16 450	14.8	8 480	10.8	3 656	4.7
Aguascalientes	25	3.3	91	12.9	14	2.0	39	4.2	146	12.2	102	15.3	20	2.9
Baja California	40	1.9	385	21.3	206	8.3	269	9.2	395	12.6	102	5.9	35	2.0
Baja California Sur	10	2.5	73	25.1	11	3.1	32	6.7	79	15.2	32	10.9	11	3.5
Campeche	14	2.4	99	20.6	18	3.7	35	4.9	91	10.7	49	10.7	21	4.5
Coahuila de Zaragoza	65	3.5	256	14.7	78	4.3	72	2.8	258	9.8	142	8.7	66	3.9
Colima	16	3.3	81	17.7	9	2.0	32	5.3	95	16.4	51	11.4	21	4.8
Chiapas	637	20.0	806	30.7	239	9.4	225	5.7	590	11.3	341	14.0	207	8.4
Chihuahua	115	4.2	519	21.0	74	2.8	170	5.0	515	14.3	212	8.9	102	4.3
Distrito Federal	280	3.5	1 517	18.5	45	0.5	512	5.5	1 394	18.2	412	4.9	200	2.4
Durango	31	2.5	111	9.5	50	4.6	43	2.9	241	14.4	104	9.4	53	4.8
Guanajuato	194	4.5	754	19.6	24	0.7	114	2.6	970	17.0	566	14.9	160	4.2
Guerrero	183	6.5	236	9.3	95	4.0	174	6.1	388	10.1	274	11.2	146	5.9
Hidalgo	50	2.4	329	17.5	15	0.9	34	1.5	416	16.5	227	12.5	79	4.3
Jalisco	171	2.8	1 244	21.7	118	2.2	317	5.0	906	12.7	667	11.5	187	3.3
México	494	4.3	2 448	23.5	124	1.4	399	2.7	2 865	19.1	930	10.4	286	3.1
Michoacán de Ocampo	132	3.4	548	15.3	49	1.6	94	2.6	539	12.0	403	11.0	213	6.1
Morelos	60	4.1	181	13.3	28	2.2	80	5.0	227	13.0	195	14.6	57	4.3
Nayarit	35	3.9	134	15.7	34	4.4	65	6.9	75	7.3	63	7.2	43	5.1
Nuevo León	93	2.9	577	19.4	175	5.4	166	3.9	425	10.0	128	4.5	53	1.8
Oaxaca	388	11.5	507	15.7	123	4.3	157	4.7	488	11.8	599	19.1	342	11.0
Puebla	329	6.5	1 133	24.1	64	1.6	177	3.6	1 513	25.2	667	15.1	298	7.0
Querétaro de Arteaga	50	4.1	159	14.4	21	2.1	27	1.6	261	15.1	163	17.0	31	2.9
Quintana Roo	30	3.3	78	19.2	18	3.2	87	7.6	183	15.0	34	10.3	16	3.9
San Luis Potosí	97	4.6	365	18.4	88	4.8	51	2.3	301	11.9	205	10.6	72	3.9
Sinaloa	41	1.9	291	14.2	90	4.4	91	3.5	217	7.7	166	8.2	80	3.9
Sonora	77	4.2	432	24.3	94	5.0	94	3.6	391	15.1	240	14.2	80	4.9
Tabasco	59	3.4	230	17.3	78	6.1	157	8.0	369	16.6	118	10.0	66	5.5
Tamaulipas	52	2.1	248	10.7	64	2.7	148	4.7	396	12.2	141	6.5	73	3.2
Tlaxcala	42	4.3	214	24.9	6	0.8	28	3.1	266	23.3	107	13.0	49	5.8
Veracruz														
de Ignacio de la Llave	280	4.3	841	14.1	287	4.8	655	9.4	1 064	14.8	717	12.4	458	7.9
Yucatán	107	7.0	318	22.5	31	2.2	85	5.0	173	9.4	174	11.5	72	5.0
Zacatecas	66	5.0	192	15.0	5	0.5	21	1.6	212	13.6	147	11.3	55	4.5

1/ Tasas por 100,000 habitantes estandarizadas por el método directo con la población estándar. World Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard.

2/ Incluye neumonía e influenza.

3/ El total incluye muertes de residentes extranjeros y de personas de sexo no especificado.

* Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.

Fuente: Numerador. INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad, 2005.

Denominador. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002.

Cuadro A.7. Mortalidad por enfermedades crónicas según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 2005 1/

Entidad federativa	Enfermedad isquémica del corazón I20-I25 *		Cáncer pulmonar C33-C34*		Cáncer del estómago C16*		Cirrosis y otras enfermedades del hígado 2/		Enfermedad pulmonar obstructiva J44, J40-J43, J67*		Malformaciones congénitas Q00-Q99*	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Nacional 3/	53 416	73.0	7 048	9.9	5 336	7.2	27 588	35.5	20 270	28.2	9 255	8.4
Aguascalientes	397	62.5	100	16.5	40	6.1	153	21.4	350	55.5	113	9.8
Baja California	1 614	103.4	225	14.7	105	6.4	494	25.4	313	21.5	261	8.5
Baja California Sur	275	98.1	47	17.5	24	8.3	89	28.6	53	20.6	46	9.3
Campeche	368	82.9	47	10.6	47	10.0	197	39.4	110	26.1	58	7.1
Coahuila de Zaragoza	1 818	110.3	272	16.3	109	6.3	505	27.8	410	25.6	149	5.7
Colima	331	78.1	55	13.8	28	7.0	145	32.9	143	34.3	43	7.4
Chiapas	1 139	53.4	156	7.2	286	12.4	1 132	44.9	453	22.1	313	6.2
Chihuahua	2 445	110.2	371	16.9	156	6.9	592	23.1	605	28.5	288	8.2
Distrito Federal	7 064	88.2	630	8.3	521	6.6	2 202	27.4	1 956	24.5	761	9.7
Durango	921	85.2	146	13.6	72	6.6	242	21.3	359	33.9	107	6.6
Guanajuato	2 298	67.8	299	9.2	201	6.1	1 047	30.4	1 311	38.4	540	9.8
Guerrero	941	41.8	133	6.0	183	8.2	578	25.4	463	20.6	166	4.6
Hidalgo	1 176	67.5	89	5.3	111	6.6	954	54.2	407	23.4	158	6.4
Jalisco	3 710	71.7	584	12.1	335	6.7	1 452	28.2	1 966	37.4	589	8.3
México	4 932	61.0	595	7.0	551	6.2	4 522	45.6	2 637	34.3	1 482	9.9
Michoacán de Ocampo	1 789	54.7	313	9.9	270	8.5	761	24.2	974	28.6	323	7.3
Morelos	686	54.2	91	7.2	109	8.4	508	38.5	409	32.5	135	7.8
Nayarit	601	76.1	102	13.5	45	5.9	154	20.1	242	30.3	58	5.6
Nuevo León	2 897	101.1	437	15.3	172	5.8	730	23.4	781	28.5	322	7.6
Oaxaca	1 334	45.7	134	4.8	289	10.4	1 377	49.8	532	18.0	355	8.7
Puebla	1 913	47.6	176	4.6	240	6.2	2 541	64.1	812	20.3	670	11.2
Querétaro de Arteaga	684	73.6	74	8.2	61	6.5	591	57.3	308	34.3	176	10.1
Quintana Roo	219	59.6	42	8.8	40	8.8	219	41.8	100	31.2	100	8.1
San Luis Potosí	1 265	69.8	157	9.0	122	7.0	476	26.6	532	29.3	214	8.5
Sinaloa	1 684	88.0	345	18.6	118	6.0	295	14.9	474	25.3	145	5.2
Sonora	1 843	111.8	344	21.2	158	9.4	348	19.2	469	29.4	185	7.2
Tabasco	748	67.0	104	9.3	99	8.4	396	30.3	319	30.4	236	10.7
Tamaulipas	1 974	93.3	315	14.9	122	5.4	533	23.6	480	23.4	205	6.4
Tlaxcala	281	38.8	30	4.2	38	5.2	340	46.3	165	22.4	135	12.0
Veracruz												
de Ignacio de la Llave	3 834	69.2	415	7.5	445	8.0	3 074	52.7	1 482	27.1	618	8.5
Yucatán	1 272	92.9	79	6.0	152	11.3	753	55.3	302	22.0	170	9.3
Zacatecas	735	64.1	111	10.4	79	7.1	166	15.5	336	28.4	132	8.5

1/ Tasas por 100,000 habitantes estandarizadas por el método directo con la población estándar. World Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard.

2/ Códigos de clasificación CIE-10: K70, K73, K74, K76, K72.1.

3/ El total incluye muertes de residentes extranjeros y de sexo no especificado.

* Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.

Fuente: Numerador. INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad, 2005.
Denominador. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002.

Entidad federativa	Total lesiones V01-Y98*		Accidentes V01-X59*				Suicidios X60-X84, Y87.0*		Homicidios X85-Y09, Y87.1*		Las demás lesiones 3/	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Nacional 4/	53 110	54.5	15 976	16.0	19 121	20.5	4 314	4.2	9 921	9.7	3 778	4.1
Aguascalientes	493	56.5	222	24.0	166	20.3	58	6.1	26	2.9	21	3.1
Baja California	1 973	72.7	228	8.4	1 049	40.4	105	3.6	410	13.8	181	6.4
Baja California Sur	329	73.7	156	34.8	98	24.4	39	7.7	33	5.9	3	0.8
Campeche	365	57.3	101	14.9	134	22.5	61	8.8	48	7.5	21	3.4
Coahuila de Zaragoza	1 116	49.2	340	14.3	461	22.0	141	5.7	150	5.9	24	1.3
Colima	269	50.5	101	17.8	88	17.7	22	4.0	48	9.0	10	2.1
Chiapas	2 125	58.7	151	3.9	1 498	42.4	138	3.4	300	7.9	38	1.2
Chihuahua	2 424	76.2	633	19.7	853	28.3	256	7.8	560	16.4	122	3.9
Distrito Federal	3 617	41.2	1 152	13.0	933	11.1	353	3.9	749	8.1	430	5.1
Durango	886	64.5	291	20.4	321	24.5	56	4.0	178	12.3	40	3.2
Guanajuato	2 379	53.8	974	21.6	837	19.9	220	4.4	231	4.9	117	2.9
Guerrero	1 720	62.2	284	9.9	582	21.4	85	2.8	590	21.4	179	6.6
Hidalgo	1 110	52.8	352	15.9	557	27.7	39	1.6	80	3.9	82	3.7
Jalisco	3 386	53.6	1 312	20.6	1 038	16.8	366	5.5	426	6.6	244	4.1
México	6 327	48.7	1 988	15.1	1 677	14.0	253	1.7	2 127	15.4	282	2.5
Michoacán de Ocampo	2 874	74.5	883	22.8	851	22.6	180	4.4	687	17.7	273	7.1
Morelos	813	51.7	218	13.4	291	19.2	42	2.6	139	8.5	123	8.1
Nayarit	644	69.3	227	24.3	206	22.6	41	4.3	138	14.7	32	3.4
Nuevo León	1 689	44.1	539	13.4	705	19.6	238	5.8	130	3.0	77	2.3
Oaxaca	2 104	64.8	578	17.4	739	22.9	122	3.4	548	17.2	117	3.8
Puebla	2 462	50.0	787	15.8	1 009	20.9	188	3.5	324	6.5	154	3.3
Querétaro de Arteaga	765	55.4	334	22.8	273	21.6	67	4.3	72	5.0	19	1.7
Quintana Roo	610	67.0	190	19.9	218	26.0	69	6.6	73	6.9	60	7.5
San Luis Potosí	1 145	53.3	443	20.4	374	17.9	106	4.6	132	5.9	90	4.5
Sinaloa	1 659	64.5	479	18.4	568	23.6	106	4.1	447	16.0	59	2.4
Sonora	1 395	60.9	493	21.3	467	21.7	167	6.9	245	10.0	23	1.0
Tabasco	1 190	65.7	390	20.8	453	26.6	189	9.4	93	5.1	65	3.8
Tamaulipas	1 543	51.9	539	17.9	439	15.9	151	5.0	348	10.9	66	2.3
Tlaxcala	439	46.8	142	14.8	181	20.3	39	3.5	49	5.2	28	2.9
Veracruz												
de Ignacio de la Llave	3 048	45.2	606	8.8	1 202	18.1	206	2.9	356	5.1	678	10.3
Yucatán	736	45.0	243	14.5	266	16.9	133	7.6	37	2.2	57	3.8
Zacatecas	911	69.5	366	27.3	364	28.7	70	5.2	78	5.8	33	2.6

1/ Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población estándar. World Health Organization 2000. Age. Standardization of rates: A new WHO standard.

2/ Códigos de clasificación de la CIE 10: V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, incluye además Y85.0.

3/ Códigos de clasificación de la CIE 10: Y10-Y84.9, Y85.1-Y86.9, Y87.2-Y98.

4/ El total incluye muertes de residentes extranjeros y de sexo no especificado.

* Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.

Fuente: Numerador. INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad, 2005.
Denominador. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002.

Cuadro A.9. Indicadores Básicos del Sistema Nacional de Salud.

Principales recursos por 1000 habitantes, 2005 1/

Entidad federativa	Unidades médicas por 10 000 hab.	Camas censables	Consultorios	Médico en contacto con pacientes	Enfermeras en contacto con pacientes	Odontólogos	Gineco-obstetras 3/	Pediatras
Nacional	2.2	1.1	0.6	1.9	2.2	0.1	0.4	0.3
Aguascalientes	1.4	1.1	0.9	2.2	3.1	0.1	0.5	0.4
Baja California	1.4	1.0	0.5	2.0	1.9	0.1	0.5	0.4
Baja California Sur	3.1	1.2	0.9	2.4	2.9	0.1	0.5	0.4
Campeche	4.2	1.0	0.8	2.1	2.4	0.1	0.4	0.3
Coahuila de Zaragoza	1.6	1.1	0.7	1.7	2.6	0.1	0.5	0.3
Colima	3.1	1.1	0.8	2.4	2.8	0.1	0.6	0.5
Chiapas	4.0	0.6	0.5	1.0	1.3	0.1	0.2	0.1
Chihuahua	1.8	1.0	0.5	1.6	4.6	0.1	0.4	0.3
Distrito Federal	1.2	2.5	1.1	4.0	4.4	0.2	0.7	0.9
Durango	3.5	1.2	0.7	1.8	2.2	0.1	0.4	0.3
Guanajuato	1.7	1.0	0.6	1.6	1.8	0.0	0.4	0.3
Guerrero	3.7	0.7	0.7	1.4	1.7	0.1	0.3	0.2
Hidalgo	3.6	0.8	0.7	1.6	1.9	0.1	0.4	0.2
Jalisco	1.8	1.3	0.6	2.2	2.3	0.1	0.6	0.4
México	1.3	0.7	0.5	1.3	1.3	0.1	0.4	0.2
Michoacán de Ocampo	2.8	1.0	0.6	1.7	1.8	0.1	0.5	0.3
Morelos	2.0	0.9	0.6	1.6	2.1	0.1	0.5	0.3
Nayarit	3.9	0.8	0.7	2.1	2.3	0.1	0.4	0.3
Nuevo León	1.5	1.1	0.6	2.3	2.8	0.1	0.6	0.5
Oaxaca	3.9	0.7	0.6	1.3	1.4	0.1	0.2	0.1
Puebla	2.2	1.0	0.5	1.4	1.7	0.1	0.3	0.2
Querétaro de Arteaga	2.2	0.8	0.6	1.9	2.0	0.1	0.6	0.4
Quintana Roo	2.2	0.7	0.7	1.6	1.7	0.1	0.4	0.3
San Luis Potosí	2.6	0.9	0.5	1.7	2.0	0.1	0.3	0.2
Sinaloa	2.0	1.0	0.6	1.8	2.4	0.1	0.4	0.3
Sonora	1.8	1.2	0.6	2.3	2.6	0.1	0.8	0.4
Tabasco	3.5	0.9	0.8	1.9	2.2	0.2	0.5	0.2
Tamaulipas	1.9	1.1	0.6	1.9	2.4	0.1	0.5	0.4
Tlaxcala	2.4	0.8	0.6	1.9	1.9	0.1	0.4	0.3
Veracruz								
de Ignacio de la Llave	2.5	0.9	0.6	1.5	1.8	0.1	0.3	0.2
Yucatán	2.1	1.1	0.7	1.9	2.4	0.1	0.4	0.3
Zacatecas	3.3	0.9	0.7	1.6	1.8	0.1	0.4	0.2

1/ Contiene datos del sector público y privado. El sector público incluye: Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Estatales y Universitarios. El sector privado incluye solamente las unidades con servicio de hospitalización que son 3 172 unidades.

2/ Incluye a médicos generales o familiares, pediatras, ginecoobstetras, médicos especialistas y médicos en adiestramiento.

3/ El denominador para este indicador son mujeres en edad fértil.

4/ El denominador para este indicador es la población de 19 años o menos.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002.

Cuadro A.10. Indicadores básicos del Sistema Nacional de Salud.

Principales servicios otorgados por habitante, 2005

Entidad federativa	Por mil habitantes		Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre gestacional 2/ *
	Consultas 1/ *	Egresos *	
Nacional	2 518.9	45.4	35.4
Aguascalientes	3 088.8	63.2	30.5
Baja California	2 090.5	40.6	38.5
Baja California Sur	3 357.7	64.7	41.0
Campeche	3 115.5	56.1	43.3
Coahuila de Zaragoza	2 858.7	66.4	35.1
Colima	3 254.4	66.4	34.8
Chiapas	2 231.9	32.8	38.4
Chihuahua	2 317.5	44.8	34.0
Distrito Federal	3 363.7	76.4	26.0
Durango	3 035.0	58.1	38.1
Guanajuato	2 080.6	41.4	40.2
Guerrero	2 560.6	28.6	32.5
Hidalgo	2 808.4	39.9	33.3
Jalisco	2 379.3	55.1	44.6
México	1 862.9	23.7	25.3
Michoacán de Ocampo	2 228.9	35.7	37.4
Morelos	2 260.9	39.6	36.4
Nayarit	3 146.7	57.0	41.9
Nuevo León	2 671.3	52.2	37.3
Oaxaca	2 180.6	32.1	33.9
Puebla	2 328.5	38.0	32.3
Querétaro de Arteaga	2 439.1	40.4	45.0
Quintana Roo	2 447.2	44.2	36.1
San Luis Potosí	2 552.5	43.8	39.5
Sinaloa	3 103.1	54.2	33.7
Sonora	2 791.1	61.8	42.3
Tabasco	3 728.5	52.5	42.2
Tamaulipas	2 728.4	57.2	38.0
Tlaxcala	2 464.3	48.1	35.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	2 469.6	43.1	41.3
Yucatán	3 386.1	53.6	42.8
Zacatecas	2 807.5	51.8	45.4

1/ Incluye consultas generales, de especialidad, de urgencias y odontológicas. Para el cálculo del indicador se utilizaron las Proyecciones de la población de México 2020-2050 del CONAPO.

2/ Se obtiene del total de consultas de primera vez en el primer trimestre gestacional, entre el total de consultas de primera vez, por 100

Fuente: * Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística, No. 25, Vol. III. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. México, 2006.

Cuadro A.11. Salud reproductiva, 2005

Entidad federativa	Porcentaje de nacimientos por cesárea por urgencias*	Porcentaje de nacimientos por cesárea programada*	Total de cesáreas	Consulta prenatales por embarazada**	Mortalidad materna 1/	Tasa de mortalidad por cáncer 2/ cervico uterino C53***	mamario C50***
Nacional	20.6	17.0	37.6	5.0	63.4	15.5	15.4
Aguascalientes	23.4	15.7	39.1	5.2	33.5	14.9	19.1
Baja California	24.4	27.0	51.5	6.1	51.7	12.0	16.9
Baja California Sur	25.7	19.2	44.8	7.1	33.0	11.7	19.5
Campeche	18.4	13.4	31.9	6.5	73.5	18.7	11.8
Coahuila de Zaragoza	22.6	15.6	38.2	6.0	52.2	14.3	17.0
Colima	22.5	16.8	39.3	4.8	9.6	12.3	16.8
Chiapas	15.4	10.1	25.5	4.9	89.4	21.6	7.7
Chihuahua	18.9	15.3	34.2	5.2	90.9	12.7	19.9
Distrito Federal	22.1	12.5	34.6	4.0	57.6	11.5	23.2
Durango	15.5	15.4	30.9	4.8	48.0	15.5	14.5
Guanajuato	17.2	19.2	36.4	5.1	42.7	11.8	12.6
Guerrero	15.7	10.1	25.8	4.0	126.7	18.1	10.1
Hidalgo	17.7	19.9	37.6	4.7	83.2	15.4	13.4
Jalisco	27.0	19.1	46.1	5.7	41.5	14.7	22.4
México	23.0	18.2	41.2	4.3	73.4	13.0	13.4
Michoacán de Ocampo	22.5	16.1	38.6	4.9	58.2	17.8	12.0
Morelos	22.5	15.3	37.8	4.5	74.4	19.7	14.2
Nayarit	19.1	17.2	36.3	5.1	98.3	17.5	16.3
Nuevo León	20.1	26.7	46.8	6.1	26.9	10.2	20.7
Oaxaca	15.3	11.7	27.0	5.0	95.1	20.9	8.8
Puebla	21.0	13.9	34.8	4.5	69.6	17.2	9.9
Querétaro de Arteaga	13.7	17.9	31.5	6.7	49.0	12.4	16.2
Quintana Roo	27.8	14.5	42.3	5.4	59.6	18.0	3.9
San Luis Potosí	16.4	11.2	27.6	5.3	58.6	19.3	11.8
Sinaloa	16.3	22.7	39.0	4.5	46.5	14.2	18.5
Sonora	16.9	21.3	38.2	5.4	42.0	14.8	20.1
Tabasco	27.9	11.0	38.9	5.0	52.7	16.1	11.8
Tamaulipas	19.6	23.2	42.8	5.8	54.2	15.2	19.3
Tlaxcala	23.0	12.5	35.5	4.7	68.3	15.2	9.3
Veracruz							
de Ignacio de la Llave	21.9	18.0	39.9	5.9	64.6	23.0	13.5
Yucatán	21.9	15.1	37.0	5.5	57.6	21.1	9.4
Zacatecas	13.1	19.2	32.2	5.3	29.2	18.0	13.6

1/ Tasas por 100,000 nacidos vivos estimados. Incluye defunciones de mujeres residentes en el extranjero
Codigo CIE-10: O00-O95, O98, O99, A34, F53, M83 (4° dígito .0). Además, B20 a B24 sí, y sólo sí, la mujer se encontraba en embarazo, parto o puerperio al momento del fallecimiento.

2/ Tasas por 100,000 mujeres de 25 años y más de edad.

*** Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS

Fuente: * Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

** Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística No.25, Vol. III Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. México, 2006.

Numerador tasa. INEGI/Secretaría de Salud; SINAI, Mortalidad 2005

Denominador tasa. CONAPO, 2002; Proyecciones de la población de la México, 2000-2050

Cuadro A.12. Salud del niño, 2005

Entidad federativa	Sabin %	Población de 1 año 1/			Población de hasta 2 años 1/ Esquema completo %	Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad 2/ **		
		Penta-valente %	SRP %	Esquema completo %		Deficiencias de nutrición E40-E64*	Por enfermedades diarreicas agudas A00-A09*	Por infecciones respiratorias agudas J00-J22*
Nacional 3/	96.1	92.9	81.2	78.4	84.8	8.7	18.6	33.5
Aguascalientes	98.4	97.6	84.3	78.8	80.4	1.9	5.7	11.5
Baja California	97.2	92.9	88.9	81.8	79.7	2.9	5.4	22.5
Baja California Sur	91.8	85.0	73.8	73.7	76.8	9.3	10.9	15.4
Campeche	98.7	95.2	87.8	86.2	92.2	6.9	7.9	10.8
Coahuila de Zaragoza	89.2	81.7	70.0	64.3	76.8	3.1	7.7	15.4
Colima	98.9	93.6	72.8	73.7	76.9	6.0	11.7	13.8
Chiapas	97.3	95.6	77.3	71.2	80.7	11.7	51.5	43.0
Chihuahua	94.7	93.9	87.7	83.5	87.8	10.3	15.5	34.5
Distrito Federal	95.5	95.5	85.3	85.3	83.8	4.7	12.7	41.8
Durango	98.3	98.3	79.5	79.5	88.8	3.4	6.7	10.1
Guanajuato	96.1	96.1	93.3	93.3	95.5	7.1	18.4	22.2
Guerrero	98.1	97.4	92.3	89.7	91.7	9.7	20.3	13.3
Hidalgo	94.8	93.5	83.1	84.4	91.0	4.5	10.1	22.6
Jalisco	95.1	94.8	67.0	64.2	73.9	6.9	10.5	19.3
México	96.0	86.8	74.7	72.7	83.8	15.6	22.6	76.9
Michoacán de Ocampo	96.3	95.7	88.0	87.4	89.5	7.4	14.8	17.8
Morelos	96.3	93.9	81.4	76.6	89.2	4.6	18.7	18.2
Nayarit	96.2	87.1	83.8	77.6	88.5	2.2	12.0	8.8
Nuevo León	96.7	96.9	84.1	79.2	86.6	1.1	5.3	9.4
Oaxaca	98.6	95.0	86.1	86.1	90.5	13.2	38.2	29.3
Puebla	94.4	88.8	70.7	63.0	81.4	19.8	35.1	73.6
Querétaro de Arteaga	91.9	91.9	87.8	87.8	89.0	5.2	15.6	24.3
Quintana Roo	100.0	98.2	80.9	75.8	82.6	1.9	16.3	8.6
San Luis Potosí	100.0	96.2	87.4	80.7	84.6	10.7	18.8	29.1
Sinaloa	98.0	96.9	87.1	86.1	84.8	3.6	4.4	10.4
Sonora	97.9	96.7	85.8	82.1	87.5	5.7	9.2	21.8
Tabasco	97.2	93.5	91.3	89.5	95.0	7.1	18.6	23.0
Tamaulipas	91.5	77.9	61.9	53.7	69.3	3.8	5.9	14.4
Tlaxcala	95.8	94.2	90.9	87.6	89.1	6.9	26.6	71.1
Veracruz								
de Ignacio de la Llave	96.1	94.7	75.1	75.1	85.0	10.5	21.3	26.3
Yucatán	100.0	97.2	90.4	88.5	89.2	9.3	25.6	13.1
Zacatecas	93.3	85.1	78.5	70.3	78.1	5.8	15.9	21.1

1/ Población de 1 y 2 años que mostró la Cartilla Nacional de Vacunación

2/ Tasas por 100,000 niños menores de 5 años.

3/ Incluye defunciones de niños residentes en el extranjero y de niños sexo no especificado.

* Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS

Fuente: * Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

** Numerador. INEGI/Secretaría de Salud. Bases de datos de mortalidad, 2005.

** Denominador. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. México, 2002.

Cuadro A.13. Servicios de salud, 2005

Entidad federativa	Consultas diarias por médico general 2/	Consultas diarias por médico especialista 2/	Percepción de ocupación hospitalaria 3/	Promedio días estancia	Intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano 3/
Nacional	18.0	2.4	72.2	4.2	3.0
Aguascalientes	15.3	1.8	75.6	3.4	4.0
Baja California	16.4	2.3	75.7	3.8	3.3
Baja California Sur	14.9	1.9	64.4	3.5	2.3
Campeche	10.4	2.1	62.7	3.6	2.5
Coahuila de Zaragoza	19.6	2.2	76.5	3.8	3.0
Colima	16.1	1.9	61.8	3.0	4.0
Chiapas	18.9	1.8	64.2	3.2	2.2
Chihuahua	18.0	2.7	76.6	4.3	3.2
Distrito Federal	12.8	2.5	72.5	6.0	2.5
Durango	18.0	2.0	67.2	4.0	3.5
Guanajuato	18.2	2.5	82.7	3.6	4.5
Guerrero	17.9	2.1	58.1	3.4	2.5
Hidalgo	18.7	2.3	79.7	3.7	2.5
Jalisco	18.7	2.8	73.6	4.2	2.6
México	24.3	2.0	67.9	4.6	3.1
Michoacán de Ocampo	22.0	2.4	71.6	3.6	2.6
Morelos	16.2	2.1	66.1	3.4	3.9
Nayarit	14.8	2.4	72.0	3.0	3.1
Nuevo León	19.3	2.9	80.8	4.6	4.1
Oaxaca	19.8	2.3	69.3	3.8	2.7
Puebla	20.0	3.2	64.3	4.0	2.9
Querétaro de Arteaga	18.8	2.1	81.2	3.5	5.0
Quintana Roo	14.8	2.0	82.3	3.2	2.6
San Luis Potosí	19.1	2.5	84.0	4.0	3.9
Sinaloa	18.5	2.8	65.9	3.4	3.0
Sonora	19.0	2.3	67.5	3.8	2.3
Tabasco	16.4	2.9	72.2	3.3	3.3
Tamaulipas	18.0	2.8	72.6	3.8	3.0
Tlaxcala	14.2	2.1	71.9	2.9	3.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	15.9	2.5	68.8	3.8	2.9
Yucatán	23.7	2.3	91.6	4.9	3.5
Zacatecas	20.1	2.1	75.8	2.9	2.5

1/ Incluye a las instituciones del sector público: Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Estatales y Universitarios.

2/ Para el cálculo del indicador se consideran 252 días hábiles.

3/ Para el cálculo del indicador se consideran los 365 días del año.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud.

Cuadro A.14. Indicadores del estado de salud de la población según entidad federativa, Circa 2005

Entidad federativa	Porcentaje de población que califica su estado de salud como bueno o muy bueno 2006*		Población de 60 años o más que califica su estado de salud como bueno o muy bueno 2006* %		Prevalencia de discapacidad 2003** 1/		Esperanza de vida en condiciones de buena salud EVISA 2003** 2/		60 años o más 3/ Vacuna contra influenza %***
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Nacional	71.4	69.1	45.2	40.1	7.1	10.4	65.7	67.6	43.2
Aguascalientes	72.0	70.1	44.8	35.5	6.6	12.7	67.6	67.2	40.9
Baja California	74.4	72.8	53.0	46.7	8.2	10.7	64.6	67.6	29.3
Baja California Sur	79.4	75.4	53.1	45.9	8.0	12.7	64.8	63.6	33.3
Campeche	75.6	74.3	35.8	41.5	5.9	9.6	64.6	66.7	55.1
Coahuila de Zaragoza	78.2	78.2	41.2	47.8	11.4	16.0	64.7	64.4	45.9
Colima	73.8	70.9	45.6	41.7	7.0	8.9	67.2	69.4	36.8
Chiapas	65.9	64.2	39.2	43.2	10.3	15.4	62.4	66.9	38.2
Chihuahua	77.9	77.3	38.0	32.6	9.4	7.4	66.9	69.1	40.1
Distrito Federal	72.7	67.8	61.5	44.3	8.8	18.3	66.9	66.9	48.6
Durango	70.6	69.8	39.3	37.4	12.5	16.6	65.0	65.8	48.1
Guanajuato	66.2	65.5	49.5	46.7	6.3	9.8	65.9	69.4	52.1
Guerrero	74.7	74.1	45.4	32.0	6.5	9.7	65.7	68.0	47.8
Hidalgo	70.8	68.6	41.2	40.0	5.1	9.2	64.9	67.9	48.4
Jalisco	71.0	69.0	41.3	35.4	11.1	15.5	64.2	66.3	28.7
México	67.6	65.5	45.6	43.7	2.4	6.2	68.3	70.3	48.9
Michoacán de Ocampo	69.6	68.0	36.4	37.2	9.2	12.4	64.7	66.1	50.3
Morelos	71.6	70.2	39.8	44.1	8.0	11.2	66.9	69.3	49.2
Nayarit	68.1	66.4	42.0	38.7	12.1	13.8	64.7	66.3	42.0
Nuevo León	81.1	79.6	38.3	38.8	9.6	10.4	65.9	67.9	33.8
Oaxaca	65.7	63.7	31.4	35.8	9.2	8.1	64.6	65.8	47.5
Puebla	67.7	66.6	45.7	35.7	3.6	8.1	65.5	67.8	37.8
Querétaro de Arteaga	73.7	70.9	56.5	33.2	7.6	9.0	66.6	68.9	38.1
Quintana Roo	75.2	72.6	39.3	42.7	5.9	12.3	65.1	64.0	39.2
San Luis Potosí	74.1	71.8	47.4	38.3	8.0	10.8	65.5	67.2	37.0
Sinaloa	76.0	73.5	43.9	42.0	8.9	12.5	64.2	66.3	38.8
Sonora	79.4	77.2	50.4	44.3	8.9	9.9	65.5	67.7	35.2
Tabasco	70.5	67.4	50.3	39.1	10.1	11.8	63.7	64.0	48.2
Tamaulipas	76.0	71.6	39.8	35.2	8.2	10.9	64.4	64.7	34.6
Tlaxcala	67.3	62.6	43.2	31.9	3.9	5.2	67.5	69.7	52.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	67.9	64.0	49.3	39.6	6.0	6.6	65.0	68.0	42.4
Yucatán	79.1	77.5	46.9	47.9	7.8	9.9	65.3	65.9	56.7
Zacatecas	68.3	65.1	39.2	37.7	11.0	13.6	65.3	67.4	50.1

1/ Medición funcional basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud. Grado de dificultad en los dominios de salud: movilidad, función mental, estado de ánimo, actividades usuales, dolor y función social.

2/ El cálculo incluye la prevalencia de discapacidad (medición funcional).

3/ Porcentaje de la población de 60 años o más a quienes aplicaron la vacuna contra la gripe (influenza) durante en el último año.

Fuente: * Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

** Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño.

*** Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005.

Cuadro A.15. Cobertura efectiva de intervenciones seleccionadas según entidad federativa, 2006

Entidad federativa	Atención prenatal 1/	Atención del parto por personal especializado 2/	Servicio de atención a recién nacidos 3/	Tratamiento de problemas de agudeza visual 4/	Tratamiento de hipertensión arterial 5/	Tratamiento de hipercolesterolemia 6/	Índice compuesto de cobertura efectiva (a partir de 14 intervenciones) 7/
Nacional	67.3	93.3	80.9	37.5	23.1	25.3	59.6
Aguascalientes	69.1	98.5	94.9	36.8	26.7	28.4	62.8
Baja California	67.7	93.0	88.7	41.8	27.3	27.7	58.8
Baja California Sur	67.9	100.0	70.5	39.7	19.7	22.0	57.2
Campeche	66.6	92.2	82.0	34.6	17.3	38.6	61.9
Coahuila de Zaragoza	73.5	98.3	75.3	42.4	24.0	26.0	61.8
Colima	72.8	93.0	76.5	36.9	25.6	31.5	59.8
Chiapas	48.6	73.7	70.3	24.6	21.8	27.1	54.0
Chihuahua	68.0	94.9	86.8	39.8	23.5	21.7	58.9
Distrito Federal	81.0	100.0	83.9	52.0	29.1	34.4	65.1
Durango	63.3	97.4	88.7	34.7	22.9	26.2	60.1
Guanajuato	70.5	99.2	81.0	29.4	27.1	24.9	60.9
Guerrero	59.1	81.0	58.3	28.3	17.2	18.5	55.5
Hidalgo	64.6	96.7	83.0	30.5	17.8	27.0	60.7
Jalisco	80.4	98.9	83.0	36.0	30.8	10.3	60.3
México	64.3	93.5	76.0	41.4	25.6	28.3	61.2
Michoacán de Ocampo	61.2	98.2	83.8	27.0	19.2	19.2	56.2
Morelos	60.7	93.0	74.3	34.3	30.6	17.9	58.0
Nayarit	80.0	95.0	88.3	34.4	21.3	22.4	63.2
Nuevo León	75.4	98.3	86.5	45.5	26.4	17.1	59.5
Oaxaca	51.0	78.2	63.2	21.7	24.4	19.3	54.3
Puebla	51.8	93.6	63.8	31.6	18.8	18.4	54.8
Querétaro de Arteaga	75.8	96.3	88.8	39.4	15.7	15.5	59.6
Quintana Roo	68.3	89.9	86.4	36.2	18.3	39.5	59.7
San Luis Potosí	79.7	93.5	88.0	34.1	24.4	14.8	59.6
Sinaloa	62.2	94.7	88.3	34.9	18.6	11.8	56.4
Sonora	68.9	97.6	85.6	39.8	17.5	32.2	58.7
Tabasco	80.3	90.2	84.0	27.7	19.4	47.9	63.0
Tamaulipas	64.5	87.6	88.7	43.2	29.1	30.3	59.0
Tlaxcala	69.1	97.9	82.4	26.1	20.0	18.1	59.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	67.4	89.8	76.0	33.0	16.7	27.3	57.5
Yucatán	78.6	88.6	91.3	39.0	16.2	33.4	62.9
Zacatecas	74.3	97.8	82.0	36.6	19.2	18.7	61.1

1/ Proporción de mujeres que tuvieron un parto entre 2004-2006, con cuatro o más consultas con personal capacitado, y además se les midió la presión arterial y se les practicó un análisis de sangre.

2/ Proporción de mujeres que dieron a luz durante el periodo 2005-2006 y que recibieron atención hospitalaria en su último parto.

3/ Fracción de la ganancia máxima posible en salud, que se puede aportar a recién nacidos moderadamente prematuros, y que se logró mediante la atención médica recibida.

4/ Proporción de individuos con problemas de agudeza visual que usa anteojos o lentes de contacto y cuyos problemas de agudeza visual se resolvió con el uso de ellos.

5/ Fracción de reducción de la presión arterial de la población con el tratamiento que actualmente se está ofreciendo.

6/ Fracción de reducción de los niveles de colesterol de la población, con el tratamiento que actualmente se está ofreciendo.

7/ Se construye a partir de 14 intervenciones (promedios simples) del patrón general de prestración de servicios a nivel estatal y para estudiar desigualdades.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Cálculos y metodología utilizada a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

Cuadro A.16. Tasa de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) por grandes causas según entidad federativa, 2005 1/

Entidad federativa	Todas las causas*		Grupo I Enfermedades transmisibles* 2/		Grupo II Enfermedades no transmisibles* 3/		Grupo III Causas externas* 4/	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	163.0	130.2	25.8	22.1	106.3	100.1	30.9	7.9
Aguascalientes	141.2	110.7	16.4	14.5	100.2	86.1	24.6	10.1
Baja California	127.9	95.0	20.6	15.4	75.6	70.6	31.7	9.0
Baja California Sur	126.0	121.2	20.7	14.1	74.5	97.4	30.8	9.6
Campeche	154.3	99.0	22.8	18.3	101.4	74.7	30.1	6.0
Coahuila de Zaragoza	128.2	115.1	17.8	14.6	85.3	95.1	25.1	5.4
Colima	145.8	118.7	24.1	14.0	95.6	97.0	26.0	7.7
Chiapas	214.1	166.2	55.2	57.2	123.3	102.1	35.7	6.9
Chihuahua	146.8	123.4	20.8	18.5	90.4	95.2	35.7	9.7
Distrito Federal	142.8	119.9	17.0	12.5	103.7	101.0	22.0	6.4
Durango	167.9	112.1	21.1	16.1	107.5	88.3	39.3	7.7
Guanajuato	164.7	130.1	27.7	19.5	105.4	102.3	31.6	8.2
Guerrero	207.0	150.2	50.1	38.4	111.8	101.7	45.1	10.1
Hidalgo	166.3	130.2	24.7	21.8	110.0	98.6	31.6	9.9
Jalisco	156.3	131.5	21.5	18.4	104.0	105.7	30.8	7.4
México	152.8	113.4	20.8	17.8	102.9	88.0	29.1	7.6
Michoacán de Ocampo	179.0	142.4	24.2	22.1	111.5	109.8	43.3	10.5
Morelos	169.2	123.2	20.9	15.8	117.0	99.2	31.4	8.2
Nayarit	176.9	165.7	28.7	21.5	108.8	134.7	39.3	9.5
Nuevo León	120.6	111.8	15.7	12.2	81.8	92.5	23.1	7.0
Oaxaca	246.1	192.4	53.0	46.7	156.8	135.1	36.3	10.6
Puebla	179.9	144.7	29.9	27.3	122.8	109.2	27.2	8.3
Querétaro de Arteaga	145.2	123.4	18.9	16.1	96.4	99.4	29.9	7.9
Quintana Roo	136.5	104.0	23.4	19.9	79.9	74.7	33.2	9.4
San Luis Potosí	172.5	143.3	27.2	23.2	111.3	112.2	34.0	7.8
Sinaloa	157.5	123.1	18.8	18.5	98.8	95.9	39.9	8.6
Sonora	148.3	116.8	21.5	17.1	97.1	92.9	29.8	6.8
Tabasco	168.9	126.9	29.2	21.4	102.1	96.5	37.6	8.9
Tamaulipas	129.9	124.3	19.9	22.0	79.7	94.2	30.3	8.2
Tlaxcala	201.8	111.5	27.9	24.4	146.1	79.8	27.8	7.3
Veracruz								
de Ignacio de la Llave	178.2	150.2	32.2	26.2	120.7	117.7	25.3	6.3
Yucatán	155.9	120.4	22.1	18.5	109.8	97.1	24.1	4.9
Zacatecas	200.6	131.8	22.2	18.8	136.6	101.8	41.8	11.1

1/ Tasa por 1000 habitantes.

2/ Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas, perinatales y deficiencias nutricionales. Códigos de clasificación CIE-10: A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D64.

3/ Códigos de clasificación CIE-10: C00-D48, D65-D89, E03-E34, E51-F99, G06-H61, H68-I99, J30-N64, N75-M99, Q00-Q99.

4/ Códigos de clasificación CIE-10: V01-Y89.

* Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. CIE-10. OPS-OMS.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. El peso de la enfermedad de las mujeres en México, 2005.

Cuadro A.17. Indicadores gasto en salud, 2005

Entidad federativa	Gasto			Gasto público en salud como % del gasto público total 2/	Gasto como porcentaje del gasto público en salud		
	público en salud como % del PIB	privado en salud como % del PIB 1/	total en salud como % del PIB		Federal	Estatad	Instituciones de Seguridad Social
Nacional	3.0	3.5	6.5	16.5	31.8	6.2	62.0
Aguascalientes	2.8	3.3	6.1	22.8	30.5	6.1	63.4
Baja California	2.3	4.6	6.9	21.7	21.1	4.1	74.7
Baja California Sur	4.3	2.9	7.2	20.4	27.3	3.2	69.5
Campeche	2.8	1.1	3.9	8.4	40.7	8.3	51.0
Coahuila de Zaragoza	2.6	1.8	4.4	24.1	16.0	1.3	82.7
Colima	4.5	3.8	8.3	13.3	39.7	1.2	59.1
Chiapas	5.2	7.4	12.5	17.2	58.5	12.5	29.0
Chihuahua	2.2	2.4	4.6	20.2	20.5	8.6	70.8
Distrito Federal	3.2	2.6	5.8	9.4	15.4	6.9	77.8
Durango	3.7	3.3	6.9	19.5	38.1	0.6	61.3
Guanajuato	3.1	3.8	6.8	21.6	29.5	7.8	62.6
Guerrero	4.0	4.1	8.1	14.9	54.7	2.3	43.0
Hidalgo	4.3	5.9	10.2	14.0	53.8	2.0	44.3
Jalisco	3.1	4.6	7.8	34.7	24.6	11.2	64.2
México	2.5	5.6	8.1	30.2	39.1	7.7	53.2
Michoacán de Ocampo	3.5	11.4	14.9	20.5	44.9	4.1	51.0
Morelos	3.4	4.3	7.6	27.1	36.3	4.6	59.0
Nayarit	5.5	5.8	11.3	23.4	39.2	3.2	57.6
Nuevo León	2.1	2.0	4.1	28.3	14.1	1.7	84.2
Oaxaca	5.1	5.6	10.6	17.1	65.7	0.8	33.5
Puebla	2.9	5.3	8.1	24.2	39.4	4.0	56.7
Querétaro de Arteaga	2.3	3.1	5.3	17.7	33.4	2.5	64.1
Quintana Roo	2.0	2.6	4.6	24.1	31.3	3.8	64.9
San Luis Potosí	3.3	3.9	7.3	20.5	38.8	4.2	57.0
Sinaloa	4.1	4.6	8.7	20.7	27.6	6.0	66.4
Sonora	3.1	3.0	6.1	20.3	22.8	8.4	68.8
Tabasco	8.2	3.5	11.6	26.6	41.1	23.5	35.4
Tamaulipas	3.1	2.3	5.4	14.0	29.8	3.2	67.0
Tlaxcala	4.5	5.0	9.5	23.5	46.7	4.0	49.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	4.4	5.4	9.7	13.4	31.1	6.0	62.9
Yucatán	4.7	2.4	7.1	20.9	36.6	1.7	61.7
Zacatecas	4.8	7.5	12.3	20.2	50.3	3.2	46.5

1/ El gasto privado por entidad federativa se estimó con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005.

2/ El gasto público equivale al gasto programable en la clasificación funcional.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

Cuadro A.18. Gasto en salud per cápita, 2005 (pesos corrientes)

Entidad federativa	Gasto total en salud per cápita (pesos corrientes)	Gasto en salud per cápita	
		privado como % del total	público como % del total
Nacional	4 981.5	54.0	46.0
Aguascalientes	5 441.4	53.7	46.3
Baja California	6 042.7	66.3	33.7
Baja California Sur	6 277.5	40.7	59.3
Campeche	4 602.6	28.5	71.5
Coahuila	4 275.4	41.5	58.5
Colima	5 646.5	45.8	54.2
Chiapas	3 538.6	58.6	41.4
Chihuahua	4 408.3	52.3	47.7
Distrito Federal	11 035.6	45.2	54.8
Durango	4 251.9	47.0	53.0
Guanajuato	3 561.8	55.4	44.6
Guerrero	3 167.0	50.2	49.8
Hidalgo	4 125.4	57.7	42.3
Jalisco	5 421.7	59.5	40.5
México	3 986.9	68.7	31.3
Michoacán	5 755.8	76.5	23.5
Morelos	4 580.8	55.8	44.2
Nayarit	4 592.4	51.0	49.0
Nuevo León	5 204.7	49.7	50.3
Oaxaca	3 242.8	52.4	47.6
Puebla	4 038.7	64.7	35.3
Querétaro	4 317.3	57.6	42.4
Quintana Roo	4 980.6	56.2	43.8
San Luis Potosí	3 861.6	53.9	46.1
Sinaloa	4 486.1	52.5	47.5
Sonora	4 787.5	48.7	51.3
Tabasco	5 170.0	29.7	70.3
Tamaulipas	4 098.8	42.0	58.0
Tlaxcala	3 637.2	53.0	47.0
Veracruz	4 027.0	55.2	44.8
Yucatán	4 139.1	34.1	65.9
Zacatecas	4 772.8	60.8	39.2

1/ El gasto privado por entidad federativa se estimó con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

Numeralia				
Tema del foro	Ciudad en la que se celebró de trabajo	Mesas	propuestas	Registrados
Acceso Universal a la Atención a la Salud	León, Guanajuato	4	61	623
Promoción y Prevención para una Mejor Salud	Cuernavaca, Morelos	6	44	303
Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias	México, Distrito Federal	16	1,310	316
Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud	Ocoyoacac, Estado de México	8	252	850
Transparencia y Rendición de Cuentas	Chihuahua, Chihuahua	4	28	202
Mujer y Salud	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	8	50	450
Cáncer	Zacatecas, Zacatecas	4	45	587
Calidad en Salud	Boca del Río, Veracruz	4	117	502
VIH-SIDA	Guadalajara, Jalisco	4	345	195
Papel de la Sociedad Civil y el Gobierno en el Fortalecimiento de la Asistencia Social	México, Distrito Federal	6	123	723
Salud en la Frontera Norte de México	Tijuana, Baja California	6	75	425
Salud y Envejecimiento	Saltillo, Coahuila	4	7	507
Salud y Seguridad Social	Querétaro, Querétaro	4	75	252

Tema

Principales propuestas por mesa de trabajo o general

Acceso Universal
a la Atención a la Salud**Seguro Médico para una Nueva Generación**

- Crear un sistema de atención integral y homogéneo de mujeres con embarazo de alto riesgo o con complicaciones.
- Incluir, dentro del catálogo de servicios que oferta el Seguro Popular de Salud, más intervenciones como el diagnóstico de embarazo, tamiz ampliado, atención geriátrica, retinopatía del prematuro, cáncer de próstata, vacuna VPH en adolescentes, IAM (hemodinamia), complicaciones mayores de diabetes mellitus, enfermedades respiratorias agudas, cirrosis hepática, enfermedades cerebro-vasculares, cirugías de corta estancia, profilaxis contra virus sincitial respiratorio a prematuros menores de 32 SDG y educación en salud.

Sistema de Acceso al Seguro Universal

- Formalizar acciones mediante celebración de acuerdos interestatales e interinstitucionales.
- Fortalecer la calidad de atención por parte de personal de salud, evitando la discriminación.
- Fortalecer la cobertura universal en salud y la infraestructura en municipios de alta y muy alta marginación.
- Garantizar la tutela de derechos mediante comités de beneficiarios.

Proyección de la Reforma Legal hacia el 2011

- Pugnar por una competitividad responsable con una adecuada regulación y certificación de los profesionales para mejorar la calidad.
- Resolver en primera instancia los convenios interestatales antes de los interinstitucionales.
- Homologar los niveles de los profesionales de la salud haciendo énfasis en su certificación.
- Legislar sobre publicidad en materia de nutrición y robustecer la educación sobre nutrición desde temprana edad.

Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

- Incluir la figura del asesor médico con carácter jurídico en la Ley General de Salud.
- Incluir el rubro de casos pagados en el SIGGC para fines de transparencia.
- Coordinar acciones para la incorporación acreditación por áreas de servicio.
- Discutir el prepago por los casos esperados (patologías nuevas del FPGC).
- Incluir el 1% del fondo de previsión presupuestal en actividades de prevención.
- Simplificar los documentos y trámites del SIGGC, así como optimizar la liberación de recursos.

Promoción y Prevención para
una Mejor Salud

- Realizar campañas permanentes de prevención y promoción de la salud para adultos mayores.
- Establecer el seguro binacional para migrantes.
- Atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de salud en poblaciones indígenas.
- Desarrollar un programa de salud visual para escolares.
- Disminuir la edad para el primer tamizaje de enfermedades de transmisión sexual.
- Desarrollar intersectorialmente procesos de comunicación social y de educación para la salud, donde además intervenga el sector educativo y los medios de comunicación.
- Formar profesionales de la salud específicamente en promoción de la salud.

continúa...

- Impulsar el empoderamiento de la población y la gobernanza en salud para la entrega de los servicios de salud.
- Utilizar en la promoción de la salud un enfoque ecosistémico.
- Impulsar una visión de integralidad vinculando políticas públicas, formación de conocimientos, habilidades y destrezas de la población, reorientación de los servicios de salud y participación de la población.
- Contar en todas las escuelas con un profesor de educación física y con un programa de salud.
- Impulsar instituciones médicas libres de humo de tabaco.
- Implantar el Registro Nacional de Mascotas.
- Apoyar en el ámbito laboral la disminución del impacto de las enfermedades y lesiones de los trabajadores a través de la promoción y prevención.
- Generar en la familia de la mujer embarazada el interés por atender el parto en un establecimiento de salud calificado.
- Tener un médico veterinario municipal e integrar en las caravanas de la salud a estos especialistas o a pasantes de la materia.
- Prevenir embarazos no deseados mediante información y oferta de la anticoncepción de emergencia.
- Formar grupos de expertos que definan la agenda nacional de investigación en materia de prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- Crear un Comité Evaluador de las Evidencias, que sea independiente de las instituciones y que sirva de enlace entre el sector académico y la sociedad civil.

Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias

- Incorporar el tema al programa y presupuesto nacional de salud.
- Establecer un plan nacional para la producción sustentable de medicamentos y/o remedios tradicionales y complementarios, y otras tecnologías diagnósticas y terapéuticas seguras.
- Invertir en la capacitación del personal para que maneje adecuadamente los recursos a su alcance y provea servicios calificados.
- Fortalecer la promoción de la salud y los mecanismos de validación de las prácticas con los aportes de las medicinas tradicionales y complementarias.
- Hacer un padrón de prestadores de los servicios de la medicina tradicional y complementaria en el país.
- Otorgar asistencia médica gratuita a parteras y terapeutas tradicionales en reciprocidad a su labor en las comunidades.
- Evaluar la posibilidad de crear el Centro Nacional de Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias de México.
- Favorecer la difusión de alcances, limitaciones, aciertos y riesgos de la medicina tradicional y complementaria al personal de salud y a la población para el fortalecimiento de la práctica médica y la seguridad de los pacientes e impulsar la cultura de consumo responsable.
- Coordinar la enseñanza de este tipo de medicina con las parteras y los terapeutas tradicionales e incluir estos conocimientos en las escuelas de ciencias de la salud, con el apoyo de becas.
- Definir y fortalecer el marco legal de medicina tradicional y complementaria en torno a servicio, enseñanza e investigación y la propiedad intelectual de los conocimientos ancestrales.
- Conformar un Consejo Nacional y por lo menos 4 regionales de parteras y médicos tradicionales indígenas para lograr la auto-sistematización, el resguardo del conocimiento y los recursos de la medicina tradicional de México.
- Otorgar reconocimiento legal a parteras y terapeutas tradicionales y difundirlo entre toda la sociedad.
- Definir normas específicas para el respeto a las plantas sagradas, centros ceremoniales, libre tránsito de parteras y terapeutas, manejo sustentable de remedios herbolarios y animales silvestres medicinales.

- Reglamentar la publicidad de remedios herbolarios, agilizar trámites de registro y derogar las normas y/o acuerdos de carácter legal que vayan en contra de estas prácticas.
- Instrumentar una política nacional de investigación y validación de la medicina tradicional y complementaria.
- Facilitar la investigación en torno a prácticas de la medicina tradicional y complementaria, con apego a las leyes y normas vigentes.
- Propiciar el desarrollo de un centro de documentación en la materia.

Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud

- Implementar caravanas de salud en los municipios con menor índice de desarrollo humano.
- Crear modelos conceptuales para su implementación en los estados.
- Crear un modelo de unidad que atienda los niveles básicos de atención y que permita su implementación en áreas rurales.
- Fortalecer los niveles de atención para primer y segundo nivel, y ampliar la infraestructura del tercer nivel de atención.
- Orientar recursos de conservación y mantenimiento a las administraciones locales.
- Crear consejos para la vigilancia de la correcta aplicación de los recursos dentro de las unidades.
- Contratar empresas constructoras de las regiones a fin de minorizar costos y tiempos.
- Reacondicionar los espacios para satisfacer las demandas de servicios de salud.
- Actualizar los equipos propios del inmueble y los médicos, para efficientar el diagnóstico dentro de las unidades de salud y fortalecer los programas de referencia.
- Rehabilitar las unidades para que se cumpla con la normatividad vigente.
- Contar con un Sistema Nacional y Estatal de Información en Salud que funcione y se articule con el apartado administrativo dentro de las entidades federativas.
- Vincular las necesidades de información de los usuarios y los productos que genera.
- Capacitar al personal en las diferentes áreas relacionadas con la gestión del sistema de información y evaluación en salud.
- Incorporar el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación.
- Fortalecer la difusión a la NOM 040-SSA2-2004 en materia de información en Salud a todos los niveles. Revisar, actualizar y difundir el Manual de Fuentes y Métodos de la Estadística en Salud existente.
- Promover que la información de los organismos privados sea parte integrante del Sistema Estatal y vigilar el mejoramiento de las estadísticas de defunción y nacimientos.
- Complementar las evaluaciones de los servicios con evaluaciones dirigidas a medir desempeño cuantificando los alcances de los objetivos intermedios y finales de los sistemas.
- Crear un banco de datos que permita fortalecer el análisis de la información y poder visualizar comportamientos y predecir futuros.
- Difundir los servicios de salud con los que cuentan las instituciones.
- Actualizar constantemente las páginas Web de las instituciones.
- Institucionalizar el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.
- Realizar análisis Jurídico-Administrativo para determinar si los criterios de información en materia de salud pueden ser objeto de disposiciones reglamentarias y no de Normas Oficiales cuyo trámite de formalización es más complejo y retardado.
- Recopilar datos a nivel de AGEB.
- Fomentar la cooperación técnica dirigida a fortalecer la capacidad de los estados para recoger y analizar los datos básicos de salud.
- Recopilar información sobre el micro ambiente.
- Realizar una evaluación a través de indicadores de desempeño, de resultados y de impacto para dirigir o redirigir las decisiones a todos los niveles.
- Desarrollar foros nacionales con la participación de otras dependencias que realizan actividades que repercuten en salud.

... continuación

Transparencia y Rendición de Cuentas

- Vincular el derecho de la población a estar informada con las estrategias de difusión de las instituciones.
- Regular los vacíos legislativos que existen en materia del uso de la información, en particular aquella que se solicita por particulares con la finalidad de emplearla comercialmente.
- Promover las mejores prácticas de los proveedores de información y acabar con aquellos que no informan.
- Promover un papel más activo en el "consumo" inteligente de datos, orientar la forma de acceso y facilitarla.
- Mantener un sistema de información que garantice una respuesta oportuna para apoyar la toma de decisiones.
- Modificar y generar indicadores que evalúen el desempeño de las acciones en materia de salud.
- Promover mecanismos de coordinación interinstitucional que den amplia posibilidad de intercambio de información tanto en instituciones del sector salud y otras, como en la ciudadanía.
- Optimización en la asignación de recursos en materia de información en salud y rendición de cuentas.
- Promover la interacción entre la Secretaría de Salud y las instituciones académicas y de investigación para el establecimiento y desarrollo de metodologías de diagnóstico oportuno.
- Extender a todas las unidades de atención, el establecimiento de comités de ética.
- Incrementar la inversión en tecnología de información.
- Establecer áreas especializadas para la atención de solicitudes de información.
- Organizar y homogeneizar la información que generan todas las instituciones del sector salud.
- Corregir las medidas restrictivas del derecho de acceso a la información que impiden que tengamos instituciones transparentes.
- Difundir los resultados de las auditorías sobre seguridad laboral, ocupacional y las condiciones de medio ambiente de empresas públicas y privadas.
- Reforzar y promover los mecanismos de participación ciudadana existentes.
- Fortalecer la evaluación por los ciudadanos de los servicios/trámites gubernamentales de alto impacto e interés social.
- Generar un programa de estímulos para quienes lleven a cabo acciones de vigilancia al gobierno.
- Poner a consideración de la sociedad las decisiones de las comisiones del congreso a través de consultas y audiencias públicas.
- Establecer mecanismos legales claros para que las asociaciones de la sociedad civil rindan cuentas de los recursos que ejercen y de las acciones que llevan a cabo, fundamentalmente, de los recursos provenientes de las organizaciones públicas.
- Difundir las acciones que lleva a cabo el Gobierno Federal para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo.
- Continuar con la estrategia de Aval Ciudadano.
- Legislar en materia de protección de datos personales de pacientes hospitalizados.
- Contar con lineamientos que regulen todos los procesos para el manejo de los expedientes clínicos y los datos personales.
- Normar el manejo de la información y la confidencialidad de los datos de un individuo después de su muerte.

Mujer y Salud

Propuestas generales

- Tomar en cuenta a las OSC para la conformación de grupos interinstitucionales.
- Cambiar al paradigma de la medicina, convirtiéndose a una medicina humanitaria y cálida.

- Tomar en cuenta la prestación de servicios de salud desde un enfoque de derechos.
- Identificar la distribución de las poblaciones indígenas, para el diseño de políticas.
- Documentar experiencias exitosas para compartir modelos, metodologías y materiales.
- Integrar a las instituciones públicas, privadas y sociales de salud, a través de grupos de trabajo interinstitucionales enfocados a la planificación familiar, salud perinatal, salud de la mujer y violencia de género.

Salud materna y perinatal

- Promover que la prevención de la muerte materna ocupe un lugar en la movilización de los recursos comunitarios.
- Otorgar servicios de atención obstétrica de emergencia las 24 horas, los 365 días.
- Brindar campañas masivas de comunicación en lenguas indígenas.
- Reforzar el sistema de Vigilancia Epidemiológica Específica para la Mortalidad Materna.

Cáncer de la Mujer

- Incrementar la participación de las mujeres en las actividades de detección de cáncer cérvico uterino y de mama.
- Hacer partícipes a los hombres en las actividades de promoción y de detección del cáncer cérvico uterino.
- Realizar citologías cervicales de primera vez a toda mujer mayor de 25 años y cada 3 años a mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas negativas.

Salud reproductiva

- Capacitar sobre derechos sexuales y reproductivos a los prestadores de servicios.
- Mejorar las habilidades del personal de servicios de consejería para hacer prevención efectiva de ITS y evidenciar la relación entre ITS no tratadas y la violencia sexual con el contagio por VIH.
- Reestablecer en la SEP el Programa Nacional para las Sexualidades Humanas
- Crear la Maestría en Educación Sexual e integrar la educación normalista en sexualidad.
- Establecer un convenio con la SEP para capacitar y certificar a los maestros de educación media y superior en temas de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos.
- Desmitificar y despenalizar la sexualidad juvenil y adolescente.
- Generar mecanismos de participación juvenil desde los enfoques de corresponsabilidad ciudadana.
- Impulsar políticas públicas articuladas para realizar acciones conjuntas entre los organismos públicos y las OSC, que permitan proveer servicios de salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres de 10 a 24 años, que sean integrales, de alta calidad y que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Establecer un sistema de evaluación de indicadores específicos de las actividades desarrolladas por las diferentes instituciones en materia de salud sexual y reproductiva y presentar avances en reuniones interinstitucionales.

Equidad de género

- Iniciar la educación con perspectiva de género desde la educación primaria y de forma no estereotipada.
- Implementar procesos de certificación con perspectiva de género en la Secretaría de Salud.
- Diseñar programas dirigidos a la participación de los varones.

Violencia

- Fortalecer la cultura de la prevención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

- Impulsar la participación local institucional en la identificación, atención y referencia de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Promover el desarrollo de habilidades de gestión entre mujeres indígenas para conseguir recursos y apoyos para la operación, trabajo con hombres en lengua indígena sobre los derechos de las mujeres y el tema de violencia.
- Sensibilizar en todos los niveles de decisión y operación en los servicios de salud, los temas de violencia y multiculturalidad.
- Reconocer los derechos de las mujeres privadas de su libertad, para evitar la violencia estructural.

Cáncer

Información sobre prevención y detección oportuna

- Proveer información válida sobre cáncer, adecuada a todos los niveles de la población y con cobertura nacional.
- Establecer campañas de prevención a nivel escolar, dirigidas a alumnos, profesores y padres de familia.
- Utilizar los medios masivos de comunicación para la difusión de información y programas sobre prevención y detección oportuna del cáncer.
- Asegurar que los médicos estén familiarizados con el cáncer y sus síntomas iniciales.
- Establecer programas formales de educación a radiólogos, patólogos y citotecnólogos para la interpretación de lesiones sospechosas.

Acceso a medicamentos de bajo costo

- Promover una legislación sobre la disminución de la duración de las patentes para crear genéricos accesibles.
- Realizar estudios de fármaco-economía nacionales por la Secretaría de Salud como requisito indispensable para la incorporación de nuevos fármacos al mercado.
- Establecer tratamientos estándares eficaces para cada uno de los padecimientos oncológicos y homogeneizarlos, antes de introducirlos al Seguro Popular.
- Gravar a ciertos productos como alcohol, tabaco, etc. con más impuesto.

Infraestructura para el diagnóstico y tratamiento del cáncer

- Crear más centros de cáncer con equipamiento moderno y presupuesto suficiente.
- Subrogar servicios a instituciones acreditadas.
- Establecer laboratorios de patología y diagnóstico molecular en los centros estatales y regionales.
- Crear modelos de centros oncológicos en México.
- Promover la formación de recursos humanos en radio-oncología para su incorporación a los centros estatales de cáncer.
- Capacitar técnicos y físicos médicos.
- Establecer la obligatoriedad de la certificación de los profesionales de la atención del cáncer y el apego al ejercicio de la medicina oncológica, de acuerdo a su formación.
- Incluir en el currículum de las carreras de medicina de todo el país la materia de oncología como obligatoria.

Control del dolor y síntomas relacionados con el cáncer

- Asegurar la disponibilidad de opioides a nivel nacional.
- Disminuir los trámites para la obtención de recetarios de código de barras.
- Desarrollar programas de apoyo a pacientes con bajos recursos para la obtención de medicamentos analgésicos opioides.
- Crear un fondo de gastos catastróficos para atender a los pacientes de bajos recursos que presenten cáncer en fase avanzada.
- Crear clínicas dinámicas en las que interactúen médicos especialistas en la valoración de los pacientes.

- Incorporar médicos especialistas en cuidados paliativos en todos los centros oncológicos del país.
- Capacitar a los médicos en cuidados paliativos e impartir clases sobre la materia en escuelas de medicina.

Papel rector del Instituto Nacional de Cancerología

- Fomentar el papel del Instituto Nacional de Cancerología en la lucha contra el cáncer a nivel nacional, desde la prevención hasta los cuidados paliativos.
- Crear un Programa Nacional de Control del Cáncer.

Calidad en Salud

Expectativas ciudadanas en relación con la calidad de los servicios de salud

- Aval Ciudadano deberá participar en el análisis de resultados y toma de decisiones en procesos de mejora de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de la participación ciudadana de paciente pasivo a usuario activo y que incluya diferentes grupos sociales.
- Construir un sistema de seguimiento al cumplimiento de compromisos.
- Evitar la duplicidad de estrategias de participación ciudadana y evaluación de resultados entre los niveles de gobierno.
- Retroalimentar y generar compromisos viables.

El ejercicio profesional de la calidad médica y de enfermería

- Tomar decisiones clínicas y gerenciales basadas en la mejor evidencia disponible.
- Asegurar recursos humanos competentes y certificados.
- Conformar grupos interesados en la mejora continua de la calidad: núcleos y consejeros de calidad.
- Generar nuevas competencias en el personal de salud: trabajo en equipo, medicina basada en evidencias.
- Construir un modelo de cuidados de enfermería enfocado al autocuidado y atención domiciliaria.

Experiencias de calidad y seguridad de los pacientes

- Alinear intervenciones, programas de las subsecretarías y con ello el ejercicio programático con el presupuestal.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.
- Integrar al sector privado en las políticas en salud.
- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los Comités de Calidad.
- Desarrollar un sistema integral de calidad para avanzar hacia el análisis y uso de información.

Tutela de Derechos Humanos de los ciudadanos a la salud

- Reforzar el papel arbitral de apoyo a la buena práctica médica.
- Desarrollar instrumentos homogéneos para medir la calidad en las instituciones de salud.
- Integrar las acciones de derechos humanos con las de derechos de los pacientes.

VIH-SIDA

Políticas públicas en VIH/SIDA

- Enfatizar más en la prevención.
- Garantizar partidas específicas y etiquetadas para la prevención y atención especializada del VIH/SIDA e ITS, que aumenten cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

- Promocionar educación sexual en todo el país.
- Mantener las estrategias focalizadas en poblaciones vulnerables e integrar a los indígenas a este tipo de grupos.
- Aumentar campañas masivas dirigidas a la población joven y adolescente, y a las mujeres.
- Aumentar el financiamiento a organizaciones civiles en proyectos de prevención.
- Capacitar y sensibilizar a los medios de comunicación en el manejo de estos temas.
- Incluir a la Secretaría de Educación Pública en la prevención, así como fortalecer la coordinación intersectorial.
- Combatir la homofobia y crear espacios para la expresión de la población gay.
- No interrumpir campañas por presiones de tipo moral.
- Impulsar compras consolidadas de ARV y crear un solo cuadro de medicamentos para todo el sector.
- Dar autonomía, presupuesto y sustentabilidad para el funcionamiento de CAPASITS.
- Ofrecer acceso a programas sociales a personas con VIH y sus dependientes.
- Cumplir metas del milenio y compromisos de UNGASS.
- Brindar mayor disponibilidad y promoción de pruebas de detección de VIH para poblaciones vulnerables y para la población en general.
- Garantizar confidencialidad al interior de los servicios de salud.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos para toda la población, con énfasis en población más vulnerable.
- Implementar el programa “escuela sin homofobia”.

Prevención sexual del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

- Incorporar la prevención en planes de estudio de los distintos niveles de enseñanza.
- Abordar las ITS y la prevención secundaria en las estrategias nacionales de prevención de la Secretaría de Salud.
- Promover las vacunas existentes para Hepatitis B y para VPH.
- Brindar mayor promoción, distribución, venta y disponibilidad de condones y lubricantes.
- Fomentar la protección con la pareja sexual estable.

Prevención secundaria

- Diseñar una estrategia de información, educación y comunicación en prevención secundaria.
- Realizar campañas de salud y prevención específica para quienes viven con VIH.
- Agilizar acceso a tratamiento ARV.
- Incorporar infecciones oportunistas en personas con VIH.

Fortalecimiento de la normatividad

- Promover ley federal sobre VIH/SIDA.
- Dar autonomía a los programas estatales de VIH/SIDA.
- Fortalecer estrategias a nivel municipal.
- Exigir el cumplimiento de la normatividad en todo el país.
- Incorporar un nuevo concepto sobre “urgencia médica” para la atención de personas con VIH.

Estrategia para mujeres

- Implementar acciones afirmativas en mujeres e hijos que viven con VIH, y con aquellos que no.
- Etiquetar recursos específicos para garantizar estrategias dirigidas a mujeres.
- Reconocer derechos reproductivos de mujeres con VIH.

- Rediseñar los condones femeninos para hacerlos más cómodos y accesibles.
- Realizar más campañas de prevención perinatal.
- Incorporar otras instituciones, como DIF, en estrategias de atención.
- Extender a las comunidades indígenas las intervenciones en favor de mujeres.
- Promover la detección de todas las ITS en mujeres y no sólo algunas específicas.
- Ofrecer profilaxis a mujeres que han vivido violencia sexual.

Derechos laborales

- Incorporar a la Secretaría del Trabajo en la definición de políticas que eviten el despido o discriminación de personas con VIH en el trabajo.
- Ofrecer estímulos a empresas que contraten personas con VIH.
- Crear consejos empresariales para VIH/SIDA en los estados de la república.
- Prohibir la exigencia de prueba de VIH para ingresar, permanecer o ascender en el trabajo.
- Promover la denuncia de discriminación por VIH en el ámbito laboral.
- Modificar la Ley Federal del Trabajo para incluir la prohibición de estigma y discriminación en el trabajo.
- Incorporar a sindicatos en las políticas de inclusión laboral de personas con VIH.

Calidad en los servicios de atención

- Acreditar a profesionales de la salud encargados de atender personas con VIH.
- Implementar un grupo de alta especialidad para valorar a distancia casos de pacientes con resistencia a fármacos.
- Acondicionar laboratorios para realizar estudios de CD4, Carga Viral y pruebas de resistencia a fallas de medicamentos.

Modificar abordaje en consejería

- Llevar la consejería a salas de urgencia y laboratorios.
- Fortalecer consejería en pacientes detectados en condiciones clínicas avanzadas.
- Crear un modelo que unifique la detección y la consejería.
- Ofrecer intervenciones de manejo emocional y de estrés en personal de salud que atiende pacientes con VIH.

Apoyo gubernamental a servicios comunitarios

- Fortalecer albergues y casas hogar.
- Crear y fortalecer grupos de autoapoyo e informativos.
- Fomentar el abordaje y autocuidado entre pares.

Revisar concepto de atención integral

- Integrar la visión del paciente con la del médico tratante.
- Profesionalizar el servicio de atención integral.
- Instituir una cartilla de salud para personas con VIH.
- Unificar estándares de calidad en todos los servicios especializados públicos, privados y comunitarios.
- Excluir fármacos extremadamente tóxicos de la atención.
- Considerar el tratamiento quirúrgico en los casos de distribución de grasa.
- Prevenir nuevas enfermedades derivadas de los efectos secundarios de ARV.
- Garantizar existencia de medicamentos para atender efectos secundarios.

Papel de la Sociedad Civil y el Gobierno en el Fortalecimiento de la Asistencia Social

Exigibilidad y accesibilidad a los derechos de los niños

- Desarrollar un sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Capacitar permanentemente a los funcionarios de los distintos órdenes de gobierno sobre la convención de los Derechos del Niño.

- Diseñar nuevos modelos de intervención participativa y co-constructiva para modificar la cultura ciega de no respeto a los Derechos de la Infancia.

Revaloración familiar, social y laboral de las personas con discapacidad

- Mejorar el acceso y disponibilidad de facilidades arquitectónicas para el libre tránsito de las personas con discapacidad.
- Traducir a hechos concretos los enunciados para la integración educativa y laboral.
- Mejorar el acceso de medios de comunicación que utilizan las personas sordas, fundamentalmente en el lenguaje de señas y la escritura braille.
- Difundir políticas de Estado para ajustar los estándares nacionales en materia de discapacidad a los estándares internacionales.

Fortalecimiento de la familia y de la comunidad como política de estado

- Generar políticas públicas con perspectiva familiar.
- Crear el Instituto Nacional de la Familia.
- Realizar indicadores, seguimiento y evaluación para el fortalecimiento familiar.
- Brindar un presupuesto para la aplicación de una perspectiva familiar.
- Revisar y modificar la legislación familiar, para favorecer a la familia.
- Promover los valores familiares, sobre todo en los medios de comunicación.
- Promover educación y orientación familiar en todos los ámbitos y niveles de gobierno.

Prospectiva de asistencia a adultos mayores

- Crear modelos de atención de los adultos mayores.
- Educar a la población en general sobre envejecimiento y estilo de vida.
- Brindar oportunidades educativas y laborales para adultos mayores.
- Fomentar la investigación sobre adultos mayores.
- Brindar servicios de seguridad y asistencia social acordes con los adultos mayores.
- Profesionalizar los servicios, capacitación y formación de recursos humanos que atienden a adultos mayores.

Asistencia jurídica a población vulnerable

- Hacer comprensible el marco jurídico respecto a los derechos de la población vulnerable a través de la simplificación del lenguaje.
- Difundir los derechos de la población vulnerable mediante medios accesibles como foros de participación ciudadana, páginas de Internet, servicios telefónicos y campañas.
- Sensibilizar, capacitar y reeducar tanto de instituciones públicas y privadas como de la población vulnerable, en los aspectos de perspectiva de género, contextos específicos de los individuos que requieren de asistencia social como son personas con discapacidad, población indígena, víctimas de violencia, delincuentes juveniles, madres adolescentes, etc.

Salud en la Frontera Norte de México

- Reconocer a la frontera como una región epidemiológica, con riesgos a la salud identificados para la salud pública de la región, de México y de Estados Unidos.
- Trabajar e intensificar los esfuerzos en el desarrollo de recursos humanos en salud.
- Promover acciones médico preventivas orientadas a favorecer una actitud positiva hacia la salud.
- Ampliar las medidas de prevención y crear clínicas especializadas para el seguimiento y tratamiento de las complicaciones de diabéticos e hipertensos.
- Enfocar el programa de adicciones en la detección de factores de riesgo y acceso en niños y adolescentes.
- Unificar criterios binacionales para la detección, tratamiento, notificación y seguimiento de casos y contactos que permitan la atención de calidad y control de pacientes con TB y VIH/SIDA, sin alterar su situación legal.

- Asegurar información epidemiológica binacional oportuna y confiable para intervenciones específicas en salud pública.
- Promover la legislación en ambos países con el fin de facilitar los trámites sanitarios, para el paso de medicamentos y muestras de laboratorio especiales para el tratamiento de tuberculosis y SIDA.
- Favorecer el intercambio de estrategias en la región para un adecuado control de la multifarmacoresistencia en tuberculosis.
- Desarrollar un diagnóstico situacional binacional del estado de la Hepatitis C, e incluir en el CAUSES su tratamiento.
- Fortalecer el Programa de Control del Dengue en los estados fronterizos con alta incidencia.
- Desarrollar programas educativos en ciencia robótica en medicina, para que la telemedicina y la telecirugía sean medios efectivos en la atención de pacientes.
- Considerar a la población migrante ilegal como una prioridad para establecer estrategias y acciones para la atención de su salud.
- Apoyar el programa de Ventanillas de Salud, de manera que se extienda a todos los Consulados de México en Estados Unidos.
- Fortalecer la infraestructura para la atención a la salud en las ciudades fronterizas.
- Incrementar la frecuencia en la realización de las Semanas Binacionales de Salud.
- Crear diversos sistemas de información geográfica de apoyo para la región fronteriza.
- Construir indicadores de salud que permitan medir el impacto de los proyectos de infraestructura desarrollados en la frontera.
- Favorecer la continuidad de proyectos exitosos.
- Incrementar las inversiones federales y binacionales para la mejora de la infraestructura en salud y medio ambiente.
- Aumentar las plazas del personal de salud de la región.
- Crear un hospital de especialidades en el noroeste del país.
- Crear unidades especializadas de atención materno-infantil de pacientes quemados en la región.

Salud y Envejecimiento

- Impulsar las formas de participación social de los adultos.
- Crear centros de día que ofrezcan servicios médico-sociales y de apoyo familiar, ofreciendo atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales del adulto mayor.
- Crear un Instituto para el Envejecimiento.
- Implementar un taller de geriatría.
- Motivar la investigación y actualización en geriatría.
- Diseñar políticas económicas, sociales y educativas que generen un cambio de cultura hacia el adulto mayor.
- Promover el conocimiento de las personas adultas mayores en medios masivos.
- Promover las políticas, programas y proyectos con niños y adolescentes que fomenten la responsabilidad compartida al interior de la familia sobre la atención del adulto mayor.
- Incluir en los programas educativos temas gerontológicos eliminando el mito del envejecer siempre enfermo o con discapacidad.
- Intensificar campañas sobre los cuidados en el área de la salud para el adulto mayor enseñando cuáles son las necesidades de este grupo.
- Promover la iniciativa de ley para Integración del adulto mayor al área laboral en la iniciativa privada.
- Elaborar programas que fomenten la convivencia intergeneracional, terapias ocupacionales.
- Crear comité de vigilancia y protección al adulto mayor que tenga autoridad legal y jurídica relacionada con la explotación económica, abandono y necesidades sociales del adulto.

... continuación

- Realizar las modificaciones arquitectónicas en todas las áreas físicas de hogares y hospitales.
- Crear programas que dignifiquen al adulto mayor, involucrando su integridad y con el objetivo de mejorar su bienestar biopsicosocial, así como su autoestima y calidad de vida.
- Crear programas de actividades recreativas y culturales para el adulto mayor.

Salud y Seguridad Social

- Incorporar a mujeres embarazadas y garantizarles cuidado del parto y del recién nacido, como complemento al compromiso de cubrir con seguro médico a todos los niños nacidos a partir del 01 de diciembre de 2006.
- Realizar un convenio de prestación de servicios que contemple la accesibilidad, el desarrollo de infraestructura y se garantice la sustentabilidad financiera.
- Proveer, por parte del ISSSTE, atención médica de segundo nivel independientemente de la derechohabencia.
- Adoptar medidas para evitar el despido de medicamentos al mejorar la prescripción y no incentivar la automedicación.
- Impulsar una cruzada para la aplicación de dosis individuales.
- Garantizar, mediante la Política Nacional de Medicamentos, acceso y precio justo.
- Incluir el control de los medicamentos a través de un código de barras para psicotrópicos grupo II y III, y antibióticos.
- Crear un fondo único de financiamiento con múltiples proveedores, con integración horizontal del sistema de salud, implantar un sistema de costos y operar con presupuestos acordes a rendimiento.
- Etiquetar recursos asignados a programas sobre la base de metas poblacionales y/o avance o rezago de los estados, y homologar en las 32 entidades federativas las aportaciones estatales.
- Rebalancear la primas del seguro de invalidez y vida y seguro de riesgos de trabajo al seguro de enfermedades y maternidad.
- Separar la función financiera y la prestación de servicios con la transferencia de riesgos al segundo.
- Corregir el déficit actual y generar reservas para cubrir las contingencias financieras.
- Aumentar la inversión para salud mental.
- Modificar el mapa curricular universitario de acuerdo con transición epidemiológica y avance tecnológico.
- Crear un documento que regule los aspectos legales del estudiante de medicina durante su estancia de práctica en las instituciones de salud.

