

**Rendición de Cuentas
en Salud
2007**

Directorio

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León -May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Daniel Karam Toumeh

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Miguel Ángel Toscazo Velasco

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

Dra. Jackqueline Arzoz Padrés

Titular de la Unidad de Análisis Económico



Rendición de Cuentas en Salud 2007

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



Vivir Mejor

Rendición de Cuentas en Salud 2007

Primera edición, 2008

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

ISBN 978-970-721-515-3
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico.

Rendición de Cuentas en Salud 2007 estuvo a cargo de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

En la elaboración del Informe participaron Francisco Garrido Latorre, José Antonio Tapia Cruz, Ana Rosa Ramírez Herrera, Alfonso Velázquez Solórzano, Rosalino Sandoval Sandoval, Ronaldo Vega Rosas, Rosalía Ríos Gutiérrez, Secretaría de Salud.
Para la publicación de la obra se contó con la asesoría de Carlos Oropeza. La producción editorial se realizó con el apoyo de Petra Montiel y Zandra Arriaga.

Rendición de Cuentas en Salud 2007 puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en Internet www.dged.salud.gob.mx

Índice

Presentación	11
Introducción	15
Capítulo I Avances en las metas estratégicas del Programa Sectorial de Salud 2007-2012	18
Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población	19
1.1 Esperanza de vida al nacimiento	19
1.2 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad	21
1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	23
1.4 Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad según sexo	24
1.5 Cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad	27
1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad	29
1.7 Número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad	30
Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas	33
2.1 Razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH	34
2.2 Tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH	36
Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad	37
3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud	37
3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	38
3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales	39
Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	41
4.1 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	42
4.2 Porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud	43
Objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país	45
5.1 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 100 municipios con menor IDH	45
Capítulo II Avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	48
Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	50
• Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años	
• Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	
• Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de proteínas	

Objetivo 4.	Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años	52
	• Mortalidad de menores de cinco años • Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años • Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años • Mortalidad infantil • Proporción de niños y niñas de un año de edad vacunados contra el sarampión • Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de un año de edad	
Objetivo 5.	Mejorar la salud materna	59
	• Razón de mortalidad materna • Proporción de partos atendidos por personal calificado	
Objetivo 6.	Combatar el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	64
	• Prevalencia de VIH en población general • Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres • Prevalencia de VIH en usuarios de drogas inyectables • Incidencia de SIDA, según año de diagnóstico • Razón de casos nuevos de SIDA detectados en hombres por casos detectados en mujeres • Mortalidad por VIH/SIDA • Incidencia de casos de paludismo • Incidencia de casos de tuberculosis (todas las formas) • Incidencia de tuberculosis pulmonar • Mortalidad por tuberculosis (todas las formas) • Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años o más	
Capítulo III	Avances en la implantación del PROSESA 2007-2012 según Estrategia y Línea de Acción	76
Estrategia 1.	Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios	78
	Línea de acción 1.2	79
	• Porcentaje de muestras de agua con cloro residual libre que garantice agua con calidad bacteriológica • Porcentaje de playas vigiladas y porcentaje de muestras de agua de mar dentro de especificación • Porcentaje de muestras de alimentos dentro de especificaciones microbiológicas	79 79 81
	Línea de acción 1.5	84
	• Porcentaje de entidades federativas con atlas de riesgo sanitario	84
	Línea de acción 1.6	85
	• Reacciones adversas a medicamentos • Tecnovigilancia sanitaria • Verificación de instalaciones que fabrican medicamentos • Registro sanitario de medicamentos • Prescripción, dispensación y comercialización de medicamentos • Estrategia sanitaria integral de acopio y disposición final de medicamentos caducos	85 87 88 90 91 92
Estrategia 2.	Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades	94
	Línea de acción 2.1	95
	• Porcentaje de la población con Cartillas Nacionales de Salud	96
	Línea de acción 2.2	97
	• Porcentaje de comunidades certificadas • Porcentaje de escuelas certificadas	97 98
	Línea de acción 2.8	99
	• Porcentaje de población con comportamientos de riesgo que se realiza pruebas de detección del VIH • Porcentaje de embarazadas con detección del VIH • Porcentaje de embarazadas con detección de sífilis	100 100 100

Línea de acción 2.9	101
• Porcentaje de pacientes con TB que egresan por curación	102
• Porcentaje de casos de TB en tratamiento supervisado	102
Estrategia 3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud	104
Línea de acción 3.1	104
• Premio Nacional de Calidad y Premio a la Innovación en Calidad en Salud	105
• Acreditación y garantía de calidad	105
• Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión	107
• Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano	108
• Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)	109
• Capacitación en calidad	111
Línea de acción 3.6	112
• Avances en la instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos	112
Estrategia 4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud	115
Línea de acción 4.1	115
• Acciones para promover la separación de funciones en las Secretarías Estatales de Salud	115
Línea de acción 4.4	116
• Integración del Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud	117
Línea de acción 4.5	117
• Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluaciones de tecnologías para la salud	118
Línea de acción 4.6	119
• Porcentaje de Guías de Práctica Clínica elaboradas en el sector salud	119
Estrategia 5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud	121
Línea de acción 5.1	121
• Localidades atendidas por el programa Caravanas de la Salud	122
Línea de acción 5.6	124
• Acciones para articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad	124
Línea de acción 5.10	127
• Porcentaje de servicios de telesalud en las entidades federativas	127
Estrategia 7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona	130
Línea de acción 7.1	130
• Afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación	130
Estrategia 8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector	133
Línea de acción 8.1	133
• Integración eficiente de las estadísticas de salud por los estados	134
Línea de acción 8.5	134
• Avances en la adopción del expediente clínico electrónico	134
Estrategia 9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos	135
Línea de acción 9.2	135
• Avances en la reorientación tecnológica y la investigación para la salud	136
Línea de acción 9.3	136
• Cursos de formación de recursos humanos especializados para la salud	137
Línea de acción 9.4	137
• Avances en los programas de formación para el desarrollo de recursos humanos orientados a fortalecer la disponibilidad de recursos en las entidades	137

Estrategia 10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios	139
Línea de acción 10.1	139
• Volumen de producción anual	139
• Porcentaje de avance en materia de infraestructura de BIRMEX	140
Línea de acción 10.4	141
• Porcentaje de adopción de áreas de ingeniería biomédica en las entidades federativas	141
Línea de acción 10.5	142
• Creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios	143
 Capítulo IV Indicadores Básicos de Salud y de Operación del Sistema de Salud	146
• Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa	147
• Información presupuestal de la Secretaría de Salud	164
 Anexos	170
 Bibliografía	175
 Acrónimos y abreviaturas	177
 Agradecimientos	179

Presentación

En el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012) se definieron cinco objetivos básicos que representan los desafíos del sector ante las condiciones de salud-enfermedad de la población del país. Estos objetivos están alineados con el Plan Nacional de Desarrollo que orienta las acciones y metas que la administración del Presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Fournier, se ha fijado alcanzar en 2012 en materia de salud.

De los cinco objetivos básicos del PROSESA 2007-2012, se desprenden 15 metas estratégicas relacionadas con cambios esperados en las condiciones de salud, tanto de la población general como de grupos vulnerables y comunidades marginadas; metas asociadas a la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad; disminución del empobrecimiento de la población por motivos de salud, y metas que garantizan la contribución de la salud al combate a la pobreza y al desarrollo social del país. La medición de los avances y logros alcanzados en estas metas será un ejercicio periódico y sus resultados se darán a conocer anualmente, tal y como se presenta en este informe. De igual forma, daremos seguimiento puntual a nuestros compromisos internacionales contraídos en la Cumbre del Milenio, celebrada en el año 2000, conocidos también como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyas metas, en lo que se refiere a salud, ponen el énfasis en el control de ciertas enfermedades como el VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo, así como en la mortalidad infantil y materna, entre otros.

Rendición de Cuentas en Salud 2007, es un instrumento de difusión con el cual la Secretaría de Salud expone al escrutinio público los avances que el sector ha conseguido en sus compromisos definidos en el PROSESA 2007-2012. Es, también, una herramienta dirigida a los responsables de desplegar las estrategias de política pública, que provee de información necesaria sobre la efectividad de las intervenciones y que contribuye a la toma de decisiones informadas para mantener o consolidar estrategias exitosas o mejorar aquellas que no están produciendo los resultados esperados.

Después de un año de actividades, podemos decir que hay avances en varias de las metas estratégicas, en otras, las mejoras son apenas incipientes dado el tiempo relativamente corto de la implantación de las estrategias y líneas de acción. Asimismo, algunas de las metas comprometidas no cuentan, por ahora, con fuentes de información regulares, razón por la cual la medición de sus cambios se hará cada dos o tres años.

En el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, destacan los logros obtenidos en la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años, con 18.1 por ciento de incremento respecto de la cifra de 2006; la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino (3.3 por ciento); la disminución de la mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor en personas de 15 a 29 años (6.6 por ciento), y el aumento de 0.2 años en la esperanza de vida

al nacimiento. Una situación opuesta se observa en dos de las metas relacionadas con las condiciones de salud que mayor carga de enfermedad representan para la población del país: mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y mortalidad por diabetes mellitus. En ambas se observó un ligero incremento entre 2006 y 2007. Es prematuro atribuir este incremento a la falta de efectividad de las intervenciones específicas, dado que se trata de condiciones con una tendencia al alza desde hace varios años y su modificación requiere de un tiempo razonable de exposición de la población a las medidas de promoción, prevención, detección y tratamiento actualmente en curso.

En el PROSESA 2007- 2012 se definieron dos metas para reducir las brechas o desigualdades en salud en grupos vulnerables y comunidades marginadas: reducir a la mitad la razón de mortalidad materna (RMM) y reducir 40% la mortalidad infantil, ambas en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano. Respecto de la mortalidad materna, hemos iniciado nuestra administración con una cifra de muertes maternas, en estos municipios, 1.77 veces más alta que la registrada a nivel nacional, lo cual representa un reto formidable si tomamos en cuenta la dispersión geográfica de la población y la baja o nula oferta de servicios existentes en estos municipios en 2006. En este sentido, el logro obtenido en 2007 fue una reducción de 2.72 por ciento respecto del año previo. A nivel nacional, la RMM fue de 55.8 defunciones por cien mil nacimientos, cifra todavía alta en la perspectiva de alcanzar en 2015 una RMM de 22.6 defunciones por cien mil nacimientos. En los últimos años la RMM ha decrecido en promedio 2.8 por ciento anual, y de mantenerse este porcentaje de cambio será insuficiente para cumplir con la meta fijada. Sin embargo, la estrategia de embarazo saludable incorporada recientemente al Seguro Médico para una Nueva Generación, nos hace vislumbrar una disminución más rápida de la mortalidad materna, la cual por ahora es a todas luces inaceptable. En el rubro de la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, se obtuvo una disminución de 6.6 por ciento, y de mantenerse este porcentaje de cambio es posible alcanzar la meta en 2012 fijada en una tasa de mortalidad igual o inferior a 20.4 defunciones por mil menores de un año. En este contexto, la introducción de dos vacunas de aplicación universal en 2007 (rotavirus) y 2008 (neumococo 7-valente), servirán para alcanzar la meta en un menor plazo, dada la disminución que se espera en la mortalidad por infecciones respiratorias bajas y por diarreas en menores de un año de edad. Para esta misma población, se incluyó el objetivo de garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país, la meta en cuestión fue reducir 20 por ciento la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de edad. A la fecha, el indicador que da seguimiento a esta meta no ha mostrados cambios respecto de 2006.

En el objetivo de prestar servicios con calidad y seguridad se definieron tres metas estratégicas. La primera es acreditar en 2012 a 14,162 unidades médicas que se prevé prestarán servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Al respecto, hasta 2007 se han acreditado 4,080 de estas unidades, lo que representa un avance del 29 por ciento respecto de la meta. En este rubro, el desafío es fortalecer el apoyo otorgado a los servicios estatales de salud para acreditar sus unidades, dando especial énfasis al plan de contingencia para unidades que no aprobaron la acreditación. En las dos metas restantes: implantar medidas de prevención de eventos adversos y disminuir las infecciones nosocomiales, no se observan cambios dado que las acciones respectivas iniciaron en el segundo semestre de 2007.

Por último, en lo relacionado con las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012, no se da cuenta de tres indicadores debido a que la disponibilidad de las fuentes de información para su construcción proviene de encuestas de población que se realizan cada dos años o más. Este es el caso de las metas

relacionadas con la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años; el gasto de bolsillo, y la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos por motivos de salud.

Respecto de las metas comprometidas en los ODM para el año 2015, se puede señalar que algunas de ellas ya se cumplieron, tal es el caso de la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años; la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas, ambas en menores de cinco años. En materia de vacunación contra el sarampión en niñas y niños de un año de edad, la meta a alcanzar en 2012 es una cobertura de 95 por ciento, a la fecha la cobertura con este biológico es del 96.4 por ciento, por lo que esta meta se considera alcanzada. Situación similar guarda la cobertura de vacunación con esquema completo en niños y niñas de un año de edad, la meta en 2012 de 95 por ciento de cobertura ya fue rebasada en 2007, al obtenerse una cobertura de 95.11 por ciento. En el rubro de VIH/SIDA, entre 1990 y 2007 la mortalidad por esta causa pasó de 1.8 a 4.6 defunciones por cien mil habitantes. A pesar del incremento esperado en el periodo, la cifra de 2007 fue ligeramente inferior a la que se había establecido como meta para ese año (4.7). Por otra parte, la prevalencia de la enfermedad se ha mantenido por debajo de la meta de 0.6 nuevos casos por cien mil habitantes. De igual forma, los indicadores de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres y prevalencia de VIH en usuarios de drogas inyectables, se han mantenido por debajo de las cifras de 15 y 6.6 casos por cien mil habitantes, respectivamente. En lo relacionado con el registro de casos de paludismo, entre 1990 y 2007 el número de casos de la enfermedad disminuyó casi 96 por ciento, registrándose en 2007 una frecuencia de 2.2 casos por cien mil habitantes, cifra inferior a la meta propuesta “más allá del milenio” que es de 3.0 casos por cien mil habitantes. Por último, en el rubro de mortalidad por tuberculosis en todas sus formas, los datos indican que se va por buen camino para dar cumplimiento a la meta “más allá del milenio”, al registrarse en 2007 una tasa de mortalidad de 2.1 defunciones por cien mil habitantes, mientras que la meta a alcanzar es de 1.5 decesos por cien mil personas.

Como se puede observar, el sector salud ha conseguido avances importantes al cierre de un año de actividades, es satisfactorio para todos conocer estos hechos que nos indican que vamos por buen camino; sin embargo, no podemos sentirnos satisfechos mientras prevalezcan situaciones de salud que no hemos podido cambiar con la celeridad que quisiéramos, tal como ocurre con algunas causas de mortalidad, entre las que destacan las muertes maternas, por diabetes mellitus y por enfermedades isquémicas del corazón. En los próximos años esperamos revertir esta situación mediante el fortalecimiento e integración de las acciones de promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades. Al respecto, la construcción y puesta en operación de las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) en todo el territorio nacional, contribuirán significativamente a reducir la carga de enfermedad por diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades isquémicas del corazón. Finalmente, es necesario señalar que muchos de los logros conseguidos tienen sentido cuando se mantienen y mejoran a través del tiempo. Para los que trabajamos en la salud sabemos muy bien que algunos de ellos se pueden revertir si no somos consistentes en el día a día y no nos anticipamos a las situaciones que pueden ponerlos en riesgo.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Introducción

Rendición de Cuentas en Salud 2007 tiene por objetivo poner a disposición de la ciudadanía los resultados que el sistema mexicano de salud ha conseguido en 2007 con el uso de los recursos públicos asignados.

El informe que se presenta tiene como guía los objetivos y metas que el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012)* definió en los primeros meses de 2007. En este Programa se plantearon cinco objetivos que orientan las acciones del sector: i) mejorar las condiciones de salud de la población; ii) reducir las brechas o 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 social del país. Para cada uno de estos objetivos se definieron metas estratégicas a las cuales se dará seguimiento anual y se difundirán sus resultados como en esta ocasión.

Rendición de Cuentas en Salud 2007 está estructurado en cuatro capítulos: I) avances en las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012; II) avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; III) avances en la implantación del PROSESA 2007-2012 según estrategias y líneas de acción, y IV) indicadores básicos de salud y de operación del sistema de salud.

En el capítulo I el lector encontrará los avances en el cumplimiento de las 15 metas estratégicas con las cuales se da seguimiento a los cinco grandes objetivos del PROSESA 2007-2012. Para medir los avances en cada una de las metas se ha tomado como referencia la cifra inicial (2006) del indicador específico y se compara con el comportamiento esperado en 2012. En algunos casos los avances son incipientes, por ejemplo, en los cambios esperados en la mortalidad dado el corto periodo de exposición a las intervenciones, en otros, es posible identificar cambios a más corto plazo.

En el capítulo II se analizan los avances obtenidos por el sector salud en sus compromisos contraídos en la Cumbre del Milenio, auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000. En esta sección se comparan los avances respecto de las metas fijadas por las Naciones Unidas para 2015, así como con las establecidas para 2012 en el *Programa Sectorial de Salud*.

Para cumplir con los objetivos del PROSESA 2007-2012 y alcanzar las metas a ellos asociadas, el sector salud implantó diez estrategias que se agrupan en las áreas que constituyen las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud (SNS): 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 cuentan con metas específicas. El avance en el cumplimiento de estas metas es el contenido del capítulo III.

En el capítulo IV se ha mantenido una práctica de la Secretaría de Salud (SS) de darle seguimiento a un grupo de indicadores básicos donde se incluyen daños a la salud, recursos, productividad de los servicios y trato adecuado a los pacientes, entre otros. El origen de este ejercicio corresponde a un acuerdo en el seno del Consejo Nacional de Salud y su contenido le permite al lector completar el diagnóstico del estado que guarda la salud de la población.

En este último capítulo se ha incluido una sección con información sobre el origen, distribución y uso de los recursos financieros que sustentan la operación de la Secretaría de Salud. El objetivo ha sido poner a disposición de la ciudadanía esta información que fortalece la rendición de cuentas. Asimismo, con esta información estamos comprometiendo, para los próximos años, hacer públicos los resultados que obtienen los programas federales bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud de acuerdo con el modelo de presupuesto para resultados impulsado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

I.

Avances en las metas estratégicas del Programa Sectorial de Salud 2007-2012

Mejorar las condiciones de salud de la población

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

Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Evitar el empobrecimiento de la población
por motivos de salud

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

I.

Avances en las metas estratégicas del Programa Sectorial de Salud 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012), fruto de un intenso análisis plural e incluyente, establece el rumbo a seguir durante los próximos años por el Sistema Nacional de Salud a fin de lograr el acceso universal a servicios de salud efectivos y seguros y la integración funcional y programática de las instituciones que integran el sector en concordancia con el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007-2012)*, cuya premisa básica es lograr el desarrollo humano sustentable que permita ampliar las capacidades y libertades de todos los mexicanos para que disfruten de una vida digna.

En congruencia con el *PND 2007-2012* y para hacer frente a los retos del sistema de salud, en el PROSESA 2007-2012 se establecieron los siguientes objetivos:

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 determinar el grado de cumplimiento de estos objetivos se definieron 15 metas denominadas estratégicas, estableciendo para cada una de ellas el valor de comparación (línea base) y la meta propuesta para 2012. A partir de ello, en este documento se plasman los resultados del seguimiento 2007, con base en el objetivo al que hacen referencia dichas metas.

Es importante señalar que para algunas de las metas propuestas no es posible disponer de información anual que permita medir su cumplimiento para un año específico, debido principalmente a que los datos requeridos se obtienen de fuentes que no forman parte del sistema de información regular de la SS, como es el caso de la meta correspondiente a la prevalencia de consumo de drogas ilegales y de las correspondientes a gastos catastróficos por motivos de salud y gasto de bolsillo. La fuente de información para estos indicadores proviene de encuestas poblacionales que se realizan cada dos o tres años. Sin embargo, en este informe se da cuenta de los procesos estratégicos que la SS desarrolla en esos rubros a fin de coadyuvar al cumplimiento de dichas metas.

Objetivo 1 Mejorar las condiciones de salud de la población

La razón de ser de cualquier sistema de salud en el mundo es mejorar la salud de la población, lo que equivale a la implantación de acciones que permitan a la población gozar de una vida plena con una buena salud; sin embargo, el entorno actual al que estamos expuestos los mexicanos nos hace susceptibles de enfrentar diversos daños a la salud, ya sean los relacionados con la pobreza y la desigualdad de oportunidades o con aquellos vinculados a estilos de vida poco saludables.

Actualmente en el país, las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte son las enfermedades no transmisibles y las lesiones, sin embargo, las enfermedades transmisibles, de la reproducción y las relacionadas con la nutrición siguen afectando a un volumen importante de población. Por esta razón, el sistema de salud despliega diversas estrategias y acciones para incidir en los determinantes críticos de la salud, incluyendo la promoción de estilos de vida saludable, así como para estar preparado para enfrentar los nuevos retos que se derivan del perfil epidemiológico y los cambios en la estructura por edad de la población.

La valoración de los logros en materia de mejoramiento de la salud de la población se realizará a partir de los indicadores siguientes: (Cuadro 1.1)

Meta 1.1 Esperanza de vida al nacimiento

La esperanza de vida al nacimiento (EVN) es un buen indicador para valorar las condiciones generales de salud de la población. En el país, este

indicador registró un aumento de 0.2 años entre 2006 y 2007, tanto para la población total como para los hombres, mientras que entre las mujeres el aumento fue de 0.1 años.

En 2007, la entidad federativa con la EVN más alta para los hombres fue Quintana Roo al ubicarse en 73.8 años, le siguieron Tlaxcala (73.5 años) y el Distrito Federal (73.4 años); en contraste, Guerrero registró la cifra más baja con 71 años, cifra menor en 2.8 años a la EVN de Quintana Roo. Otras entidades que muestran cifras de EVN bajas para la población masculina son Veracruz, Chiapas y Oaxaca (Figura 1.1)

Para la población femenina, la EVN más alta se ubica en el Distrito Federal con 78.4 años, seguida por Quintana Roo y Morelos con 78.4 y 78.3 años, respectivamente. En el extremo opuesto, Guerrero con 75.6 y Veracruz y Chiapas con 76.2, respectivamente, muestran las cifras más bajas para esta población. La diferencia que existe entre la EVN de Guerrero y la del Distrito Federal es de 2.79 años. (Figura 1.1)

A pesar del aumento de la EVN de los últimos años, es necesario destacar que su ritmo de crecimiento no fue el esperado por las proyecciones de población, lo cual se debe, en parte, a que el riesgo medio de fallecer tampoco se contrajo lo que se esperaba. De esta forma, si se mantiene el ritmo de crecimiento actual de la EVN (0.2 años) no permitirá alcanzar una esperanza de vida de 76.3 años para el año 2012.

Por ello, es necesario que dentro del sector salud se fortalezcan las acciones que incidan en

Cuadro I.1

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012, México 2007

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2007	Variación % (2007/Lb)	Meta 2012
Esperanza de vida al nacimiento (EVN) 1/	Años	74.8	75.0	0.20	Aumentar la esperanza de vida al nacer en 1.5 años
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad 2/	Tasa por 100,000 habitantes menores de 65 años	13.7	13.8	0.73	Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años
Tasa estandarizada de mortalidad por diabetes mellitus (DM) 3/	Tasa estandarizada por 100,000 habitantes	91.8	93.9	2.29	Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006
Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo 4/	Porcentaje	2.46 en hombres 0.70 en mujeres	N.D	N.A	Disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad
Cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad 5/	Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que acudieron a realizarse el estudio de detección de mastografía en el último año	7.2	8.5	18.06	Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad 2/	Tasa por 100,000 mujeres de 25 años o más	15.0	14.5	-3.33	Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por cada 100,000 mujeres de 25 años o más
Número de muertes a causa de accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad 6/	Número de muertes	5,458	5,097	-6.61	Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años

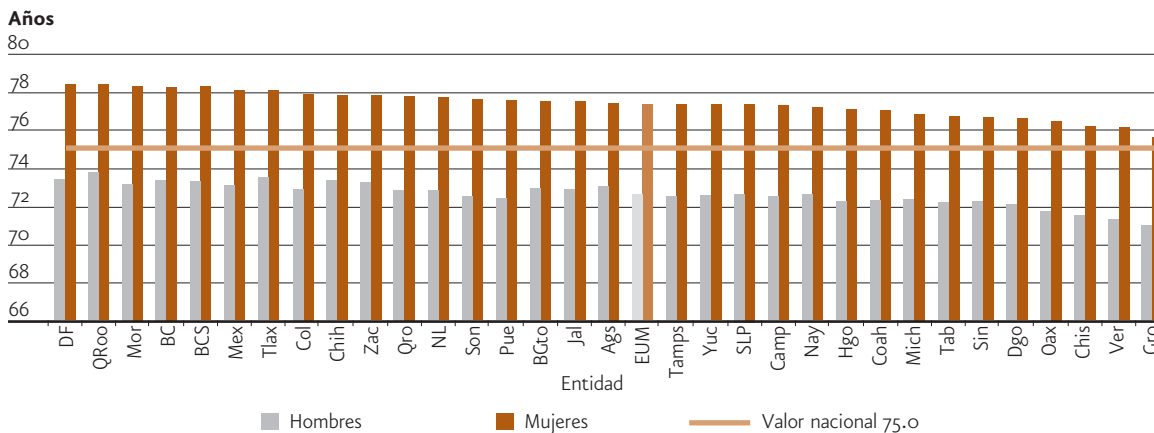
N.D.: No disponible, N.A.: No aplica
1/ La variación corresponde a la diferencia entre el valor 2007 y la línea de base. Fuente: DGIS-SS, con base en las Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
2/ Tasas observadas por cien mil habitantes del grupo de edad correspondiente. Fuente: INEGI-SS, 2006, SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
3/ Tasa por cien mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población estándar 2000-2025. Fuente: DGIS-SS
4/ Se prevé realizar una encuesta poblacional para contar con los datos necesarios
5/ Se refiere a la cobertura en población sin seguridad social. Fuente: SPPS-SS
6/ El dato para la línea base incluye 56 defunciones en el extranjero. Fuente: DGIS-SS

el aumento de la EVN, destacando aquellas que permitan disminuir el riesgo de morir entre la población mayor de 65 años, garantizando a la vez una mejor calidad de vida para esta población; aquellas tendientes a reforzar, entre la población en edad productiva, la prevención de muertes debidas al VIH/SIDA, diabetes, tuberculosis, accidentes y lesiones, entre otras.

De igual forma no se deben descuidar los logros obtenidos en materia de mortalidad infantil y de menores de cinco años, por lo cual es necesario intensificar los programas de vacunación, materno-infantil, salud reproductiva y de prevención y control de enfermedades, sobre todo en los municipios y localidades más pobres del país, donde aún hay mucho por hacer para garantizar el derecho a la protección que tienen los mexicanos.

Figura 1.1

Esperanza de vida al nacimiento por sexo y entidad federativa, México 2007



Fuente: DGIS-SS, con base en Indicadores Demográficos 2005-2030, CONAPO

Meta 1.2 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad

Las enfermedades isquémicas del corazón son padecimientos que se asocian fuertemente a conductas poco saludables. Actualmente estas enfermedades ocupan las principales causas de muerte en el país, y afectan principalmente a la población de edades medias y avanzadas de vida.

En 2007, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón entre la población menor de 65 años (13.8 defunciones por cada cien mil habitantes menores de 65 años) se incrementó 0.73 por ciento respecto del año previo. Para 2007, la tasa de mortalidad en hombres de este grupo de edad fue de 19.7 muertes por cada cien mil varones, mientras que para el sexo femenino esta cifra fue de 8 defunciones por cada cien mil mujeres menores de 65 años de edad. Entre los hombres, Sonora es la entidad federativa del país con la mayor mortalidad por esta causa con 35.5 defunciones por cada cien mil varones, le sigue Colima con 31.0 y Baja California con 30.3. En el otro extremo, Tlaxcala con 8.4, Coahuila con 9.1 y Oaxaca con 11.3 defunciones por cada cien mil varones menores de 65 años, fueron

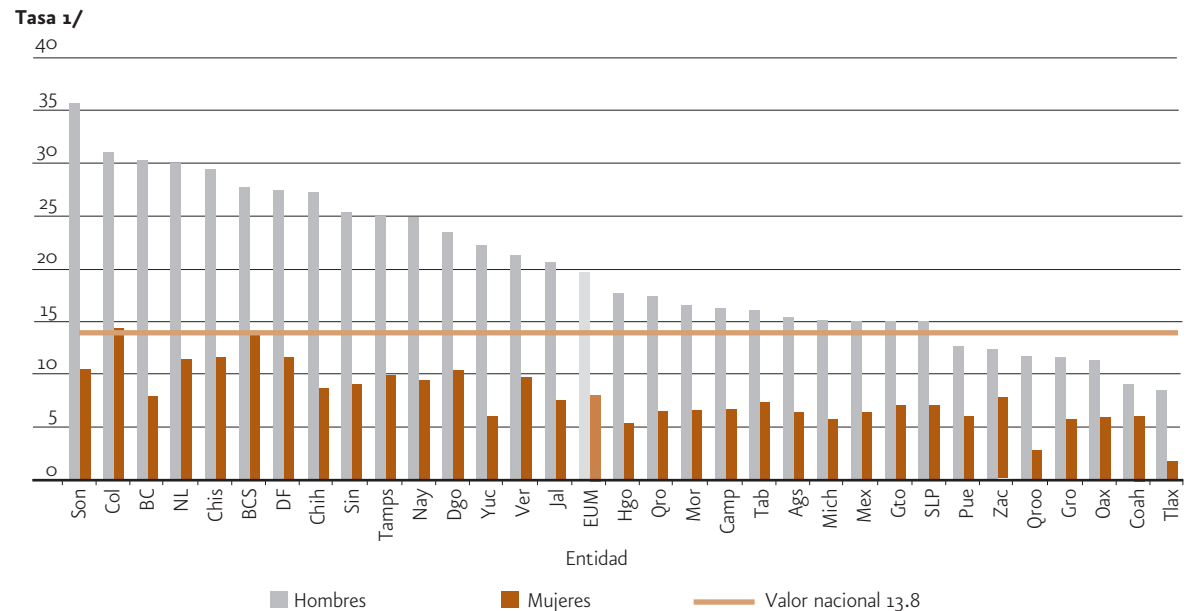
las entidades con las menores tasas a nivel nacional. (Figura 1.2).

La mortalidad femenina más elevada del país por esta causa en 2007 se presentó en el estado de Colima con 14.4 defunciones por cada cien mil mujeres menores de 65 años, seguida por la tasa de Baja California Sur y Chiapas con 13.9 y 11.6 muertes por cada cien mil mujeres, respectivamente. Por otra parte, las tasas de mortalidad más bajas en este grupo de población se presentaron en Tlaxcala, Quintana Roo e Hidalgo, con 1.7, 2.9 y 5.4 defunciones por cada cien mil mujeres, respectivamente. (Figura 1.2)

Si bien existe una multiplicidad de factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, no cabe duda que el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad son condiciones que deben ser enfrentadas a fin de reducir la incidencia de estas enfermedades. Por esta razón en 2007 se promovió la ley de protección para los no fumadores ante la cámara de diputados y senadores y se implementó una estrategia de comunicación social y educativa denominada “México está tomando medidas”, con la cual se logró transmitir a la población la mejor información sobre estilos de vida saludables, centrada en aspectos nutricionales y actividad física.

Figura 1.2

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años de edad por sexo y entidad federativa, México 2007



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

Estas acciones tuvieron un carácter multisectorial y multidisciplinario que incluyó intervenciones en el ámbito comunitario, familiar, escolar y laboral, entre otros. Para su implantación se elaboraron materiales promocionales como videos, trípticos, carteles, manuales, etcétera, que se distribuyeron entre los profesionales de la salud, enfermos, población en riesgo y usuarios sanos de las unidades de primer nivel de atención del sector.

Por su parte, dentro de las acciones de promoción y prevención de enfermedades, se consolidó la estrategia “Línea de Vida”, a través de la dotación y uso de las Cartillas Nacionales de Salud, mismas que permiten fomentar el autocuidado de la salud y la corresponsabilidad en el otorgamiento de acciones, además de permitir un mejor control de las acciones de prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia.

La detección integrada (diabetes, hipertensión arterial y obesidad) es uno de los avances

más importantes en materia de prevención. En 2006 se realizaron aproximadamente 12 millones de detecciones en la Secretaría de Salud, y a nivel del SNS se realizan anualmente alrededor de 35 millones de detecciones de diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad.

Cabe resaltar que en diciembre de 2007 se puso en operación, en el estado de Colima, la primera unidad de especialidades médicas para atender el síndrome de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus (UNEME-SoRID).

Para coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población y dar cumplimiento a las metas estratégicas se debe implantar un modelo de prevención, detección y atención, dinámico y proactivo, adecuado a la situación bio-psico-social de la población, con base en un abordaje multidisciplinario que se adapte a cada región, esto es, adaptándose a las costumbres y recursos disponibles de la población. Para lograrlo, durante los próximos años se vislumbran los siguientes retos.

1. Incrementar la cultura del autocuidado, fomentando hábitos saludables como la práctica de actividad física entre la población sana y los enfermos con riesgo cardiovascular.
2. Disminuir el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad entre la población mexicana, así como aumentar la percepción del riesgo que estas enfermedades tienen en la salud.
3. Fomentar la adherencia al tratamiento por riesgo cardiovascular en las unidades de salud, así como mejorar el control de estas enfermedades.
4. Transformar los entornos de esparcimiento en entornos favorables a la salud, donde se promueva la actividad física y la alimentación saludable.
5. En coordinación con la industria alimentaria, mejorar el contenido nutrimental de productos industrializados.

Para lograr la meta 2012 de disminuir 15 por ciento la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, cifra que equivale a una tasa de 11.6 defunciones por 100 mil habitantes menores de 65 años, es necesario que las acciones de prevención, detección y tratamiento se intensifiquen en las entidades con mayor mortalidad, en particular en la población masculina. Tal es el caso de Sonora, Colima, Baja California y Nuevo León, por citar algunas de las entidades con las cifras de mortalidad más elevadas.

Meta 1.3 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus

En nuestro país la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en el número de defunciones por año, mientras que las tasas de mortalidad para ambos sexos muestran una tendencia ascendente desde hace varios lustros; anualmente se reportan más de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos, acumulando hasta la fecha 3.5 millones de pacientes con diabetes conocida (casos prevalentes). En 2007, la tasa de mortalidad estandarizada por edad para esta causa fue de 93.9 defunciones por

cien mil habitantes: 96.2 en hombres y 91.6 en mujeres. (Figura 1.3)

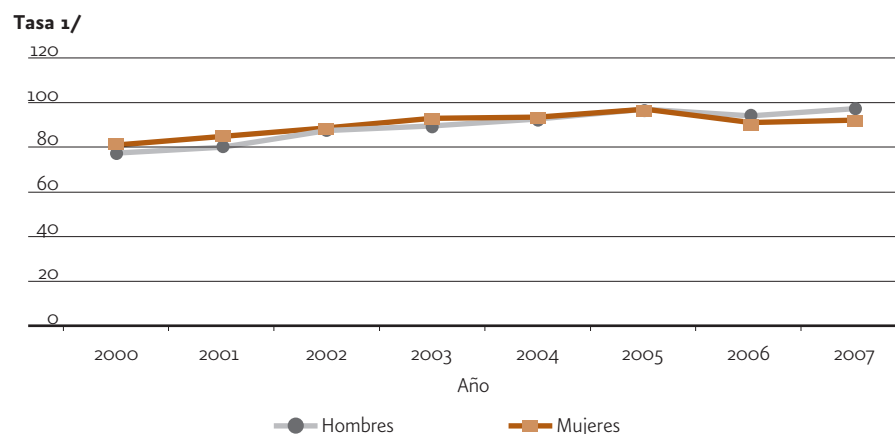
Como se presentó en el cuadro 1.1, en 2007 la mortalidad por diabetes mellitus presenta un incremento del 2.3 por ciento respecto del año 2006. Ello implica que es necesario desarrollar mayores esfuerzos para lograr dar cumplimiento a la meta establecida para 2012, que es reducir un 25 por ciento la velocidad de crecimiento de esta mortalidad, con base en la tendencia de 1995 a 2006.

Como parte de las acciones para lograrlo destacan, la publicación de la Norma Oficial Mexicana “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes tipo 2”, la cual establece los procedimientos obligatorios a fin de que los profesionales de la salud del sector público y privado presten una atención homogénea durante la atención de los casos de diabetes mellitus tipo 2, así como, la elaboración de los manuales de procedimientos, organización y operación de las UNEMES-SoRID, y los protocolos de atención para el sobrepeso, el riesgo cardiovascular y la diabetes mellitus.

Destaca también el incremento del 47 por ciento en la detección de casos de diabetes respecto de lo programado en 2007, así como el aumento en la acreditación de los grupos de ayuda mutua (4.6 por ciento).

Figura 1.3

Mortalidad por diabetes mellitus por sexo, México 2000-2007



1/ Tasa estandarizada por 100 mil habitantes

Fuente: INEGI-SS, 2000 a 2006 y SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

En 2007 se realizó la primera reunión de evaluación de la evidencia científica sobre el uso de polifármacos en la población mexicana para la prevención primaria o secundaria de la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular en personas enfermas, y dio inicio el diplomado de prevención clínica de las enfermedades crónicas, al que se inscribieron 400 médicos especialistas en medicina integral, epidemiólogos y médicos generales. También se dio inicio al Proyecto de Estrategia Fronteriza de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, cuyo objetivo es que el personal de salud de la frontera norte adquiera conocimientos, aptitudes y habilidades que permitan promover entre la población el desarrollo de hábitos saludables para la prevención de factores asociados a la diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Uno de los efectos a corto plazo que tienen las acciones de detección, es el aumento en el número de casos nuevos diagnosticados, por lo que el reto para los servicios de salud es asegurar la cobertura de atención de todos los pacientes con esta necesidad de salud, mediante cuidados continuos y con intervenciones efectivas y seguras.

Las estimaciones actuales señalan que tan solo en los servicios estatales de salud (SESA) y en las instituciones de la SS federal se tendrá que atender a 2.2 millones de personas con diabetes. Este volumen de usuarios potenciales debe acompañarse de mejoras en la gestión de los servicios y en el suministro de insumos. De manera simultánea se deben fortalecer todas aquellas estrategias orientadas a mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes y promover la atención multidisciplinaria, coordinada e integrada.

Meta 1.4 Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad según sexo

El fenómeno social del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas es uno de los grandes acontecimientos epidemiológicos de nuestro tiempo y uno

de los principales problemas de salud pública que padece la sociedad mexicana. Los resultados de las últimas investigaciones muestran, de manera general, que se mantienen las altas prevalencias en el consumo de los diferentes tipos de drogas, que las edades de inicio son cada vez menores y que la diferencia en las prevalencias por género tiende a desaparecer. Más preocupantes aún son los datos epidemiológicos para el grupo de adolescentes que los coloca como una de las poblaciones más vulnerables. En la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002) se encontró que el tabaco y el alcohol son las drogas de inicio, y a la vez, las drogas-puente para el consumo de drogas ilícitas.

En esta materia, la SS busca transitar de la aplicación de acciones de tratamiento tardío —cuando los daños a la salud muchas veces ya son irreversibles—, al desarrollo de acciones organizadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; incorporando el abordaje de los determinantes de la salud vinculados con las adicciones, a través de un modelo socio-ecológico. Con base en este razonamiento, en el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012* se estableció la meta de disminuir en 10 por ciento la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad.

Sin embargo, dado que el sistema de información en salud no capta regularmente este tipo de datos, el seguimiento de esta meta se prevé realizarlo con base en el levantamiento de una encuesta poblacional específica, misma que se desarrollará en años posteriores. Mientras tanto, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), consciente del reto que representa disminuir el uso de drogas entre los adolescentes, propone dar seguimiento al indicador de proceso siguiente: participación de adolescentes en acciones de prevención a las adicciones, y como meta global para 2012 lograr la participación del 40 por ciento de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad en acciones de prevención a las adicciones en el país. (Cuadro 1.2)

Cuadro I.2

Metas de cobertura de adolescentes que participan en acciones de prevención a las adicciones, México 2007 1/

Variables	Año					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de adolescentes programados a participar en las acciones de prevención a las adicciones	116,859	703,647	1,603,721	2,660,438	3,873,798	5,088,000
Total de adolescentes contemplados por año	12,907,716	12,882,420	12,842,640	12,872,543	12,725,935	12,716,767
Meta por año (%)	0.9	5.5	12.5	20.7	30.4	40.0

1/ Adolescentes: Población de 12 a 17 años de edad
Fuente: CONADIC-SS, 2007

Este indicador permitirá disponer de un panorama anual sobre los avances en la cobertura de las acciones de prevención, las cuales incluyen la entrega de información y orientación en la materia, la detección temprana a través de pruebas de tamizaje en escuelas, la consejería, la ejecución de intervenciones breves y la derivación a tratamiento integral, además del trabajo con redes sociales.

Para la definición de esta meta global, se tomaron en consideración las metas específicas de cobertura de adolescentes que participan en acciones de prevención a las adicciones en los Centros de Orientación Juvenil, a través de su programa denominado “Orientación Preventiva Adolescentes”, la cobertura potencial de las unidades médicas de alta especialidad-centros de atención primaria de las adicciones (UNEMES-CAPA), también denominados “Centros Nueva Vida” y la cobertura obtenida a partir del impulso a las acciones de prevención comunitaria y a las redes sociales implementadas por diversas organizaciones públicas, privadas y sociales en el país. En el siguiente cuadro se muestran las metas anuales de cobertura, global y específicas. (Cuadro I.3)

Es necesario resaltar que para el cumplimiento de estas metas se requiere concretar la construcción y puesta en operación de las 310 UNEMES-CAPA “Nueva Vida” programadas por la

presente administración, dado que dichas metas se sustentan en el aumento gradual de la cobertura potencial a partir de estas unidades.

Para orientar la política de salud en materia de adicciones y para cumplir con las metas propuestas, es fundamental consolidar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, a fin de brindar una atención oportuna y de calidad para toda la población, que privilegie la prevención de enfermedades y promueva estilos de vida saludable.

Respecto de las acciones realizadas en 2007, como parte de esta estrategia, destacan:

1. La promoción realizada para que se desarrollen acciones contra las adicciones en los municipios prioritarios del país.
2. Promover que en las unidades de tratamiento residencial del país se cumplan con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
3. Garantizar que las unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, apliquen los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones.

Cuadro I.3
Meta global y metas por intervención específica relacionadas con los adolescentes que participan en acciones de prevención a las adicciones, México 2007 1/

Variables	Año									
	2007	Meta % 2/	2008	Meta % 2/	2009	Meta % 2/	2010	Meta % 2/	2011	Meta % 2/
Meta global										
Total de adolescentes programados a participar en las acciones (suma de participaciones específicas)	116,859	0.9	703,647	5.5	1,603,721	12.5	2,660,438	20.7	3,873,798	30.4
									5,088,000	40.0
Metas específicas:										
Adolescentes que participarán en los Centros de Orientación Juvenil	116,859	0.9	233,718	1.8	350,577	2.7	467,436	3.6	584,295	4.6
									701,154	5.5
Adolescentes que participarán dentro de las UNEMES-CAPA	0	0.0	181,629	1.4	484,344	3.8	847,602	6.6	1,271,403	10.0
									1,755,747	13.8
Adolescentes que participarán en las acciones de prevención comunitaria y en las redes sociales	0	0.0	288,300	2.2	768,800	6.0	1,345,400	10.5	2,018,100	15.9
									2,631,099	20.7
Total de adolescentes contemplados por año	12,907,716		12,882,420		12,842,640		12,872,543		12,725,935	
									12,716,767	

1/ Adolescentes: Población de 12 a 17 años de edad
2/ Metas establecida con base en el número total de adolescentes contemplados por año
Fuente: CONADIC-SS, 2007

Meta 1.5 Cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad

El cáncer de mama es una enfermedad cuyo riesgo de presentarse aumenta con la edad de las mujeres, pero también se relaciona con factores genéticos y hereditarios, y con la presencia de estilos de vida poco saludables como el sobrepeso, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol. Este es el tumor maligno más frecuente en la mujer a nivel mundial. En México, la mortalidad por esta causa presenta una tendencia ascendente, al grado de que en 2006 desplazó al cáncer cérvico-uterino como principal causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años y más.

En 2007, la mortalidad por esta causa a nivel nacional fue de 16.4 defunciones por cada cien mil mujeres de 25 años y más. En Baja California Sur se registró la tasa más alta del país con 24.3 muertes, seguido por Colima con 22.9 defunciones

y el Distrito Federal con 22.3 muertes por cada cien mil mujeres de ese grupo de edad. En contraste, Campeche y Coahuila registraron las cifras más bajas con 8.6 defunciones, respectivamente. (Figura I.4)

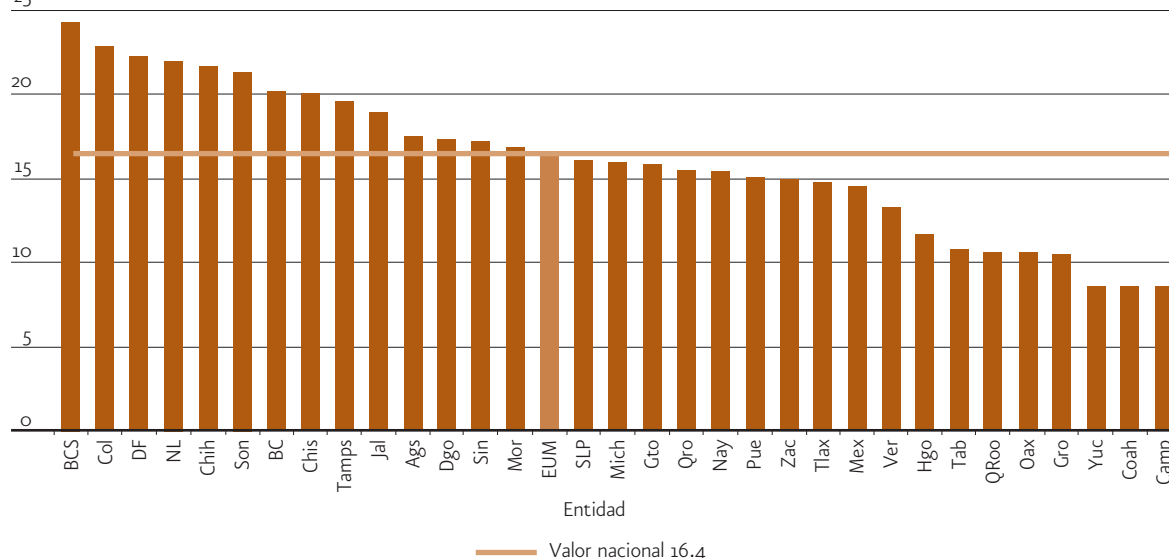
En materia de detección oportuna, el tamizaje por mastografía ha demostrado ser una intervención efectiva que permite disminuir la mortalidad por esta causa; sin embargo, el uso de esta técnica tiene algunas desventajas, como por ejemplo, la sensibilidad y especificidad de la prueba es menor al utilizarse en mujeres menores de 50 años. Además, es necesario tener en cuenta que actualmente existe insuficiencia de infraestructura y recursos para lograr una cobertura efectiva a través de este tipo de tamizaje a nivel nacional.

Debido a ello, la meta estratégica originalmente establecida en el PROSESA 2007-2012 fue modificada; esto es, se redefinió el grupo poblacional de interés a fin de realizar la detección de

Figura I.4

Mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 o más años de edad por entidad federativa, México 2007

Tasa 1/
25



1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más

Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

cáncer de mama por mastografía en las mujeres de 50 a 69 años y no entre mujeres de 45 a 64 años de edad como originalmente se había considerado. Con esta modificación se pretende valorar los logros en materia de detección dentro del grupo de mayor riesgo (50 a 69 años), y permitirá destinar los recursos disponibles hacia la población que representa el mayor beneficio. Esta modificación no afecta la realización de las actividades de detección y prevención para las mujeres entre 40 y 49 años de edad con factores de riesgo, dado que también se tendrá un seguimiento puntual.

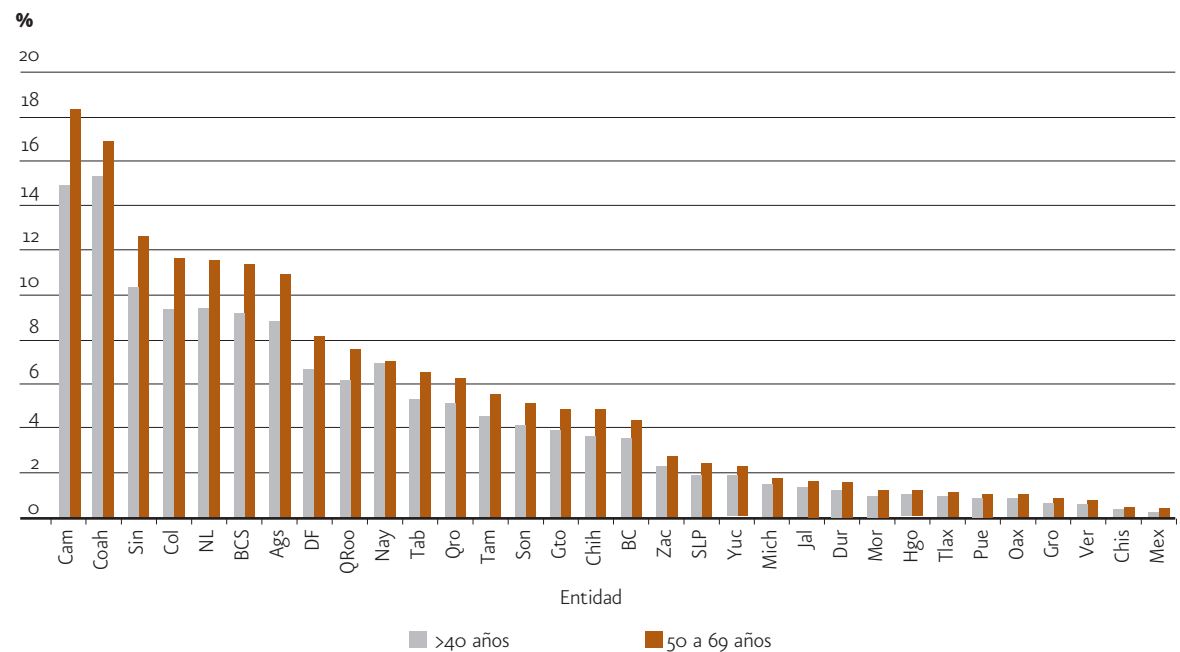
Como se muestra en el cuadro I.1, la cobertura de detección de cáncer de mama a través de la mastografía se incrementó en 18.1 por ciento respecto de la detección de 2006, es decir, se pasó de cubrir en 2006 al 7.2 por ciento de las mujeres de 50 a 69 años a un porcentaje de 8.5 en 2007. Para lograrlo, durante este año se realizaron en el SNS alrededor de 690 mil mastografías, de las cuales 85 por ciento

se dirigió a mujeres de 50 a 69 años. En la SS, por su parte, se efectuaron 223,573 mastografías, de las cuales 93,779 (42%) se practicaron a mujeres de 50 a 69 años de edad. En la figura I.5, se muestra la cobertura obtenida a nivel estatal por la Secretaría de Salud. Las entidades que reportaron los mayores logros son: Campeche, Coahuila, Sinaloa, Colima, Nuevo León y Baja California Sur. Sin embargo, existen 23 entidades que registran coberturas menores al 7.2 por ciento establecido como valor inicial. (Figura I.5)

Estos datos establecen que es necesario fortalecer la implantación del modelo de detección y atención del cáncer de mama basado en evidencias, actuando a su vez para optimizar la infraestructura existente para realizar el tamizaje a través de la mastografía; ampliar la infraestructura física y equipamiento; fortalecer los laboratorios con inmuno-histoquímica; incrementar los recursos humanos especializados, así como llevar a cabo

Figura I.5

Mastografías en mujeres por grupo de edad y entidad federativa, México 2007 1/



1/ Se refiere a la cobertura para población sin seguridad social

Fuente: SPPS-SS

campañas de difusión masiva sobre la detección oportuna del cáncer de mama.

También, debe tomarse en cuenta que uno de los grandes logros en materia de atención fue la incorporación del cáncer de mama al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), lo que permite que toda mujer sin seguridad social y con diagnóstico de cáncer de mama, tenga cubierto el tratamiento integral de la enfermedad de manera gratuita. A la fecha, dicho Fondo ha apoyado aproximadamente a 1,733 mujeres con esta neoplasia.

Además de eficientizar el uso de los equipos disponibles, con los cuales actualmente se puede incrementar al doble las coberturas de detección, también es necesario enfrentar los siguientes retos para cumplir, en 2012, con la meta de incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años:

1. La formación y contratación del personal médico y técnico especializado requerido para la detección;
2. La organización de los servicios para el seguimiento y diagnóstico de mujeres con resultados anormales;
3. Mejorar e incrementar la referencia adecuada y oportuna de las mujeres hacia unidades de atención que les ofrezcan el tratamiento requerido.
4. Sustentar el desarrollo del programa de detección y control del cáncer de mama en sistemas de información que permitan el monitoreo y la evaluación necesarias y que además apoye los procesos de rendición de cuentas.

Meta 1.6 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad

En el mundo el cáncer cérvico-uterino ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274 mil mujeres cada año, a pesar de que este padecimiento es prevenible y curable si se detecta y trata en

etapas tempranas. Por lo tanto, la mortalidad por esta causa se puede reducir invirtiendo recursos y mejorando la organización y operación de los servicios de salud para su detección y atención.

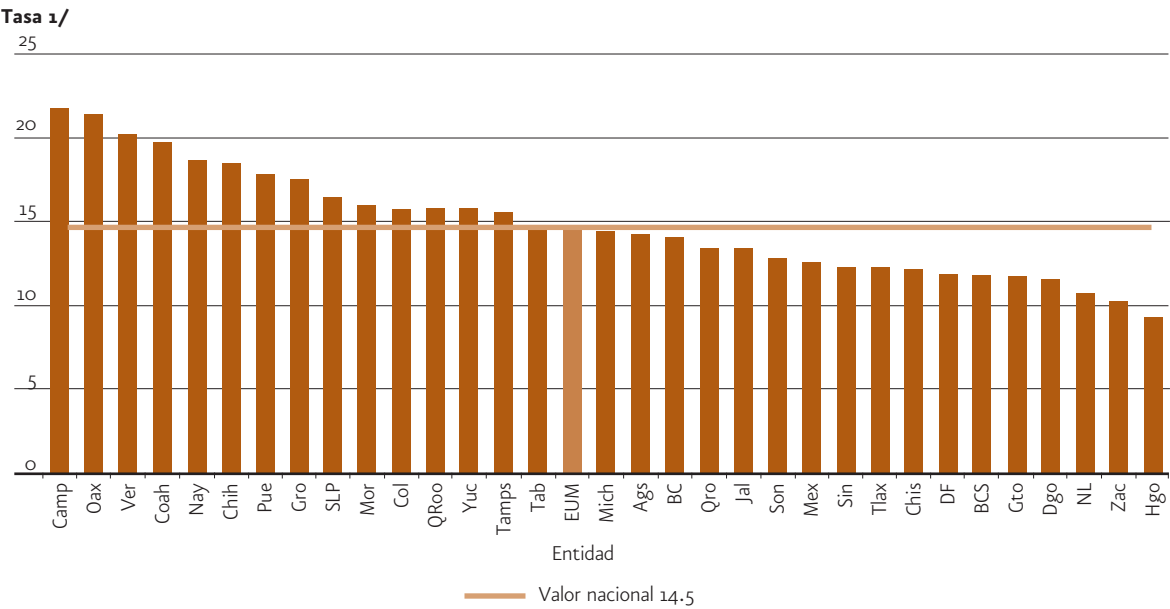
En México, la mortalidad por cáncer cérvico-uterino ha mantenido una tendencia descendente en los últimos años. En 1990 se registraron 25.3 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 y más años, posteriormente, en 2007 la mortalidad por esta causa fue de 14.5 defunciones, lo que representa un descenso del 42.7 por ciento. Respecto de la meta planteada en el PROSESA se observa que entre 2006 y 2007 se logró una reducción del 3.3 por ciento en la tasa de mortalidad por esta causa, lo que de mantenerse esta cifra relativa de reducción anual, no se alcanzará la meta de 10.95 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más en 2012. (Cuadro I.1)

Respecto a las entidades federativas, Campeche, Oaxaca y Veracruz con tasas de 21.7, 21.4 y 20.1 defunciones por cada cien mil mujeres de 25 años o más, respectivamente, se ubican como los estados más afectados por esta enfermedad. En contraste, Hidalgo registró la cifra más baja con 9.2 defunciones, seguido de Zacatecas con 10.3 y Nuevo León con 10.7 muertes por cada cien mil mujeres de ese grupo de edad. (Figura I.6)

Para lograr la disminución de la mortalidad por esta causa, de acuerdo con lo planteado en el PROSESA 2007-2012, se han comenzado a implementar acciones focalizadas en las áreas rurales y urbano marginadas, a través de la incorporación de la prueba para detectar al virus del papiloma humano (VPH) por captura híbrida y la búsqueda de la excelencia en los procesos de diagnóstico y tratamiento oportunos dentro de los laboratorios de citología y clínicas de colposcopia, así como garantizar la gratuidad de la atención para todas las mujeres que padezcan esta enfermedad y que no cuentan con seguridad social.

Los principales retos en materia de reducción de esta mortalidad consisten en analizar, dentro de los estados que muestran un incremento en su tasa de mortalidad, los factores que impiden rom-

Figura 1.6
Mortalidad por cáncer cervico-uterino en mujeres de 25 años o más por entidad federativa, México 2007



1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más
Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

per la cadena de eventos que conduce a la muerte por cáncer cérvico uterino, así como mejorar los programas de detección y control del cáncer, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.

Meta 1.7 Número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad

En el país, anualmente se producen más de 5 mil muertes por accidentes de tránsito en población de 15 a 29 años de edad. Sin embargo, como se muestra en el cuadro I.1, la cifra preliminar del número de defunciones causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor (ATVM) de 2007 presentó una disminución del 6.6 por ciento respecto de las muertes ocurridas en 2006, lo que representa un avance importante al considerar que la meta para el año 2012 es reducir un 15 por ciento el volumen de muertes debidas a esta causa, es

decir que en el país sólo ocurran 4,639 defunciones o menos durante ese año. (Figura 1.7)

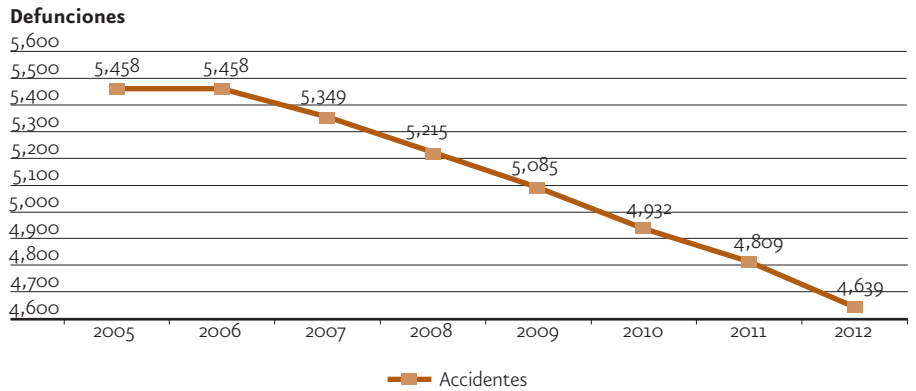
Respecto del comportamiento de la mortalidad para esta causa en 2006 (datos consolidados), se observa que el sexo masculino es el más afectado por este tipo de eventos, concentrando 4,403 muertes, mientras que entre las mujeres el número de defunciones fue de 999. Entre los varones las tasas de mortalidad más altas se presentaron en Michoacán, Baja California Sur, Tabasco y Zacatecas con 54.7, 54.5, 48.4 y 48.0 defunciones por cien mil habitantes de 15 a 29 años de edad, mientras que en Baja California, Veracruz y Guerrero se registraron las tasas de mortalidad más bajas del país para este grupo de edad. Por su parte, entre las mujeres de 15 a 29 años de edad, la mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor más elevada se registró en Tabasco con 17.1 muertes seguido por Chihuahua y Baja California Sur con 12.4 y 11.2 defunciones, respectivamente. (Figura 1.8)

En diversas regiones del mundo se ha demostrado que una adecuada política de prevención de accidentes de tránsito reduce significativamente los riesgos y los daños a la salud asociados con estos eventos. En México, se busca implantar medidas efectivas que permitan enfrentar este problema de salud, destacando la instalación y funcionamiento de los 32 Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRAS) y el avance del 84.1 por ciento en la incorporación, dentro de los reglamentos de tránsito de las entidades federativas, de las medidas de protección tendientes a disminuir la ocurrencia y el impacto de los accidentes de tránsito, establecidas por el Consejo de Salubridad General (CSG).

De igual forma, en 2007 se elaboraron el Atlas Nacional de Mortalidad por Causas Externas 2005 y el Diagnóstico Nacional de Mortalidad y Morbilidad por Causa Externa 2005, con lo cual se dispone de una mayor información sobre los factores de riesgo y consecuencias que generan los accidentes de tráfico que permitirá priorizar las acciones preventivas en el país. También se

Figura 1.7

Metas programadas en relación con los accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad, México 2005-2007



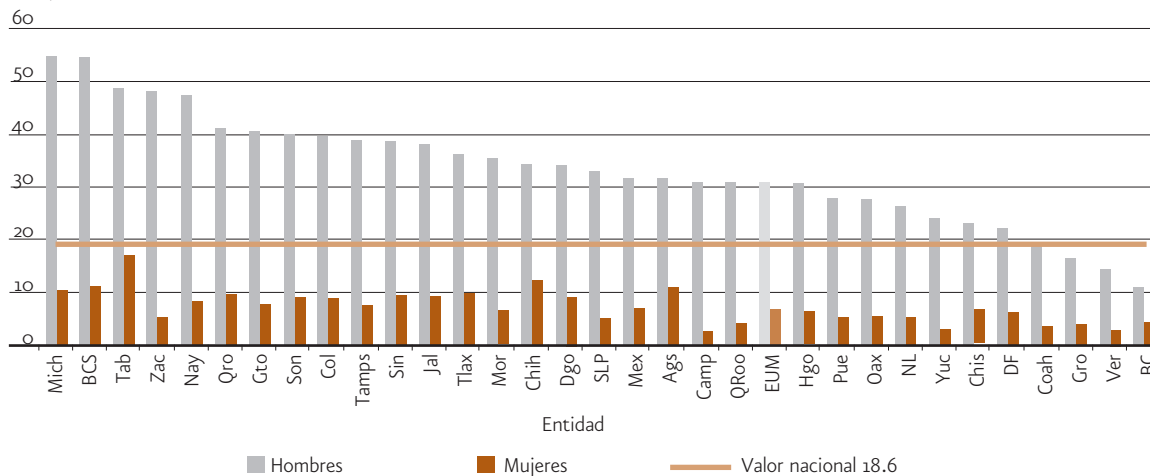
Fuente: SPPS-SS, con base en estimaciones de INEGI 2005-2006

presentó en el Consejo Nacional de Salud (CNS) el Programa Nacional de Seguridad Vial (PRONA-SEV), a partir de lo cual se estableció el compromiso para que en las 32 entidades federativas del país se desarrolle el programa estatal de seguridad

Figura 1.8

Mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años por sexo y entidad federativa, México 2007

Tasa 1/



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 a 29 años

Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

vial correspondiente, contando hasta el día de hoy con 16 programas concluidos.

El PRONASEV también fue presentado en la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), contando con la representación de los 31 gobernadores estatales y del jefe de gobierno del Distrito Federal, los cuales se comprometieron a establecer una política de Estado sobre la prevención de los accidentes de tránsito; legislar en materia de seguridad vial; designar a los responsables de llevar acabo el programa estatal de seguridad vial; incluir programas educativos en las escuelas relacionados con la educación vial, y a fomentar la participación activa de medios de comunicación y asociaciones civiles a fin de ejecutar campañas educativas permanentes de seguridad vial.

Respecto de la atención pre-hospitalaria —que es fundamental para proporcionar atención oportuna y efectiva a los lesionados en accidentes de tránsito—, el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (CENAPRA) desarrolla acciones para sistematizar estos servicios. Para ello ha elaborado el manual para la atención inmediata de las urgencias médicas para primer respondiente, el

manual para la atención inmediata de las urgencias médicas para población civil, la guía para la capacitación del técnico en urgencias médicas por competencia laboral, el manual de procesos del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM), el Manual custodia de los bienes pertenecientes al paciente y el proyecto de reglamento para la verificación de unidades móviles tipo ambulancia.

Destacan también las acciones de coordinación intersectorial e interinstitucional, como por ejemplo, la realización del proyecto piloto diagnóstico espacial de accidentes de tránsito en el Distrito Federal; la celebración de la Semana Nacional de Seguridad Vial, contando con la participación de las Secretarías de Comunicaciones y Transportes, de Seguridad Pública, organismos internacionales y más de 30 organizaciones de la sociedad civil, y el inicio de acciones para elaborar el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NMX-CH-153-IMNC-2005, alcoholímetro-analizador evidencial de aliento espirado, en conjunto con el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación y varias empresas del ramo.

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

El *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* asume como principio rector el desarrollo humano sustentable, a fin de crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras. Ello implica que deben satisfacerse las necesidades fundamentales de la población como la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y la protección a sus derechos humanos. Para lograrlo, las políticas públicas propuestas en el *PND* se orientan a resolver los problemas de pobreza, marginación y falta de oportunidades en todos los ámbitos.

Cabe señalar que reducir la pobreza extrema, asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para todos los mexicanos; reducir significativamente las brechas sociales, económicas y culturales persistentes en la sociedad; garantizar que los mexicanos cuenten con oportunidades efectivas para ejercer a plenitud sus derechos ciudadanos y para participar activamente en la vida política, cultural, económica y social de sus comunidades y del país, son parte de los objetivos nacionales a los que se les dará cumplimiento durante la presente administración.

En congruencia con ello, la SS estableció como uno de los objetivos del sector “reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”. Si bien se han logrado avances importantes en el mejoramiento de la salud de la

población en general, éstos no han sido homogéneos en todas las regiones y grupos de población del país, dando lugar a desigualdades en el acceso a los servicios y en la falta de oportunidades.

Para dar respuesta a esta problemática, en el *PROSESA 2007-2012* se planteó la estrategia 5. “Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud”, con la que se busca acercar los servicios de salud a las personas que los requieren, a partir de la coordinación y participación de las diferentes instituciones del sector, las cuales deberán establecer los mecanismos para lograr un mejor aprovechamiento de la infraestructura física, tecnológica, de los insumos disponibles y para la adecuada distribución de los recursos humanos. De igual forma, las instituciones del sector salud deberán promover el mejor aprovechamiento de las nuevas tecnologías de comunicación, a fin de garantizar que la población disponga de servicios de salud de calidad.

Para dar cumplimiento a este objetivo y para analizar el avance en la implantación de la estrategia establecida en el *PROSESA*, se definieron las siguientes metas estratégicas. (Cuadro 1.4)

Los resultados que proporcionen estos indicadores permitirán contar con evidencias que orienten la focalización de las acciones y de recursos, a fin de atender prioritariamente a los grupos de población más vulnerables dentro de las comunidades con menor índice de desarrollo humano (IDH). A continuación se describe el comportamiento de estos indicadores en 2007.

Cuadro 1.4

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas. Programa Sectorial de Salud 2007-2012, México 2007

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2007	Variación % (2007/Lb)	Meta 2012
Razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH 1/	Razón	159.9	155.5	-2.72	Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH
Tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH 2/	Tasa por 1,000 nacidos vivos estimados	34.0	32.6	-4.12	Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH

La línea base corresponde a cifras 2006. Las variaciones corresponden a diferencias porcentuales
1/ Razón por 100 mil nacidos vivos estimados. Fuente: DGIS-SS
2/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil nacidos vivos estimados. Fuente: DGIS-SS

Meta 2.1 Razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor IDH

En 2007, a nivel nacional, se registró una razón de mortalidad materna (RMM) de 55.8 defunciones por cada cien mil nacidos vivos estimados (NVE). La distribución de esta mortalidad por entidad federativa muestra que existen enormes desigualdades; es decir, en Oaxaca, que reporta la tasa más alta del país, se registraron 100.6 muertes maternas por cien mil NVE, mientras que en Aguascalientes esta cifra fue de 17.5, lo que implica que el riesgo de morir por causas maternas en Oaxaca es 5.7 veces más alto que en Aguascalientes.

De los 100 municipios con menor IDH localizados en Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, se registraron 48 defunciones maternas en 2007, para una RMM de 155.5 decesos por cien mil NVE (cuadro 1.4). Estas muertes maternas se registraron en 32 de los 100 municipios como se muestra en el cuadro 1.5.

La carga de la mortalidad materna en estos municipios respecto del total de muertes maternas en sus entidades federativas es variable: en el municipio del Nayar (Nayarit) las cuatro defunciones maternas representan el 100% de las muertes registradas en el estado; en Guerrero el 25

por ciento; en Oaxaca 15.9 por ciento; en Durango 14.3 por ciento; 9.1 por ciento en Chiapas; 6.1 por ciento en Veracruz y en Puebla el 3.3 por ciento.

Como se observa en el cuadro 1.5, las brechas en materia de mortalidad materna entre los municipios son considerables, lo que hace necesario que en el SNS se intensifiquen los esfuerzos para disminuir la ocurrencia de las muertes debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En congruencia con ello, en el marco del Programa Arranque Parejo en la Vida, cuyo propósito es garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, en 2007 se realizaron diversas acciones específicas dirigidas a la población de los municipios con menor IDH del país.

Destaca la realización de 10 talleres de fortalecimiento de las redes sociales en ocho estados, en los que se fortaleció la participación comunitaria de los servicios de apoyo social a fin de instrumentar la construcción de posadas de asistencia a la mujer embarazada, así como el establecimiento de mecanismos para el transporte de las embarazadas a los centros de atención.

Respecto de los proyectos apoyados por el Fondo de Comunidades Saludables, en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud, se evaluaron 86 proyectos de participación

comunitaria y redes sociales para la salud materna, de los cuales 56 fueron aprobados, beneficiando a los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz. Para el seguimiento de los proyectos aprobados por el Comité Nacional de Comunidades Saludables y para brindar asesoría técnica se visitaron 15 municipios de los estados de Tlaxcala, Hidalgo, Durango, Michoacán, Zacatecas, Puebla, Chiapas, Veracruz y Oaxaca. Además, se efectuaron visitas de seguimiento a 35 municipios repetidores de muertes maternas que instrumentaron proyectos dentro del Fondo de Comunidades Saludables.

En materia de formación y fortalecimiento de las capacidades técnicas, se continuó con la certificación de las parteras tradicionales de acuerdo con la Norma Técnica de Competencia Laboral. También se evaluaron 465 parteras tradicionales, de las cuales sólo 291 resultaron competentes.

Los resultados en materia de salud materna, muestran que es necesario fortalecer la operación de los servicios de salud del SNS e incrementar la participación de la población para abatir las desigualdades en salud prevalecientes, por ello, durante los siguientes años se deberá enfrentar los siguientes retos:

- 1. Fortalecer las acciones para el control del embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido, a fin de disminuir las muertes maternas y perinatales, sobre todo en los municipios con los menores IDH.
- 2. Concretar la reorganización de los servicios en redes de atención médica.
- 3. Ampliar y mejorar la capacidad resolutive de las unidades médicas y asegurar que en ellas se apliquen de manera correcta los protocolos de atención y triage obstétrico en los hospitales que reportaron defunciones maternas en 2007.
- 4. Fortalecer y mejorar la competencia técnica y humanística del personal de salud.

Cuadro 1.5

Defunciones maternas en municipios con menor índice de desarrollo humano, México 2007 1/

Entidad / municipio con menor IDH	Defunciones maternas	Porcentaje de defunciones maternas 2/
Estados Unidos Mexicanos	1,100	100.0
En los municipios con menor IDH	48	4.4
Chiapas	77	100.0
Total de los municipios con menor IDH 2/	7	9.1
Chamula	1	1.3
Chenalhó	2	2.6
Chilón	2	2.6
Pantelhó	2	2.6
Durango	14	100.0
Total de los municipios con menor IDH 2/	2	14.3
Mezquital	2	14.3
Guerrero	64	100.0
Total de los municipios con menor IDH 2/	16	25.0
Alcozauca de Guerrero	1	1.6
Atlixac	4	6.3
Metlatónoc	1	1.6
Tlacoachistlahuaca	2	3.1
Xalpatláhuac	1	1.6
Xochistlahuaca	2	3.1
Zapotitlán Tablas	2	3.1
Acatepec	1	1.6
Cochoapa el Grande	2	3.1
Nayarit	4	100.0
Total de los municipios con menor IDH 2/	4	100.0
Del Nayar	4	100.0
Oaxaca	69	100.0
Total de los municipios con menor IDH	11	15.9
Eloxochitlán de Flores Magón	1	1.5
San Agustín Loxicha	2	2.9
San Andrés Paxtlán	1	1.5
San José Tenango	2	2.9
San Pedro y San Pablo Ayutla	1	1.5
Santa Cruz Zenzontepec	1	1.5
Santa María Chilchotla	1	1.5
Santiago Amoltepec	1	1.5
Santo Domingo de Morelos	1	1.5
Puebla	60	100.0
Total de los municipios con menor IDH 2/	2	3.3
Huehuetla	1	1.7
Zoquitlán	1	1.7
Veracruz	98	100.0
Total de los municipios con menor IDH 2/	6	6.1
Filomeno Mata	1	1.0
Mecatlán	1	1.0
Mixtla de Altamirano	1	1.0
Soledad Atzompa	1	1.0
Tequila	1	1.0
Tlaquilpa	1	1.0

1/ Total de municipios con menor IDH de la entidad que registraron muertes maternas durante el 2007
2/ Porcentaje respecto al total de muertes maternas a nivel nacional y de cada entidad
Fuente: DGIS:SS

5. Garantizar que la población tenga acceso a personal calificado y a servicios de salud culturalmente competentes.
6. Fortalecer la capacidad de respuesta de las unidades para la atención de emergencias obstétricas (AEO).
7. Favorecer la transmisión de conocimientos sobre los determinantes de la salud y el desarrollo de competencias entre la población, relacionadas con el manejo adecuado de la salud materna y perinatal.

Meta 2.2 Tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH

De acuerdo con datos de 2007, en México la mortalidad infantil fue de 15.7 defunciones por mil nacimientos, cifra que disminuyó un 3.3 por

ciento respecto de la mortalidad de 2006. La mortalidad infantil para los 100 municipios con menor IDH fue de 32.6 muertes por mil nacimientos, lo que implica que el riesgo de morir de los recién nacidos en estos municipios es 2 veces más alto que la probabilidad a nivel nacional.

Respecto de la meta estratégica para 2012 de reducir en 40 por ciento la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH, entre 2006 y 2007 se logró una reducción del 4.1 por ciento, lo que implica que durante los 5 años restantes se tendrán que realizar acciones efectivas que permitan que la mortalidad infantil no supere las 20.4 defunciones por mil nacidos vivos. (Cuadro 1.4)

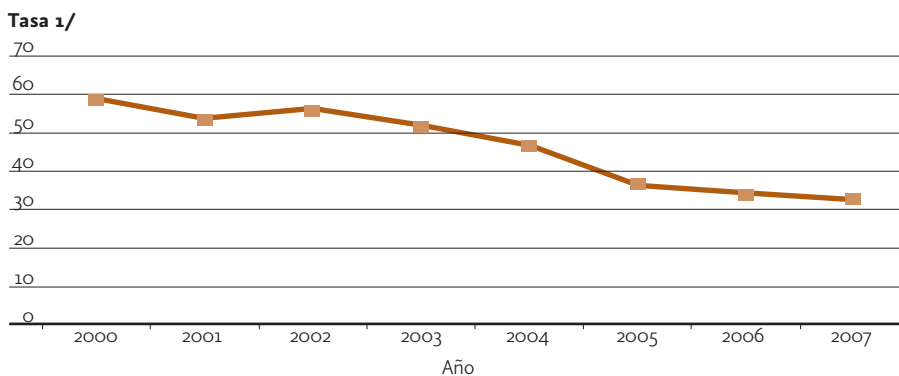
De acuerdo con la información disponible, la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor IDH muestra una tendencia descendente entre 2000 y 2007. La reducción durante este periodo fue de 44.3 por ciento. De mantenerse esta tendencia es posible dar cumplimiento a la meta establecida para el año 2012. (Figura 1.9)

Con el propósito de reducir la mortalidad infantil y las brechas existentes entre entidades y regiones del país, el SNS ha venido desarrollando actividades en cuatro componentes básicos: vacunación; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños.

Con la operación de diversos programas y estrategias sociales promovida por el gobierno federal, como el Programa Oportunidades, el Sistema de Protección Social en Salud, y el Programa Caravanas de la Salud, es posible realizar aportes importantes para lograr disminuir las desigualdades en salud y con ello sentar las bases para el desarrollo humano sustentable.

Figura 1.9

Mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, México, 2000-2007



1/ Tasa observada por mil nacimientos

Fuente: INEGI-SS, 2000-2006, SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

Objetivo 3 Prestar servicios de salud con calidad y seguridad

Dentro del PND 2007-2012 se establece que es fundamental lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud eficientes y de calidad, ofrecidos en un marco de respeto a las personas y profesionalismo. Para lograrlo, los servicios de salud deberán enfocarse a los usuarios de los servicios y a los profesionales de la salud, sustentando su actuación en la mejora de la calidad como el eje de la atención, que se orienten, dentro del SNS, en congruencia con estrategias de calidad para la gestión de los servicios de salud que favorezcan la innovación, y que enfrenten los problemas relacionados con el abasto, distribución oportuna y eficiente de medicamentos y el uso racional de los mismos, a partir de la implantación de una política integral en la materia.

En consonancia con estas directrices, dentro del PROSEA 2007-2012, se estableció la estrategia 3 “situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, con la cual se da cumplimiento al objetivo de prestar servicios de salud con calidad y seguridad, planteado en este instrumento de política en materia de salud.

La implantación de esta estrategia, durante la presente administración, buscará que la prestación de servicios tenga como sustento el sistema sectorial de calidad, a partir del cual se incorporará un modelo de calidad total, y se fortalecerán los aspectos técnicos e interpersonales durante la prestación de servicios.

Para valorar los logros en la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad, se establecieron tres metas estratégicas, dos relacionadas con el desarrollo de procesos sustantivos y una

vinculada con el mejoramiento de los procesos clínicos dentro de los servicios de salud hospitalarios, metas que se presentan en el siguiente cuadro. (Cuadro 1.6)

Meta 3.1 Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud

La acreditación es un requisito legal que garantiza que los establecimientos de salud cumplen los requerimientos mínimos de capacidad, calidad y seguridad. Este proceso representa la garantía de calidad para las familias que reciben servicios de atención por estar afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y además, es un requisito indispensable para que los establecimientos de salud puedan acceder al financiamiento que éste proporciona.

El número de establecimientos de salud acreditados hasta diciembre de 2007 ascendió a 4,080 unidades, de los cuales 2,164 se acreditaron de enero a diciembre de 2007. El número acumulado de unidades de atención acreditadas equivale a 93.7 por ciento de las unidades que hasta esa fecha estaban incorporadas al SPSS (4,355). Cabe señalar que para el año 2012 se tiene programado acreditar el 100 por ciento de las 14,162 unidades médicas que se prevé se incorporarán al SPSS y al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

Respecto del año 2006, la acreditación se incrementó de manera importante (209.2 por ciento). Todas las unidades acreditadas en 2007,

Cuadro 1.6

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3: Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012, México 2007

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2007	Variación % (2007/Lb)	Meta 2012
Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Porcentaje	30.3	93.7	209.24	Acreditar al 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al SPSS
Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	Porcentaje	16.7	16.7	0.00	Implementar 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	Porcentaje	15.0	N.D 1/	N.A	Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel

La línea base corresponde a cifras 2006
N.D: No disponible, N.A: No aplica
1/ No se dispone de datos 2007 para este indicador. Se dispondrán en 2009. Sin embargo, la DGCES reporta para 2006 una tasa de 17.3 infecciones por cada cien egresos, obtenida a partir de 93 hospitales asociados al Proyecto de prevención y reducción de la infección nosocomial (PREREIN)
Fuente: DGACS; DGCES-SS

fueron dictaminadas, informando a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud sobre los resultados obtenidos. (Cuadro 1.6)

El desarrollo del proceso de acreditación en 2007 incluyó la elaboración del plan anual de acreditación, conjuntamente con las 32 entidades federativas, a fin de garantizar el cumplimiento de las metas establecidas. Asimismo, se convalidaron los criterios de acreditación que deben cubrir los vehículos del programa “Caravanas de la Salud” (unidades móviles) que atenderán a las familias afiliadas al SPSS y se publicó en internet el nuevo “Manual de acreditación y garantía de la calidad” (www.calidad.salud.gob.mx).

Un componente del proceso de acreditación es la supervisión de las unidades acreditadas, por lo cual durante este año se elaboró el programa de supervisión correspondiente y se determinaron los contenidos del plan de contingencia para unidades que no superen la acreditación. Además, se realizó la medición de impacto de la acreditación en la calidad de los servicios de salud.

Meta 3.2 Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos

La seguridad del paciente es una reflexión sobre el tipo de servicios de atención a la salud que se brindan a la población, y que involucra el análisis sobre el conjunto de estructuras o procesos organizacionales con los que se dispone para reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención médica. El evento adverso se puede definir como un incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que resulta de la asociación directa con la prestación de servicios de atención médica.

Se parte del hecho de que ningún profesional de la salud realiza sus actividades con la intención de ocasionar daños a los usuarios, sin embargo, el riesgo de que se provoque algún daño al paciente por la atención otorgada está latente, aunque también es cierto que los errores y por ende los

daños pueden prevenirse, para lo cual es necesario desarrollar valores culturales a favor de la seguridad de los pacientes.

Para garantizar la seguridad del paciente dentro de las unidades de atención es necesario implementar y fortalecer acciones que permitan: a) que las personas sean identificadas como tales y no como eventos dentro de la atención médica; b) un manejo adecuado de los medicamentos (prescripción y administración) requeridos por los pacientes; c) una comunicación efectiva entre prestadores de servicios y usuarios de los mismos; d) el uso de protocolos de atención o guías clínicas; e) la realización de procedimientos quirúrgicos de manera adecuada y segura; f) evitar daños a consecuencia de caídas u otro tipo de incidentes; g) reducir la incidencia de infecciones nosocomiales; h) identificar los factores humanos que inciden en la atención del paciente, como el estrés, cansancio, cargas de trabajo o problemas personales; i) lograr que el paciente se corresponsabilice de su salud, y j) crear un clima de seguridad para el paciente.

Para avanzar en los rubros anteriores, la SS desarrolla procesos de capacitación que buscan generar una nueva cultura en favor de la seguridad de los pacientes y ofrecer herramientas a los profesionales de la salud para reducir la ocurrencia de eventos adversos. En 2007 se impartieron cursos de capacitación a profesionales de 189 hospitales de un universo de 1,133 unidades. Con ello, el porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos fue de 16.7 por ciento, cifra similar a la reportada como línea base para la meta estratégica correspondiente. (Cuadro 1.6)

El resultado obtenido muestra que es necesario incrementar los esfuerzos para lograr cumplir con la meta establecida en el PROSESA 2007-2012, y más aún para garantizar que en el SNS se trabaje a favor de la seguridad del paciente.

Meta 3.3 Tasa anual de infecciones nosocomiales

Las infecciones nosocomiales forman parte de los problemas de seguridad del paciente que enfrentan los servicios de salud. Su ocurrencia puede ser el resultado de errores en los procesos de atención clínica o derivados del comportamiento de los profesionales de la salud (falta de medidas de higiene, por ejemplo). También pueden ser ocasionados por las condiciones del paciente al ingreso a las unidades, los efectos indeseables durante la aplicación de nuevas intervenciones o tratamientos clínicos, o como resultado de intervenciones de alto riesgo como el trasplante de órganos o durante los cuidados intensivos a un paciente. Si bien es cierto que no es posible erradicar totalmente la ocurrencia de estos eventos adversos, también es cierto que existen estrategias sencillas, efectivas y baratas que reducen su incidencia en los pacientes.

En el informe de la Alianza mundial para la seguridad del paciente. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente 2005-2006, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que en México anualmente se producen aproximadamente 450 mil casos de infecciones nosocomiales, las cuales provocan 32 defunciones por cada cien mil habitantes y que el costo anual de estas infecciones es de 1,500 millones de dólares.

Debido a ello, una de las prioridades del sector salud es garantizar la seguridad de la atención a la salud, como parte del objetivo para prestar servicios de salud con calidad y seguridad establecido en el PROSESA 2007-2012. De hecho, uno de los resultados que se espera lograr con la implantación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) es la reducción de la morbilidad y mortalidad debida a las infecciones nosocomiales a nivel nacional.

La DGCEs, en el marco de SICALIDAD, ha establecido el Proyecto Prevención y Reducción de la

Infección Nosocomial (PREREIN). Con base en 93 hospitales asociados al proyecto, se ha estimado una prevalencia de 17.3 por ciento de infecciones nosocomiales en 2006, lo cual representa un incremento de 2.3 puntos porcentuales respecto de la cifra considerada como inicial.

Este proyecto se orienta principalmente a promover el uso del modelo de riesgos para prevenir y reducir la infección nosocomial en las diversas áreas de los hospitales, por lo que durante 2007 se realizaron las siguientes acciones.

- En diciembre, se realizó el análisis del impacto del PREREIN, registrando que en las etapas iniciales del proyecto (2004), la adherencia a los procedimientos en las unidades de terapia intensiva fue de 59.1 por ciento y en 2006 ascendió a 79.6 por ciento; inversamente, la tasa de infecciones nosocomiales se redujo de 20.1 a 17.3 infecciones por cada 100 egresos, en ese periodo.
- Se constituyó en diciembre de 2007 el grupo técnico interinstitucional para la prevención y reducción de infección nosocomial.

Para enfrentar este problema, adicionalmente, el sistema de salud mexicano requiere avanzar en diversos frentes, de manera coordinada y homogénea, por ejemplo, actualmente no se dispone de procesos interinstitucionales, dentro del sistema de información en salud, que permitan registrar información confiable y oportuna sobre estas infecciones y sobre los efectos en la salud de la población que las padece.

Esto ha impedido contar con estimaciones que reflejen la magnitud del problema a nivel nacional. Por otra parte, los sistemas de vigilancia y registro intrahospitalarios son en su mayoría deficientes, lo que tampoco permite conocer con exactitud lo que está ocurriendo en este rubro. Por estas razones, en el segundo semestre de 2008 se realizará un estudio con representatividad nacional de los hospitales del sector público que permita conocer la magnitud de este problema en el país, mediciones posteriores servirán para evaluar el cumplimiento de este compromiso establecido en el PROSESA 2007-2012.

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

La enfermedad como los accidentes generalmente son eventos impredecibles que pueden ocasionar diferentes niveles de daño a la salud de las personas. Todavía, muchas familias con estas necesidades deben pagar directamente al proveedor de servicios al momento de recibir atención médica, incrementando así el riesgo de que las familias, sobre todo las más pobres, incurran en gastos catastróficos o que en el peor de los casos tengan que posponer su atención por la falta de recursos.

Desde el 2003, con la creación y puesta en operación del Sistema de Protección Social en Salud, la SS asumió el compromiso de brindar protección financiera a la población que no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social. Este sistema se basa en un esquema de aseguramiento público en salud –financiado a través de una cuota social, la aportación solidaria federal, la aportación solidaria estatal y, en los casos en los que proceda, de la cuota familiar– que permite a las familias afiliadas acceder a un conjunto de intervenciones de salud establecidas en un catálogo de servicios, tanto de primero como de segundo nivel de atención, sin tener que desembolsar recursos al momento de recibirlos.

El esquema de financiamiento en el que se sustenta el SPSS busca, además, disminuir el pago de bolsillo que realizan las familias al momento de requerir servicios de salud, sustituyéndolo por un pago anticipado anual de afiliación que es proporcional a la capacidad económica de las familias, y que incluye la exención del pago. Al disminuir el pago directo de los servicios, también se podrá

contribuir a evitar que las familias incurran en gastos catastróficos.

Como se establece en el PND 2007-2012, para el gobierno mexicano es esencial extender la cobertura de servicios de salud a todos los mexicanos a fin de ampliar el acceso a los mismos, pero sin que ello implique que el patrimonio de las familias tenga que sacrificarse por atender su salud. Para lograrlo, focalizará acciones que permitan a la población con mayores carencias tener acceso a los servicios públicos de salud, promoviendo, principalmente, su incorporación al Seguro Popular de Salud, a los programas de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS-Oportunidades.

En congruencia con ello, en el PROSESA se estableció el objetivo de “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”. Para su cumplimiento, así como para fortalecer al SPSS, se instrumentará la estrategia para consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona, misma que, además de asegurar la protección financiera de las familias mexicanas, permitirá hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en México.

Para dar seguimiento, tanto al objetivo como a su estrategia vinculada, se plantearon las dos metas estratégicas que se muestran en el siguiente cuadro. (Cuadro 1.7)

Como se puede observar, actualmente no se dispone de información que permita dar seguimiento a estas metas, esto debido a que los datos requeridos para la construcción de ambos indicadores se obtienen de fuentes de datos que no

Cuadro 1.7

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 4: Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012, México 2007

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb) 1/	Valor 2007	Variación % (2007/Lb)	Meta 2012
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto en salud	Porcentaje	50.0	N.D	N.A	Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud
Porcentaje de hogares que incurrn en gastos catastróficos por motivos de salud	Porcentaje	3.42	N.D	N.A	Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud

N.D: No disponible; N.A: No aplica
1/ La línea base corresponde a datos 2006
Fuente: Estimación propia con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2006

forman parte del sistema de información regular de la SS, sino que se obtienen de encuestas ejecutadas por otras dependencia de la administración pública, siendo el caso concreto, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, cuyo último levantamiento se realizó en el año 2006. Por tal motivo, el reporte sobre el cumplimiento de estas metas se realizará una vez que se disponga de los datos del próximo levantamiento.

A pesar de ello, en los siguientes párrafos se describen algunas de las acciones que la SS realizó durante 2007 a fin de coadyuvar al cumplimiento del objetivo y de la metas.

Meta 4.1 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud

El gasto de bolsillo en salud es el pago que realizan de manera directa las personas al prestador de servicios al momento de utilizar dichos servicios. Este tipo de gasto tiene diversas implicaciones negativas para los hogares, entre las que destacan: i) incrementa el riesgo de las familias de enfrentar gastos catastróficos, sobre todo de las familias pobres y de aquellas que no son beneficiarias de algún esquema de seguridad social, ii) no permite la agregación y diversificación de riesgos, y iii) es

la forma más inadecuada de recaudar ingresos. Por estas razones, el reto del sistema de salud es ampliar los sistemas de pago anticipado, mismos que fomentan la equidad en el financiamiento de la salud; permiten ejercer la solidaridad financiera, a través de la cual las personas enfermas y de escasos recursos pueden beneficiarse de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos, haciendo posible la justicia financiera donde el individuo aporta de acuerdo a su capacidad de pago y recibe servicios de salud en función de sus necesidades.

El SPSS se basa precisamente en un esquema de pago anticipado, a través de los mecanismos que tiene para financiarse, lo cual ha permitido, de acuerdo con los resultados de la evaluación de efectos desarrollada por la SS en 2006, disminuir el gasto de bolsillo entre la población afiliada, principalmente en el rubro de atención hospitalaria. Así, la afiliación al SPSS es una medida que contribuye a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

A inicio de 2007, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), en coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), realizó ajustes a las metas de afiliación, incluyendo la establecida en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2007 (PEF), que era de 6.8 millones de familias a afiliar al sistema. Las modificaciones permitieron ajustar las metas a

partir de las estimaciones de población sin seguridad social obtenidas de las cifras del conteo de población y vivienda 2005. A partir de ello, la nueva meta para 2007 fue de 7,210,251 familias a afiliarse al SPSS, la cual fue superada al haber afiliado a 7,307,173 familias. Cabe señalar que entre 2006 y 2007 se logró un incremento del 43.3 por ciento en la afiliación de familias, destacando los casos de Tlaxcala, Querétaro, Michoacán y Guerrero que incrementaron sus coberturas de afiliación en más del 100 por ciento respecto de 2006.

Es importante destacar que la afiliación de familias que realiza la CNPSS y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) da prioridad a los grupos de población más vulnerables y a las familias con un mayor riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, entre las que destacan aquellas que tienen niños recién nacidos o aquellas donde algún miembro de la familia padece alguna enfermedad grave. Esto ha permitido adecuar los escenarios de afiliación con base en la demanda de las familias, la capacidad local para operar el proceso de afiliación, y por la aplicación y seguimiento de los lineamientos estratégicos definidos en el PND y el PROSESA 2007-2012.

En relación con la meta para el 2010, además del ajuste correspondiente al uso de las cifras de población a partir del conteo 2005, se tomó en cuenta la disponibilidad presupuestal federal y estatal, así como la aplicación de los criterios de evaluación del desempeño para las entidades federativas. Con ello, la meta para ese año pasó de 11,898,254 familias a 12,580,432 millones, situación que implica el reto de garantizar la afiliación a 682,178 familias más, de las originalmente consideradas.

Meta 4.2 Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud

Un hogar incurre en gastos catastróficos por motivos de salud cuando destina más del 30% de su ingreso para la atención de su salud, una vez

descontados los gastos en alimentación, vivienda y educación. Como se señaló previamente, el riesgo de que esto ocurra es más alto en los hogares pobres y en aquellos que no son derechohabientes de la seguridad social, por tal motivo, evitar que los hogares incurran en este tipo de gasto y lleguen a empobrecerse es una de las razones por las que se implantó el Sistema de Protección Social en Salud.

Durante la presente administración, la SS buscará hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en México, incrementando sustancialmente la cobertura de salud de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar su patrimonio y recursos disponibles.

Asimismo, se busca avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud que facilite la portabilidad de los derechos y beneficios de la atención médica, independientemente del lugar de residencia o del lugar donde el usuario demande los servicios de atención.

Una de las líneas de acción que se está implementando es el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), al cual se están incorporando a todos los niños que hayan nacido a partir del 1º de diciembre de 2006 y que no sean beneficiarios de la seguridad social.

De igual forma, se plantea consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad a partir del fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos. Al respecto, la SS está desarrollando los mecanismos y procesos de coordinación que permitan involucrar a las instituciones públicas de salud para mancomunar los riesgos y, por lo tanto, minimizar los costos asociados a dichos servicios. Durante los siguientes años se reportarán los avances sectoriales en esta materia; mientras tanto, es necesario resaltar la labor realizada por la CNPSS para operar el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este Fondo, sin anualidad presupuestal, es un instrumento financiero que se integra con el 8 por ciento de los recursos obtenidos de la Cuota Social y las Aportaciones Solidarias (Federal y Estatal), recursos que son

destinados a la atención de aquellos padecimientos que el Consejo de Salubridad General ha definido como de gastos catastróficos. (Cuadro I.8)

De acuerdo con cifras preliminares 2007, el Fondo opera a través de 131 prestadores de servicios a nivel nacional, a partir de los cuales se validaron 17,149 casos de las enfermedades contempladas por el fondo, para los cuales se autorizó un monto de 740.6 millones de pesos.

Para dar cumplimiento al objetivo de “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud”, la SS prevé enfrentar diversos retos, entre los que sobresalen: i) ampliar la cobertura

del SMNG a fin de reducir la carga de enfermedad y discapacidad en los recién nacidos, contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida y proteger a las familias contra gastos inesperados que afecten su patrimonio; ii) contribuir a implantar el fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos, realizando acciones que permitan incrementar la eficiencia en la prestación de servicios de salud de alta especialidad y la eliminación de los efectos de la selección adversa para los padecimientos catalogados como catastróficos.

Cuadro I.8
Enfermedades e intervenciones que cubre el FPGC y que reciben apoyos económicos por autorización del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

Grupo de enfermedad		Intervenciones		Inicio de cobertura
No.	Denominación	No.	Denominación	
1	Cáncer cérvico-uterino (Cacu)	1	Cáncer cérvico-uterino (Cacu)	Agosto 2004
2	VIH/SIDA	2	VIH/SIDA	Agosto 2004
3	Cuidados intensivos neonatales (CIN)	3	Cuidados intensivos neonatales (CIN)	Agosto 2004
4	Catarata (Cat)	4	Catarata (Cat)	Agosto 2004
5	Cáncer de niños (CN/TS)	5	Leucemia linfoblástica aguda	Agosto 2004
		6	Astrocitoma	Agosto 2004
		7	Enfermedad de Hodgkin	Agosto 2004
		8	Leucemia Mieloblástica Aguda	Agosto 2004
		9	Linfoma no Hodgkin	Agosto 2004
		10	Meduloblastoma	Agosto 2004
		11	Neuroblastoma	Enero 2006
		12	Osteosarcoma	Enero 2006
		13	Retinoblastoma	Enero 2006
		14	Sarcoma de Partes Blandas	Enero 2006
		15	Tumor de Wilms	Enero 2006
6	Trasplante de Médula Ósea (TMO)	16	Trasplante de Médula Ósea	Enero 2006
7	Cáncer de Mama (Cama)	17	Cáncer de Mama	Enero 2007
8	Catarata Congénita (C/C)	18	Catarata Congénita	Enero 2007
9	Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos (Seguro Médico para una Nueva Generación)	19	Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos	Enero 2007
10	Insuficiencia Renal Crónica (IRN)	20	Insuficiencia Renal Crónica	Enero 2007

Fuente: CNPSS-SS

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

La relación entre la salud y el desarrollo económico y social está plenamente comprobada. Los gobiernos que invierten en salud y mejorar la operación de sus sistemas sanitarios contribuyen al desarrollo individual y del país en general, gracias a la formación de capital humano. Una buena salud, además, contribuye al mejoramiento del rendimiento escolar y laboral de la población, otorgando con ello mejores herramientas para que la población logre desarrollar sus capacidades y potencial productivo.

A pesar de ello, en el país se observan desigualdades y rezagos importantes en materia de salud, sobre todo en aquellas regiones donde lograr el desarrollo aún es una tarea pendiente. En muchas de estas zonas aún se padecen los estragos de padecimientos relacionados con la desnutrición, las infecciones comunes y los problemas relacionados con la reproducción. Para enfrentar y dar respuesta a estos problemas, en el sector salud se planteó el objetivo de “garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país”. El cumplimiento de este objetivo se valorará a través del seguimiento al indicador de prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 100 municipios con menor IDH, rubro para el que se estableció como meta a alcanzar en 2012, la reducción del 20 por ciento la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor IDH. (Cuadro 1.9)

Meta 5.1 Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 100 municipios con menor IDH

El bajo peso para la talla, también conocido como emaciación o desnutrición aguda, es un indicador que permite valorar la escasez aguda de alimentos durante los primeros cinco años de vida y/o la presencia de enfermedades que afectan el desarrollo nutricional del menor. Su aplicación al interior de los municipios con el menor IDH permitirá, en primera instancia, valorar el panorama actual para establecer prioridades de intervención según región, y posteriormente, a través de su seguimiento, permitirá determinar el éxito de las intervenciones implantadas.

En el ámbito nacional, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia de las distintas formas de desnutrición en niños menores de cinco años disminuyó en comparación con los resultados de las encuestas de nutrición de 1988 y 1999; de hecho, la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda disminuyó de 6 a 1.6 por ciento entre 1988 y 2006, lo que equivale a un 73 por ciento de reducción. Con ello se ha reducido el volumen de menores que presentaban un alto riesgo de morir.

A pesar de ello, como se muestra en el cuadro 1.9, sigue existiendo un rezago importante en

Cuadro 1.9

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 5: Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.
Programa Sectorial de Salud 2007-2012, México 2007

Indicador	Unidad de medida	Línea base (Lb)	Valor 2007	Variación % (2007/Lb)	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	8.7	8.7	0.0	Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano

Fuente: SPPS-SS

relación con esta forma de desnutrición en los municipios con el menor IDH, ya que un 8.7 por ciento de los menores de cinco años presentan un bajo peso para su talla, cifra que indica que el riesgo de los menores en estas zonas es 5.4 veces más alto en comparación con el riesgo a nivel nacional. (Cuadro 1.9)

Por esta razón durante la presente administración, en el sector salud se dará énfasis a la reduc-

ción de brechas y desigualdades en las condiciones generales de vida, a través de garantizar a toda la población, sobre todo a la más necesitada y vulnerable, el acceso a los servicios de salud de calidad y con base en el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención de la salud.



II.

Avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años

Mejorar la salud materna

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

II.

Avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre del año 2000, en la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), México, junto con otras 188 naciones, adoptó la Declaración del Milenio a partir de la cual nuestro país asumió el compromiso de mejorar significativamente la calidad de vida de la población. Para lograrlo, en dicha cumbre se establecieron ocho objetivos:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Estos objetivos, denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tienen el propósito de promover a nivel mundial el respeto y la defensa de principios como la dignidad humana, la igualdad, la equidad y la paz. Para valorar el cumplimiento de los ODM se establecieron 18 metas globales y 48 indicadores específicos para su seguimiento. El año 2015 se fijó como fecha para lograr el cumplimiento pleno de estos objetivos.

Los ODM tuvieron su origen en diversas Cumbres Mundiales de las Naciones Unidas realizadas durante la última década del siglo pasado; sin embargo, renuevan su importancia y la necesidad de fortalecer la cooperación internacional debido a que los logros a nivel mundial han sido heterogéneos, destacando el reducido avance de los países pobres, donde los niños, las mujeres y población en condiciones de pobreza extrema siguen siendo los más vulnerables.

En el caso de México, desde la adopción de los ODM en el 2000, el Gobierno mexicano ha implantado una serie de políticas públicas y programas encaminados a dar cumplimiento a cada uno de estos objetivos. Asimismo, ha desarrollado acciones que facilitan el seguimiento puntual de las metas comprometidas y de los indicadores propuestos, permitiendo contar con información sobre los logros obtenidos y los retos a enfrentar, brindando evidencias para realizar los ajustes necesarios a la política pública y a los programas que se desarrollan en el país. Ello ha permitido que México cumpla con varios de los compromisos establecidos originalmente en la Cumbre del Milenio, lo que ha llevado a nuestro país, en atención a las recomendaciones para los países con un grado de desarrollo medio, a establecer metas más ambiciosas y a incluir indicadores complementarios.

La salud en los ODM

La salud es un derecho universal, reconocido y ratificado por diversos países, incluido México, y en la actualidad es uno de los temas prioritarios en las agendas de política pública de diversas naciones a nivel mundial. Un ejemplo fehaciente del compromiso con la salud es el hecho de que cuatro de los ocho ODM están vinculados directamente con este tema.

El derecho a la protección de la salud está fundamentado en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; sin embargo, los esfuerzos del Gobierno para garantizar este derecho no han sido suficientes para evitar que exista población sin acceso a servicios de salud o para reducir las desigualdades existentes en materia de condiciones de salud, que afectan principalmente a las regiones más marginadas y con el menor IDH del país.

Por estas razones es que en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007-2012)* se planteó alcanzar el desarrollo humano sustentable como mecanismo para lograr que las personas, sus derechos y la ampliación de sus capacidades se constituyan en la columna vertebral de la toma de decisiones y de la definición de políticas públicas del país y para asegurar que todos los mexicanos tengan la oportunidad de satisfacer sus necesidades fundamentales, incluida la salud.

Atendiendo a las directrices establecidas en el *PND 2007-2012* y en cumplimiento de los compromisos adquiridos por nuestro país en materia de los ODM, la SS tiene la encomienda de vigilar el desarrollo de las estrategias y programas que permitan mejorar la salud de la población y para ello, como parte del seguimiento de las metas del sector, vigilará anualmente los indicadores y metas en materia de salud incluidas en los ODM, a fin de asegurar su cumplimiento.

A continuación se presentan los resultados correspondientes a 2007, teniendo en consideración que para algunos de los indicadores propuestos no se dispone de la información necesaria para su construcción, debido principalmente a que la fuente de información utilizada son encuestas a nivel poblacional, mismas que para 2007 no se tenían programadas.

Objetivo 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre

La pobreza es un fenómeno que se asocia a múltiples factores, pero que en términos generales se origina por la falta de capacidades y oportunidades que ofrece una sociedad a sus individuos para que logren su bienestar y desarrollo. En 1990, de acuerdo con cifras de la ONU, existían en los países menos desarrollados del mundo alrededor de 1,250 millones de personas que vivían en condiciones de pobreza, situación que dio origen al objetivo de erradicar la pobreza extrema y el hambre. Para 2004, esta organización informó que el número de personas en los países en desarrollo que viven con menos de un dólar al día descendió a 980 millones.

Para el seguimiento de este objetivo en materia de salud se estableció una meta original y una meta denominada “meta más allá del milenio”. La meta original busca reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre entre 1990 y 2015, mientras la meta anexa establece reducir a la mitad la proporción de personas por debajo del nivel mínimo de consumo de proteínas entre 1990 y 2015. Los indicadores con los que se da seguimiento a ambas metas se presentan en el cuadro siguiente. (Cuadro II.1)

La nutrición es un factor determinante para que los individuos disfruten de una buena salud a lo largo de su vida, además, es una condición necesaria para el adecuado desempeño físico y mental, que contribuye a incrementar la capacidad y el potencial productivo de las personas; sin embargo, diversos factores pueden incidir en

la presencia de deficiencias nutricionales, por ejemplo, factores biológicos, socioeconómicos o culturales.

De los problemas relacionados con la nutrición, es de especial interés para la comunidad mundial el que se deriva de un consumo alimentario insuficiente, ya que éste provoca una mayor susceptibilidad a desarrollar enfermedades infecciosas y una mayor probabilidad de muerte en los primeros años de vida. Sin embargo, en México los problemas de desnutrición aguda han dejado de ser un problema de salud pública, ya que como se observa en el cuadro II.1, el porcentaje de niños menores de cinco años con bajo peso se ha reducido de manera importante, de hecho, los logros en la materia han permitido superar en este año la meta establecida para el 2015. Esto ha sido el resultado de una combinación de intervenciones implementadas por el sector salud, como el Programa de Vacunación Universal, la administración masiva de vitamina A, los programas de desparasitación, la capacitación de las madres sobre signos de alarma nutricional y por el impulso otorgado a los programas sociales que orientan sus esfuerzos a las poblaciones más desprotegidas, como el Programa Oportunidades. (Cuadro II.1)

Por otra parte, a pesar de que no se dispone de información 2007 para las metas relacionadas con el porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria y por debajo del nivel mínimo de proteínas, los resultados previos muestran que su prevalencia a

Cuadro II.1

Metas relacionadas con el Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Objetivos de Desarrollo del Milenio, México 2007

Meta/Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación	Meta 2015
Meta 2: Reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre entre 1990 y 2015				
Prevalencia de bajo peso en menores de cinco años 1/	14.2	6.7	-52.8	7.1
Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria 2/	2.5	ND	NA	1.3
Meta 2A: Reducir a la mitad la proporción de personas por debajo del nivel mínimo de consumo de proteínas entre 1990 y 2015				
Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de proteínas 2/	2.4	ND	NA	1.2

1/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1988, la última cifra disponible corresponde a 2007
2/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1992
Los valores para la línea base fueron ajustados a partir de las proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
ND: Dato no disponible
NA: No aplica
Fuente: SS con base en las Encuestas Nacionales de Nutrición

nivel nacional es baja y controlable. No obstante, durante la presente administración, el sector salud desarrollará y fortalecerá políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades que

sustenten la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes positivos de la salud, entre los que se encuentran una alimentación saludable, la higiene y la actividad física, entre otros más.

Objetivo 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años

Reducir la mortalidad de niños menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015 fue la meta propuesta por la ONU para dar cumplimiento a este objetivo, sin embargo, éste es, junto con el objetivo de mejorar la salud materna, uno de los más difíciles de cumplir, dado que para lograrlo se requiere implantar intervenciones técnicas efectivas y eficientes que incidan en los factores que causan las muertes infantiles, como la malnutrición, las infecciones y las enfermedades parasitarias; se mejoren los procesos de atención del binomio madre-hijo y se ejecuten acciones específicas que frenen los daños a la salud que provocan enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

La tarea es complicada debido a que muchos de los países del planeta, sobre todo las naciones en desarrollo, no disponen de una red de servicios que responda a las necesidades de la población de manera oportuna y efectiva, principalmente por la carencia de recursos financieros, mismos que dependen de las políticas nacionales e internacionales que establece cada país, de los entornos comerciales y, en los países más pobres, de la disponibilidad de fuentes externas de ayuda financiera.

En México, la atención a la población infantil es un compromiso desde hace ya varias décadas y actualmente se busca fortalecer los programas sociales en las regiones más marginadas y pobres del país a fin de lograr que la población más vulnerable goce de mejores condiciones de bienestar. Los indicadores a los que se ha dado seguimiento en

México, relacionados con este ODM, se muestran a continuación. (Cuadro II.2)

La mortalidad en menores de cinco años, general y por causa específica, y la mortalidad infantil son rastreadores sensibles de las condiciones de bienestar de una población, además, su comportamiento está vinculado con las condiciones sanitarias y ambientales imperantes en las áreas de estudio y con el acceso y calidad de los servicios de salud que se proporcionan a la población.

A nivel mundial, según reportes 2007 de la ONU, la mortalidad entre los menores de cinco años muestra una tendencia descendente; sin embargo, los logros entre regiones y países son heterogéneos, lo cual se explica por las desigualdades prevalecientes en materia de desarrollo, riqueza de la población, disponibilidad de servicios de atención a la salud y por el efecto que tienen enfermedades como el VIH/SIDA y el paludismo sobre los menores, sobre todo en los países pobres.

En México, uno de los principales logros en materia de salud durante el último siglo, es el importante descenso de la mortalidad general y en los grupos de infantes y menores de cinco años, lo cual es resultado de la implantación de políticas de salud orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, a través de la puesta en operación de estrategias y programas de promoción, prevención y atención de enfermedades prevenibles por vacunación, programas de apoyo alimentario y los destinados a ampliar y mejorar la prestación de servicio de salud en el país.

Ello ha permitido que la mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad infantil se redujeran entre 1990 y 2007, en 61 por ciento y 59.9 por ciento respectivamente. Por su parte, la mortalidad en menores de cinco años por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas presenta descensos para el mismo periodo de 88.4 y 75.2 por ciento, respectivamente. (Cuadro II.2)

De 1990 a 2007, la tasa de mortalidad en hombres menores de cinco años pasó de 51.5 a 20.4 defunciones por mil niños de esa edad y entre las mujeres pasó de 42.8 defunciones a 16.5 muertes por mil niñas menores de cinco años. Por su parte, la mortalidad infantil en hombres descendió un 59.7 por ciento durante el mismo periodo, mientras que entre las mujeres la mortalidad infantil pasó de 35.0 muertes por mil niñas en 1990 a 13.9 defunciones en 2007. (Figura II.1)

Cabe señalar que la reducción establecida como meta para 2015 fue superada en los casos de mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias, mientras que la tasa de mortalidad en menores de cinco años registrada en 2007 debe disminuir un 17.1 por ciento para

cumplir con la meta fijada y para el caso de la mortalidad infantil la reducción esperada debe ser de 20.2 por ciento en los próximos ocho años. (Cuadro II.2)

Si bien se han logrado avances importantes a nivel nacional, también es necesario destacar que siguen presentándose desigualdades importantes en las condiciones de salud de la población a nivel estatal y municipal. Por ejemplo, Guerrero, Chiapas y Oaxaca son los estados que registran las tasas de mortalidad en menores de cinco años y de mortalidad infantil más altas del país, mientras que las tasas más bajas corresponden a los estados de Nuevo León, Distrito Federal y Baja California. La probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida en Guerrero es 1.9 veces mayor a la probabilidad que existe en Nuevo León; misma probabilidad tanto para niños como para las niñas. (Figuras II.2 y II.3)

Por su parte, la probabilidad de fallecer antes del primer año de vida en Guerrero es dos veces mayor a la de Nuevo León; mientras que la probabilidad en Chiapas es 1.8 veces mayor a la probabilidad de que un menor de un año muera en el Distrito Federal.

Cuadro II.2

Metas relacionadas con el Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años. Objetivos de Desarrollo del Milenio, México 2007

Meta/Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación %	Meta 2015
Meta 5: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015				
Mortalidad de menores de cinco años (defunciones por 1,000 nacimientos) 1/	47.2	18.4	-61.0	15.7
Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años (defunciones por 100 mil) 2/	122.6	14.2	-88.4	40.9
Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años (defunciones por 100 mil) 2/	113.0	28.0	-75.2	37.7
Mortalidad infantil (defunciones por 1,000 nacimientos) 1/	39.2	15.7	-59.9	13.1
Proporción de niños y niñas de un año de edad vacunados contra el sarampión 3/	75.3	96.4	28.0	95.0
Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de un año de edad 4/	87.9	95.1	8.2	95.0

1/ Se refiere a la probabilidad de morir en el grupo de edad correspondiente. La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, mientras que la última cifra disponible corresponde a 2007

2/ Tasa observada por cada 100 mil menores de cinco años. La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, mientras que la última cifra disponible corresponde a 2007

3/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, y la última cifra corresponde a datos de 2007 y la meta al año de 2012

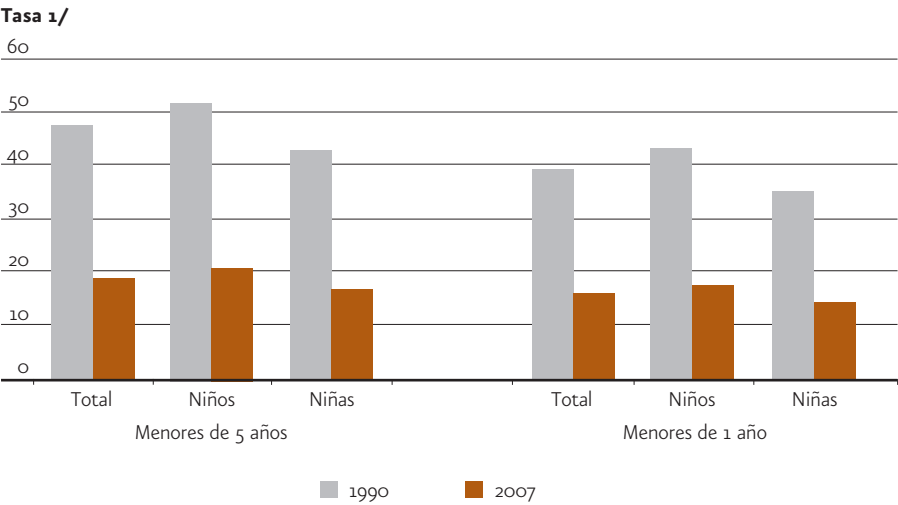
4/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1995, y la última cifra corresponde a datos de 2007 y la meta al año de 2012

Los valores para la línea base se ajustaron a partir de las proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

Fuente: Mortalidad con datos INEGI-SS, 1990; SEED 2007, preliminar DGED-SS y Proyecciones de Población del CONAPO, 2005-2030

Vacunación con datos del CeNSIA-SPPS-SS

Figura II.1
Mortalidad en menores de 5 años e infantil por sexo, México 1990 y 2007

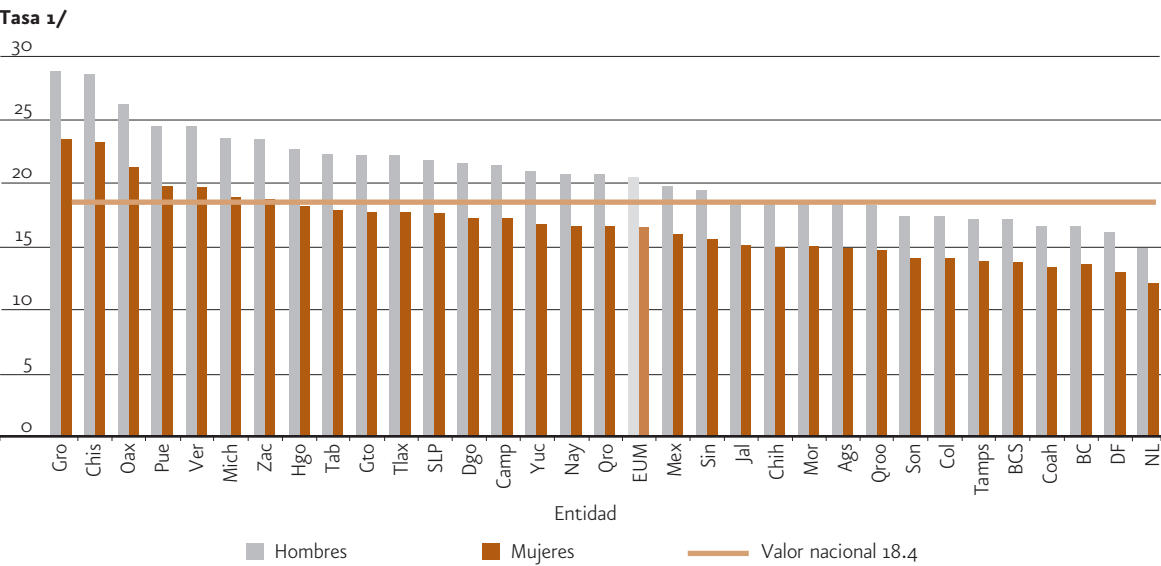


1/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil habitantes del grupo de población respectivo
Fuente: DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

La desigualdad regional se acentúa al comparar los niveles de mortalidad infantil en los municipios con menor IDH del país en relación con la tasa a nivel nacional; al respecto se aprecia que la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida en los 100 municipios con menor IDH es dos veces más alta que la probabilidad de morir a nivel nacional. En estos municipios se registró en 2007 una mortalidad infantil de 32.6 muertes por mil nacimientos. Otro tipo de desigualdad observada en el comportamiento de este indicador, es el hecho de que existen más defunciones en el sexo masculino, sin embargo, durante los últimos años la brecha entre sexos se ha ido reduciendo.

Respecto de la mortalidad ocasionada por las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y por las infecciones respiratorias agudas (IRAS), también se han logrado avances importantes a nivel nacional. En 1990 la mortalidad por EDAS fue de 122.6

Figura II.2
Mortalidad en menores de cinco años por sexo y entidad federativa, México 2007

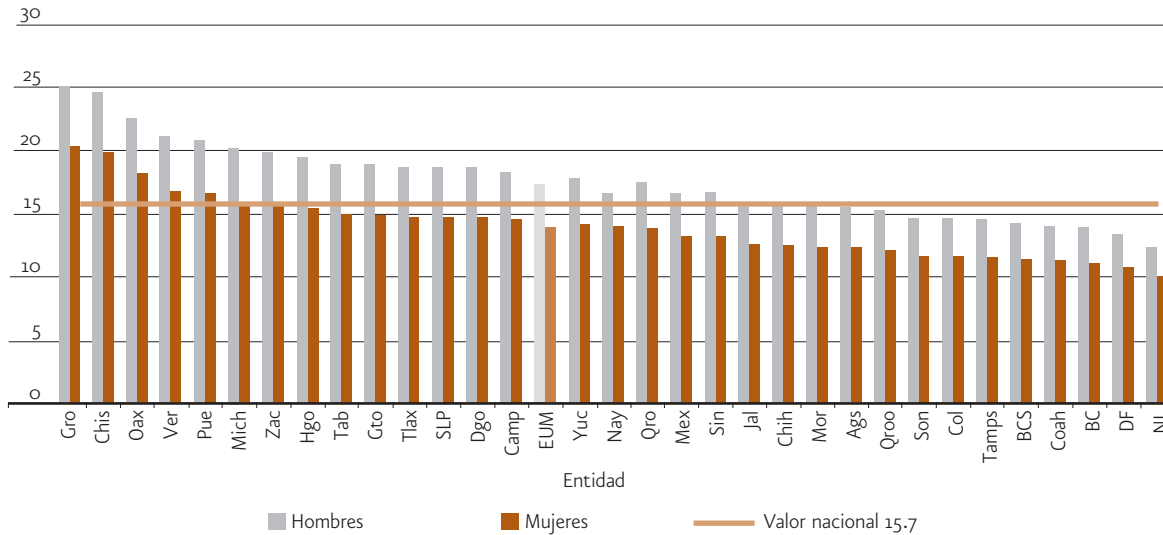


1/ Se refiere a la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida por 1,000 niños de esa edad
Fuente: DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

Figura II.3

Mortalidad infantil por sexo y entidad federativa, México 2007

Tasa 1/



1/ Se refiere a la probabilidad de morir durante el primer año de vida por 1,000 nacidos vivos

Fuente: DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

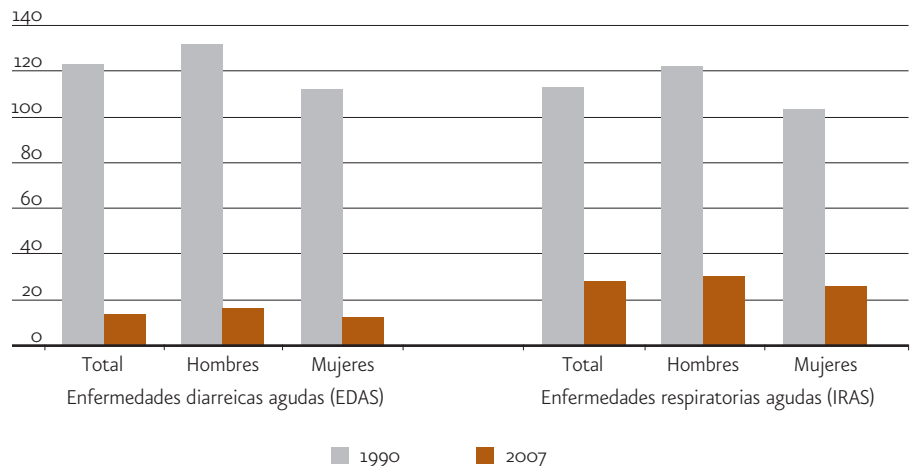
defunciones por 100 mil menores de cinco años (131.7 entre los niños y 112.5 entre las niñas), descendiendo la tasa significativamente en 2007 al registrarse sólo 14.2 defunciones por 100 mil menores de cinco años (16.1 en niños y 12.2 en niñas). Por su parte, la mortalidad por IRAS pasó de 113.0 decesos por 100 mil menores de cinco años (121.7 entre los niños y 103.4 entre las niñas) en 1990 a 28.0 defunciones por 100 mil niños de cero a cuatro años de edad (30.2 en niños y 25.7 en niñas) en 2007. (Figura II.4)

Las reducciones obtenidas son el resultado de una combinación de factores sobre los cuales el Gobierno ha influido con el objeto de mejorar las condiciones de vida de la población, destacando la ampliación de los servicios públicos, como el agua y el drenaje; los esfuerzos de las instituciones públicas de salud para fortalecer el acceso a los servicios, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención médica; así como a

Figura II.4

Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias en menores de 5 años por sexo. México 1990-2007

Tasa 1/



1/ Tasas observadas por 100 mil niños menores de 5 años

Fuente: INEGI-SS 1990; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

la implantación de programas de desarrollo social que buscan promover el desarrollo humano de la población más pobre y marginada del país.

A pesar de estos esfuerzos, como se ha mencionado, se siguen presentando diferencias en materia de salud entre entidades federativas. Por ejemplo, la mortalidad 2007 por EDAS en Chiapas (32.8 muertes por cien mil habitantes menores de cinco años) es 15.9 veces más alta que la tasa que registra Baja California Sur (2.1 defunciones), y supera 2.3 veces a la tasa nacional (14.2 muertes). En Chiapas, la mortalidad por EDAS entre los menores de cinco años del sexo masculino es de 35.8 defunciones por cien mil niños de esa edad, cifra que supera en 6 defunciones por cien mil niños, a la tasa registrada entre las mujeres menores de cinco años. La entidad en donde la mortalidad por EDAS afecta más a los niños que a las niñas es Guerrero (25.8 muertes contra 11.2 muertes), mientras que en el caso contrario, en Campeche murieron más niñas que niños por esta causa en 2007 (14.4 defunciones contra 5.6 muertes). (Figura II.5)

Durante ese año, en Baja California Sur no se registraron muertes por EDAS entre los niños

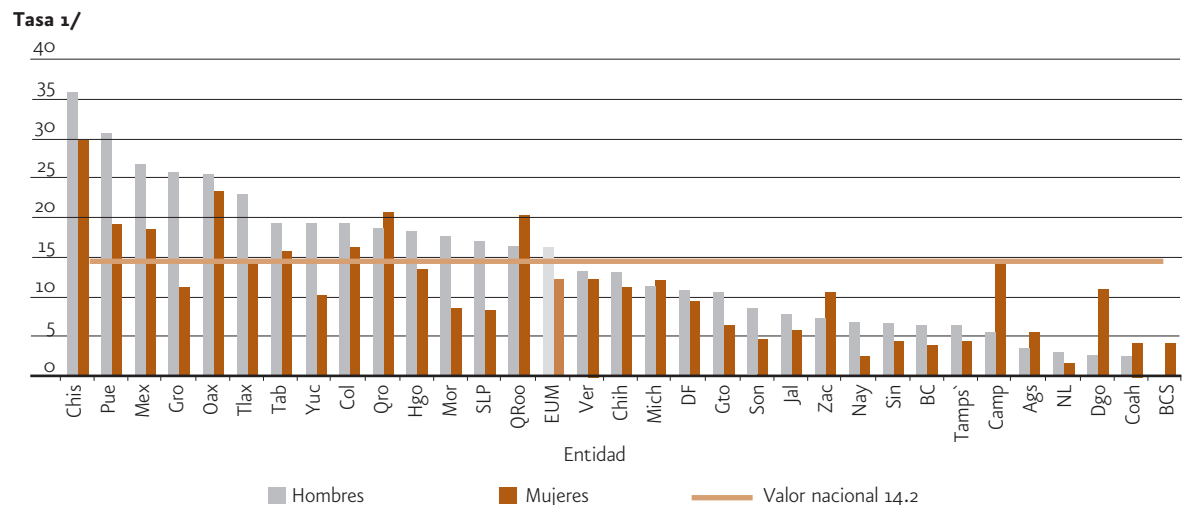
y en el grupo de mujeres sólo se reportó una defunción, con lo cual se ubicó como la entidad con la menor tasa de mortalidad por EDAS en el país. Otros estados con tasas bajas a nivel nacional son Nuevo León y Coahuila. (Figura II.5)

La mortalidad por IRAS en los menores de cinco años por entidad federativa, de acuerdo con datos preliminares 2007, muestra que el estado de México, Puebla y el Distrito Federal registran las tasas más altas del país con 69.5, 57.6 y 46.7 muertes por cien mil menores de cinco años, respectivamente; tal situación es la misma al analizar las tasas por sexo. En el extremo opuesto, las tasas más bajas de mortalidad por esta causa entre los menores de cinco años se registraron en Campeche, Tamaulipas y Durango.

La probabilidad de morir debido a las IRAS entre los varones menores de cinco años del estado de México es 27.5 veces más alta que la probabilidad que se reporta en Campeche, por su parte, la probabilidad de morir entre las niñas por esta misma causa en el estado México es 15 veces más alta que la probabilidad que existe en Durango, entidad con la menor tasa a nivel nacional para el

Figura II.5

Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años por sexo y entidad federativa, México 2007



1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

sexo femenino. Otro aspecto a destacar es que sólo seis entidades presentan tasas que superan la tasa registrada a nivel nacional, lo que implica que en estos estados es necesario reforzar los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud por este tipo de enfermedades. (Figura II.6)

En la figura II.6 también se observa que en un 38 por ciento de las entidades federativas (12), la mortalidad por IRAS en la población femenina superó a la mortalidad entre los varones, comportamiento que muestra que la distribución de los daños según sexo ha ido cambiando, ya que en el pasado, la mortalidad entre los varones de este grupo de edad era superior al de las mujeres.

Como se ha descrito, en México se han logrado avances importantes en la reducción de la mortalidad entre los menores de cinco años, sin embargo, todavía no se logra que la disminución sea homogénea entre las entidades federativas y los municipios del país. La disminución de la mortalidad en menores de cinco años en parte se debe a la reducción de la mortalidad por enferme-

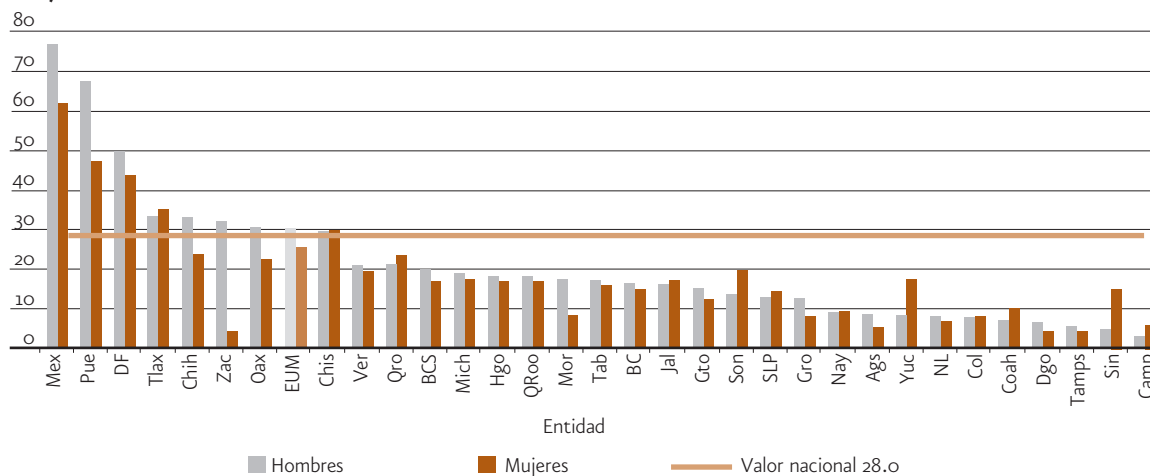
dades infecciosas y parasitarias, a la reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación y al mejoramiento de los conocimientos y actitudes de la población sobre prevención y manejo de enfermedades, acciones que son ejecutadas por los servicios de salud del país.

En este sentido destaca el impulso otorgado a las acciones de vacunación, gracias a las cuales se logró que en 2007 el 95.1 por ciento de los niños de un año de edad completaran su esquema de vacunación, porcentaje que aumentó en 8.2 por ciento respecto de la cobertura obtenida en 1995. De manera particular, y como parte de las preocupaciones a nivel mundial, en México la cobertura de niños y niñas que han sido vacunados contra el sarampión muestra un incremento favorable, es decir, de un 75.3 por ciento de niños de un año de edad que en 1990 recibieron la vacuna contra sarampión se avanzó hasta lograr que el 96.4 por ciento de esta población contara con dicha vacuna en 2007. La meta planteada por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Figura II.6

Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años por sexo y entidad federativa, México 2007

Tasa 1/



1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

(CeNSIA), para el año de 2012, respecto de estos dos indicadores fue del 95 por ciento respectivamente. (Cuadro II.2)

Es necesario establecer que actualmente es más difícil disminuir la mortalidad infantil dado que se observa una transición en términos del periodo de muerte y respecto al tipo de causa que la provoca. En 1990, la mayor parte de las muertes infantiles ocurría después de los 28 días de vida, mientras que actualmente la mortalidad neonatal es la que concentra el mayor número de defunciones. Con ello, las enfermedades infecciosas disminuyeron su influencia en el comportamiento de esta mortalidad, mientras que las afecciones originadas en el período perinatal y las anomalías congénitas son las causantes de un mayor número de muertes. Para disminuir estas causas de muerte, es necesario mejorar la efectividad de los servicios neonatales y el acceso a la tecnología médica para todos los recién nacidos que la requieran.

El sistema de salud mexicano enfrenta el gran reto de mejorar las condiciones de vida de la población menor de cinco años. Durante esta administración, el sector salud debe avanzar en varios frentes. En primer lugar debe priorizar las intervenciones en salud a fin de disminuir las desigualdades prevalecientes a nivel estatal y municipal, para lo cual requiere fortalecer programas como el de Caravanas de la Salud, el Seguro Popular de Salud, el SMNG y Oportunidades; instrumentos cuyo cometido es extender los beneficios sociales a las poblaciones más marginadas y vulnerables del país.

En otro frente deberá focalizar acciones que contribuyan a garantizar una atención adecuada del embarazo y del parto, y la atención oportuna y de calidad a los niños durante los primeros años de vida. Asimismo, mantener el impulso a las acciones de vacunación, prevención de enfermedades infecciosas y las relacionadas con la nutrición. Estas acciones se deben desplegar prioritariamente en los municipios con menor IDH ya que representan una oportunidad para cerrar las brechas de desigualdad y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sector, incluidos los ODM. También es necesario mejorar los conocimientos de la población en materia de prevención de enfermedades y el desarrollo de la corresponsabilidad con la salud individual y colectiva, lo cual se prevé lograr a través de la estrategia para “fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades”, establecida en el PROSESA 2007-2012.

Los esfuerzos que se realicen deben estar acompañados de estrategias que aseguren los conocimientos y habilidades de los prestadores de servicios, de la infraestructura en salud y de los recursos (humanos y financieros) necesarios que permitan ejecutar las acciones de manera oportuna y eficiente. Así mismo, se debe lograr alinear los esfuerzos del sector salud con los esfuerzos de otros sectores, garantizando que la población disponga de los servicios públicos básicos para mejorar su calidad de vida, destacando el acceso al agua para uso y consumo humano y al drenaje.

Objetivo 5 Mejorar la salud materna

En los últimos decenios, las innovaciones de la medicina, los progresos en la atención básica de salud y las políticas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de la población, hacen inconcebible que la población siga muriendo por causas para las que existen intervenciones efectivas. Un ejemplo de ello es la mortalidad materna, la cual sigue representando un serio reto para los sistemas de salud en el mundo, principalmente en los países en desarrollo.

Las muertes maternas pueden prevenirse a través de servicios de salud reproductiva y materno-infantil eficientes y de una atención gineco-obstétrica adecuada, lo que incluye disponer del personal calificado para ello. Los cuidados prenatales son un componente esencial de la atención materna que permiten identificar oportunamente riesgos durante el embarazo, brindan elementos para atender el parto de manera segura y para establecer los cuidados durante el puerperio.

De acuerdo con datos de la ONU para 2007, los niveles de mortalidad materna siguen siendo altos en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana y en Asia meridional. Cada año, más de 500,000 mujeres mueren por complicaciones prevenibles durante el embarazo y el parto. En el África subsahariana de cada 16 mujeres embarazadas una muere, mientras que en los países desarrollados de 3,800 mujeres embarazadas sólo una fallece.

En México, con la adopción de la Declaración del Milenio, se han intensificado los esfuerzos —que ya se venían realizando— para dar cumpli-

miento al objetivo de mejorar la salud materna y a la meta de “reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes”, para lo cual se ha dado seguimiento a los siguientes indicadores. (Cuadro II.3)

El acceso y la disponibilidad de servicios entre la población de mujeres embarazadas sigue siendo uno de los factores que influyen de manera importante en la ocurrencia de muertes maternas en el país. Según un estudio de la SS de 2006, en el periodo de 2000 a 2004 se registraron 6,786 defunciones maternas, de las cuales el 98.9 por ciento pudieron ser evitadas con una atención prenatal y cuidados obstétricos adecuados y a través de acciones preventivas orientadas a la

Cuadro II.3
Metas relacionadas con el Objetivo 5. Mejorar la salud materna.
Objetivos de Desarrollo del Milenio, México 2007

Meta/Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación %	Meta 2015
Meta 6: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015				
Razón de mortalidad materna 1/	90.4	55.8	-38.3	22.6
Proporción de partos atendidos por personal calificado 2/	52.5	63.5	21.1	92.0

La cifra para línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible corresponde a información preliminar de 2007. Ambas cifras fueron ajustadas con base en las Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos
2/ La meta corresponde a la cifra para el 2012, de acuerdo con el PROSESA 2007-2012
Fuente: Base de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
Boletín de Información Estadística, 1990; información sectorial 2007, preliminar, DGIS-SS

disminución del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante el embarazo.

Como se aprecia en el cuadro II.3, en 2007 la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel nacional fue de 55.8 defunciones por cien mil nacimientos, lo que representa una reducción del 38.3 por ciento respecto a la razón registrada en 1990; sin embargo, para alcanzar una RMM de 22.6 defunciones por 100 mil nacimientos (meta al 2015) es necesario multiplicar los esfuerzos, dado que, durante los últimos seis años la RMM decreció a un ritmo inferior a 2.8 por ciento anual en promedio, reducción que de mantenerse será insuficiente para cumplir con la meta fijada. (Cuadro II.3). Por esta razón, a partir de 2007 se requiere lograr una reducción anual promedio superior a 11 por ciento, situación poco factible si no se producen cambios substanciales en los servicios de atención materna, principalmente en los relacionados a la atención de emergencias obstétricas a nivel hospitalario y si no se reducen las brechas existentes en materia de atención a nivel estatal y en los

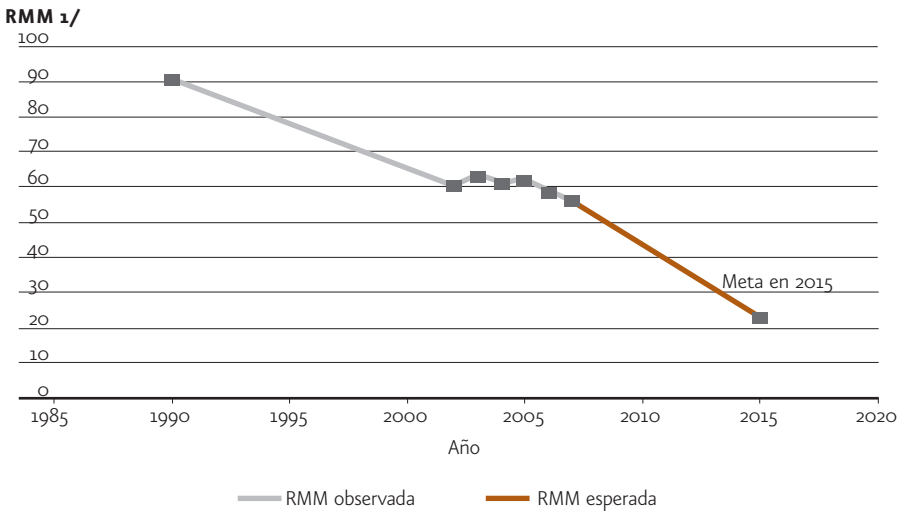
municipios más marginados y con el menor índice de desarrollo humano del país. Tampoco se logrará dar cumplimiento a la meta si no se fortalecen los programas de salud reproductiva, con énfasis en la reducción de los partos entre adolescentes y el número de embarazos no deseados, entre otras acciones. (Figura II.7)

El comportamiento de la RMM 2007 a nivel estatal, como se muestra en la figura II.8, sigue mostrando las desigualdades sociales y económicas del país. Oaxaca, Guerrero y Chiapas con razones de 100.6, 97.7 y 80.5 muertes por 100 mil nacimientos, se ubican dentro de las cuatro entidades con los valores más altos del país, con ello, el riesgo de morir por causas maternas en Oaxaca y Guerrero es 5 veces mayor al riesgo que existe en Aguascalientes, mientras que en Chiapas el riesgo de las embarazadas es 4.6 veces mayor al de Aguascalientes. (Figura II.8)

Siguiendo con la comparación regional, y como se mencionó en el capítulo I, la RMM en los 100 municipios con menor IDH pasó de 159.9 muertes por cien mil nacidos vivos en 2006 a 155.5 decesos en 2007, lo cual implica que durante este periodo sólo se evitaron cuatro muertes maternas por cada 100 mil nacimientos en estos municipios. En 2007, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en los 100 municipios con el menor IDH fue 2.8 veces mayor al riesgo observado a nivel nacional. Esto nos muestra que la reducción de la RMM a nivel nacional no fue homogénea en las diferentes regiones del país.

La posibilidad de que las mujeres embarazadas en México puedan acceder a una atención efectiva y segura durante el parto se ha incrementado en los últimos 18 años. En 1990, el porcentaje de partos atendidos por personal calificado era de 52.5 por ciento y en 2007 la proporción aumentó a 63.5 por ciento, es decir un incremento del 21.1 por ciento. (Cuadro II.3) Sin embargo, todavía falta mucho para garantizar que en 2012 el 92 por ciento de los partos sea atendido por personal calificado, además es necesario considerar las desigualdades entre las entidades federativas del país,

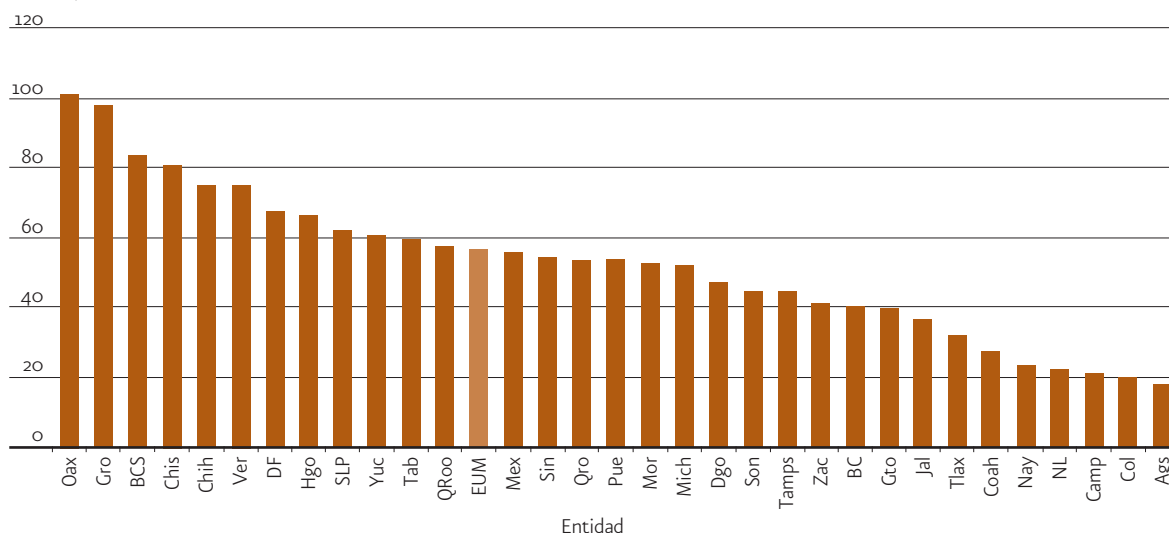
Figura II.7
Comportamiento observado y esperado de la razón de mortalidad materna, México 1990-2015



1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados
Fuente: Elaboración propia DGED-SS, con base en defunciones 1990-2006, INEGI-SS; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS

Figura II.8

Razón de mortalidad materna por entidad federativa, México 2007

RMM 1/

1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas
 Fuente: SEED 2007, preliminar DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

que afectan principalmente a aquellos estados donde históricamente se presentan condiciones de desarrollo bajas. (Figura II.9)

Dar cumplimiento al objetivo de mejorar la salud materna es una tarea que requiere del replanteamiento de algunas acciones y de una mejor asignación y uso de los recursos disponibles, retomando y extendiendo las experiencias exitosas obtenidas a través de programas como el de Arranque Parejo en la Vida, Salud Reproductiva y Oportunidades, e implementando acciones más efectivas que garanticen el acceso a los servicios de salud de calidad y seguros en las comunidades más marginadas del país.

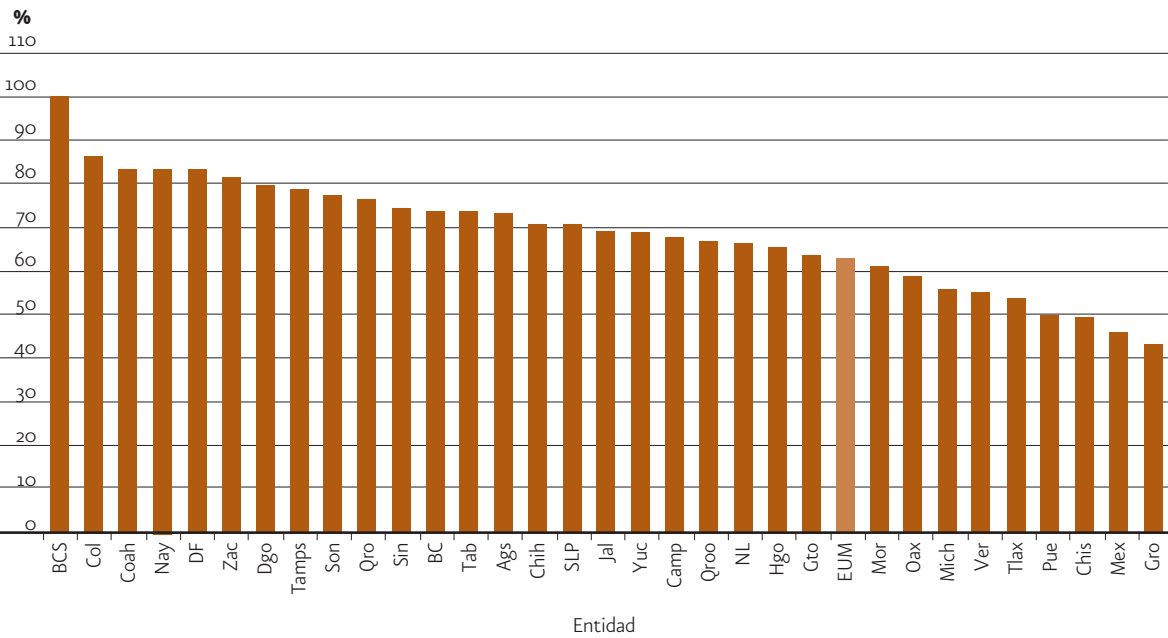
En este contexto, durante la presente administración, el sector salud y en particular la SS se ha propuesto desarrollar acciones tendientes a fortalecer dentro de las unidades médicas de atención el manejo activo durante el tercer periodo del trabajo de parto a fin de disminuir las muertes por hemorragia obstétrica, así como fomentar el uso del sulfato de magnesio como

medida preventiva ante crisis convulsivas en los casos de preclampsia severa o eclampsia. De igual forma, se prevé integrar y fortalecer el sistema único de Cartillas Nacionales de Salud entre las instituciones del sector salud; consolidar las acciones de vacunación dirigidas a mujeres en edad fértil que permitan erradicar la rubéola congénita y el tétanos neonatal (la meta 2012 es reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal), y fortalecer la capacitación del personal de salud que desarrolla actividades de atención materno-infantil, buscando optimizar el recurso humano para atender a la población que se ubica en las zonas más marginadas del país, la meta en este sentido es incrementar a 92 por ciento la cobertura de atención del parto por personal calificado a nivel nacional.

Estas acciones necesariamente se deben acompañar de un incremento de recursos que sustenten la ampliación y el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento, y que haga posible la estructuración de una red de servicios

Figura II.9

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado por entidad federativa, México 2007



Fuente: DGIS-SS

que garantice la conectividad entre unidades públicas que ofrecen servicios de atención materno-infantil. De igual forma, la SS se propone llevar a cabo la verificación sanitaria del 100 por ciento de los establecimientos médicos donde se presenten defunciones maternas o perinatales, a fin de contar con elementos que permitan llevar a cabo acciones que mejoren las condiciones de los establecimientos de atención.

Finalmente, es necesario subrayar la importancia que tiene que las autoridades a todos los niveles y la población en general asuman la responsabilidad de garantizar a las mujeres un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin riesgo, ni complicaciones. Para lograrlo, durante los próximos años se dará un mayor impulso a la acción comunitaria que permita adoptar los determinantes de la salud positivos, vinculados con la organización social de apoyo y sobre aspectos de nutrición y prevención de daños durante el embarazo y puerperio.

Durante 2007, como parte de las acciones concretas realizadas a favor del cumplimiento de este objetivo destacan la realización de diez talleres de fortalecimiento de las redes sociales en ocho estados, promoviendo la participación comunitaria en la construcción de posadas y transporte de asistencia a la mujer embarazada (AME); la evaluación de 86 proyectos de participación comunitaria y redes sociales para la salud materna, propuestos para recibir apoyo financiero a través del Fondo de Comunidades Saludables (FCS), con lo que se aprobaron 56 de ellos, beneficiando a 16 entidades federativas, y la realización de visitas de seguimiento a 35 municipios repetidores de muerte materna y que inscribieron algún proyecto en el FCS.

Destacan por su importancia las acciones para asegurar que se cumple con el Acuerdo del Consejo de Salubridad General que establece que en todas las unidades de salud, públicas y privadas, se deberá cumplir con los lineamientos del programa

Arranque Parejo en la Vida, además de realizar la vigilancia epidemiológica activa de las muertes maternas, que incluye la notificación inmediata de cada defunción y el seguimiento puntual de las mismas. A partir de ello, en 2007, los grupos de atención inmediata de las defunciones maternas (AIDEM) ampliaron sus herramientas metodológicas para identificar los determinantes sociales de la mortalidad materna y perinatal al incluir dentro de su estructura a psicólogos y sociólogos; asimismo, estos grupos realizaron, conjuntamente con el personal de las entidades federativas, un análisis detallado de algunas defunciones seleccionadas, a fin de detectar los eslabones críticos en la cadena

de atención en salud y contar con evidencias que permitan mejorar la calidad de los servicios, y al mismo tiempo, impidan la ocurrencia de casos similares de mortalidad materna.

Finalmente, y respecto de las acciones de salud reproductiva, en 2007 se reforzó la difusión y utilización de los servicios de planificación familiar, con base en un enfoque de los derechos reproductivos y el respeto a la libre decisión, y se amplió la gama de métodos anticonceptivos en las 32 entidades federativas, con lo que se dotó a nivel nacional de dispositivos intrauterinos medicados, implantes subdérmicos y parches dérmicos, entre otros.

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

El VIH/SIDA, como ninguna otra enfermedad, ha puesto de relieve las enormes disparidades y desigualdades en el acceso a la atención de salud, las oportunidades económicas y la protección de los derechos humanos elementales. De acuerdo con datos de la ONU, a finales de 2006, aproximadamente 39.5 millones de personas en el mundo vivían con el VIH, cifra que representa un incremento del 20 por ciento respecto de las 32.9 millones registradas en 2001; aproximadamente 4.3 millones de personas se infectaron con el virus en 2006, y la cantidad de personas que muere de SIDA pasó de 2.2 millones en 2001 a 2.9 millones en 2006. Estas cifras muestran que los esfuerzos a nivel mundial por reducir la propagación del VIH/SIDA no han obtenido los logros deseados, principalmente en los países del África subsahariana y algunos países de Asia.

A fin de valorar el grado de cumplimiento de la meta relacionada con haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015, en México se da seguimiento a los indicadores siguientes. (Cuadro II.4)

De acuerdo con las cifras reportadas en el cuadro II.4, la prevalencia estimada del VIH en la población general se incrementó en 0.26 por ciento entre 1987 y 2007; por otra parte, considerando la meta propuesta para 2007 (menor a 0.6) la prevalencia estimada en ese año representó 50 por ciento, en este sentido, el reto para los próximos años es lograr que la prevalencia entre la población general del país no rebase el valor de 0.6 nuevos casos detectados por 100 mil habitantes. (Cuadro II.4)

En México, la mayor incidencia de VIH se concentra en la población masculina y al interior de ella en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en los hombres trabajadores sexuales (HTSC) y en los usuarios de drogas inyectables (UDI). Los resultados de diversos estudios realizados en estos grupos reportan prevalencias de infección del VIH estables, con posibles tendencias a la baja. En 2007 se registraron las prevalencias que se muestran en la figura II.10.

En el país se han venido implantando diversas estrategias de prevención dirigidas a la población clave (HSH, HTSC y UDI), realizadas en su mayoría por la sociedad civil y los gobiernos estatales, con el apoyo del nivel federal, a partir de las cuales se proporciona información sobre ITS y VIH/SIDA y promoción del uso del condón; se realiza la consejería y se promueve la detección voluntaria, con énfasis en la utilización de pruebas rápidas, y se fomenta la educación de pares. Además, para la prevención en UDI, se provee paquetes seguros de inyección y tratamientos de sustitución con metadona.

Por otra parte, la incidencia de SIDA por 100 mil habitantes, según año de diagnóstico, se incrementó un 63.6 por ciento entre 1990 y 2007; sin embargo, la incidencia estimada para 2007 (7.2 casos por cien mil habitantes) igualó la meta para ese mismo año, y respecto del año de 2006, representa una reducción del 5.3 por ciento. (Cuadro II.4)

Debido al mayor riesgo que tienen los hombres de infectarse por VIH, la relación de casos nuevos de SIDA entre hombres y mujeres de 2007 fue de 4.8 casos en hombres por cada caso en mujeres,

Cuadro II.4

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.1/
Objetivos de Desarrollo del Milenio, México 2007

Meta/Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación %	Meta
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015				
Prevalencia de VIH en población general (por 100 mil habitantes) 2/	0.04	0.30	0.26	< 0.6
Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (por 100 mil habitantes) 3/	15.0	10.0	-33.3	< = 15.0
Prevalencia de VIH en usuarios de drogas inyectables (por 100 mil habitantes) 3/	6.0	4.4	-26.7	< = 6.0
Incidencia del SIDA según año de diagnóstico (por 100 mil habitantes) 4/	4.4	7.2	63.6	7.2
Razón de casos nuevos de SIDA detectados en hombres por casos detectados en mujeres 4/	6.1	4.8	-21.3	De 5 a 7 casos en hombres por 1 caso en mujeres
Mortalidad por VIH/SIDA por 100 mil habitantes 4/	1.8	4.6	155.0	4.7

1/ En este cuadro sólo se muestran los resultados relacionados con VIH/SIDA, en el siguiente cuadro se presentan los resultados para paludismo y tuberculosis
2/ La cifra línea base corresponde a datos de 1987 y la última cifra disponible corresponde a 2007. La variación corresponde a una diferencia simple y la meta corresponde a 2007
3/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1991-1997 y la última cifra disponible y la meta corresponden a 2007
4/ La cifra para línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible y la meta corresponden a 2007
Los valores para línea base y última cifra disponible se ajustaron con base en las Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; CENSIDA-SPPS-SS
Base de las defunciones INEGI-SS; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

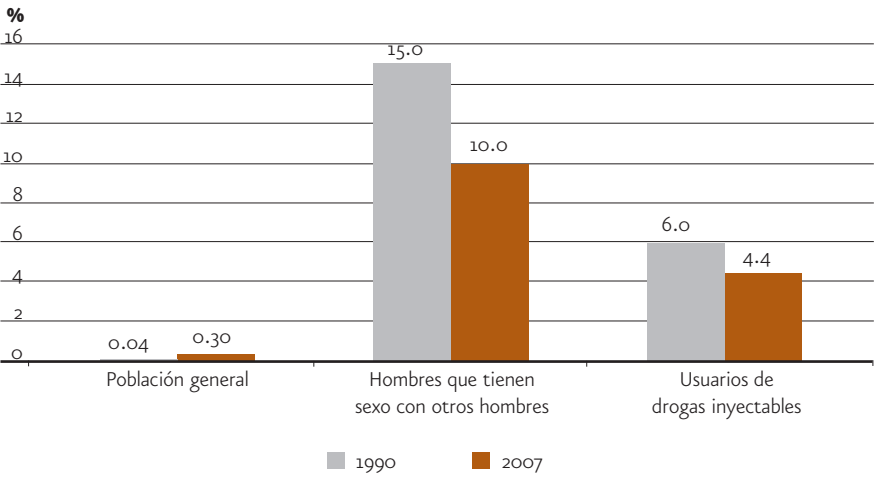
relación que en 1990 fue de 6 a 1. La relación presente en 2007 se encuentra dentro del parámetro establecido como meta para ese mismo año: de 5 a 7 casos en hombres por un caso en mujeres. La reducción descrita, en parte está asociada al aumento de los casos entre las mujeres, lo cual puede corroborarse al analizar los casos según año de diagnóstico del país, por tal motivo, los esfuerzos que desarrolle el SNS deberán mantener las acciones dirigidas a la población clave con comportamientos de riesgo y también establecer acciones concretas para evitar que dicha tendencia entre las mujeres siga aumentando, lo cual a su vez reduciría el riesgo infección perinatal. (Cuadro II.4)

Respecto de la mortalidad por VIH/SIDA, ésta aumentó de 1.8 a 4.6 defunciones por cien mil habitantes entre 1990 y 2007. En el mismo periodo, la mortalidad entre los hombres pasó de 3.0 a 7.6 defunciones y entre las mujeres de 0.6 a 1.7 muertes por cien mil personas, lo que indica que el incremento porcentual en la población femenina ha sido un poco más alto que el registrado entre los hombres, lo que reafirma la necesidad

de implantar estrategias que permitan detener el aumento de los riesgos y daños entre las mujeres. (Figura II.11)

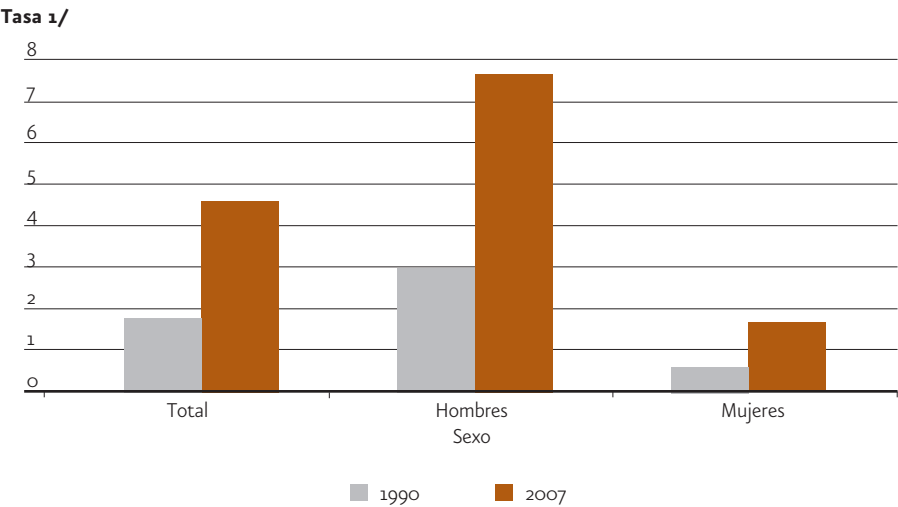
Figura II.10

Prevalencia de VIH por grupos de población, México 1990 y 2007



Fuente: CENSIDA-SPPS-SS

Figura II.11
Mortalidad por VIH/SIDA por sexo, México 1990 y 2007

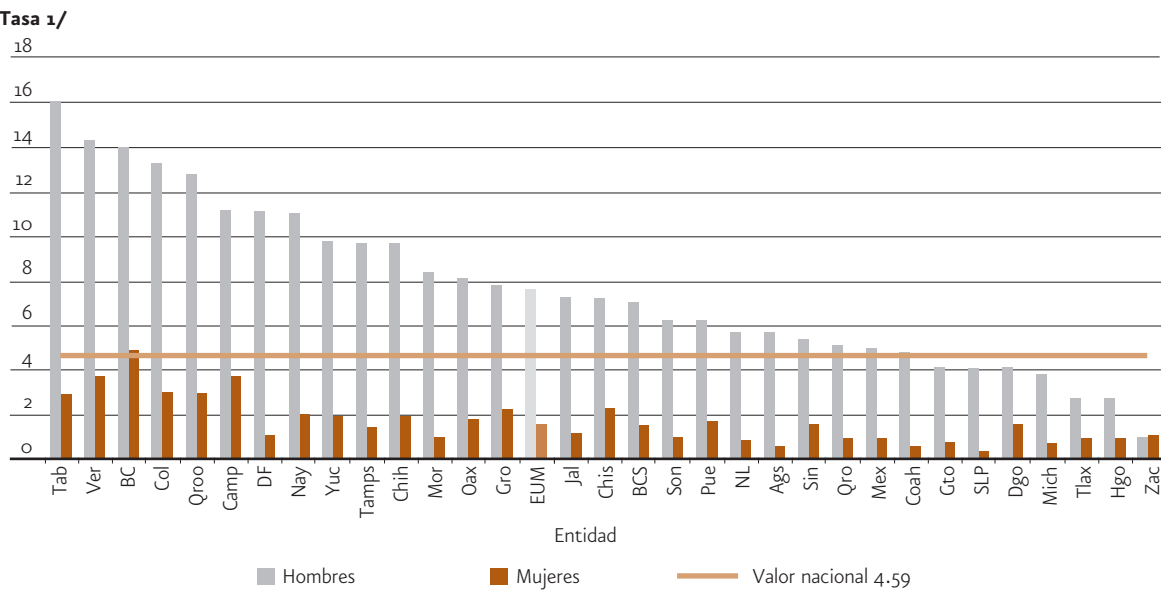


1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
Fuente: INEGI-SS 1990; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

La distribución de la mortalidad por entidad federativa y sexo muestra que en los estados de Tabasco, Veracruz y Baja California se registran las tasas de mortalidad por VIH/SIDA en hombres más altas del país; en contraste, Zacatecas, Hidalgo y Tlaxcala no superan las tres defunciones por cien mil habitantes, de hecho, en Zacatecas la tasa de mortalidad para los varones es inferior a la registrada para el sexo femenino (1.05 contra 1.12). (Figura II.12)

Respecto de la mortalidad femenina por VIH/SIDA, la entidad que registró la tasa más alta del país fue Baja California con 4.9 muertes, mientras que San Luis Potosí registró la mortalidad más baja con 0.5 muertes por cien mil mujeres. Al comparar los niveles de mortalidad entre ambos sexos se observa que el riesgo de morir por VIH/SIDA que tiene un hombre en el Distrito Federal es 9 veces

Figura II.12
Mortalidad por VIH/SIDA por sexo y entidad federativa, México 2007



1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

más alto del riesgo que tiene una mujer, en San Luis Potosí el riesgo de los hombres es 8.6 veces más alto al de las mujeres y en Aguascalientes de 8.2 veces. (Figura II.12)

Si bien es cierto que en comparación con el año 2006 y con las metas establecidas para 2007, parece ser que los daños provocados por esta enfermedad se han comenzado a detener, es necesario fortalecer los servicios integrales de atención, que continúen garantizando el acceso universal al tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV) y que se avance en materia de la mejora de la calidad, a través del acceso a monitoreo, consejería, adherencia al tratamiento y prevención positiva, dentro de un marco de respeto a la diversidad y a los derechos humanos.

Actualmente el programa cuenta con una oferta de servicios especializados en VIH/SIDA mayor, gracias a la habilitación de un número importante de centros para la atención ambulatoria de personas con VIH/SIDA e ITS (CAPASITS), y por la operación de los servicios de atención integral para personas con VIH/SIDA (SAIS), los centros de información y detección y las líneas telefónicas especializadas.

Por su parte, el número de personas en tratamiento antirretroviral se ha ido incrementando desde la implantación de la política de acceso garantizado a este tratamiento. En 2006 se tenían registradas 39,295 personas con VIH en tratamiento con lo cual se logró el acceso universal. Para mantener este comportamiento en los siguientes años se debe lograr que el costo promedio del tratamiento se reduzca, asegurando así la sustentabilidad del acceso universal a antirretrovirales en México, lo cual implica realizar procesos de negociación y coordinación con la industria farmacéutica y entre las diferentes instituciones de salud del país. Asimismo, es necesario continuar impulsando las acciones de detección oportuna, las cuales en 2007 se incrementaron en 8.7 por ciento en la población con comportamiento de riesgo, alcanzando un cumplimiento de 96 por ciento en la meta para este año. Para lograr que

la población con comportamientos de riesgo acuda en mayor número a los servicios públicos a realizarse la prueba de detección, se llevan a cabo acciones de promoción de la salud que buscan concientizar y motivar a la población, haciendo énfasis en las ventajas de realizar un diagnóstico temprano de la infección. La promoción de la detección oportuna entre las mujeres embarazadas es otras de las prioridades para el sector salud; cabe señalar que 7.3 por ciento de las embarazadas que acuden a los servicios públicos de salud se realizó la detección del VIH en 2006, cifra aún baja para lograr que 22.8 por ciento de esta población se realice la prueba.

Finalmente, es necesario seguir mejorando el sistema de información a fin de contar con elementos que guíen el desarrollo de las acciones que permitan consolidar la política integral de prevención y atención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, propuesta como línea de acción dentro del PROSESA 2007-2012.

Otros componentes del sexto de los ODM incluyen el combate al paludismo y otras enfermedades. Al respecto, a continuación se describen los principales resultados y logros en materia de prevención y control del paludismo y la tuberculosis, a través de las siguientes metas e indicadores asociados. (Cuadro II.5)

La transmisión del paludismo continúa siendo un problema persistente de salud en el mundo. De acuerdo con el plan estratégico regional contra la malaria 2006-2010 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el año de 2004 en la región de las Américas, aproximadamente 264 millones de habitantes vivían en zonas de riesgo para la transmisión del paludismo, 11 millones de ellas en localidades de alto riesgo (más de 10 casos por mil habitantes) y 30 millones en zonas de riesgo moderado (de 1 a 10 casos por mil habitantes).

De acuerdo con este documento, en la región de las Américas la especie *Plasmodium vivax* es el parásito del paludismo que más casos provoca (74 por ciento), seguida por el *Plasmodium falciparum* —espe-

Cuadro II.5

Metas relacionadas con el Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
Objetivos de Desarrollo del Milenio, México 2007

Meta/Indicador	Línea base	Última cifra disponible	Variación %	Meta 2015 1/
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves para el año 2015				
Incidencia de casos de paludismo por cada 100 mil habitantes 2/	53.3	2.2	-95.8	3.0
Meta 8B: Disminuir a 5.5 casos de tuberculosis por 100 mil habitantes y reducir a 1.5 la mortalidad por este padecimiento				
Incidencia de casos de tuberculosis (todas las formas) por cada 100 mil habitantes 2/	17.3	16.4	-5.2	5.5
Incidencia de tuberculosis pulmonar por cada 100 mil habitantes 2/	14.3	13.8	-3.5	
Mortalidad por tuberculosis (todas las formas) por cada 100 mil habitantes 2/	7.4	2.1	-72.1	1.5
Mortalidad por tuberculosis pulmonar por cada 100 mil habitantes de 15 años o más 2/	10.2	2.5	-75.3	

1/ Las metas corresponden a las establecidas como metas más allá del milenio
2/ La cifra línea base corresponde a datos de 1990 y la última cifra disponible corresponde a 2007
Los valores para línea base y última cifra disponible fueron ajustados con base en las Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030
Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SPPS-SS
Base de defunciones 1990, INEGI-SS; SEED 2007, preliminar DGIS-SS
Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

cie más patógena y que está asociada al desarrollo de resistencia a los medicamentos— al concentrar el 25.6 por ciento del total de casos. También se señala que el número de casos de paludismo entre el año 2000 y 2004 se redujo un 23 por ciento (de 1,150,103 a 882,361 casos) y el número de defunciones por esta causa en 55 por ciento (de 348 a 156 defunciones); mientras que la tasa de letalidad de la enfermedad pasó de 7 muertes por diez mil casos en al año 2000 a 13 en el 2004.

En México, se registraron 2,361 casos de paludismo en 2007 (2,357 fueron provocados por *P. vivax*, y el resto por el *P. falciparum*) que representan una incidencia de 2.2 casos por 100 mil habitantes a nivel nacional; esta cifra, comparada con los 53.3 casos por 100 mil habitantes registrados en 1990, reflejan una reducción de 95.8 por ciento en el periodo. Por otra parte, la incidencia de 2007 se encuentra por debajo de la meta planteada “más allá del milenio” que es de 3.0 casos por cien mil habitantes para el 2015. (Cuadro II.5)

Cabe señalar que los casos nuevos de paludismo registrados en 2007 se concentraron en diez

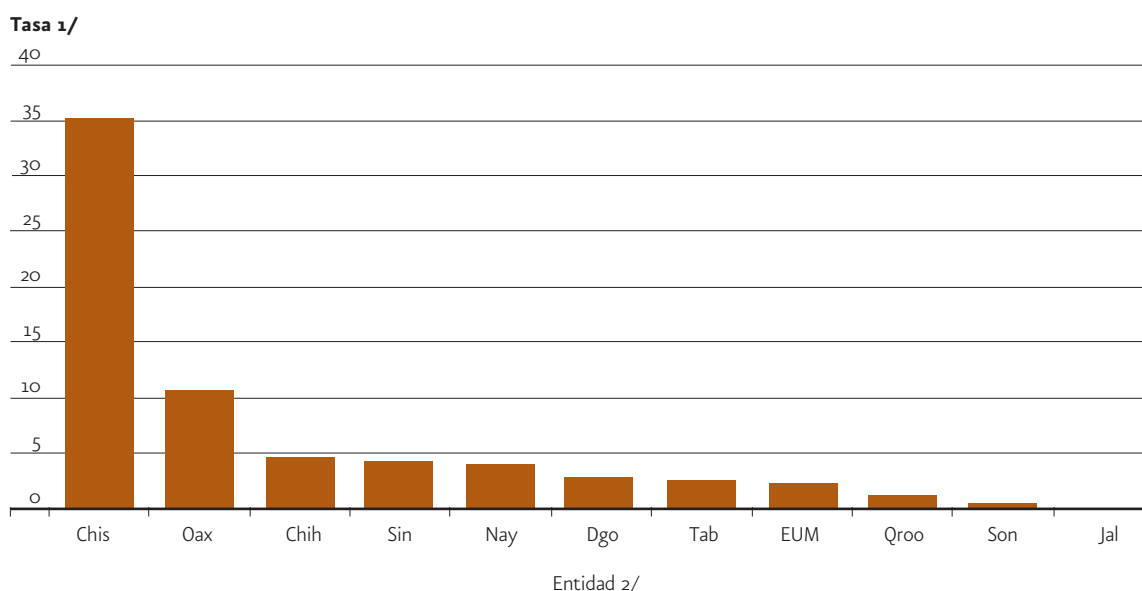
entidades federativas del país: Chiapas, Oaxaca, Chihuahua, Sinaloa, Tabasco, Durango, Nayarit, Quintana Roo, Sonora y Jalisco. Chiapas fue la entidad más afectada al concentrar el 66 por ciento de estos casos, seguida por Oaxaca con el 16 por ciento. Es importante mencionar que los cuatro casos de *P. falciparum* se registraron en estas entidades (2 en cada una).

La incidencia de paludismo en las 10 entidades que registraron casos se muestra en la figura II.13.

Las acciones desarrolladas por el programa de prevención, control y atención del paludismo en 2007 y en los años previos, han permitido que en los últimos seis años se mantengan las cifras más bajas respecto del comportamiento de este padecimiento. Destaca el fortalecimiento otorgado a la estrategia de “tratamiento focalizado” en las entidades federativas con transmisión autóctona, así como el hecho de que sólo se utilizó insecticida ecológico en las localidades de los estados de la frontera sur y en aquellas donde se presentan brotes aislados, lo que ha permitido reducir los

Figura 11.13

Incidencia de paludismo por entidad federativa, México 2007



1/ Casos nuevos por 100 mil habitantes

2/ Entidades en las que se registraron casos nuevos durante 2007

Fuente: CENAVECE-DGE-SS

riesgos y daños en las personas y en los entornos naturales.

Durante este año se consolidó la eliminación del paludismo autóctono en 22 estados e inició el proceso de certificación de “áreas libres de paludismo” en esas entidades federativas. Con ello se ha logrado reducir el riesgo de morir por paludismo en el país, lo cual es un aporte importante al cumplimiento de otros ODM como reducir la mortalidad en niños menores de cinco años y mejorar la salud materna, basta con establecer que en países africanos y algunos del continente asiático esta enfermedad es una de las principales causas de mortalidad entre estos grupos.

Si bien se ha avanzado en el abatimiento de la incidencia del paludismo y de los daños que provoca a nivel poblacional, también es cierto que no deben descuidarse los avances obtenidos. La presente administración ha contemplado fortalecer la vigilancia entomológica, epidemiológica y parasitológica, con énfasis en el establecimiento

de una red de microscopistas de los laboratorios estatales de salud pública y del nivel jurisdiccional, que permita supervisar y garantizar el control de calidad en ambos niveles de operación, así como la capacitación y actualización de este personal y de los biólogos y entomólogos en los estados. De igual forma, es necesario mejorar el sistema de información a fin de disponer de evidencias que apoyen la toma de decisiones a nivel nacional y local.

En materia de atención, se dará énfasis al fortalecimiento e integración de los comités estatales y jurisdiccionales de certificación de áreas libres de paludismo, de comités asesores técnicos estatales de certificación de áreas libres de paludismo y a la puesta en operación de alianzas estratégicas con otros organismos estatales de apoyo al programa, como municipios y otras secretarías de estado (SEP, Turismo, etc.). De igual forma, se coordinará el seguimiento sectorial permanente de las acciones de respuesta institucional y las acciones simultáneas interinstitucionales ante la

presencia de brotes y riesgos; del mismo modo, se impulsará el desarrollo de la investigación operativa y la capacitación, con énfasis en tratamientos antipalúdicos.

Estas acciones requieren de la participación conciente y decidida de la población y de autoridades en todos los niveles de gobierno, por ello, durante los próximos años se dará especial énfasis al fomento e implantación del modelo de eliminación y modificación de hábitat y criaderos de anofelinos y al desarrollo de acciones municipales en áreas con presencia de transmisión de casos y en las áreas clasificadas de alto riesgo, a fin de reducir el contacto entre los mosquitos transmisores y la población sana. De igual forma, se mantendrá y fortalecerá la red de notificantes voluntarios comunitarios que impulsa la detección de casos y apoya el tratamiento de las personas enfermas.

Por lo que respecta a la tuberculosis, en la Cumbre del Milenio se destacó la importancia de frenar el impacto de esta enfermedad en la salud de la población y en consecuencia reducir los efectos negativos que producía a la economía y el desarrollo de los países. De acuerdo con el informe de 2007 de los ODM, la ONU resalta que la incidencia de la tuberculosis por cien mil personas a nivel mundial ha comenzado a estabilizarse, de hecho, en algunas regiones se observa que ha comenzado a descender; sin embargo, en 2005 se registraron 8.8 millones de casos nuevos de tuberculosis y un total de 1.6 millones de personas murieron debido a este padecimiento. Por su parte, la OMS reportó que en 2006, la región de las Américas presentaba más de 235 mil nuevos casos de tuberculosis (todas sus formas) y 41 mil personas fallecían a causa de esta enfermedad; resultados que son inaceptables si se toma en cuenta que existen los conocimientos que permiten contar con tratamientos efectivos y de calidad.

En México, con base en datos preliminares de 2007, la incidencia de tuberculosis en todas sus formas fue de 16.4 casos por cien mil habitantes, cifra menor en un 5.2 por ciento a la incidencia de 1990, pero todavía 66.5 por ciento superior a la

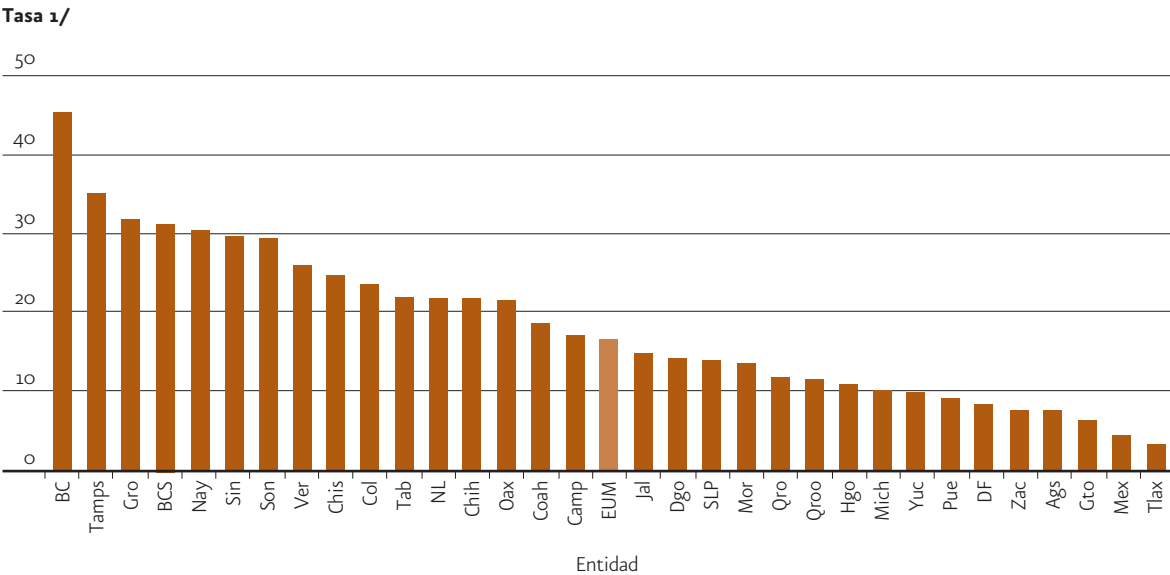
meta más allá del milenio propuesta (5.5 casos por cien mil habitantes). Por su parte, la incidencia de tuberculosis pulmonar en el país para 2007 fue de 13.8 casos por cien mil habitantes, cifra que se redujo en 3.5 por ciento respecto de la cifra de 1990. (Cuadro II.5)

En 2007 se registraron 17,329 casos nuevos de tuberculosis en el país, de los cuales 10.8 por ciento se concentró en Veracruz; 7.9 por ciento en Baja California; 6.3 por ciento en Tamaulipas; 6.2 por ciento en Chiapas; 5.9 por ciento en Jalisco; 5.8 por ciento en Guerrero y 5.4 por ciento en Nuevo León. Con base en el número de casos nuevos registrados, Baja California fue la entidad que registró la incidencia de tuberculosis más alta del país con 45.6 casos por cien mil habitantes, cifra que supera 2.8 veces la incidencia a nivel nacional, y que en comparación con Tlaxcala, que registra la menor incidencia a nivel nacional (3.0 casos), tiene un riesgo 15.2 veces mayor de enfermar por este padecimiento. (Figura II.14)

Del total de casos de tuberculosis, el 84 por ciento se clasificaron como tuberculosis pulmonar (14,550 casos) y salvo algunas diferencias en la posición que guardan las entidades federativas, se puede asegurar que su incidencia en la población presenta el mismo comportamiento que la tuberculosis en todas sus formas; es decir, Baja California, Tamaulipas, Guerrero, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Veracruz, Chiapas y Colima son los estados con las tasas de incidencia más altas del país, mientras que Tlaxcala, México, Guanajuato, Aguascalientes, Zacatecas y el Distrito Federal son los estados con las menores incidencias de tuberculosis pulmonar del país.

Por lo que respecta a la mortalidad para esta enfermedad, en 1990 se registró una tasa de 7.4 defunciones por tuberculosis por 100 mil habitantes, cifra que se redujo a menos de la tercera parte en 2007, al registrarse 2.1 fallecimientos por 100 mil habitantes. Esta disminución permite establecer que en México se va por buen camino para dar cumplimiento a la meta más allá del milenio, que establece una mortalidad para esta causa de

Figura II.14
Incidencia de tuberculosis en todas las formas por entidad federativa, México 2007



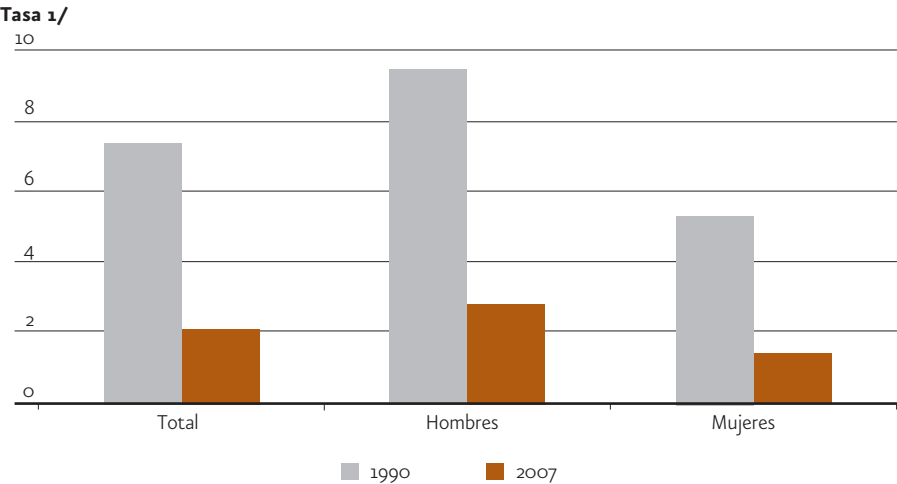
1/ Tasa por 100 mil habitantes
Fuente: SUIVE-DGE-SS

1.5 defunciones por cien mil habitantes. (Cuadro II.5 y Figura II.15)

La tuberculosis afecta más a la población masculina, de hecho, el riesgo de morir por esta causa entre los hombres es 1.8 veces más alto que el que tienen las mujeres. De acuerdo con los datos disponibles, la mortalidad por tuberculosis en hombres descendió 70.6 por ciento entre 1990 y 2007, mientras que la mortalidad entre las mujeres lo hizo en un 74.4 por ciento.

La mortalidad debida a tuberculosis para 2007 muestra desigualdades importantes entre las entidades federativas. La mortalidad en Baja California de 6.3 defunciones por 100 mil habitantes (tasa más elevada del país) es 9.5 veces más alta que la mortalidad que reportan Guanajuato y el estado de México, que son los estados con la menor tasa del país (cada uno con 0.7 defunciones por 100

Figura II.15
Mortalidad por tuberculosis en todas las formas por sexo, México 1990 y 2007



1/ Tasa por 100 mil habitantes
Fuente: INEGI-SS 1990; SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

mil personas). Entre los hombres las tasas de mortalidad más altas del país se registraron en los estados de Baja California, Nayarit, San Luis Potosí y Oaxaca, mientras que entre las mujeres la mortalidad más elevada del país se registró en los estados de Nayarit, Chiapas, Baja California y Oaxaca. (Figura II.16)

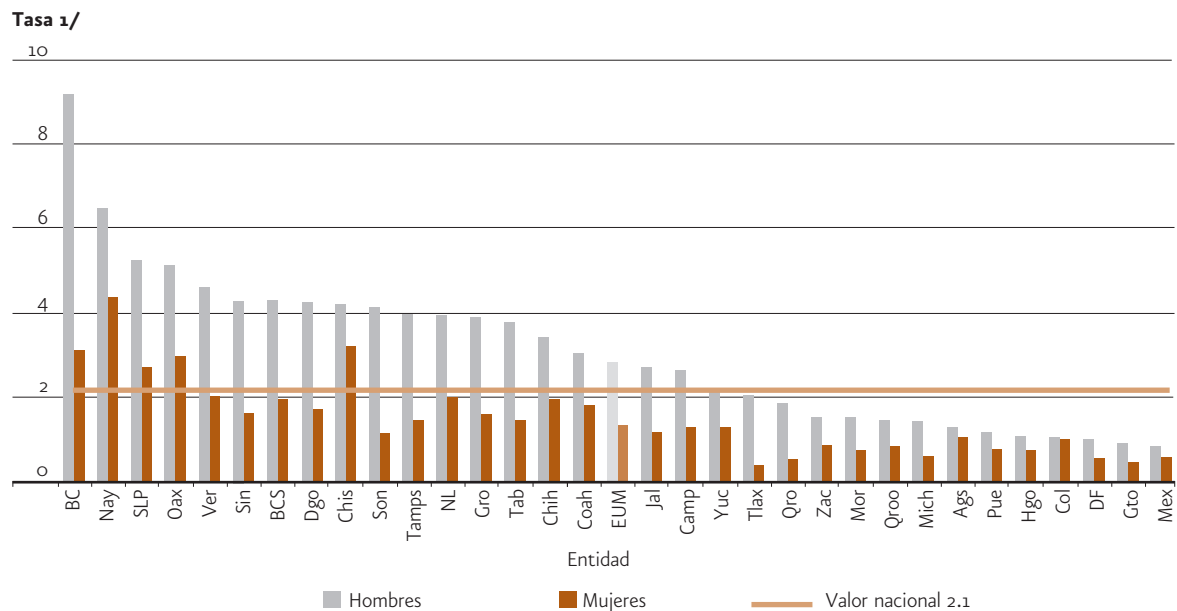
En 1990, la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más era de 10.2 muertes por 100 mil personas de este grupo de edad, posteriormente en 2007, la mortalidad descendió considerablemente al registrarse una tasa de 2.5 muertes por tuberculosis pulmonar por 100 mil habitantes de 15 años y más; durante este mismo periodo, entre la población masculina la tasa pasó de 13.5 a 3.5 muertes por 100 mil habitantes y entre la femenina de 7.0 a 1.6 por 100 mil mujeres de 15 años o más de edad. (Cuadro II.5 y Figura II.17)

De acuerdo con el comportamiento de este tipo de mortalidad por entidad federativa y sexo, en Baja California se registró la tasa más alta del país para el grupo de hombres (10.6 defunciones por cien mil habitantes de 15 y más años) y en Nayarit la tasa más alta en el grupo de mujeres (4.7 muertes); en el extremo opuesto, el Distrito Federal registró la menor tasa del país para el grupo de hombres con 0.8 muertes por cien mil varones de 15 años y más y en el grupo de mujeres esta posición la obtuvo Querétaro con una tasa de 0.2 muertes.

Otro hallazgo importante son las diferencias en el riesgo de morir por sexo al interior de cada una de las entidades federativas, resaltando el estado de Querétaro donde el riesgo de morir debido a tuberculosis pulmonar que tienen los hombres de 15 años y más es 11.9 veces mayor que el riesgo que tienen las mujeres de ese mis-

Figura II.16

Mortalidad por tuberculosis en todas las formas por sexo y entidad federativa, México 2007



1/ Tasa por 100 mil habitantes

Fuente: SEED 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de población del CONAPO, 2005-2030

mo grupo de edad; del mismo modo, el riesgo en Tlaxcala para los hombres es 9.9 veces mayor que el de las mujeres. En Colima, por su parte, existe el mismo riesgo de morir por tuberculosis pulmonar entre ambos sexos. (Figura II.18)

Como se ha planteado, durante los últimos años se han realizado avances importantes en el cumplimiento del objetivo para combatir los daños provocados por la tuberculosis; sin embargo, las repercusiones de esta enfermedad aún imponen al sistema de salud la necesidad de realizar esfuerzos mayores, sobre todo tomando en cuenta que, de acuerdo al sistema de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, el 95 por ciento de los casos registrados ocurren entre la población económicamente activa y que la mitad de ellos se asocian a alguna enfermedad, entre las que destacan la diabetes mellitus, el VIH/SIDA, el alcoholismo y la desnutrición, lo que complica aún más su tratamiento y control.

Figura II.17
Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años o más por sexo, México 1990 y 2007

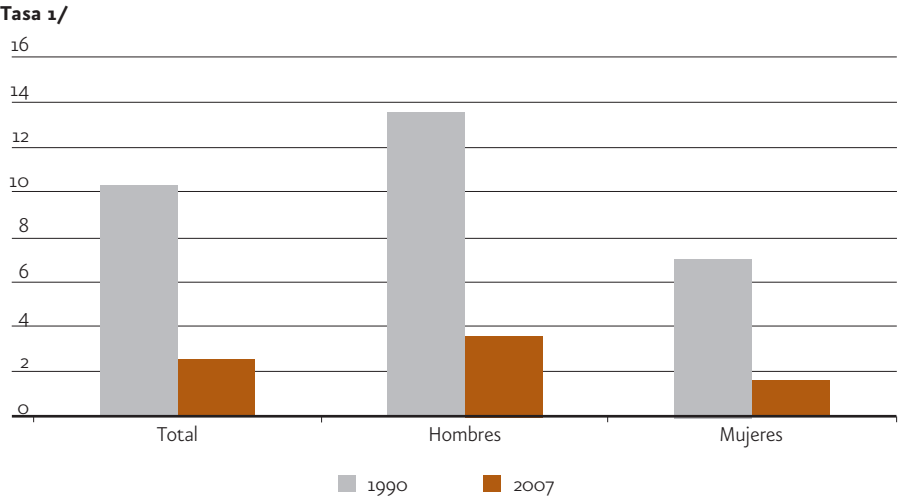
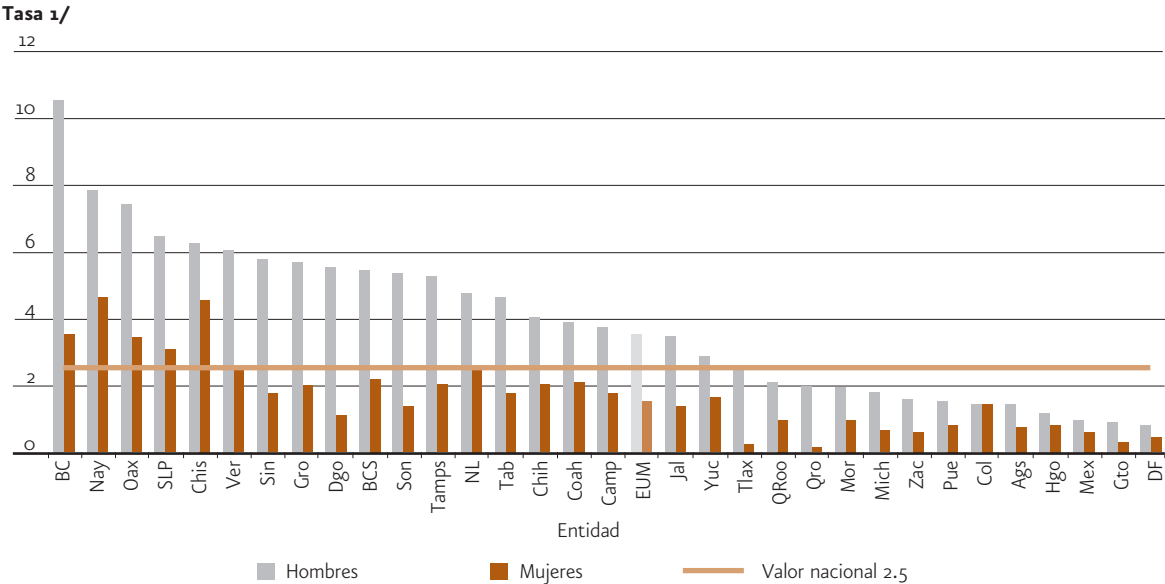


Figura II.18
Mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años o más por sexo y entidad federativa, México 2007



Debido a ello, durante los siguientes años, en el sector salud se buscará mantener o superar el 95 por ciento de casos que ingresan a tratamiento supervisado. Para lograrlo se propone focalizar y reforzar las acciones que han demostrado su eficiencia en la detección, prevención y tratamiento oportuno de los pacientes, a partir de la unificación y homogeneización de las estrategias y líneas de acción que implantan las instituciones de salud, teniendo como base las directrices establecidas en el PROSESA 2007-2012, relacionadas con las acciones para prevenir y controlar la tuberculosis.

En este sentido, destaca el impulso que se ha dado a la detección oportuna, lo que ha permitido lograr las disminuciones señaladas en la incidencia de casos, de hecho durante el 2006 se logró una cobertura de detección del 100 por ciento. La atención de los enfermos a través de la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) es otra de las actividades que, a partir de su fortalecimiento, ha contribuido a

la reducción de nuevos casos, al descenso de la mortalidad por tuberculosis y a que el porcentaje de pacientes con éxito de tratamiento haya pasado del 76 por ciento en 2006 a un 78 por ciento en el año 2007.

También es necesario reconocer los beneficios que se han obtenido a través del programa de vacunación, lo que ha permitido que en el país se tengan coberturas de vacunación de BCG altas y que los porcentajes entre entidades federativas sean similares. A pesar de todo esto, para el sistema de salud mexicano es un reto el fortalecer y extender la estrategia TAES a todas las zonas del país, así como las actividades de búsqueda activa de casos en grupos vulnerables y población general, y consolidar los procesos de seguimiento de los enfermos detectados. De igual forma, se debe realizar la vigilancia especial para aquellos casos de tuberculosis con resistencia a fármacos, así como establecer las acciones más efectivas para enfrentar este problema.

III.

Avances en la implantación del PROSEA 2007-2012 según Estrategia y Línea de Acción

Estrategia 1. Fortalecer y modernizar
la protección contra riesgos sanitarios

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

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

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

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

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

Estrategia 8. Promover la inversión en sistemas,
tecnologías de la información y comunicaciones
que mejoren la eficiencia y la integración del sector

Estrategia 9. Fortalecer la investigación
y la enseñanza en salud para el desarrollo
del conocimiento y los recursos humanos

Estrategia 10. Apoyar la prestación de servicios
de salud mediante el desarrollo de la infraestructura
y el equipamiento necesarios

III.

Avances en la implantación del PROSESA 2007-2012 según Estrategia y Línea de Acción

El PROSESA 2007-2012, en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, establece diez estrategias que buscan fortalecer las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud, a fin de coadyuvar en el logro del desarrollo humano sustentable y para dar respuesta a los problemas actuales y anticiparse a los retos futuros del sector. (Figura III.1)

Para cada una de estas estrategias se definieron diversas líneas de acción que permiten operacionalizar las actividades y orientar los esfuerzos y los recursos públicos hacia la consecución de resultados tangibles en materia de salud, buscando con ello cumplir con los objetivos y metas establecidas en dicho programa. La estructura del PROSESA 2007-2012, cuenta con cinco grandes objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción.

Cabe señalar que la implantación de estas líneas, en la mayoría de los casos, inició en 2007 por lo que se necesita un tiempo mayor para que se produzcan los efectos esperados. Por esta razón, algunas de las metas para 2012 tal vez no muestren los resultados previstos, sin embargo, anualmente se reportarán los avances respecto al nivel de cumplimiento de dichos compromisos.

De esta forma, en este capítulo se da cuenta de los avances obtenidos en la implantación de las líneas de acción según la estrategia con la que se vinculan, resaltando los avances a nivel nacional y por

Figura III.1
Estrategias a desarrollar con base en las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud

Estrategia por tipo de función básica	Funciones básicas del SNS		
	Rectoría efectiva	Financiamiento	Generación de recursos
	Prestación de servicios		
	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	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	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

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2012, SS

entidad federativa, cuando el tema lo permite, así como, los retos y aspectos que deberán de tomarse en cuenta a fin de asegurar el cumplimiento de los compromisos establecidos dentro del sector salud. Este ejercicio permitirá a la población disponer de información sobre las acciones que se ejecutan dentro del SNS, la cual, junto con la información sobre el cumplimiento de las metas estratégicas del PROSESA y de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ofrecen a la población interesada un panorama más amplio de los avances y retos en materia de salud.

El propósito es proporcionar a la población la información que necesita para evaluar permanentemente el funcionamiento, productividad y eficiencia de las instituciones. Además, esta información busca fortalecer los procesos de rendición de cuentas y la transparencia en la gestión pública, al poner al escrutinio de la sociedad la forma en que las dependencias e instituciones utilizan los recursos públicos y los resultados que se obtienen a partir de ellos, logrando así aumentar la confianza que la población tiene en las instituciones públicas y haciendo de la rendición de cuentas un elemento permanente de la conducta cívico-política que permita construir una conciencia crítica y ética en la población y que fortalezca la corresponsabilidad en la solución de los problemas que afectan a la sociedad en su conjunto.

Estrategia 1 Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios

El entorno en el que se desenvuelve el país y su participación en un mundo globalizado, impone riesgos a los que está expuesta la población, entre los que sobresalen la falta de acceso a agua potable y a servicios sanitarios; la contaminación atmosférica; los riesgos laborales; los efectos por el consumo o utilización de productos, servicios o publicidad y los ocasionados por desastres naturales, conocidos todos ellos como riesgos sanitarios.

El Estado tiene la obligación de proteger a la población contra riesgos sanitarios, los cuales se definen como la probabilidad de ocurrencia de un evento exógeno adverso, conocido o potencial, que ponga en peligro la salud o la vida humana, derivada de la exposición involuntaria de la población a factores biológicos, químicos o físicos presentes en los productos, servicios o publicidad, en el medio ambiente o en el ámbito laboral.

De acuerdo con la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), ejercer el control sanitario a través de acciones de regulación, control y fomento a fin de proteger a la población contra riesgos sanitarios, así como para coadyuvar al mejoramiento de la competitividad de las empresas nacionales y apoyar el crecimiento de la planta productiva del país.

La protección contra riesgos sanitarios forma

parte de la función rectora del sistema de salud, por lo que es necesario eficientizar la política pública en la materia, a fin de fortalecer el federalismo cooperativo y sistematizar la protección contra los riesgos sanitarios en los sectores público, privado y social, a fin de garantizar la protección de la población. En el PROSESA 2007-2012 se estableció la estrategia “fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios”, la cual requiere para su implantación y cumplimiento de la participación decidida de la sociedad y de los tres órdenes de gobierno del país, es decir de la consolidación del Sistema Federal Sanitario.

Las acciones que incluye esta estrategia, y que son responsabilidad de la SS, se orientan a la protección de la población contra riesgos por consumo o uso de agua, alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas y otros productos, sustancias o agentes físicos, químicos o biológicos presentes en el medio ambiente o en el trabajo; y a mensajes publicitarios cuyos productos anunciados puedan alterar la salud.

En este informe se da cuenta de los avances 2007 en materia de protección contra riesgos sanitarios, analizando para ello algunas de las líneas de acción que dentro del PROSESA se establecieron para esta estrategia.

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

• Porcentaje de muestras de agua con cloro residual libre que garantice agua con calidad bacteriológica

Con el propósito de contribuir a la protección de la salud de la población mediante el incremento de la eficiencia en la desinfección del agua que se distribuye en los sistemas formales de abastecimiento y para incrementar la cobertura de dotación de agua para consumo humano entre la población que no tiene acceso a fuentes de abastecimiento, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y del Sistema Federal Sanitario, instrumentó el proyecto: “agua de calidad bacteriológica para uso y consumo humano”.

La contaminación del agua para uso y consumo humano, directa o indirecta, debido a excretas de humanos o animales –particularmente fecales– es la forma más común en el país. El agua contaminada que se emplea para beber o en la preparación de alimentos es responsable de diversas enfermedades entéricas contagiosas, como el cólera, hepatitis, poliomielitis, fiebre tifoidea y paratifoidea, amebiasis y diarrea causada por *E. coli*, padecimientos que siguen afectando a un volumen importante de la población en México.

Una de las medidas de salud pública utilizadas para reducir la incidencia de estas enfermedades es la desinfección (destrucción o inactivación de agentes patógenos) del agua para uso y consumo humano mediante la aplicación de cloro. Este proceso asegura que el consumidor reciba agua salubre, evitando la presencia de enfermedades.

A fin de determinar el impacto en salud pública obtenido por el proyecto, en 2007 se realizó su evaluación y se realizaron visitas de supervisión

a las entidades federativas para identificar sus necesidades en la materia. La evaluación permitió identificar que es necesario ampliar la cobertura de monitoreo en el área rural, capacitar y supervisar al personal que realiza el monitoreo en las entidades federativas del país a fin de ejecutar las actividades conforme a los lineamientos establecidos, y sustituir en algunas entidades los equipos para la medición de cloro residual libre.

Por su parte, los resultados de las determinaciones de cloro residual libre tomadas en los sistemas formales de abastecimiento durante 2007 a nivel nacional, mostraron que de las 2,334,353 muestras obtenidas, el 91.28 por ciento se encontró dentro y por arriba de la norma, cifra mayor en 0.13 por ciento respecto de los resultados obtenidos en 2006. (Cuadro III.1)

Por entidad federativa, como se observa en la figura siguiente, es necesario fortalecer las acciones del proyecto, dado que existen estados donde el porcentaje de muestras de agua para uso y consumo humano que están dentro y por arriba de la norma no supera el 80 por ciento y que 13 entidades se ubican por debajo del porcentaje a nivel nacional que es del 91.28 por ciento. (Figura III.2)

• Porcentaje de playas vigiladas y porcentaje de muestras de agua de mar dentro de especificación

Otro de los proyectos que en materia de protección contra riesgos sanitarios ejecuta la SS, a través de la COFEPRIS, es el denominado “agua de contacto”. Este proyecto tiene como propósito anali-

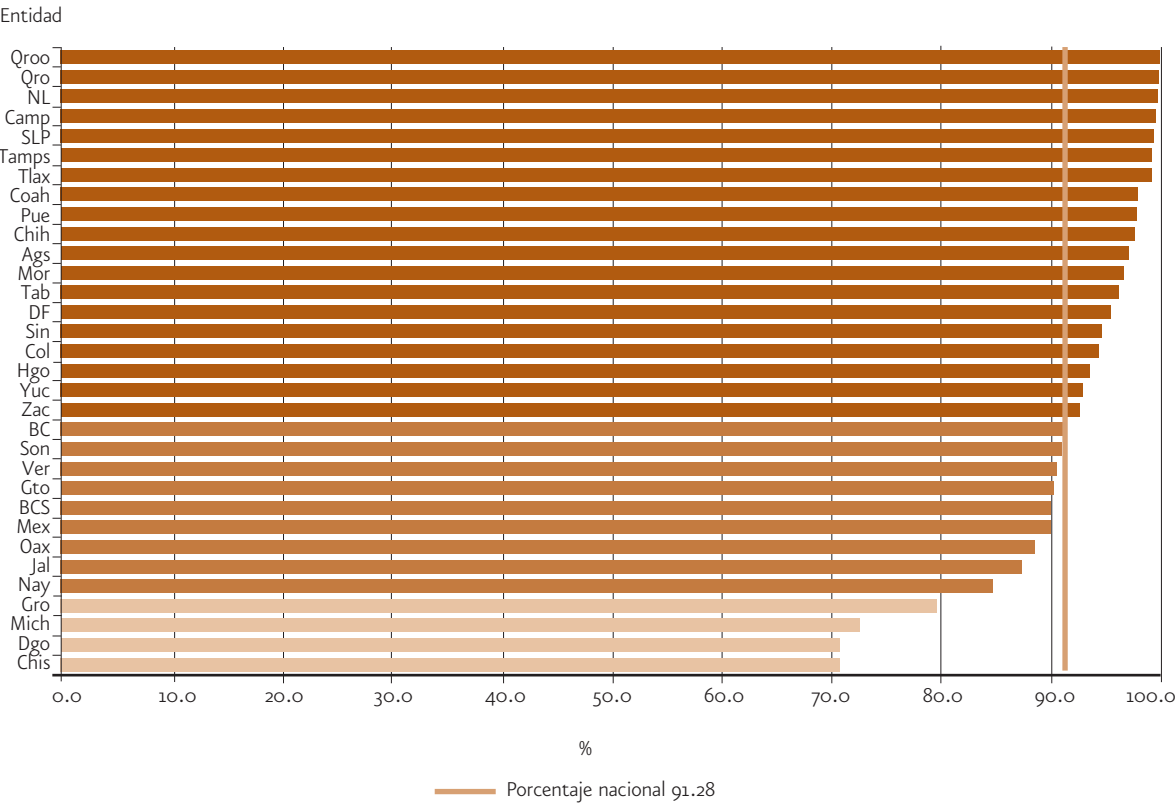
Cuadro III.1
Porcentaje de muestras de agua para uso y consumo humano dentro y por arriba de la norma de cloro residual libre, México 2003-2007

Ámbito	2003	2004	2005	2006	2007
EUM	86.47	88.96	90.19	91.16	91.28

Fuente: COFEPRIS-SS

Figura III.2

Porcentaje de muestras de agua para uso y consumo humano dentro y por arriba de norma de cloro residual libre, México, 2007



Fuente: COFEPRIS-SS

zar la calidad del agua de mar para uso recreativo, con base en el monitoreo periódico de diversas playas mexicanas, a fin de proporcionar información a la población en general y a las autoridades federales, estatales y municipales que permita prevenir daños a la salud de los vacacionistas, tomar las medidas sanitarias necesarias para disminuir los riesgos a la salud y evitar la diseminación de enfermedades, mejorar calidad ambiental de las playas mexicanas y coadyuvar al crecimiento y buen desempeño del sector turismo.

Cabe señalar que diversos estudios relacionados con el análisis de las aguas marinas y playas han identificado que la mayoría de las enfermedades de las mucosas, de la piel y digestivas que padecen los bañistas están directamente relacio-

nadas con los niveles de contaminación fecal, producto de la contaminación por descargas de aguas residuales que no tuvieron un tratamiento adecuado.

El proyecto tuvo su origen en 2003, año en que el Gobierno Federal convocó a las Secretarías de Marina, Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales, Turismo y a las autoridades municipales y estatales que disponen de playas, a que sumaran esfuerzos para garantizar la calidad de agua de mar para uso recreativo. A la COFEPRIS, y en particular al Sistema Federal Sanitario, le corresponde vigilar la calidad del agua de mar para uso recreativo de contacto primario, con base en el análisis de muestras que permiten determinar si las concentraciones de enterococos cumplen con

los criterios de calidad establecidos; el monitoreo periódico de playas, y la difusión de los resultados obtenidos.

Desde el inicio del proyecto se crearon los Comités de Playas Limpias, los cuales tienen la responsabilidad de difundir entre la población la información sobre la calidad del agua en las playas que son objeto de evaluación; instrumentar programas de saneamiento cuando sea necesario; promover el saneamiento de las playas; prevenir y corregir la contaminación a fin de proteger y preservar las playas mexicanas, respetando la ecología nativa, y coadyuvar a mejorar la calidad y el nivel de vida de la población local, al turismo y a la competitividad de las playas. Hasta el 2007 se han instalado 28 comités en 16 de los 17 estados costeros del país.

A fin de contar con elementos que permitieran generar alertas sanitarias para prevenir a la población contra posibles riesgos a la salud dentro de los destinos de playa en el país, durante 2007, se realizó una evaluación en la que se analizaron los resultados de la calidad de agua de mar obtenidos durante los últimos cinco años. Este análisis incluyó un universo de 276 playas en 46 destinos turísticos.

En términos generales, los resultados de esta evaluación permitieron identificar que 34 playas de las 276 analizadas representaban un riesgo sanitario para la población, es decir el 12.3 por ciento. (Figura III.3)

En 2007, las Áreas de Protección contra Riesgos Sanitarios de los estados que cuentan con playas tomaron 2,922 muestras de agua de mar, de las cuales sólo 48 se encontraron fuera de especificación, es decir, 42.4 por ciento de muestras fuera de especificación menos con respecto a 2006.

• Porcentaje de muestras de alimentos dentro de especificaciones microbiológicas

La exposición de los alimentos a peligros biológicos, químicos o físicos puede provocar daños a

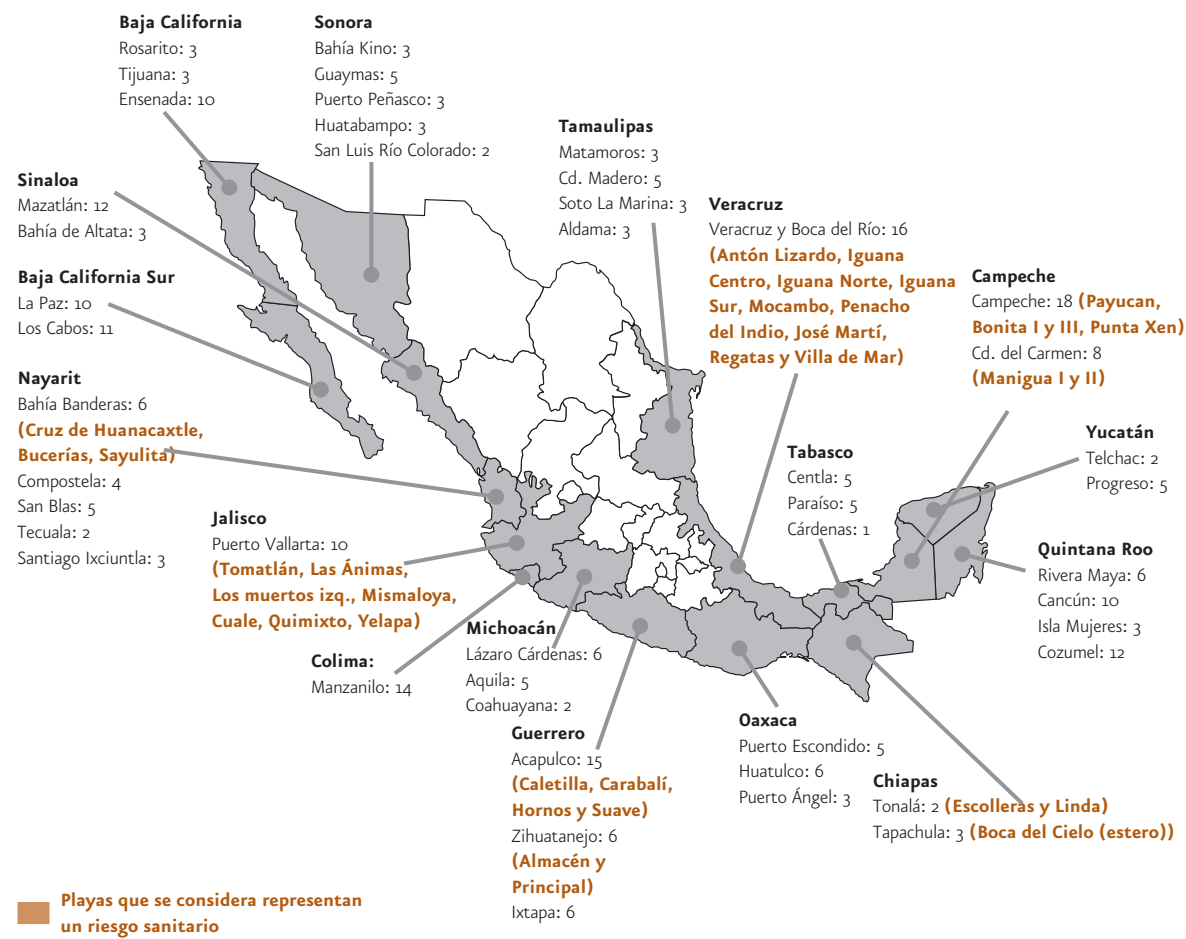
la salud de la población de tipo agudo o crónico y de corta o larga duración. Los riesgos asociados a virus, bacterias y protozoarios patógenos se ubican dentro de los padecimientos agudos, teniendo además una alta incidencia, le siguen los provocados por las toxinas de algas marinas. La exposición crónica se asocia a enfermedades provocadas por sustancias químicas tóxicas de origen natural como las micotoxinas en el maíz, a contaminantes antropogénicos como el plomo, a aditivos o a residuos de plaguicidas, pudiendo provocar daños directos o indirectos a la habilidad del organismo para sobrevivir y reproducirse.

Los alimentos pueden alterarse o contaminarse durante las etapas de producción, cosecha, captura, transporte, procesamiento, suministro o almacenamiento, y su consumo puede provocar las denominadas enfermedades transmitidas por alimentos (ETAS). Son alimentos potencialmente peligrosos aquellos que debido a sus características físicas, químicas o biológicas pueden favorecer el crecimiento de microorganismos y la formación de su toxina en cantidades tales que constituyen un riesgo para el consumidor, es por ello que estos alimentos requieren condiciones especiales de manejo y conservación (refrigeración, congelación y aplicación de tratamiento térmico, entre otros), a fin de evitar su contaminación.

Para atender los problemas que origina el consumo de alimentos contaminados, la SS, a través de la COFEPRIS, instrumentó conjuntamente con el Sistema Federal Sanitario, el proyecto de Calidad Microbiológica de Alimentos Potencialmente Peligrosos, el cual tiene el objetivo de contribuir a la prevención de infecciones e intoxicaciones alimentarias de origen bacteriano, mediante la aplicación de medidas regulatorias y no regulatorias.

El proyecto se basa en la realización de análisis microbiológicos para detectar niveles perjudiciales, principalmente de: coliformes fecales, *E. coli*, *Salmonella*, *S. aureus*, *Vibrio cholerae*, ya que son estos los principales microorganismos que aumentan el riesgo de la población de enfermar. Además, se busca fomentar y fortalecer la ejecución de

Figura III.3
Evaluación de la calidad del agua de mar



Fuente: Evaluación de la calidad de agua de mar para uso recreativo 2003-2007. Diciembre 2007. COFEPRIS-SS

buenas prácticas sanitarias durante la obtención, procesamiento, conservación, almacenamiento y distribución de estos alimentos, lo cual permite disminuir la incidencia de ETAS entre la población.

Inicialmente el proyecto consideró la evaluación de 6 grupos de alimentos básicos para la población: 1) cárnicos, 2) lácteos, 3) productos pesqueros, 4) alimentos preparados, 5) huevo, y 6) agua y hielo; sin embargo, en el 2005, se excluyó el muestreo para el quinto grupo, debido a que los resultados obtenidos indicaron que este

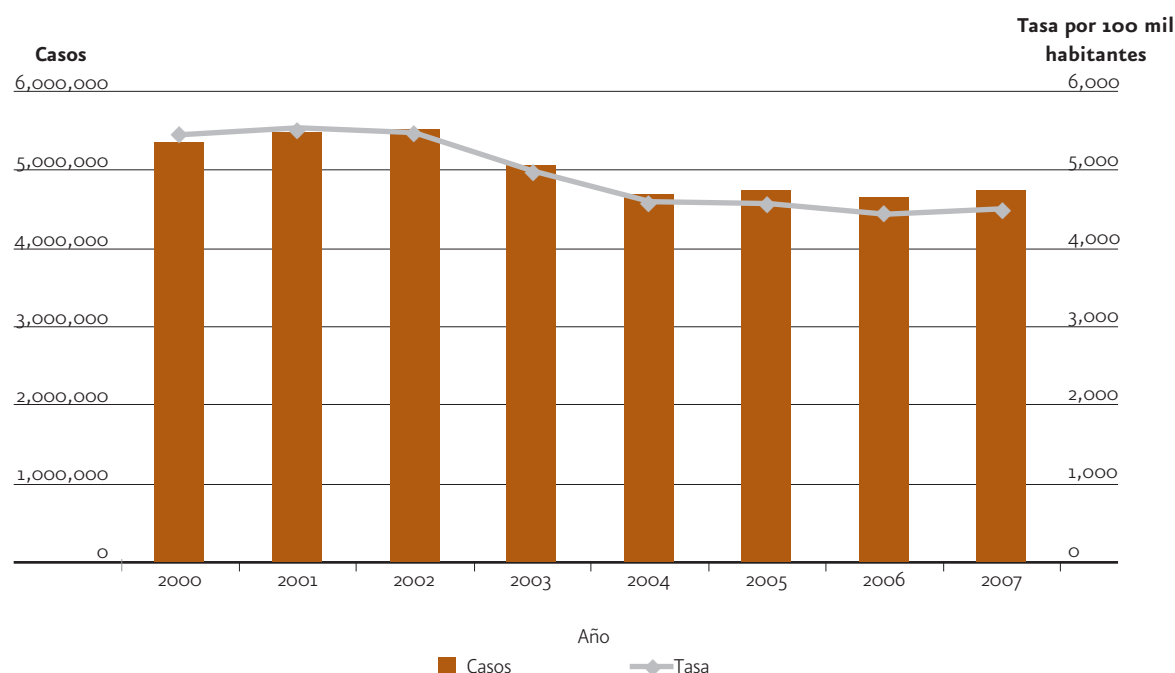
grupo no representaba un riesgo para la salud de la población.

A partir de estas acciones se ha logrado que la incidencia de las ETAS por cada 100 mil habitantes disminuya un 17.8 por ciento entre el 2000 y 2007. (Figura III.4)

En 2007 se obtuvieron 103,860 muestras, de las cuales el 26.6 por ciento se encontraron fuera de especificación. Por grupo de alimento, los productos lácteos muestran el mayor porcentaje de muestras fuera de especificación con 41.8 por

Figura III.4

Número de casos y tasa de incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos, México 2000-2007 1/



1/ Incluye cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis, infecciones intestinales por virus y otras mal definidas, shigelosis, intoxicaciones alimentarias. Datos 2007 preliminares

Fuente: Boletín Epidemiología. DGE-SS

ciento, seguido por el 32.6 por ciento de muestras fuera de especificación del grupo de alimentos preparados. (Cuadro III.2)

Por lo que respecta al comportamiento estatal, el análisis de las muestras de alimentos tomadas indica que el mayor porcentaje de muestras fuera de especificación se registró en el estado de Hidalgo con un 45 por ciento, siendo el grupo de lácteos y alimentos preparados los que más contribuyeron para que se registrara este resultado, le siguen Guerrero y Chihuahua con 40.6 y 38.2 por ciento de muestras fuera de especificación sanitaria. En el extremo opuesto, los estados que reportaron los menores porcentajes de alimentos contaminados fueron Baja California Sur, Durango y Quintana Roo con 11.7, 12.3 y 13.8 por ciento de muestras fuera de especificación, respectivamente.

Como parte de la vigilancia de la calidad de los productos lácteos, en específico de los quesos artesanales, se mantiene un intenso programa de verificación de los establecimientos elaboradores, así como de muestreo del producto en puntos de venta. En relación con los alimentos preparados, se han reforzado las acciones de fomento sanitario para promover el cumplimiento de buenas prácticas de fabricación y reducir los niveles de contaminación de estos productos, además, como se observa en el cuadro III.2, el monitoreo a este grupo de alimentos es el más amplio al haberse procesado 45,163 muestras de alimentos.

Cabe señalar, además, que en 2007 se visitaron 125,660 establecimientos dedicados al proceso y/o venta de alimentos con el fin de verificar las condiciones sanitarias de los mismos y las condi-

Cuadro III.2

Porcentaje de contaminación por grupo de alimentos, México 2007

Grupo de alimentos	Muestras tomadas	Muestras fuera de especificación	% de muestras fuera de especificación respecto del total de muestras tomadas en cada grupo de alimentos	% que representan las muestras fuera de especificación por grupo de alimento en relación con el total de muestras fuera de especificación
Productos cárnicos	10,545	1,787	16.95	6.47
Productos lácteos	11,567	4,834	41.79	17.50
Productos de la pesca	15,176	2,363	15.57	8.55
Alimentos preparados	45,163	14,740	32.64	53.35
Agua y hielo	20,950	3,905	18.64	14.13
TOTAL	103,860	27,629	26.60	100.00

Fuente: Reportes del Sistema Federal Sanitario, a través del Sistema de Transferencia Electrónica de Proyectos, Diciembre 2007
Comisión de Operación Sanitaria, COFEPRIS-SS

ciones de almacenamiento, preparación y conservación que realizan. Del total de establecimientos visitados el 80.7 por ciento cumplió con buenas prácticas sanitarias, lo que representa un 2.4 por ciento más que en 2006.

Respecto de las medidas de seguridad llevadas a cabo durante 2007, se realizaron 1,187 aseguramientos de productos, lo que equivale a 69,167 kg de alimentos asegurados; así mismo, se destruyeron 443,865 kg de productos contaminados; se ejecutaron 2,335 suspensiones de trabajo y servicios y se dictaminaron 17,673 apercibimientos.

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

• Porcentaje de entidades federativas con atlas de riesgo sanitario

Dado que la población está expuesta a diversos factores de riesgo en el ambiente, ya sean naturales o antropogénicos, es indispensable que las autoridades sanitarias realicen un adecuado análisis de riesgos para implementar las medidas de protección que benefician la salud de la población.

La COFEPRIS, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), dio inicio al desarrollo de un “Atlas de Riesgos Sanitarios”, el cual es una herramienta que permite, dentro de un sistema de georeferenciación, relacionar información de riesgos sanitarios con datos sociodemográficos, epidemiológicos, orográficos, de salud, vías de comunicación, y sitios de importancia en la zona como son: escuelas, centros comerciales, mercados, iglesias, a fin de establecer los riesgos a los que está expuesta la población y el volumen de personas que pueden ser afectadas. Actualmente, el Atlas de Riesgos Sanitarios se encuentra funcionando bajo el soporte informático del INSP, disponiendo de todas las bases cartográficas a nivel nacional.

Para construir el Atlas de Riesgos Sanitarios fue necesario integrar, además de la cartografía básica con la división política a nivel estatal, municipal, de Área Geoestadística Básica (AGEB) urbano y de manzana, la traza urbana de las principales áreas de estudio. Respecto de la información en salud, el Atlas dispone de datos sobre la distribución de los recursos e infraestructura destinados a la atención; datos sobre la distribución de daños a la salud, a partir de las bases de mortalidad y morbilidad de la Secretaría de Salud, a nivel municipal y la información del Sistema Único Integral de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Por otra parte, en 2007, la COFEPRIS, junto con el INSP, trabajó en el desarrollo del Sistema Nacional Interactivo de Información Geográfica, cuyo objetivo es integrar un esquema de alerta temprana para la detección oportuna de contingencias en salud. También durante este año se georeferenciaron 7,744 puntos de monitoreo de fuentes de abastecimiento formal de agua para consumo humano y 1,348 rastros.

El desarrollo y puesta en marcha de estas herramientas permitirá, entre muchas otras ventajas, que el sector salud a nivel federal, estatal y municipal, acceda de manera inmediata a fuentes de información actualizadas que apoyen a los procesos de planeación, organización y ejecución de acciones específicas de protección contra riesgos sanitarios.

Línea de acción 1.6. Impulsar una política farmacéutica que garantice la seguridad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura en la industria

En materia de atención médica se busca que los medicamentos estén disponibles, sean asequibles y de buena calidad, y que se utilicen adecuadamente con base en indicaciones terapéuticas debidamente establecidas, esto con el fin de mejorar la salud de quien los utiliza y para ofrecer una respuesta sencilla y económicamente eficiente para muchos de los problemas de salud.

Para el Gobierno de la República, y en especial para las instituciones de salud públicas, mejorar el abasto de medicamentos es uno de los retos a enfrentar durante la presente administración, ya que a pesar de las mejoras obtenidas, aún no se logra satisfacer las necesidades y requerimientos de la población. Debido a ello, el 27 de febrero de 2007 se firmó el “Compromiso para Establecer una Política Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos”.

Entre las 14 acciones y obligaciones que establece este compromiso, destacan: el desarrollo de medidas para fortalecer la competencia, a partir de una mayor eficiencia en la cadena de abasto que permita disminuir los precios de las medicinas; el fortalecimiento en materia de transparencia e intercambio de información sobre precios de compra de medicamentos e insumos, a fin de combatir prácticas monopólicas, actos de corrupción, el mal manejo de fondos y para reducir las disparidades en los precios a nivel regional; la promoción de compras consolidadas de medicamentos, como medida de austeridad y eficiencia pública; eficientizar dentro de las instituciones públicas de salud los procesos de almacenamiento, manejo de inventarios, distribución, suministro de medicamentos y prescripción de medicamentos, y lograr que se disponga de medicamentos en todas las regiones del país a fin de lograr que sean accesibles para las instituciones y para las familias, contando para ello con la participación de fabricantes y distribuidores que establezcan mecanismos para contener y disminuir los precios.

En congruencia con estos esfuerzos, la Secretaría de Salud, entre otras acciones, ha implementado la política de medicamentos genéricos, con el objetivo de mejorar el acceso a estos insumos mediante la disminución de sus precios. Asimismo, la SS tiene la responsabilidad de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos a los que tiene acceso la población, rubros que son analizados a continuación.

• Reacciones adversas a medicamentos

Cuando se ingiere cualquier medicamento siempre existe un riesgo intrínseco de sufrir alguna reacción adversa al mismo, ya sea por la sensibilidad particular de algunos pacientes a determinados medicamentos, o por las interacciones dañinas que pueden generarse al combinar varios fármacos. La magnitud de esta reacción puede ser leve o grave y en casos extremos puede provocar la muerte,

por ello, es necesario vigilar el efecto que los fármacos pueden generar en los pacientes, que en la mayoría de los casos es positivo, pero que en otros producen reacciones indeseables.

En este contexto, la farmacovigilancia adquiere un gran valor al verificar si las reacciones o eventos adversos que sufre un individuo son atribuibles al uso de un medicamento o no, tomado éste en las dosis normalmente empleadas en el hombre para fines profilácticos, diagnósticos y de tratamiento de una enfermedad o modificación de una función fisiológica.

El Centro Nacional de Farmacovigilancia, perteneciente a la COFEPRIS, recopila y analiza las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos recibidas en los Centros Estatales de Farmacovigilancia, Centros de Investigación, las enviadas por los laboratorios productores de medicamentos y las proporcionadas directamente por

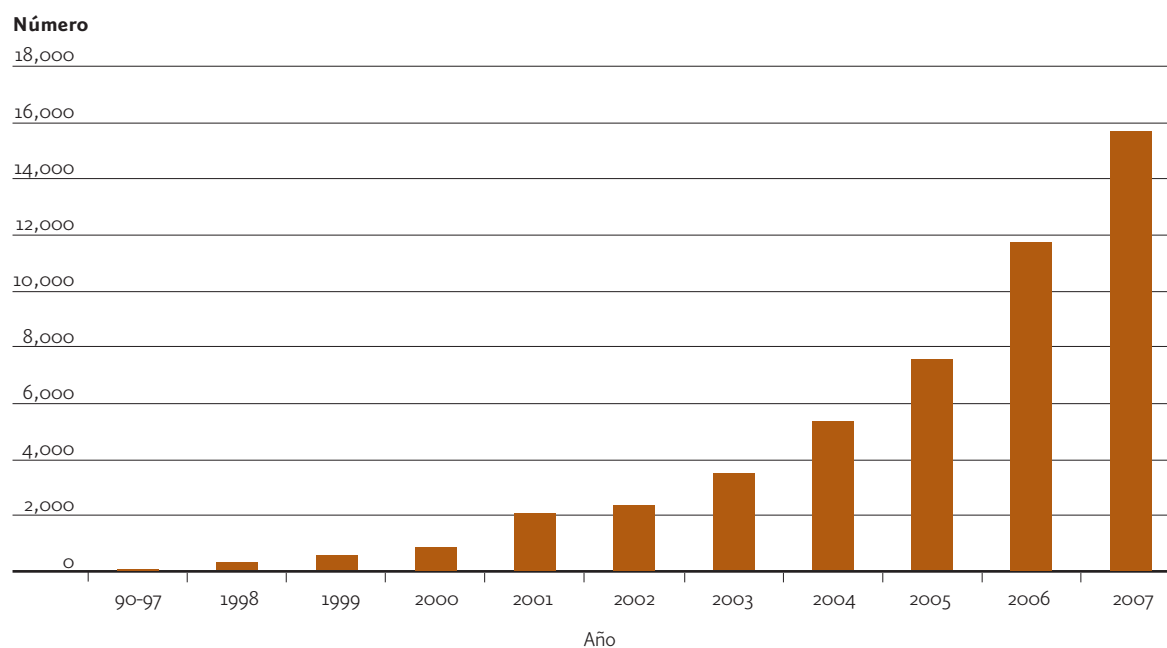
profesionales de la salud, a fin de determinar si se trata de una reacción adversa a medicamentos.

El indicador internacional definido por la OMS, establece que por cada millón de habitantes se deben recibir anualmente por lo menos 100 notificaciones de sospechas de reacciones adversas de medicamentos y otros insumos para la salud. Ello implica que para contar con una farmacovigilancia efectiva en el país se deben recibir un mínimo de 10,000 notificaciones al año, cantidad que permitiría analizar, reevaluar y emitir alertas a la población.

Como se observa en la figura siguiente, el número de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos recibidas se ha ido incrementando anualmente como resultado de las acciones de fomento y difusión que realiza el Centro Nacional de Farmacovigilancia y los Centros Estatales. (Figura III.5)

Figura III.5

Número de notificaciones de reacciones adversas a medicamentos recibidas en el Centro Nacional de Farmacovigilancia, México 1990-2007



Fuente: Base de datos del Centro Nacional de Farmacovigilancia 2007, COFEPRIS-SS

En 2007, se recibieron 15,726 notificaciones, de las cuales el 49.9 por ciento corresponden a la industria químico-farmacéutica, 19.3 por ciento a los centros estatales, 16.8 por ciento se derivan de estudios clínicos, 13.7 por ciento de los centros institucionales, 0.29 por ciento fueron enviadas por profesionales de la salud y el 0.01 por ciento de pacientes. El centro estatal de Puebla envió el mayor número de notificaciones en 2007, seguido por el centro estatal de Hidalgo, mientras que el centro institucional del estado de México fue quien envió el mayor número de notificaciones, seguido por el centro del Distrito Federal. (Figura III.6)

Derivado del análisis y evaluación de estas notificaciones de reacciones adversas, se han tomado decisiones de carácter regulatorio, como la revocación del registro y por tanto la suspensión

de la comercialización del medicamento, así como la emisión de recomendaciones relacionadas con la dosis, entre otros.

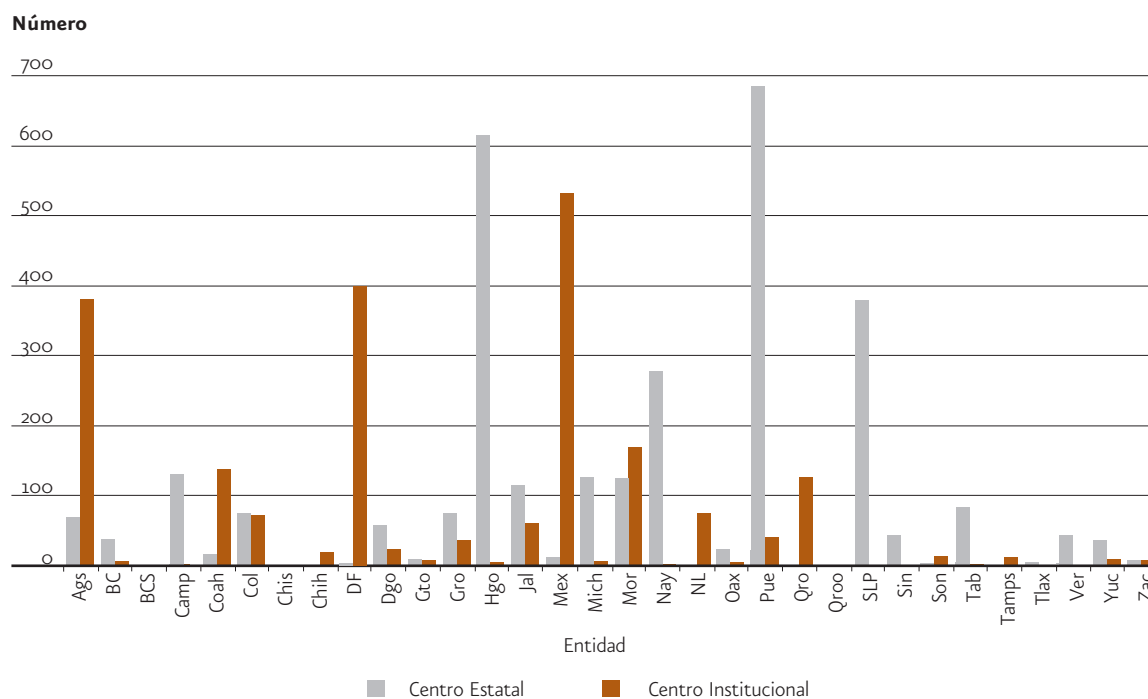
• Tecnovigilancia sanitaria

La tecnovigilancia, como la farmacovigilancia, son componentes de la vigilancia sanitaria que se utilizan en la fase de postcomercialización de los dispositivos médicos. Ambas constituyen un pilar fundamental y una herramienta básica en la evaluación de la efectividad y seguridad de los dispositivos médicos en condiciones reales de uso.

La implantación de estos métodos busca mejorar la protección de la salud y la seguridad de los usuarios y de los que operan los dispositivos médicos, mediante la reducción de la probabilidad

Figura III.6

Notificaciones de reacciones adversas a medicamentos recibidas en los Centros Estatales e Institucionales por entidad federativa, México 2007



Fuente: Dirección Ejecutiva de Farmacopea y Farmacovigilancia, CEMAR-COFEPRIS-SS

de que se repita un incidente adverso ocurrido en otros lugares, así como evaluar los incidentes que puedan llegarse a presentar y en caso necesario difundir la información.

De acuerdo con la OPS, en una investigación de incidentes adversos realizada en 2004, se concluyó que las causas directas de las reacciones adversas obedecían al factor humano; a fallas del dispositivo —principalmente por fallas del sistema, componentes o accesorios del mismo—; errores en el etiquetado; errores de fabricación o armado; problemas de software, e inadecuado mantenimiento o calibración. Además, señala que el tipo más frecuente de lesiones derivadas de accidentes con dispositivos médicos son: sobredosis, dosis baja, fármaco equivocado, hipotermia, hipertermia, isquemia, hemorragia, sofocación, fallas en el monitoreo, diagnóstico errado, quemadura, necrosis por presión, corte o punción, embolismo o infección.

Es responsabilidad del Estado garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los equipos y dispositivos médicos utilizados en los servicios de salud y por la población, así como establecer normas para reglamentar su utilización. Por esta razón, la SS, a través de la COFEPRIS tiene previsto realizar las acciones siguientes:

- Sustentar el programa de tecnovigilancia con base en la estructura organizacional del programa de farmacovigilancia que inició en 1997. El Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia será el responsable de coordinar las políticas y lineamientos en materia de tecnovigilancia, contando en cada Centro Estatal con un líder que será el responsable de ejecutar las actividades en la entidad.
- El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), como centro colaborador, será el vínculo para el intercambio de información y la evaluación de los incidentes adversos. Gracias a su participación, durante los últimos años se han recibido notificaciones de incidentes adversos de reactivos de

diagnóstico que concluyeron con el retiro de algunos equipos médicos del mercado.

- Se dio inicio a las actividades para fomentar la tecnovigilancia en la industria y entre los profesionales de la salud, a fin de dar a conocer el sistema y crear una cultura que permita el reporte de incidentes adversos.
- Se elaboró el proyecto de Norma de Tecnovigilancia, la cual se encuentra actualmente en revisión de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.
- El Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia recopilará las notificaciones de incidentes adversos a dispositivos médicos recibidas en los centros estatales, los centros de investigación, las enviadas por los laboratorios productores y comercializadores de dispositivos médicos, y las que se reciban directamente de profesionales de la salud; a fin de valorar, en conjunto con el CENETEC, la información y determinar si efectivamente se trata de un evento adverso. De ser así, emitirá las recomendaciones correspondientes.

• Verificación de instalaciones que fabrican medicamentos

Las Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) son el conjunto de lineamientos y actividades relacionadas entre sí, destinadas a garantizar que los productos farmacéuticos elaborados tengan y mantengan la identidad, pureza, concentración, potencia e inocuidad requeridas para su uso y representan los requisitos mínimos exigidos en el mercado nacional e internacional respecto de las condiciones técnicas, legales y sanitarias que deben cumplir los establecimientos destinados a la fabricación de fármacos y medicamentos.

La Secretaría de Salud puso en marcha, como parte de la política de seguridad y eficacia de los medicamentos y el fortalecimiento de la competitividad productiva del sector farmacéutico, la implementación de las BPF a partir de la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-1993

Buenas Prácticas de Fabricación para establecimientos de la industria farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos y la Norma Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-1998 Buenas Prácticas de Fabricación para fármacos. Instrumentos que junto con la Ley General de Salud y el Reglamento de Insumos para la Salud conforman la base que regula las BPF de los medicamentos.

La COFEPRIS, tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad de los medicamentos y vigilar el cumplimiento de las BPF para prever o eliminar los riesgos a la salud y así mejorar la calidad de vida de los consumidores. Para su cumplimiento, cuando un laboratorio productor de fármacos y medicamentos realiza su solicitud de licencia sanitaria, la Comisión revisa que cumplan con las BPF; cuando la solicitud es para realizar modificaciones, se realizan acciones de vigilancia sanitaria regular, mismas que también se ejecutan cuando existe alguna denuncia. Actualmente, el padrón de establecimientos se compone de 21 laboratorios que elaboran los fármacos y de 255 laboratorios que producen los medicamentos.

Para la integración regional de los mercados de medicamentos, se utilizan, además de los instrumentos jurídicos mencionados anteriormente, la norma sobre buenas prácticas de fabricación y el sistema de certificación de productos objeto de comercio internacional, mismos que han sido adoptados por muchos países, a fin de promover que las autoridades sanitarias de un país garanticen que los medicamentos o insumos están registrado en el país de origen, que son fabricados con buenas prácticas y que las empresas son permanentemente vigiladas.

Entre las acciones regulatorias instrumentadas por la COFEPRIS para vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de medicamentos, se encuentra la autorización de las licencias por modificación de instalaciones, modificación de la situación legal (fusiones empresariales), creación de nuevas plantas farmacéuticas y los casos de renovación o nuevos registros de fármacos y medica-

mentos. Durante todos estos procesos se realizan visitas de verificación sanitaria para evaluar las Buenas Prácticas de Fabricación. Adicionalmente, se programan visitas de vigilancia regular y por atención de denuncias. (Cuadro III.3)

Para el fortalecimiento de las actividades de verificación de instalaciones que fabrican medicamentos, es necesario considerar que las recientes modificaciones al marco jurídico establecen, entre otros, el requisito de que la industria farmacéutica obtenga y mantenga vigente ante la autoridad sanitaria (COFEPRIS) el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación o por la autoridad sanitaria del país de origen. Esto implica que en México toda la industria farmacéutica nacional deberá ser evaluada, siendo este uno de los retos a enfrentar durante los siguientes años.

Respecto a la ampliación de cobertura en materia de verificación de los establecimientos destinados a la fabricación de fármacos y medicamentos, es necesario: a) actualizar el padrón de establecimientos, b) relacionar los establecimientos donde se constató que durante los últimos 2.5 años se han implementado y llevan a cabo las BPF y/o que cuenten con el certificado emitido por la COFEPRIS de un año previo, y c) establecer los mecanismos de vigilancia sanitaria permanente para verificar el cumplimiento de las BPF, a partir de la información obtenida con la aplicación de los puntos anteriores.

Cuadro III.3

Visitas de verificación realizadas para evaluar las Buenas Prácticas de Fabricación según ámbito, México 2004-2007 1/

Ámbito	2004	2005	2006	2007
Nacional	118	27	46	102
Internacional		40	40	34
Total	118	67	86	136

1/ Visitas de verificación en las que se supervisó el cumplimiento de la NOM-059 SSA1 1993
Fuente: Dirección Ejecutiva de Farmacopea y Farmacovigilancia, CEMAR-COFEPRIS-SS

• Registro sanitario de medicamentos

Con el propósito de contar con un marco normativo acorde con los avances científicos y tecnológicos aplicados a los medicamentos que se consumen en el país, el 24 de febrero de 2004, se publicaron en el D.O.F. las modificaciones al artículo 376 de la Ley General de Salud, con lo que se establece que requieren de registro sanitario los medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan; equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y de la misma forma los plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas.

Los registros sanitarios a los que se refiere dicho artículo sólo pueden ser expedidos por la Secretaría de Salud, a través de la COFEPRIS, teniendo una vigencia de cinco años que podrá prorrogarse por plazos iguales a solicitud del interesado. Otorgar y renovar los registros sanitarios proporciona, además de los beneficios en salud, la oportunidad para actualizar los sistemas y procedimientos; reducir rezagos; ampliar la base de personal y contar con elementos para la capacitación; incrementar los tiempos y derechos de los industriales sin perder su confianza en la institución; actualizar el marco normativo, en particular la Ley General de Salud y el Reglamento de Insumos para la Salud, permitiendo con ello implantar y fomentar las mejores prácticas, tanto en la industria como de la autoridad, y responder a las necesidades de la industria para lograr el mejor posicionamiento de sus productos y cumplir con la obligación de la SS respecto a garantizar la seguridad y eficacia de estos insumos.

Para mejorar el proceso de renovación de registros, la COFEPRIS realizó un diagnóstico del mismo cuyos resultados indicaron que no se había cuantificado adecuadamente la magnitud del esfuerzo para cumplir con las actividades requeridas, que era necesario actualizar el Reglamento de

Insumos para la Salud, que no existía un acuerdo sobre el tipo de trámite y sus requisitos, que se habían identificado las necesidades de los dictaminadores, pero no los procedimientos y que no se contaba con sistemas informáticos para hacer más eficiente el proceso.

A partir de estos resultados, se dio inicio al Programa de Renovación de Registros Sanitarios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, el cual incluye una serie de acciones para mejorar el proceso de dictamen de renovación y el correspondiente a medicamentos nuevos, entre las que destacan la modificación al Reglamento de Insumos para la salud y a la Ley Federal de Derechos, la modificación al Acuerdo de Trámites Empresariales, así como la reestructuración de las áreas técnicas encargadas de la evaluación de estos trámites y la realización de programas y estrategias para el control de procesos.

La reestructuración llevada a cabo busca repositionar a la regulación sanitaria; fortalecer la vigilancia sanitaria, a través de la implantación de nuevos esquemas de autorregulación y de una autorización con certeza, y asegurar la calidad y eficacia de medicamentos, promoviendo que más medicamentos lleguen al sector público con bajo costo e igual calidad.

Es importante resaltar que el principal obstáculo para operar el citado programa, fue la falta de actualización del Reglamento de Insumos para la Salud. Por ello, el pasado 2 de enero de 2008 se publicó en el D.O.F. el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento de Insumos para la Salud, a partir del cual se precisan y definen los requisitos, condiciones y procedimientos para realizar las prórrogas de los registros sanitarios. Así mismo, y con el propósito de que los medicamentos cumplan cabalmente con las Buenas Prácticas de Fabricación, en dichas modificaciones se consideró efectuar la regulación a través de buenas prácticas; el cambio de paradigma de control administrativo al de vigilancia continua; la regulación de fármacos y medicamentos; establecer tiempos de entrega viables de acuerdo

con las demandas de la industria, y la renovación a través de procesos más simples y eficientes.

Para dar cumplimiento a los compromisos derivados de la entrada en vigor de las modificaciones al Reglamento, en lo relativo a la renovación de registros sanitarios, la COFEPRIS ha ejecutado las siguientes acciones:

- Actualización del marco de regulación de los medicamentos destinados a las instituciones públicas, actualizando los procedimientos de registro y evaluación de la seguridad, efectividad y calidad, adecuando los tiempos de respuesta administrativa y los mecanismos para la transición de los medicamentos que tienen registros indefinidos hacia un plazo determinado.
- Validación de los procesos de aseguramiento de calidad en las fases de producción para determinar las características de seguridad y eficacia de los productos, tanto de sus materias primas como de los productos finales.
- Cambios estructurales en el área técnica responsable de dictaminar las solicitudes de registros sanitarios, que incluyó la incorporación de más dictaminadores sanitarios.
- Creación del Centro de Control de Gestión, responsable del acopio y programación de los trámites que ingresan a la COFEPRIS.
- Conformación del Grupo de Apoyo Científico, compuesto por 6 profesionales especialistas en epidemiología, farmacología, genética, epidemiología clínica, administración/regulación y pediatría. Su función básica es la coordinación del comité asesor en ensayos clínicos, del comité de moléculas nuevas y del programa de revisión de prevenciones.
- En materia de infraestructura, se concluyó el sistema de digitalización electrónica, se trabaja en el desarrollo de los sistemas informáticos de vigilancia, seguimiento y dictamen (precursor del dossier electrónico), y se concluyeron las adecuaciones físicas de la unidad.

• Prescripción, dispensación y comercialización de medicamentos

De acuerdo con la OMS, en 2005 se estimaba que más de la mitad de todos los fármacos se prescribían, dispensaban o vendían de forma inapropiada, que sólo dos tercios de la población mundial tenía acceso regular a medicamentos y que casi la mitad de la población a la que se le prescribía algún medicamento no lo utilizaba de acuerdo a las indicaciones.

Los efectos de una mala medicación para la salud de los pacientes pueden ir de leves a muy graves; sin embargo, en nuestro país actualmente no se dispone de información confiable y rutinaria sobre la magnitud de los errores en la medicación por parte del personal de salud, ni sobre sus efectos en la salud, lo cual representa uno de los retos que enfrentará el sistema de salud mexicano a fin de garantizar la seguridad de los pacientes.

Respecto de la dispensación o venta de medicamentos, es necesario tomar en cuenta que la automedicación es un factor que aumenta los riesgos a la salud. Estudios realizados indican la existencia de diversos factores que motivan a la población para adquirir e ingerir medicamentos sin que medie alguna prescripción de profesionales de la salud, como por ejemplo, la escasez de tiempo o de recursos para acudir a consulta médica, la pérdida de credibilidad en las instituciones o en el personal de salud y la percepción de que algunas enfermedades son “automedicables” (gripe, resfríos, cefaleas, diarreas, etc.). También influye la información que recibe la población a través de los medios de comunicación, sobre todo en propaganda de medicamentos, así como la falta de cumplimiento de las normas en materia de dispensación y venta de estos insumos.

La falta de apego de los pacientes a las instrucciones para el consumo de medicamentos puede provocar consecuencias graves para la salud de la población, ya que el no ajustarse a la dosis recomendada, suspender el tratamiento antes del

tiempo recomendado, debido a que disminuyen los síntomas o molestias, o extenderlo más de lo indicado, puede provocar una resistencia a las sustancias que contienen los medicamentos y por lo tanto disminuir la efectividad de los mismos. Otro aspecto que se presenta con frecuencia son los daños provocados al utilizar simultáneamente varios medicamentos.

Además de estos problemas, en México no se cumple cabalmente con los ordenamientos legales en materia de venta o suministro de medicamentos, ya que en muchas de las farmacias del país se expenden medicamentos sin receta médica a pesar de que es necesaria su presentación para adquirirlos (Artículo 226. Ley General de Salud), lo que implica una violación a la legislación sanitaria y fomenta la automedicación. Tanto la Ley General de Salud como el Reglamento de Insumos para la Salud regulan gran parte de las funciones de los profesionales responsables del funcionamiento de farmacias, sin embargo, existen vacíos relacionados con la dispensación de medicamentos.

Otro fenómeno que incide en la aplicación del marco regulatorio, es la comercialización ilegal en tianguis y mercados de muestras médicas, medicamentos caducos o que no cuentan con registro sanitario, lo cual dificulta su regulación e incrementa los riesgos sanitarios entre la población. Del mismo modo, existen laboratorios clandestinos que para disminuir los costos de producción de los medicamentos no utilizan la sustancia del principio activo al que se refiere su fórmula original, los cuales son vendidos a los consumidores en establecimientos o lugares no autorizados.

Como parte de las actividades de atención farmacéutica en las farmacias, la COFEPRIS dará inicio al programa de dispensación de medicamentos a partir de la presentación de la receta médica debidamente requisitada. Con su implantación se espera establecer mecanismos que permitan comprobar fehacientemente que en las farmacias la dispensación de medicamentos se realiza sólo cuando se proporciona la receta médica, desarrollar la vigilancia sanitaria permanente a

fin de verificar el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente, impulsar el uso racional de los medicamentos e influir en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con el objeto de evitar la automedicación.

• Estrategia sanitaria integral de acopio y disposición final de medicamentos caducos

La industria farmacéutica constituye un sector que juega un papel importante en la investigación y procuración de la salud humana. Su funcionamiento, debido a sus costos, posee un balance entre insumos y productos, por lo que la generación de residuos es baja. Sin embargo, estos residuos presentan características de toxicidad que implican un riesgo para la salud de la población, lo cual hace necesario su tratamiento y disposición de manera adecuada y en apego a las disposiciones sanitarias vigentes.

Una parte importante de estos residuos lo conforman los medicamentos caducos que provienen de la industria, de los distribuidores de medicamentos, de hospitales y de la población que los consume.

Actualmente el único instrumento normativo existente en la materia es la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, sin embargo, dentro de la clasificación que realiza este instrumento sobre residuos peligrosos no se incluye a los medicamentos caducos, con lo cual existe un vacío normativo para la vigilancia sanitaria de estos productos.

Los residuos farmacéuticos se componen de los lotes de medicamentos rechazados en la industria y de los productos caducos distribuidos en los lugares de venta y en los hogares. El tratamiento y disposición adecuada de los medicamentos caducos representa uno de los retos más importantes en materia sanitaria a fin de evitar la proliferación de daños a la salud de la población.

La COFEPRIS, realizó un programa piloto en los estados de Morelos y Querétaro, con el objetivo de establecer un esquema para el acopio de medicamentos caducos entre la población de las ciudades y municipios conurbados de Cuernavaca y Santiago de Querétaro. El acopio de estos insumos se realizó en centros de salud, clínicas, hospitales y farmacias privadas seleccionadas previamente, los medicamentos recabados fueron destruidos mediante el co-procesamiento, a través de una cementera autorizada por la SEMARNAT, a fin de no generar residuos y logrando que el impacto al medio ambiente fuera nulo.

Algunos de los resultados obtenidos durante la prueba piloto en ambos estados son los siguientes:

- La evaluación de la campaña de comunicación de riesgos y de promoción del acopio de medicamentos caducos, difundida entre la población a través de medios impresos y audiovisuales, proporcionó información de que 83 por ciento de la población recordaba los mensajes transmitidos; 96 por ciento de los encuestados dijo que confía en la Secretaría de Salud para el desarrollo de este tipo de programas de acopio; 90 por ciento sabe qué son los medicamentos caducos; 32 por ciento identificó algún centro de acopio, y el 96 por ciento está de acuerdo que se establezcan centros de acopio para depositar los medicamentos caducos.

- Durante los dos meses que se recolectaron los medicamentos caducos en ambas ciudades se capturaron 9,858 kilogramos de producto, de los cuales el 20 por ciento correspondían a medicamentos proporcionados por el sector público y el porcentaje restante fueron adquiridos en el sector privado.
- Los medicamentos recolectados se clasificaron a fin de identificar qué medicamentos son los que la población desecha con mayor frecuencia, cuantos correspondían a muestras médicas y cuantos eran medicamentos falsificados. Los antibióticos y analgésicos fueron los medicamentos mayormente desechados, mientras que un 35 por ciento de los medicamentos recolectados correspondió a muestras médicas.

Como se pudo observar, la implementación de este tipo de proyectos proporciona a la ciudadanía un mecanismo confiable para el manejo adecuado de los medicamentos caducos, contribuyendo así para que estos insumos no puedan ser comercializados en el mercado informal y para reducir los riesgos a la salud de la población. Además, es necesario acompañar estas acciones con procesos que permitan actualizar y adecuar el marco normativo y la legislación en la materia y con el desarrollo de investigaciones tecnológicas relacionadas con el tratamiento y disposición final de los medicamentos.

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

Las causas que provocan que la población del país enferme y muera han cambiado durante las últimas décadas. Hoy el panorama epidemiológico está dominado por los padecimientos no transmisibles, las lesiones y los accidentes. Varias de estas enfermedades están relacionadas con el envejecimiento de la población, así como a los daños provocados por estilos de vida poco saludables.

Esta situación impone retos importantes al sistema de salud mexicano, el cual debe, por una parte, enfrentar la creciente demanda de servicios ocasionada por las enfermedades crónico degenerativas, las lesiones y los accidentes, misma que trae consigo la necesidad de otorgar atención médica de mayor complejidad, durante periodos prolongados y el uso de un volumen mayor de recursos, y por la otra, disminuir la incidencia de estos padecimientos, sobre todo entre los jóvenes y niños, a través de acciones de promoción y prevención de la salud que fomenten el desarrollo de los determinantes positivos de las condiciones de salud, como una alimentación adecuada, la higiene y la actividad física, entre otros.

En relación con este último punto, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, puso en marcha la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud (febrero de 2007), cuyo objetivo es disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas, junto con

intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

La estrategia se sustenta en la implantación de 10 componentes: 1) intervenciones por grupo de edad; 2) conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud; 3) programa único de comunicación en salud; 4) reforma de la acción comunitaria para la salud; 5) fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades; 6) desarrollo de capital humano en salud pública; 7) entornos favorables a la salud; 8) Políticas públicas saludables; 9) abogacía y gestión intersectorial a favor de la salud, y 10) generación de evidencias científicas para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Lo que se busca es desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud, donde lo importante es que la población adopte estilos de vida saludables, fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de enfermedades, accidentes y discapacidades. Sin embargo, para lograrlo es necesaria la participación decidida y conciente de la sociedad en su conjunto, lo que implica el desarrollo de instrumentos, mecanismos y herramientas que permitan atraer, fomentar y fortalecer la participación social.

En este sentido, durante la puesta en operación de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el ejecutivo federal instruyó a las dependencias a su cargo a

sumar esfuerzos para que la salud se constituya, verdaderamente, en un derecho de los ciudadanos y en un compromiso fundamental del Estado. Este llamado para establecer un “gran pacto nacional para la salud” se concretó el 30 de abril de 2007, con la firma, por parte de representantes del sector público, privado y social y de los tres órdenes de gobierno, de la *Alianza por un México Sano*, cuyo objetivo es establecer mecanismos que permitan a cada uno de los participantes, con base en su actividad principal o función, desarrollar acciones específicas a favor de la salud y coadyuvar a la ejecución de las políticas públicas.

Tanto la Estrategia Nacional como la Alianza por un México Sano, además de formar parte de las acciones planteadas en la estrategia 2 del PROSESA 2007-2012, son instrumentos que permiten dar cumplimiento a las estrategias 4.2 y 4.3 del PND 2007-2012, que establecen la necesidad de promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos, e integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades, respectivamente.

El reto en materia de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades es grande, dado que en materia de conductas personales existen diversos factores de riesgo que es necesario disminuir, como por ejemplo, el sobrepeso y la obesidad, las dislipidemias, el tabaquismo y alcoholismo, la hipertensión, el consumo de drogas, el sexo sin protección, y la violencia familiar, entre otros. Sin embargo, modificar los hábitos de los individuos es una de las tareas más difíciles de lograr, lo cual hace necesario la ejecución de nuevas e innovadoras formas para lograr dicho cambio. También, es necesario considerar que para crear espacios saludables, como escuelas, lugares de trabajo, centros de recreación, comunidades y municipios, se deben fortalecer, en primer instancia, los mecanismos de coordinación entre la SS y las autoridades responsables en estos ámbitos, a fin de ejecutar acciones de sensibilización y capacitación de la población en materia de los

beneficios que se obtienen al disminuir los riesgos en el entorno y para lograr una participación consciente del individuo en materia de autocuidado y corresponsabilidad en salud.

A partir de lo anterior, en 2007 se realizaron las siguientes acciones, cuyo objetivo es coadyuvar a la implantación adecuada de esta estrategia y al cumplimiento de los objetivos en materia de salud.

Línea 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

Construir una nueva cultura por la salud en México es indispensable, sobre todo al considerar los retos que imponen al sistema de salud los daños ocasionados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Además, es necesario tomar en cuenta que los logros en materia de control de las enfermedades del rezago epidemiológico deben extenderse hasta lograr que sus efectos en la población sean los mínimos posibles.

Una de las herramientas para lograrlo es la promoción de la salud, a través de la cual se fomentan cambios de actitud y de comportamiento entre la población que permiten interiorizar, como parte de la vida cotidiana, acciones como la adopción de una alimentación saludable, la higiene, la actividad física y el autocuidado de la salud.

La promoción de la salud, para que tenga los efectos deseados debe sustentarse en el compromiso real de las instituciones de salud y de otros sectores cuyas actividades aporten al mejoramiento de la salud. En este sentido, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades deben colocarse en el centro de las políticas públicas, fomentando y fortaleciendo la participación y coordinación de

los agentes involucrados y la construcción de un andamiaje que sustente el desarrollo futuro de estas acciones.

• Porcentaje de la población con Cartillas Nacionales de Salud

En 2002 se publicó el decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, el cual se constituye como el esquema a través del cual los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención en la salud que reciban en cada etapa de la vida. La utilización de estas cartillas, con base en la modificación al decreto del 28 de febrero de 2003, es de uso obligatorio en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a la SS determinar el formato único de las Cartillas Nacionales de Salud.

El sistema está constituido por las siguientes Cartillas Nacionales de Salud: 1) vacunación, que aplica para los individuos a partir de su nacimiento y hasta los 19 años de edad; 2) salud de la mujer, que es utilizada para registrar las acciones de prevención en las mujeres de 20 a 59 años de edad; 3) salud del hombre, que se proporciona a hombres de 20 a 59 años de edad, y 4) salud del adulto mayor, que permite registrar las acciones de prevención en la salud de las mujeres y los hombres de 60 años y más.

La distribución de las cartillas se realiza en las instituciones de salud del SNS, a partir de la entrega directa a los usuarios de los servicios. Con ello se busca promover estilos de vida saludables entre la población mexicana, bajo un esquema de responsabilidad compartida, además, su utilización permite promover la salud por medio de las acciones de los programas de prevención y promoción de la salud.

Como parte de las acciones en la materia, en 2007 se produjeron 9,010,000 cartillas nacionales de salud, de las cuales 8,687,769 se destinaron a cubrir las necesidades de los SESA y las restantes (322,231) se distribuyeron entre la Secretaría de

la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y los hospitales generales con sede en la ciudad de México.

Entre la población sin seguridad social, la cobertura de cartillas nacionales de salud es de 90.4 por ciento, esto gracias a que 53,396,376 personas de este grupo disponen de cartilla nacional respecto de la meta que es de 59,056,023; dicha cobertura representa un incremento del 12.3 por ciento respecto de 2006.

De los 8,687,769 documentos para los SESA, 2,429,588 correspondieron a cartillas nacionales de vacunación; 2,621,578 a cartillas de salud de la mujer; 1,743,146 de salud del hombre; 856,380 cartillas de salud del adulto mayor y 1,037,077 fueron anexos para el adolescente que forman parte de la cartilla nacional de vacunación; además se dispone de 200 mil documentos en un stock que permite responder a solicitudes extraordinarias.

En 2007 se firmaron con las entidades federativas 31 Anexos de Ejecución Específicos del Acuerdo de Coordinación para el otorgamiento de insumos (cartillas nacionales de salud) para la instrumentación de la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.

Para continuar fortaleciendo la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud de la población, en 2008 se tiene contemplado realizar las acciones siguientes:

1. Introducir las cartillas nacionales de salud 2008 como instrumento de registro de las acciones del Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
2. Incrementar la entrega y uso de las cartillas nacionales de salud un 1.3 por ciento, respecto del año previo.
3. Capacitar al personal operativo de las instituciones del SNS en el manejo, control y seguimiento de las cartillas nacionales de salud 2008.
4. Garantizar la producción y distribución de cerca de 12 millones de cartillas a nivel nacional.

Línea de acción 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

La construcción de entornos favorables a la salud es un requisito indispensable para lograr que la población desarrolle a plenitud sus capacidades y alcance el bienestar; sin embargo, existen factores que inciden negativamente para disponer de espacios seguros en los que la población pueda vivir, estudiar, trabajar y desarrollarse socialmente. Para enfrentar estos factores y generar entornos favorables a la salud, así como para reformar la acción comunitaria para la salud, y en congruencia con lo establecido en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, se han desarrollado las acciones siguientes.

• Porcentaje de comunidades certificadas

Durante 2007, se coadyuvó al desarrollo de políticas saludables a nivel municipal, las cuales propicien el interés y la voluntad de las autoridades locales, el apoyo de los sectores involucrados y la participación de la sociedad en la definición de prioridades y solución de los problemas que limitan los esfuerzos por modificar los determinantes de salud y el desarrollo de entornos saludables. De igual forma, se incentivó la participación de los municipios promotores de la salud para que desarrollaran proyectos de promoción de la salud vinculados a la salud pública.

Otro aspecto necesario para reformar la acción comunitaria es lograr que la población participe de manera informada, consciente, activa, voluntaria y organizadamente en los procesos de toma de decisiones, ejecución, evaluación y control de las acciones locales de promoción de la salud.

Por ello, durante 2007 se orientó a la población sobre los entornos favorables y sobre la forma de transformar los determinantes de la salud a nivel individual, familiar y colectivo. Estas acciones, además, son un mecanismo que permite incentivar el empoderamiento de las personas y las comunidades, a fin de lograr la corresponsabilidad en el desarrollo integral comunitario y sobre el mejoramiento de la calidad de vida, aspectos necesarios para reconocer a las “Comunidades Saludables”.

Resalta también el apoyo técnico y financiero brindado a los proyectos basados en diagnósticos municipales de salud y derivados del Programa de Comunidad Saludable, cuyo objetivo fue mejorar el nivel de salud en las comunidades. Como parte de estos apoyos se otorgó asesoría técnica a los municipios para el mejor desarrollo de sus proyectos, y se reorientó a los Comités Locales de Salud para que identificaran sus determinantes y para elaborar, ejecutar y evaluar sus planes de trabajo, contando con la participación activa y corresponsable de la población.

Con la implementación de cursos para la formación de agentes y procuradoras, personal de salud y comités locales de salud se logró potencializar el trabajo comunitario, lo que se tradujo en 80 banderas blancas izadas en localidades de alto riesgo, con ello hasta la fecha se cuenta con 2,817 localidades con bandera blanca. Todo ello permitió que en 2007 se incorporaran 150 municipios al programa y que se certificaran 145 comunidades como saludables. Con ello se tiene un acumulado de 1,853 municipios por la salud y 1,412 comunidades certificadas como saludables.

Gracias a las acciones desarrolladas se impulsó notablemente la participación municipal y comunitaria en el diseño y ejecución de proyectos municipales de promoción de la salud de alta prioridad que abarcan 17 temas de salud pública, entre los que sobresalen salud reproductiva y mortalidad materna con 68 proyectos, manejo de residuos sólidos con 31 proyectos, salud del adulto y del anciano con 22, uso y consumo adecuado del agua con 20 y enfermedades transmitidas por vector,

destacando los 20 proyectos municipales de promoción de la salud relacionados con el dengue.

Por otra parte, se realizaron ocho talleres sobre la construcción de la base social en salud dirigidos a los Comités Locales de Salud en ocho entidades federativas; se elaboró el plan operativo de prevención y control del dengue en colaboración con el programa de vectores; se capacitó a los responsables del programa en las 32 entidades federativas sobre orientación alimentaria y actividad física, y se evaluaron y dictaminaron 262 proyectos municipales en 2007, con lo que se tiene un acumulado de 1,320 proyectos en lo que va de la presente administración. (Cuadro III.4)

El monto que asigna el programa como apoyo a cada proyecto seleccionado es del 50 por ciento del costo total del mismo, con un tope máximo de hasta 200 mil pesos en una sola exhibición. El municipio tiene la obligación de financiar la cantidad complementaria para la ejecución del proyecto, la cual no puede ser menor a la cantidad asignada por el programa. De esta forma en 2007, la aportación federal a los municipios fue de 46.1 millones de pesos, mientras que la aportación municipal ascendió a 88.1 mdp. Respecto de 2006, el número de proyectos enviados para obtener recursos en 2007 se incrementó un 1.28 por ciento.

A fin de concretar la implantación de esta línea de acción, la SS, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) deberá enfrentar los siguientes retos:

1. Incorporar el componente de entornos saludables al desarrollo de las actividades, como un elemento que enfatiza la creación de ambientes saludables y facilita la modificación de los estilos de vida individual y colectiva.
2. Crear un sistema de certificación de entornos favorables para la salud, consensuado con las dependencias correspondientes.
3. Construir la base social mediante el empoderamiento de la población para la modificación de sus determinantes de salud y para la sustentabilidad de los servicios de salud.
4. Lograr la vinculación efectiva con los 14 programas prioritarios de salud pública, para intervenir en forma conjunta y con responsabilidad compartida.

• **Porcentaje de escuelas certificadas**

Las escuelas son espacios destinados a brindar los conocimientos y habilidades que permitan a los alumnos contar con mejores elementos y herramientas para lograr su desarrollo, por tal motivo, es esencial que en estos espacios se disponga de entornos favorables en los que se garantice los siguientes elementos: seguridad, higiene, áreas libres de humo de tabaco, disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos, acciones que faciliten y promuevan el desarrollo de la actividad física, señalización sobre riesgo y áreas de seguridad, dotación de información y orientación visual y que dispongan de condiciones de accesibilidad para personas con capacidades diferentes.

Además, las escuelas son espacios propicios para fomentar la salud y la prevención de enfermedades, no sólo entre la población estudiantil, sino también entre sus tutores. Por este motivo la SS refuerza las acciones desarrolladas en años previos, con base en los procesos de certificación de escuelas de educación básica como saludables y seguras.

Durante 2007, estas acciones se orientaron a fortalecer la gestión local con los directivos de las escuelas a fin de lograr su incorporación al

Cuadro III.4
Situación de los proyectos municipales de promoción de la salud y recursos utilizados, México 2007

Proyectos recibidos	Total proyectos evaluados y dictaminados	Proyectos beneficiarios	Recusos originales 1/	Recursos adicionales 1/	Total recursos 1/
598	262	162	29.1	17	46.1

1/ Cifras en millones de pesos
Fuente: DGPS-SPPS

programa de la Secretaría de Salud; al izamiento de Banderas Blancas, que es el paso previo a la certificación al haberse cubierto el 50 por ciento de lo establecido en el programa, incluyendo el diagnóstico de salud de los escolares, distribución de alimentos nutritivos e higiénicos en las cooperativas, desarrollo de los contenidos de salud en los programas de educación básica y la disponibilidad de señalamiento de zonas de riesgo en el plantel.

Como parte del Programa Escuela y Salud se valora que los alumnos tengan su esquema de vacunación completo; que se hayan proporcionado por lo menos el 80 por ciento de las ayudas funcionales solicitadas; que se efectúe y vigile la referencia de alumnos con problemas de salud que ameriten atención en unidades de atención médica, contando con el apoyo de los padres de familia o tutores; el manejo y control de desechos y fauna nociva; asegurar que la escuela esté libre de humo de tabaco, e instalar o mantener activo el Consejo Escolar de Apoyo al Programa.

A partir de las acciones desarrolladas fue posible contar en 2007 con un acumulado de 23,289 escuelas en el Programa de Escuela y Salud. El número de escuelas certificadas hasta 2007 es de 4,823, lo que representa 20 por ciento de la meta para 2012 que es de 24,115 escuelas. (Cuadro III.5)

Los avances han sido importantes en este programa, sin embargo, es necesario enfrentar los retos siguientes:

1. Fortalecer la recertificación a fin de mantener la cifra acumulada de escuelas certificadas como saludables.
2. Transitar del Paquete de Servicios de Salud para Escolares (PASSE) al Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción de la Salud, el cual es más amplio y requiere de una mayor corresponsabilidad de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación Pública.
3. Ampliar la cobertura del programa a los niveles de educación media y superior.

Cuadro III.5

Concentrado de actividades del Programa de Escuela y Salud, México 2007 1/

Actividad	Nivel educativo			Total
	Preescolar	Primaria	Secundaria	
Alumnos detectados	952,547	2,767,974	785,586	4,506,107
Alumnos referidos a unidad de salud	319,086	961,816	242,192	1,523,094
Alumnos atendidos con tratamiento	223,618	572,515	171,616	967,749
Alumnos atendidos con ayuda funcional	8,215	24,314	8,452	40,981
Visita a escuela para incorporación (en proceso)	6,820	13,258	3,211	23,289
Visita intermedia a escuelas (Izamiento de Bandera Blanca)	1,650	1,922	923	4,495
Visita final a escuelas (Certificación de Escuela Saludable)	1,526	2,377	920	4,823

1/ Información obtenida del SIS el 02 de abril de 2008
Fuente: SPPS-SS

4. Incidir en la modificación de los determinantes de la salud de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en los tres niveles educativos.
5. Fomentar el interés de los directivos de las escuelas para incorporarse al programa.
6. Coadyuvar a la reorganización del programa y de manera paralela a la gestión de más recursos para su operación.

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

Debido a los daños y efectos que provocan las infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo el VIH/SIDA, en los individuos que las padecen, en el entorno familiar y social y en general para el desarrollo de los países, su combate es motivo de preocupación mundial, mismo que ha sido refrendado en diversos compromisos, como por ejemplo, la Declaración del Milenio y en diversas asambleas de la Organización de la Naciones Unidas.

La presencia de estas infecciones se vincula con aspectos tales como la pobreza y marginación de la población y con prácticas sexuales sin protección, afectando principalmente a

hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables y a trabajadores del sexo comercial.

Para disminuir la incidencia de estos padecimientos y prevenir su aparición, en México el sector salud desarrolla acciones tendientes a extender y fortalecer la promoción de prácticas sexuales responsables y seguras, principalmente entre los grupos de población más vulnerable, y la participación activa de individuos, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones y dependencias que tienen vinculación con el tema. Cabe señalar que desde el 2003, la SS busca garantizar que todos los pacientes con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos antirretrovirales.

• Porcentaje de población con comportamientos de riesgo que se realiza pruebas de detección del VIH

Las actividades de detección de enfermedades son esenciales para definir la magnitud del problema a enfrentar y para elaborar los programas de actividades correspondientes, por tal motivo, durante el 2007, se dio seguimiento al indicador relacionado con el porcentaje de población con comportamientos de riesgo que se realizó la prueba de detección del VIH en los servicios públicos de salud.

Los resultados muestran que un 8.7 por ciento de esta población acudió a los servicios de salud públicos a realizarse la prueba de manera voluntaria, lo que representa un incremento del 14.5 por ciento respecto del porcentaje de 2006; por otra parte, respecto de la meta planteada para 2007 (9.1 por ciento) se alcanzó un 96 por ciento de logro, lo que significa que es necesario fortalecer aún más los procesos de comunicación y consejería entre la población con prácticas de riesgo, a fin de fomentar la detección voluntaria y así evitar el incremento en la incidencia de esta enfermedad.

• Porcentaje de embarazadas con detección del VIH

La población de mujeres embarazadas es un grupo poblacional de máxima relevancia para la prevención y control del VIH/SIDA, ya que la detección tardía de la enfermedad puede ocasionar daños irreversibles tanto en la madre como al recién nacido, y en los casos más graves provocar la muerte del binomio madre/hijo. Por este motivo, en la SS se plantea fortalecer la detección del VIH en mujeres embarazadas, a fin de disponer de elementos que permitan ofrecer de manera oportuna la atención y los insumos necesarios para evitar dichos daños. El dato disponible para las instituciones públicas de salud hasta el momento (2006) indica que la cobertura de detección entre las mujeres embarazadas es de 7.3 por ciento. A partir de ello, el reto es lograr que durante el 2007 se realicen pruebas de detección del VIH en el 22.8 por ciento de las embarazadas del país y que para el 2012 se logre realizar la detección en el 100 por ciento de estas mujeres. La cifra 2007 de este indicador no se encuentra disponible por ahora.

• Porcentaje de embarazadas con detección de sífilis

La detección de sífilis entre las mujeres embarazadas es otra de las actividades prioritarias dentro del programa de acción específico en materia de ITS y VIH/SIDA que se desarrollará durante la presente administración. El dato para 2006 (último disponible) indica que 54 por ciento de las embarazadas que se atienden en las instituciones públicas del país se realizaron la prueba de detección de sífilis, cifra que supera en 13.7 puntos porcentuales al porcentaje reportado en 2005. Para el 2007 se espera alcanzar una cobertura del 61.7 por ciento de las embarazadas y como meta para 2012 lograr cubrir a la totalidad de las mujeres embarazadas.

que se atienden en los servicios de salud públicos del país. La cifra 2007 de este indicador no se encuentra disponible por el momento.

Línea de acción 2.9 Prevenir y controlar la tuberculosis

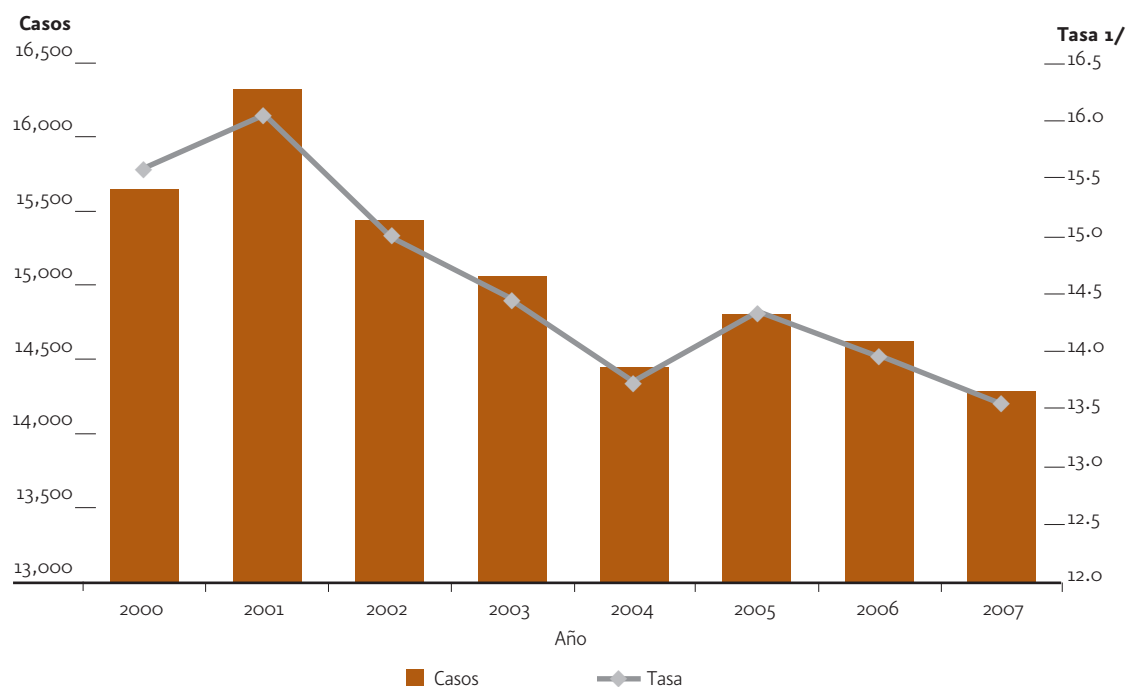
En México, a pesar de los logros en materia de prevención y control de la tuberculosis (TB), todavía se registran en promedio 2,000 muertes y un poco más de 14,000 casos nuevos de tuberculosis pulmonar al año. (Figura III.7) De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la TB, un 95 por ciento de los casos de esta enfermedad se presentan en población económicamente activa; 82 por ciento de los pacientes son confirmados a través de pruebas de laboratorio (baciloscopia, cultivo o histopatología), 10 por ciento por ra-

diología y el resto se diagnostican por estudios clínico/epidemiológicos; además, más del 95 por ciento de los casos ingresan a tratamiento supervisado. Este sistema también aporta información que permite establecer que 50 por ciento de los casos de TB registrados presentan alguna enfermedad asociada (comorbilidad), destacando que el 20 por ciento de los casos se vincula con la diabetes mellitus, 13 por ciento a desnutrición, 7 por ciento al alcoholismo y un 4 por ciento al VIH/SIDA, entre las más frecuentes.

Dada la importancia que tiene para la salud de la población mexicana el prevenir y controlar la tuberculosis, y en respuesta al compromiso de México ante la Organización de las Naciones Unidas de dar cumplimiento a las metas establecidas en los ODM para el año 2015, en el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012* se estableció la "línea

Figura III.7

Casos e incidencia de tuberculosis pulmonar, México 2000-2007



1/ Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, DGE-SS

de acción 2.9 prevenir y controlar la tuberculosis”, la cual coadyuvará al cumplimiento de la estrategia para fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades. La implantación de esta línea de acción a nivel sectorial busca que las instituciones de salud unifiquen y homologuen sus estrategias y acciones a fin de conformar un frente común ante este problema de salud. Por su parte, el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de la Tuberculosis, que la SS implementará durante la presente administración, tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones más eficientes para la detección, prevención y tratamiento oportuno de los enfermos de TB.

Cabe señalar que además de tomar en consideración la situación actual de la tuberculosis en el país y los retos a enfrentar; la definición de las estrategias y acciones de este programa de acción tomaron en cuenta los objetivos y estrategias del “Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015” de la OPS, que forma parte del marco para la estrategia global DOTS/TAES.

A partir de ello, las actividades sustantivas que se fortalecerán durante este período son la detección de calidad en diagnóstico oportuno y el tratamiento efectivo.

• Porcentaje de pacientes con TB que egresan por curación

Una forma de medir la efectividad del programa de tuberculosis es con el indicador “porcentaje de pacientes con TB que egresan por curación”. Para mejorar los logros en este rubro, es necesario que el personal de salud se adhiera a los estándares definidos en el programa y que promueva el apego de los pacientes al tratamiento.

Por ello, durante el 2007 se han fortalecido las acciones dirigidas a mejorar las competencias técnicas y operativas, tanto para la detección y diagnóstico como para el tratamiento, del personal médico, paramédico y microscopistas en unidades

y laboratorios del Sector Salud y de la práctica privada. Esto permite intensificar y expandir las acciones en beneficio de la población en general, pero sobre todo entre los grupos vulnerables.

En 2007 se logró el éxito terapéutico en el 78 por ciento de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar, detectados a través de baciloscopía positiva que recibieron tratamiento. Estos resultados deben comprometer la consolidación de logros y redefinir la meta para 2012. Esta última debe perseguir un nivel más alto como el logrado en el Salvador, Costa Rica, Cuba, Chile, Perú y Paraguay, países con porcentajes de éxito en el tratamiento por arriba del 90%.

• Porcentaje de casos de TB en tratamiento supervisado

La falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente favorece la aparición de cepas resistentes a los medicamentos, situación que complica el control de la enfermedad en términos poblacionales. Por otra parte, el abandono del tratamiento significa un fracaso para los servicios y, lo que es más grave, se compromete la expectativa de vida de un enfermo.

Garantizar el tratamiento a los enfermos de TB es responsabilidad de los servicios de salud por lo que la NOM-006-SSA2-1993 establece los esquemas de tratamiento para cada tipo de pacientes, los cuales deben ser supervisados por personal de salud o personal comunitario capacitado (tratamiento acortado estrictamente supervisado “TAES”). Sin embargo, a pesar de la importancia de brindar el tratamiento específico para cada tipo de paciente, actualmente no se dispone de información sectorial sobre el porcentaje de casos nuevos de tuberculosis pulmonar con tratamiento supervisado en relación con los que ingresan a tratamiento.

En este sentido uno de los retos del programa es fortalecer los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica mediante el impulso de

la Plataforma Única de Información: módulo tuberculosis a fin de consolidar la integración de datos a nivel sectorial y a la par, expandir la estrategia del TAES. A partir de ello, se espera contar con evidencias sobre los logros obtenidos en materia de diagnóstico, tratamiento y curación de los pacientes de TB dentro de las instituciones públicas de salud.

Otras de las acciones a desarrollar en el corto plazo son: establecer un programa interprogramático de control para el binomio TB-VIH; concluir la Encuesta Nacional de Farmacorresistencia en Tuberculosis; fomentar la investigación operativa en TB; fortalecer la red de laboratorios en baciloscopía, cultivo y pruebas de sensibilidad de manera interinstitucional, incluyendo un sistema de gestión de la calidad, y concluir los proyectos programados con apoyo de la sociedad civil, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en Inglés) y otros organismos nacionales e internacionales.

Finalmente, el programa presenta retos importantes para lograr su consolidación y para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos establecidos para el sector salud en su conjunto. Entre ellos destacan los siguientes:

- 1) Consolidar la expansión de la estrategia TAES de calidad y mejorarla.
- 2) Enfrentar con eficacia la TB/VIH, la tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y otros problemas asociados.
- 3) Contribuir a fortalecer los servicios de salud en tuberculosis.
- 4) Involucrar a todo el personal de salud público y privado.
- 5) Empoderar a enfermos por la tuberculosis y a las comunidades para mejorar los procesos de detección, diagnóstico y tratamiento.
- 6) Posibilitar y promover el desarrollo de investigaciones en la materia.

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

Dentro de los atributos deseables de cualquier sistema de salud en el mundo se encuentra el de la calidad, atributo a partir del cual pueden valorarse aspectos tales como efectividad, eficiencia, y seguridad en el otorgamiento de los servicios de salud a la población. Además, disponer de servicios de salud de calidad implica que éstos cumplen con las expectativas de los usuarios, en términos de dignidad en el trato, prontitud de la atención, condiciones adecuadas en materia de limpieza, espacio, privacidad y comodidades básicas y que permiten y favorecen el manejo adecuado y confidencial de la información sobre los usuarios y el apoyo a los pacientes a través de su red social.

Para el Gobierno de la República, brindar servicios de salud eficientes, con calidad, trato digno y seguridad para el paciente es un objetivo ineludible, el cual deberá cumplirse a través de la línea de acción para implantar el sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) en el SNS. En congruencia con ello, el sistema de salud mexicano ha hecho esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios otorgados a la población, registrándose logros importantes en los últimos años, sobre todo en materia de calidad interpersonal. Sin embargo, existe heterogeneidad técnica y de gestión de los servicios que se expresan en las diferencias observadas en el volumen de partos atendidos por cesárea, el porcentaje de apéndices perforados en unidades hospitalarias del sector público, el promedio de días estancia para intervenciones específicas y el número de intervenciones quirúrgicas por quirófano, y el riesgo de ocurrencia de

eventos adversos, entre muchas otras diferencias. También es necesario resaltar que la infraestructura y equipamiento inadecuado de las unidades de atención no contribuye a mejorar la calidad dentro del sistema de salud.

En congruencia con el PND 2007-2012, en el PROSESA 2007-2012 se estableció como estrategia el “situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud”, la cual busca coadyuvar a mejorar las condiciones de salud de la población, a través de garantizar que los servicios de salud que se otorgan sean efectivos, seguros y que respondan a las expectativas de la población. Para lograrlo, estos servicios deben ofrecerse en unidades dignas, que dispongan de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos y materiales adecuados, permitiendo también que los prestadores de los servicios desempeñen sus funciones de forma satisfactoria y eficiente.

Lograr esto en el SNS representa un reto importante para la actual administración, y para hacerlo se definieron diversas líneas de acción que permitirán operacionalizar y dar cumplimiento a esta estrategia y a los objetivos trazados.

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

Esta línea de acción tiene como objetivo establecer y consolidar, a nivel sectorial, el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), a partir del cual

se garantice la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes, con base en la incorporación de la medicina basada en evidencia, del modelo de calidad total, de la difusión de buenas prácticas y de la participación ciudadana.

Dentro de las actividades que en 2007 se han desarrollado, destacan las siguientes:

• Premio Nacional de Calidad y Premio a la Innovación en Calidad en Salud

El Premio Nacional de Calidad, que la SS implantó desde el año 2002, es uno de los elementos que conforman la estrategia SICALIDAD. Su propósito es reconocer a las organizaciones que logren los mayores avances en la implantación del Modelo de Gestión de Calidad Institucional, así como promover la comparación referencial de las mejores prácticas de calidad entre las diversas unidades del sistema nacional de salud. Cabe señalar que durante el 2007 se decidió otorgar un reconocimiento a las unidades médicas que establecen proyectos innovadores para la mejora de los servicios de salud, vinculados con aspectos de calidad técnica, mejora organizacional y calidad percibida por los usuarios.

Generar un cambio orientado a lograr la excelencia dentro de las organizaciones requiere de un proyecto consistente que premie y reconozca los esfuerzos y los avances en materia de oportunidades de mejora y toma de decisiones que cotidianamente enfrentan las organizaciones y que inciden en la calidad de los servicios. Además, que se constituya en un incentivo para que las instituciones participen activamente del cambio. Estos son los fundamentos que rigen los reconocimientos que realiza la SS en materia de calidad.

Con la implementación del Premio Nacional de Calidad en Salud y con la incorporación del Premio a la Innovación en Calidad, se han registrado los siguientes resultados. (Cuadro III.6 y Cuadro III.7)

Cuadro III.6
Aspectos relacionados con el Premio Nacional de Calidad, México 2002-2007

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Entidades federativas participantes	18	21	27	31	31	28
Unidades registradas	85	155	664	1,119	690	445
Unidades evaluadas (reporte breve)	85	155	507	448	690	400
Unidades evaluadas (reporte extenso)			64	91	77	A premiar en 2008
Unidades evaluadas (visita de campo)			14	22	24	A premiar en 2008

Fuente: Reportes breves y extensos de las unidades participantes, DGCES-SS

• Acreditación y garantía de calidad

Con la creación del Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal, a través de la SS, y los gobiernos estatales, han conjuntado esfuerzos para brindar protección en salud y financiera a los mexicanos que carecen de seguridad social. Para coadyuvar a cumplir con estos cometidos se estableció en la Ley General de Salud (LGS) y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, la obligación de acreditar los establecimientos que deseen incorporarse a la red de prestadores que atiende a los beneficiarios del SPSS.

De esta forma, la acreditación es un procedimiento de auditoría inicial que valora las condiciones de capacidad, seguridad y calidad con que los establecimientos de atención médica otorgan los servicios incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Catálogo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos vigentes, mismos que fueron establecidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. La aplicación de este proceso, además, constituye la garantía de calidad para las familias afiliadas al SPSS.

De acuerdo con información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

Cuadro III.7

Establecimientos ganadores del Premio Nacional de Calidad premiados en 2007

Año				
2002	2003	2004	2005	2006
Centro de Salud “El Pilar”, Coah.	Hospital Salud Mental de Villahermosa, Tab.	Hospital General “Dr. Bernardo J. Gastelum”, Sin.	Hospital “Río Blanco”, Ver.	Laboratorio de Salud Pública de Veracruz, Ver.
Jurisdicción Sanitaria Lagos de Moreno, Jal.	Hospital General San Juan del Río, Qro.	Hospital de Especialidades del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, Tab.	Centro de Salud CAAPS “Tierra Colorada”, Tab.	Centro de Transfusión Sanguínea de Hidalgo, Hgo.
	Centro de Salud Urbano “Dr. Juan Manuel González Ureña”, Mich.	Laboratorio de Salud Pública de Aguascalientes, Ags.	Centro de Salud Rural “Guerrero”, Chih.	Hospital General de Reynosa, Tamps.
	Centro de Salud Rural “San Pedro Novolato”, Sin.		Laboratorio de Salud Pública de Tamaulipas, Tamps.	Centro de Salud Urbano de Morelia, Mich.
				Centro de Salud Rural –3NB “La Tebaira, El Rosario”

Fuente: Dictámenes del Comité Técnico, DGCES-SS

de la SS, el número acumulado de establecimientos de atención médica que han obtenido la acreditación al 31 de diciembre de 2007 asciende a 4,080 unidades, cifra que representa el 93.7 por ciento de las 4,355 unidades que hasta ese momento se habían incorporado al SPSS. De las 4,080 unidades acreditadas, 2,164 establecimientos que prestan servicios al SPSS obtuvieron su acreditación durante el 2007, lo que equivale, de acuerdo con la meta establecida en el “plan anual de acreditación” para ese año, al 90.8 por ciento. (Cuadro III.8)

Es importante resaltar que en la elaboración del plan de acreditación participaron los 32 Servicios Estatales de Salud (SESA), lo que permitió determinar y validar las metas correspondientes, pero más importante aún fue que se estableció el compromiso de cumplir con ellas. De hecho, en 13 entidades federativas se superó la meta, resaltando el caso de Oaxaca, donde se acreditaron 96 centros de salud más de los 56 que se tenían programados, y el de Zacatecas donde se acreditaron

15 centros de salud más de los 27 programados. Esto implica que las entidades federativas, y en particular las unidades de atención, están realizando esfuerzos considerables para cumplir con los requerimientos mínimos establecidos en el Manual para la Acreditación.

Otro aspecto a resaltar es que los SESA han dado mayor énfasis a la acreditación de unidades de primer nivel de atención, es decir, del total de unidades acreditadas en 2007 el 98 por ciento correspondió a centros de salud (2,132). (Cuadro III.8)

Para mantener este impulso en la acreditación de unidades de atención médica durante el 2007, la DGCES convalidó los criterios de acreditación para unidades móviles del programa “Caravanas de la Salud” y elaboró y publicó el nuevo “Manual de Acreditación y Garantía de la Calidad” el cual puede obtenerse en el siguiente sitio de Internet: www.calidad.salud.gob.mx. De igual forma se elaboró el programa de supervisión de unidades

acreditadas y el correspondiente a la medición de impacto de la acreditación en la calidad de los servicios de salud, y también se determinaron los contenidos del Plan de Contingencia para unidades que no superen la acreditación.

Otras acciones realizadas en 2007 fueron la elaboración de la cédula para la atención del cáncer de mama y la participación en el grupo de consenso de malformaciones congénitas para el Seguro Médico de una Nueva Generación (SMNG).

• Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión

Los “Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión” tienen su origen en el año 2002, dentro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y se implantaron con el objetivo de motivar a las unidades de atención médica para que mejoren la calidad de los servicios que otorgan a la población, medida ésta a través del monitoreo de indicadores relacionados con los procesos mejorados, otorgando para ello, a través de la firma de un convenio, apoyos financieros que permitan ejecutar los proyectos propuestos por unidades de atención ambulatoria y hospitales (generales y de especialidad).

En 2007, tomando en consideración los antecedentes del proyecto, los avances y necesidades del sistema, se realizaron adecuaciones a este proyecto, mismo que forma parte del programa SICALIDAD, entre las que sobresalen: asignarle una nueva denominación –en sus inicios se conocieron como Acuerdos de Gestión– a fin de resaltar el objetivo de calidad y asociarlo a un compromiso, a través del convenio; la incorporación dentro del comité técnico de representantes de otras áreas de la SS, como la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS, así como, la realización de modificaciones a los criterios de adjudicación de recursos a los proyectos.

Cuadro III.8

Establecimientos acreditados que prestan servicios al SPSS por entidad federativa de acuerdo con el Plan de Acreditación 2007, México 2007

Entidad federativa	Meta 2007 1/			Acreditadas			% cumplimiento
	CS	HG	Total	CS	HG	Total	
Aguascalientes	28		28	28		28	100.0
Baja California	12		12	13		13	108.3
Baja California Sur	62		62	54		54	87.1
Campeche	31	4	35	30	2	32	91.4
Chiapas	31		31	32		32	103.2
Chihuahua	38	2	40	20	2	22	55.0
Coahuila	30	4	34	35	1	36	105.9
Colima	25		25	23		23	92.0
Distrito federal	51	6	57	39	11	50	87.7
Durango	20	1	21	20	1	21	100.0
México	247		247	252	2	254	102.8
Guanajuato	203		203	220	4	224	110.3
Guerrero 2/	250		250	54		54	21.6
Hidalgo	86		86	85		85	98.8
Jalisco	93		93	106	2	108	116.1
Michoacán	46		46	16		16	34.8
Morelos	136		136	69		69	50.7
Nayarit	77	1	78	91		91	116.7
Nuevo león	125		125	152	3	155	124.0
Oaxaca	56		56	152		152	271.4
Puebla	100	18	118	70	1	71	60.2
Querétaro	30		30	42		42	140.0
Quintana Roo	30		30	29		29	96.7
San Luis Potosí 2/	12		12	8		8	66.7
Sinaloa 2/	19	3	22	22		22	100.0
Sonora	77	2	79	31		31	39.2
Tabasco	155		155	155		155	100.0
Tamaulipas	41	2	43	50		50	116.3
Tlaxcala	28		28	28		28	100.0
Veracruz	108		108	120	10	130	120.4
Yucatán 2/	76	1	77	44	1	45	58.4
Zacatecas	27		27	42		42	155.6
Federales					2	2	100.0
Total	2,350	44	2,394	2,132	42	2,174	90.8

1/ Meta pactada con las entidades y validada por el titular de los servicios estatales de salud

2/ Estados que ajustaron su meta después de publicarse el plan anual de acreditación

Fuente: DGCES-SS

Estas modificaciones permiten que el proceso sea más objetivo, específico y transparente, al generar información, a través de una cédula de evaluación, que apoya el dictamen de los proyectos propuestos, identifica las características de

las unidades solicitantes, la participación previa mediante la solicitud de financiamiento para otros proyectos, los principales problemas en materia de calidad que enfrenta la unidad, las acciones en calidad que ya tiene establecidas y la descripción completa del proyecto propuesto, incluyendo los resultados esperados, los recursos solicitados y la distribución de los mismos dentro del proyecto. Cabe destacar que en la adjudicación del financiamiento se da prioridad a los proyectos que permiten obtener la acreditación de las unidades, y mejorar la calidad en unidades que prestan servicios al SPSS y al programa Oportunidades.

A partir de ello, de 2002 a 2007 se han registrado los siguientes resultados. (Cuadro III.9)

Las 1,344 propuestas recibidas en 2007 fueron enviadas por 30 estados, el Distrito Federal y los Hospitales Federales de Referencia. De éstas, 223 obtuvieron la autorización para ser financiadas, con lo que se beneficiará el desarrollo de proyectos en 137 unidades de primer nivel y 86 de segundo nivel. Los recursos transferidos en total ascendieron a 18,190,000 pesos.

La sensible disminución en el número de proyectos financiados se explica en función de que en este año se dio prioridad a los proyectos cuyo objetivo fue lograr mejoras en la calidad técnica en la prestación de los servicios de salud, con el fin de apoyar la acreditación de unidades.

• Construir ciudadanía en salud:
Aval Ciudadano

El aval ciudadano, conformado por las organizaciones de la sociedad civil, tiene el propósito de cumplir las expectativas de los usuarios de los servicios de salud y fomentar la participación de la sociedad en aspectos relacionados con la calidad percibida de los servicios, la cual incluye desde la percepción sobre el confort dentro de las unidades de atención, hasta el trato digno y la información que proporcionan los trabajadores de la salud. Durante el 2007, a este proyecto se habían incorporado 4,784 unidades médicas de los SESA y del Gobierno del Distrito Federal, así como 47 unidades de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 9 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), una del sector privado y 17 unidades correspondientes a otras instituciones prestadoras de servicios de salud.

Este proyecto, orientado a construir ciudadanía en salud a través de la figura del aval ciudadano, desde sus inicios en el año 2002 ha obtenido resultados concretos. A diciembre de 2007 se han instalado y están activos en las 32 entidades federativas del país 5,256 avales ciudadanos, de los cuales 1,698 están constituidos por organizaciones no gubernamentales (ONG),

Cuadro III.9
Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión y financiamiento otorgado, México 2002-2007

Concepto	Año						Total acumulado
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Financiamiento otorgados en Acuerdos de Gestión	1,500,000	6,500,000	24,090,000	26,500,000	27,214,246	18,190,000	103,994,246
Propuestas recibidas	18	75	518	879	1,251	1,344	4,085
Propuestas financiadas	18	70	303	340	449	223	1,403

Fuente: Dictámenes del Comité Técnico, DGCES-SS

organizaciones de la sociedad civil (OSC), asociaciones civiles (AC), instituciones de asistencia privada (IAP), universidades y otras instituciones educativas, grupos y asociados jurídicamente no constituidos, entre otros.

Cabe señalar que durante el año de 2006 se registraron 2,500 organizaciones, sin embargo, no todas se mantuvieron activas en el programa o se constituyeron pero no fue posible su consolidación. A pesar de ello en 2007, con los 1,698 avales conformados por las diversas organizaciones y los 3,558 avales ciudadanos participando a título individual, se realizaron en el territorio nacional 9,052 visitas a 4,858 unidades médicas, cifra que representa un incremento del 29.3 por ciento respecto de las visitas efectuadas en 2006 (7,000 visitas). Del total de visitas 3,147 fueron avaladas en transparencia de trato digno, es decir, que los monitoreos realizados por los avales tuvieron diferencias menores al 20 por ciento respecto al monitoreo realizado por el personal de la propia unidad médica, lo cual ha contribuido a recuperar la confianza de los ciudadanos en las instituciones de salud.

Durante las visitas se formularon 6,687 sugerencias, destacando las relacionadas con el rubro de surtimiento de medicamentos al representar el 30 por ciento de las recomendaciones realizadas y el rubro de instalaciones que concentró el 19.5 por ciento de las recomendaciones. Cabe señalar que, a partir de las sugerencias realizadas por los avales ciudadanos, se formularon 4,927 cartas compromiso, atendándose 604. (Figura III.8)

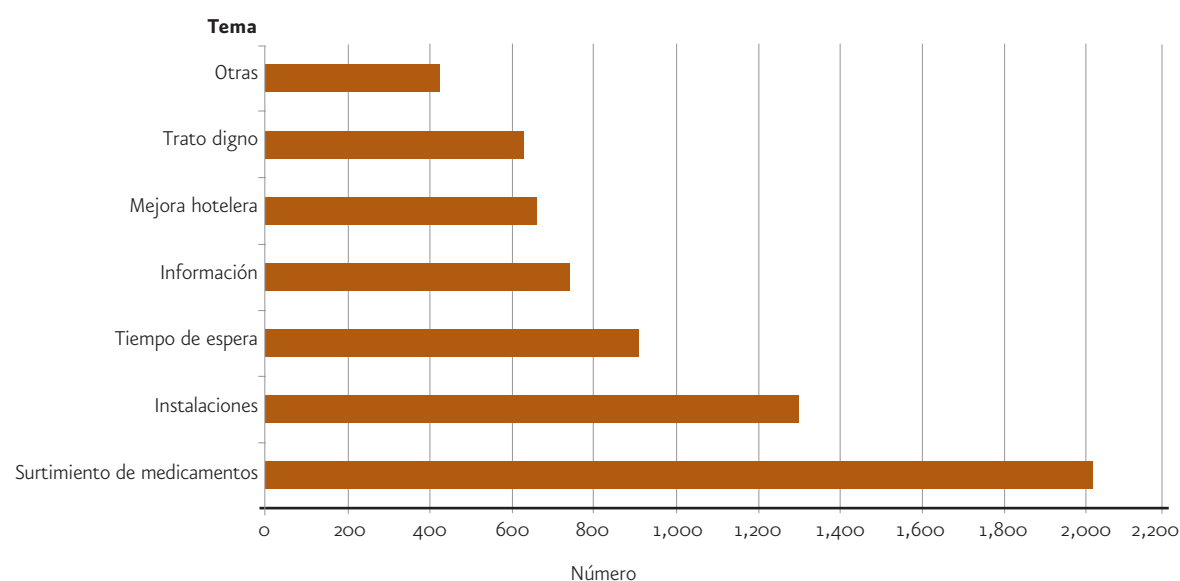
En 2007 se instalaron 1,177 nuevos avales ciudadanos que se integraron a este proyecto en 20 entidades federativas, destacando la participación de la ciudadanía en los estados de Chiapas y Oaxaca. (Figura III.9)

• Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

La confianza de la ciudadanía en los servicios de salud sólo puede recuperarse si se cubren sus expectativas, las cuales están enfocadas principalmente a la disminución de los tiempos de espera para recibir consulta y a la obtención de un surtimien-

Figura III.8

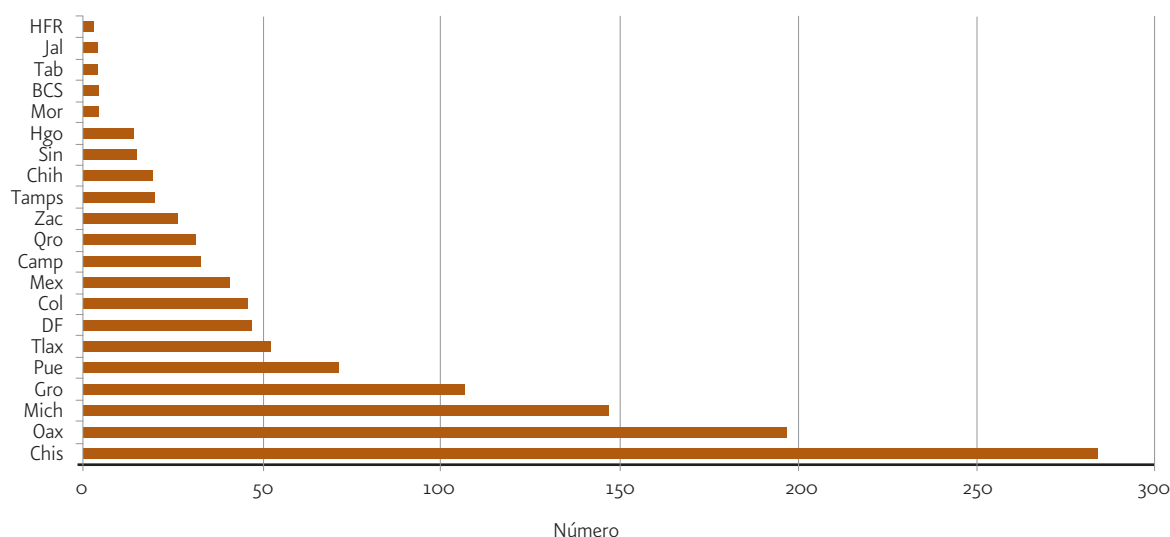
Sugerencias realizadas por los avales ciudadanos según tema. Sistema Integral de Calidad, México 2007



Fuente: Informes trimestrales de las entidades federativas, DGCES-SS

Figura III.9

Avales ciudadanos instalados. Sistema Integral de Calidad, México 2007



HFR: Hospitales Federales de Referencia

Fuente: Informes trimestrales de las entidades federativas, DGCESS

to completo de los medicamentos prescritos por el médico. Por ello, la estrategia de “medir para tomar decisiones basadas en hechos”, se ha fortalecido durante el 2007, a través de la operación del sistema nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS).

Con este sistema se monitorea, a través de encuestas realizadas a los usuarios de las unidades médicas, la evaluación de expedientes clínicos y de la información obtenida de los registros de la propia unidad médica, componentes relacionados con el trato digno, atención médica efectiva, atención de calidad de enfermería y organización de los servicios. Actualmente se registra información de unidades de primer nivel urbanas y rurales, de segundo nivel y algunas unidades de tercer nivel, pertenecientes a instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), IMSS-Oportunidades, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Hospitales Federales de Referencia,

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y algunas universidades.

La incorporación de unidades de atención al INDICAS se ha incrementado notablemente, pasando de 974 en 2003 a 12,657 en el último bimestre de 2007. Durante este último año hubo una asociación de 237 unidades del primer nivel de atención y 22 de segundo nivel, lo cual representa un incremento del 2 por ciento de unidades asociadas al sistema. Cabe señalar que de las 12,657 unidades asociadas al sistema INDICAS, 11,716 unidades reportaron información al sistema al menos en un semestre durante 2007.

Algunas de las características del sistema INDICAS son: i) concentra información sobre calidad técnica, calidad percibida y organización de los servicios de salud por unidad médica y a nivel estatal, misma que está disponible, a través de la página web de la DGCESS, con fines comparativos; ii) la unidad médica participante puede acceder a su información, a fin de identificar el estado en el que se encuentra y realizar comparaciones con

otras unidades de la misma categoría; iii) permite el establecimiento de metas y su seguimiento a través del sistema, y iv) brinda elementos a los responsables estatales de calidad para realizar el monitoreo sobre el nivel de calidad de las unidades médicas y a nivel estatal.

Como parte de las acciones de mejora al sistema, se dio inicio, en el segundo semestre de 2007, al diseño de la segunda versión del mismo, programando se concluya en 2008 con la implantación del sistema INDICAS Versión II. Como parte de sus mejoras técnicas, este sistema permitirá administrar de manera más eficiente grandes cantidades de información, facilitando el manejo de la base de datos del sistema y en consecuencia agilizará la consulta y la generación de reportes en línea, tanto para unidades médicas, jurisdicciones, delegaciones, como para el nivel estatal y nacional.

De igual forma, las innovaciones al sistema deberán permitir actualizar o adicionar índices, indicadores o variables de manera sencilla, logrando que las unidades médicas se motiven para mantener un registro constante y permanente de la información, lo cual coadyuvará a la ejecución de los procesos de planeación y toma de decisiones.

Finalmente, es necesario resaltar que el fin último de los datos proporcionados por el sistema INDICAS es mejorar la calidad de los servicios en las unidades de atención, por tal motivo contar con evidencias que orienten las acciones de mejora de la calidad es una necesidad imperante del sistema de salud, además de que es un compromiso de las instituciones de la administración pública el fortalecer la rendición de cuentas, objetivos que se cumplen con la operación de este sistema. (Cuadro III.10)

• Capacitación en calidad

Para apoyar las estrategias de capacitación en materia de calidad desarrolladas por las entidades federativas, cuyo objetivo es que los profesionales de la salud, desde el nivel directivo hasta el operativo, adquieran conocimientos y habilidades que

Cuadro III.10

Principales resultados del monitoreo INDICAS. México 2007

Indicador/ Variable	Resultados 1/
Tiempo promedio (en minutos) para recibir consulta 1er. Nivel	21.5
Total de usuarios observados o en estudio del 1er nivel de atención	1,600,444.0
Tiempo promedio (en minutos) para atención de urgencia	18.9
Total de usuarios observados o en estudio en el área de urgencias	195,733.0
% de usuarios satisfechos con la información sobre su estado de salud	98.8
Usuarios a los que el médico explicó sobre su estado de salud en el 1er. nivel de atención	1,664,812.0
Total de usuarios observados o en estudio	1,683,329.0

1/ Datos correspondientes a unidades médicas de la Secretaría de Salud, Hospitales Federales de Referencia e Institutos Nacionales de Salud
Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, DGCES-SS

coadyuven a mejorar la calidad de los servicios de salud que ofrecen y para contribuir a situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, en el año 2007 se publicó por primera vez la Convocatoria para el Financiamiento de Proyectos de Capacitación en Calidad.

A partir de su publicación, se recibieron 88 proyectos de 26 entidades federativas y de los Hospitales Federales de Referencia, aprobando para su financiamiento 37 de ellos, contando con un monto total de 9,475,155.5 millones de pesos.

De los proyectos financiados, 11 se orientaron a brindar capacitación en materia de sistemas de gestión de calidad; 6 sobre herramientas para la calidad; 4 para el desarrollo directivo e igual número para capacitación sobre el desarrollo de SICALIDAD y 3 para la capacitación en materia de seguridad del paciente. También se financiaron dos proyectos de capacitación sobre satisfacción del personal y dos en administración de la documentación clínica, además de los proyectos para capacitar en materia de interculturalidad, modelo de atención de enfermería, manuales de procedimientos, aval ciudadano y monitoreo de indicadores (un proyecto financiado para cada uno de estos temas).

En Nayarit y Sinaloa se financiaron 3 de estos proyectos respectivamente, mientras que en Colima, Chihuahua, Hidalgo, Querétaro, Yucatán y en los Hospitales Federales de Referencia se

financiaron dos proyectos, respectivamente. En las restantes entidades federativas, a excepción de Coahuila, Distrito Federal, Nuevo León, Quintana Roo y Tamaulipas, se financió un proyecto de capacitación.

Asimismo, como parte de las actividades en materia de capacitación desarrolladas por la DG-CES en 2007, se logró capacitar a 1,694 personas, principalmente a través de programas orientados a los siguientes temas: atención médica efectiva, diabetes mellitus, hipertensión arterial, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años, mortalidad materna, triage en urgencias, seguridad del paciente, aval ciudadano, seguro popular, reducción de infecciones nosocomiales, uso racional de medicamentos y dos modelos de unidades.

Línea de acción 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

El abasto de medicamentos continua siendo un asunto pendiente para el sistema de salud mexicano. Mientras que en el año 2006, las unidades del IMSS-Oportunidades lograron surtir el 97.1 por ciento de las recetas expedidas por sus médicos, los SESA apenas lograron el 88.2 por ciento. Si bien es cierto que en años recientes se han instrumentado, dentro de las instituciones del sector y en las entidades federativas, mecanismos innovadores para mejorar el abasto de medicamentos, que incluyen desde los procesos de compra hasta la entrega de medicamentos al paciente, también es cierto que el abasto aún no es el deseable dentro de todas las unidades del sector.

Para atender esta problemática, y con ello garantizar el derecho de la población a la atención de la salud, aumentar la satisfacción de los usuarios y la confianza de la población en las instituciones

de salud, dentro del PND 2007-2012 se estableció la estrategia 5.1 para “implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos”.

En congruencia con ello, dentro del PROSESA 2007-2012, se definieron varias estrategias que permitirán coadyuvar al mejoramiento del abasto de medicamentos, entre las que destacan la estrategia “1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios”, a través de acciones que, en el marco de la política nacional de medicamentos, garanticen la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura en la industria, y la estrategia “3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”.

A partir de ello, y dado que los logros obtenidos en la estrategia 1 en materia de medicamentos fueron descritos en el apartado correspondiente de este informe, en el siguiente apartado se describen los logros obtenidos en la línea de acción 3.6, que forman parte de la estrategia tres del PROSESA 2007-2012, a través del siguiente indicador

• Avances en la instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos

En mayo de 2007 se instaló, en el seno del Consejo Nacional de Salud (CNS), la Comisión para desarrollar e impulsar la Política Nacional de Medicamento (PNM), conformada por los estados de Aguascalientes, Chiapas, Coahuila, Hidalgo, México, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas. Los ejes en que se sustentará esta política son: calidad; seguridad y eficacia; acceso y disponibilidad; innovación y uso racional de medicamentos.

La Secretaría de Salud, para sustentar el desarrollo de esta política, realiza acciones para fortalecer y adecuar el marco jurídico y administrativo en materia de regulación sanitaria y operación de los servicios, a fin de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. Destaca el inicio del programa de renovación de registros sanitarios

de medicamentos y otros insumos para la salud, a cargo de la COFEPRIS, a partir del cual se busca mejorar el proceso de dictamen de renovación y de medicamentos nuevos, para lo cual se realizaron modificaciones al Reglamento de Insumos para la Salud, a la Ley Federal de Derechos y al Acuerdo de Trámites Empresariales.

En el marco del “compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos”, suscrito por los sectores público y privado, se promovió la creación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, teniendo como objetivo realizar el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y otros insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con patente vigente y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa.

En materia presupuestal, la H. Cámara de Diputados aprobó una partida adicional, dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2007, para la adquisición de medicamentos que ascendió a más de once mil millones de pesos.

Respecto de las acciones desarrolladas para mejorar el abasto de medicamentos en las unidades de atención, durante el 2007, se realizaron dos reuniones nacionales para intercambiar experiencias relacionadas con mejoras en los procesos de la cadena de suministro y se puso en marcha el modelo de gestión de farmacia intra-hospitalaria en los cuatro hospitales regionales de alta especialidad: i) Bajío en Guanajuato, ii) Tuxtla Gutiérrez, iii) Tapachula, ambos en el estado de Chiapas y iv) Oaxaca. Hasta diciembre de 2007 el modelo operaba con regularidad.

En materia de difusión de conocimientos e información sobre medicamentos la SS, a través del sitio de Internet <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/abasto.html>, brinda información sobre medicamentos, propuestas de mejora para los procesos de la cadena de suministro y

otros avances en la materia. De igual forma, se difunden los 28 casos de prácticas exitosas en abasto de medicamento, obtenidos a partir del proceso de captación y análisis de éstas prácticas entre las instituciones públicas del SNS en las entidades federativas del país. Asimismo, se puso a disposición de los SESA un programa de capacitación en línea dirigido al personal vinculado con las tareas de planeación de necesidades y administración de inventarios de medicamentos. A partir de ello, durante 2007, se realizaron dos procesos de capacitación en los que participaron 400 trabajadores de la salud de 29 estados de la República.

En cuanto al proceso de adquisiciones, se captaron 19 mejores prácticas y diversas recomendaciones de mejora para el proceso de prescripción médica, mismas que se difundieron en el sector salud a través del sitio de Internet señalado. Se promovió la planeación institucional y estatal del abasto de medicamentos a fin de que cada institución identificara anticipadamente sus necesidades de abasto y se establecieran las metas a cumplir respecto del surtimiento completo de recetas entre la población sin seguridad social y entre los derechohabientes de la seguridad social.

Se puso a disposición de las instituciones públicas del SNS el modelo de tercerización, a través del cual se busca que la cadena de abasto o algunos de sus componentes sea operada por terceros. La incorporación de este modelo ha probado tener éxito en algunos estados de la República, como Morelos, Jalisco, Tabasco y Yucatán. Además, para favorecer el uso racional de medicamento, durante el 2007, se impulsó la capacitación a profesionales de la salud, la creación de farmacia intra-hospitalaria y la elaboración de guías clínico-terapéuticas.

Finalmente, de acuerdo con la información 2007 proporcionada por el sistema INDICAS, el porcentaje de usuarios del primer nivel de atención satisfechos con el surtimiento de medicamento a nivel sectorial fue del 88.5 por ciento. Entre las instituciones públicas de salud, el IMSS

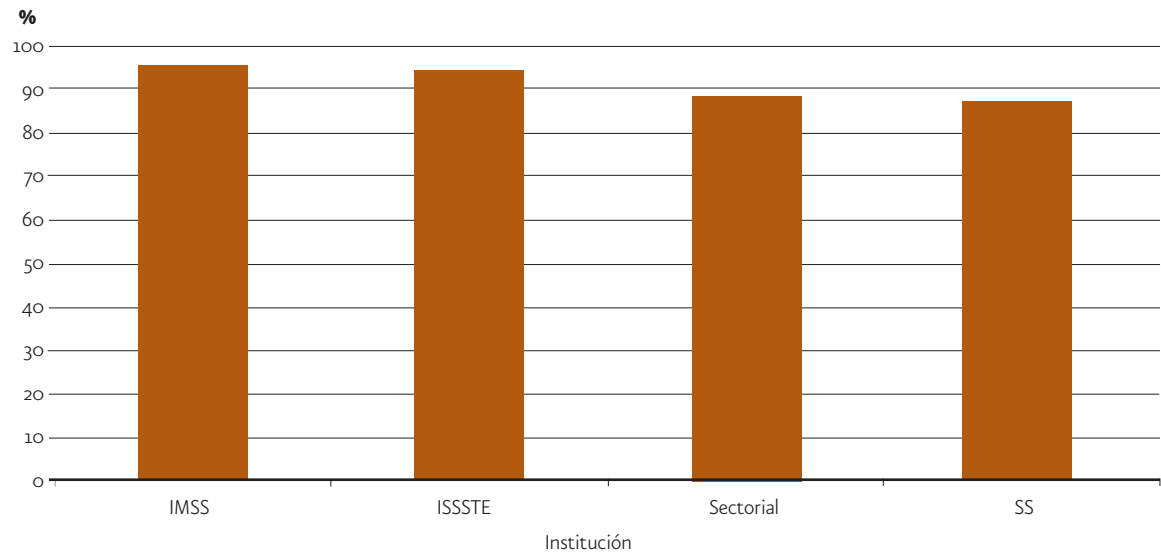
fue la dependencia mejor situada al registrar una satisfacción con el surtimiento de medicamentos del 95 por ciento, mientras que la SS, que incluye a los servicios estatales de salud, registró el menor porcentaje con 88 por ciento. (Figura III.10)

Para el 2008, a nivel sectorial se prevé que el porcentaje de surtimiento completo de recetas

sea del 90 por ciento. Para lograrlo, es necesario implementar completamente y fortalecer la política nacional de medicamentos, contando con la participación de las instituciones públicas de salud y con los sectores privado y social relacionados con el rubro de medicamentos.

Figura III.10

Porcentaje de usuarios del primer nivel de atención satisfechos con el surtimiento de medicamentos por institución, México 2007



Fuente: Sistema INDICAS, DGCES-SS

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

En el PROSESA 2007-2012, se establece que la falta de mecanismos explícitos de planeación estratégica a nivel sectorial; de procedimientos de evaluación sobre la efectividad y eficiencia del sistema de salud en su conjunto, así como la excesiva regulación administrativa, son factores organizacionales que impiden avanzar en la construcción del sistema de salud al que aspiran los mexicanos. Por ello, en el sector salud se propone implantar acciones tendientes a: i) fortalecer los procesos de planeación estratégica sectorial de mediano y largo plazo que permitan anticiparse a los retos que plantean la transición epidemiológica y demográfica; ii) la implantación de acuerdos para flexibilizar el uso de los recursos dedicados a la salud entre las instituciones de salud; iii) fortalecer los procesos de evaluación de servicios, programas y políticas a nivel sectorial, y iv) desarrollar un sistema integrado de información a nivel sectorial.

De acuerdo con lo anterior, en materia de gestión de servicios de salud, la SS ha desarrollado las siguientes acciones para dar cumplimiento a esta estrategia, y en particular a la línea de acción 4.1, establecida en el PROSESA 2007-2012.

Línea de acción 4.1 Promover la reestructuración organizativa de los servicios estatales de salud

La reestructuración organizativa de los servicios tiene como propósito, entre otros, separar las funciones de rectoría, prestación de servicios y financiamiento, a fin de garantizar la conducción

eficiente de los servicios; la atención pronta y en el lugar donde se requiere, a través de intervenciones de calidad y seguras para los usuarios, y la distribución eficiente y equitativa de los recursos financieros disponibles.

En la Secretaría de Salud, como parte de las acciones a desarrollar durante la presente administración, se llevarán a cabo los procesos de reestructuración organizativa de las Secretarías Estatales de Salud, a fin de que éstas se concentren en la ejecución de las actividades de planeación estratégica, regulación de la atención a la salud, generación y recopilación de información y en el desarrollo de los procesos de evaluación del desempeño.

• Acciones para promover la separación de funciones en las Secretarías Estatales de Salud

El Consejo Nacional de Salud, en su primera reunión de 2007 celebrada en marzo, refrendó el compromiso para dar continuidad al trabajo con la Comisión de Reestructuración Organizativa de las Secretarías Estatales de Salud, lo que permitió que en junio de ese año se instalara formalmente dicha Comisión que está integrada por los estados de Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa y Zacatecas, y que se realizara el taller que permitió establecer el marco de referencia para realizar las acciones de reestructuración organizativa de los SESA, que se sustenta en la

separación de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.

Cabe señalar que durante 2007 se obtuvo, a través del Banco Mundial (BM), un financiamiento que permitió realizar un análisis, en las entidades federativas que integran la Comisión, sobre el desarrollo organizacional y las oportunidades que facilitarían la reestructuración organizacional.

Al finalizar 2007, como parte de los avances obtenidos por la Comisión, en materia de reestructuración organizativa de las SESA, destaca que ocho de las 10 entidades federativas que integran la Comisión están constituidas jurídicamente como Secretaría Estatal de Salud, mientras que a nivel nacional 29 SESA están en esta situación. Seis de las entidades pertenecientes a la Comisión son Secretaría Estatal de Salud y las restantes son Organismos Públicos Descentralizados (OPD).

En siete de los estados que integran la Comisión se incorporaron las atribuciones de regulación sanitaria, a través de la integración de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COEPRIS); sin embargo, en dos de ellas, debido a que dependen de la OPD, las acciones deben pasar por un mayor número de procesos administrativos, en comparación con las COEPRIS que dependen directamente del Secretario Estatal de Salud. En los estados restantes (tres) hay ausencia total o parcial de las atribuciones en materia de regulación sanitaria.

Al formar parte del Sistema de Protección Social en Salud, las 10 entidades que conforman la Comisión disponen del financiamiento que otorga la federación, lo que ha permitido fortalecer la implementación del SPS. Cabe señalar que en Nuevo León y Sinaloa se fortaleció la función de prestación de servicios al desarrollar redes asistenciales.

Los esfuerzos de la SS, en materia de reestructuración organizativa de las Secretarías Estatales de Salud, están orientadas hacia el establecimiento de las bases, compromisos y responsabilidades entre los SESA y la Federación, que permitan una adecuada organización de los servicios y la transferencia de recursos, en un marco que fo-

mente la separación de funciones (prestación de servicios de salud, financiamientos y rectoría) y que coadyuve al fortalecimiento del federalismo participativo. En este sentido, las acciones que se desarrollarán durante los próximos años incluyen el análisis de aspectos jurídico-legales, técnicos, de sustentabilidad y viabilidad que permitan cumplir con dicha separación de funciones, en un afán de responder de mejor manera a las necesidades de la población y para hacer frente a los retos que el entorno actual impone a la SS.

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

En México se ha establecido contar, para el 2030, con un sistema de salud integrado y universal que garantice el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población. Para lograrlo es necesario avanzar en el fortalecimiento de las instituciones de salud, principalmente a través de la construcción de establecimientos de atención médica —ubicados y organizados estratégicamente a fin de que permitan resolver los problemas de atención en los lugares donde se requieren y garantizar la continuidad de la atención de los pacientes—, y de la disposición de recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población a la que se atiende.

Ello implica impulsar el desarrollo de instrumentos normativos que regulen la planeación, construcción y equipamiento de las unidades de atención a la salud; la distribución de los recursos físicos y humanos entre instituciones públicas de salud y entidades federativas, y el desarrollo de herramientas que brinden elementos para diseñar e implantar mecanismos de inversión en salud orientados a fortalecer la infraestructura y a los recursos humanos en salud.

Desde hace más de cinco años, la SS ha venido impulsando la integración y aplicación del Plan

Maestro de Infraestructura Física en Salud, el cual, durante la presente administración busca ampliarse a fin de generar un instrumento que regule, a nivel sectorial, el desarrollo de los procesos de planeación, construcción, dotación y distribución de los recursos físicos, equipamiento, y recursos humanos. Durante el 2007 se han logrado los siguientes avances en la materia.

• Integración del Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud

El Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud (PMSRAS) es el instrumento rector para regular la construcción y equipamiento de las unidades de atención a la salud, y la distribución de los recursos humanos dentro de las instituciones públicas de salud. Su implantación se basa en el desarrollo de una plataforma que integra información sobre la disponibilidad actual de infraestructura y recursos, y aspectos que permiten sustentar la planeación de acciones futuras en la materia.

Como parte de las acciones para concretar la implantación de este sistema a nivel sectorial, durante el 2007, el Secretario de Salud convocó a una reunión en la que los titulares de las instituciones de salud públicas adquirieron el compromiso de integrar y compartir información sobre infraestructura, equipamiento y recursos humanos, la cual permitirá analizar la tipología de las unidades existentes en las instituciones de salud y generar e implantar un tipología base (equivalencias entre unidades de atención) a nivel sectorial. Adicionalmente, se efectuaron reuniones con el IMSS y el ISSSTE para presentarles la propuesta del Plan Maestro Sectorial y la plataforma en la que se sustenta, así como para establecer las acciones a desarrollar durante los siguientes años. Por su parte, el IMSS-Oportunidades solicitó su incorporación al sistema de información que actualmente desarrolla la SS.

Con base en estos acuerdos se contempla integrar al sistema de información las siguientes bases de datos: i) población y sus características; ii) identificador de la región o área de influencia; iii) inventario de infraestructura, existente y en proceso, de acuerdo con sus características; iv) productividad de los servicios (consultas, cirugías, porcentaje de ocupación de camas, etc.); v) disponibilidad de recursos humanos y requerimientos; vi) aspectos epidemiológicos (morbilidad y mortalidad), y vii) flujos de población entre áreas y regiones.

Actualmente se trabaja en la incorporación de información sobre productividad, capacidad y nivel de ocupación de los establecimientos de salud, recursos humanos y equipo, con lo que el avance obtenido en 2007 respecto de la integración del PMSRAS es de 15 por ciento.

Línea de acción 4.5 Promover la evaluación de tecnologías para la salud

El aumento en el gasto en salud y la necesidad de brindar servicios a través del uso de nuevas tecnologías para la salud —que incluye medicamentos, dispositivos médicos e intervenciones clínicas—, son el resultado de los cambios en el panorama demográfico y epidemiológico del país, junto con el desarrollo tecnológico actual.

Sin embargo, la incorporación y el uso de las nuevas tecnologías trae consigo cierto grado de incertidumbre sobre sus efectos en la salud y calidad de vida de la población y sobre sus beneficios al sistema de salud. Por ello, es de suma importancia que dentro del sector salud se disponga de procedimientos de evaluación de tecnologías para la salud (ETES), sustentados metodológicamente, que garanticen, por un lado, que la incorporación y empleo de éstas no provocará daños indeseables en la población, y por el otro, que sustenten la priorización del tipo de tecnologías requeridas por el sistema y que orienten las inversiones en materia de tecnologías para la salud.

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), tiene la responsabilidad de llevar a cabo la evaluación de tecnologías para la salud. Como parte de las acciones realizadas en 2007, destaca el seguimiento al indicador siguiente.

• **Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluaciones de tecnologías para la salud**

El desarrollo de los procesos de evaluación de tecnologías para la salud (ETES) permite garantizar que las tecnologías sanitarias respondan a las necesidades de la población, que se ofrezca una atención de calidad y se utilicen de manera segura, así como un mejor aprovechamiento de los recursos a nivel local, regional y nacional. A partir de los resultados obtenidos a través de estos procesos, el CENETEC emite los certificados de necesidad de equipo médico y brinda asesorías en materia de ETES, a fin de apoyar a las instituciones u organismos involucrados en materia de tecnologías para la salud.

Para evaluar los avances en materia de certificados de necesidad de equipo médico y asesorías en ETES, durante el 2007 se dio inicio al seguimiento del indicador: “índice de adopción de recomendaciones de ETES”, estableciendo como meta para el año 2012 que el 80 por ciento de las recomendaciones de ETES se adopten como parte de los procesos de toma de decisiones en materia de tecnologías para la salud. (Cuadro III.11)

La emisión de certificados de necesidad, de conformidad con los procesos establecidos por el Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud, consiste en determinar si los proyectos que implican la incorporación de equipamiento médico de alto costo están vinculados a la demanda de la población, al modelo de atención y a los recursos existentes, a fin de contar con elementos que sustente la toma de decisiones en materia de incorporación y uso de la tecnología médica y para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. En este sentido, en el año 2007, se emitieron 17 certificados de necesidad de equipo médico, de los cuales seis fueron adoptados en unidades de atención a la salud, lo que representa un porcentaje de adopción de 35.3 por ciento.

Por su parte, la asesoría en ETES se realiza a solicitud o propuesta de las autoridades encargadas de tomar decisiones en materia de selección, incorporación o retiro de equipo médico, y consiste en evaluar la importancia de estos recursos para la atención médica, utilizando criterios clínicos, epidemiológicos, de seguridad, costo-efectividad, y de viabilidad operativa. En 2007, se emitieron 16 recomendaciones de las cuales 13 fueron incorporadas, lo que significó un 81.25 por ciento de adopción de recomendaciones. Así, el índice de adopción de recomendaciones de ETES obtenido durante este año, fue de 57.6 por ciento, cifra que durante los próximos cinco años debe incrementarse un 22.4 por ciento para dar cumplimiento a la meta para el año 2012. (Cuadro III.11)

Cuadro III.11

Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluación de tecnologías para la salud, México 2007

Indicador	Línea base (LB) 1/	Valor 2007	Variación (2007/LB)	Meta 2012
Porcentaje de adopción de recomendaciones de Evaluación de Tecnologías para la Salud (ETES)	0	57.6	57.6	Lograr que el 80 por ciento de las recomendaciones de ETES se adopten en la toma de decisiones

1/ Dado que el seguimiento a este indicador dio inicio en 2007, no se dispone de un valor inicial o de referencia
Fuente: CENETEC-SS

Para lograrlo, el CENETEC debe focalizar sus actividades en los dos retos en materia de ETES identificados como prioritarios. El primero es consolidar la producción de evaluaciones de tecnologías, garantizando la credibilidad científica en su realización y la estandarización de los métodos de evaluación empleados, permitiendo con ello que los tomadores de decisión en los servicios de salud del país empleen de manera regular las recomendaciones emitidas para incorporar o retirar tecnologías. El segundo reto es fomentar el uso de la ETES como un mecanismo de apoyo al establecimiento de prioridades sobre las intervenciones a incorporarse en la “cartera de servicios” que se otorgan a la población beneficiaria.

Línea de acción 4.6 Integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos que contienen información ordenada sistemáticamente para apoyar a los profesionales de la salud durante el proceso de toma de decisiones relacionado con el cuidado apropiado de un paciente que presenta una condición clínica específica. Las guías son herramientas que incluyen información actualizada basada en evidencia científica, que permite brindar una mejor atención a los pacientes.

En el PROSESA 2007-2012, se establece la importancia de integrar el catálogo maestro (básico)

de guías de práctica clínica, a fin de coadyuvar a mejorar la calidad, efectividad y seguridad de las intervenciones en salud, así como para disminuir los costos de la atención, sobre todo en los padecimientos que afectan más frecuentemente a la población mexicana.

La integración e implementación de este catálogo busca proporcionar elementos que impacten positivamente en la salud de los mexicanos, al favorecer la convergencia del conocimiento científico con las necesidades en salud de la población; además, se espera convertirlo en una herramienta de estandarización de criterios para la atención clínica, de planeación y educación, dentro del Sistema Nacional de Salud.

El CENETEC, en concordancia con estos propósitos, coordina las acciones dentro del sector salud, proponiendo para su seguimiento el indicador siguiente.

• Porcentaje de Guías de Práctica Clínica elaboradas en el sector salud

Como se observa en el cuadro III.12, el CENETEC, a partir de 2007, dará seguimiento al proceso de elaboración de GPC en relación con las programadas. La meta propuesta para el año 2012 es integrar 260 guías de práctica clínica a nivel sectorial. Dado que esta es una actividad que dio inicio en 2007, no se dispone de una cifra basal; sin embargo, la meta propuesta para este año fue elaborar 10 GPC, cifra que se cumplió. (Cuadro III.12)

Cuadro III.12
Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud, México 2007

Indicador	Línea base 1/	Valor 2007	Cumplimiento %	Meta 2012
Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud	10	10	100.0	Integrar 260 guías de práctica clínica en el sector salud durante el período 2007-2012

1/ No existen fuentes confiables de información en 2006 para definir una línea base para ese año. Se utilizó como línea basal la meta propuesta para el año 2007 (10 GPC). Para los siguientes años se plantea una meta anual de 50 GPC, a fin de que en 2012 se hayan elaborado un total de 260. La columna de cumplimiento muestra el logro porcentual obtenido en comparación con la meta establecida.
Fuente: CENETEC-SS

Los temas que abordan las 10 GPC fueron: 1) atención del recién nacido, 2) atención de la mujer durante el embarazo y puerperio, 3) desnutrición en el niño menor de 5 años, 4) trastornos hipertensivos del embarazo, 5) diabetes mellitus, 6) hipertensión arterial, 7) tratamiento inicial del traumatizado, 8) virus de la inmunodeficiencia humana, 9) cáncer cervicouterino, y 10) cáncer de mama. Las guías se enfocan a la atención otorgada en el primer nivel de atención, y son el resultado de la aplicación de la metodología específica diseñada por el CENETEC, junto con las aportaciones científicas de un grupo de expertos en cada rubro.

En 2007 se conformaron 50 grupos de desarrollo de guías de práctica clínica, de los cuales se instaló uno en cada entidad federativa. Para capacitar a sus integrantes se realizó el primer curso - taller de capacitación para el desarrollo de GPC, con base en un módulo teórico-práctico para la gestión de GPC, que incluyó desde la administración de proyectos, hasta el proceso editorial, y otro destinado a analizar las bases teóricas de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y las

revisiones sistemáticas. En total se contó con una asistencia de 144 personas.

Hasta el momento se han logrado avances importantes al interior de la SS; sin embargo, para alcanzar la meta 2012, es necesario incorporar a las instituciones públicas del SNS. En este sentido se propone integrar el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, como un órgano asesor de la SS, cuyo objetivo será unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica en las instituciones del SNS, así como, establecer los criterios para evaluar los avances en materia de elaboración, integración y aplicación del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

Asimismo, es necesario crear una “red de colaboración de bibliotecas” que garanticen a los centros de desarrollo de GPC el acceso a bases de datos científicos confiables, y fomentar la participación de los Centros *Cochrane* nacionales y otros similares, a fin de asignar tareas específicas en la producción de insumos para las GPC.

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

El propósito del desarrollo es crear las condiciones necesarias para que las personas incrementen sus capacidades y se amplíen sus oportunidades, a fin de asegurar mejores condiciones de vida. Sin embargo, el desarrollo obtenido por México no es lo integral que se requiere, evidenciándose esto por la existencia de segmentos de población que viven en la pobreza y que experimentan grados diversos de desigualdad social.

Para lograr un cambio consistente con las necesidades de la población, el PND 2007-2012 impulsa al desarrollo humano sustentable como principio rector de la política nacional, y establece cinco ejes de política pública que interactúan transversalmente en los ámbitos económico, social, político y ambiental, a fin de contar con un proyecto integral de desarrollo.

Uno de estos ejes es el de igualdad de oportunidades, a partir del cual se busca que cada mexicano tenga acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización, que amplíen sus capacidades y mejoren sus condiciones de vida, sobre todo de aquellos que más lo requieren. Para lograrlo es necesario avanzar en distintos frentes, como por ejemplo, eliminar el determinismo al nacer relacionado con la pobreza, garantizar el acceso a los servicios básicos para toda la población y generar un desarrollo equilibrado entre las distintas regiones que conforma al país, a fin de resolver a fondo las graves diferencias que imperan en México.

En congruencia con el PND, en el PROSESA 2007-2012 se estableció la estrategia para “organizar e integrar la prestación de servicios del

SNS”, cuyo propósito fundamental es acercar los servicios de salud a las personas, a través de la participación decidida las instituciones y organismos que conforman el sector salud, permitiendo así el mejor aprovechamiento de la infraestructura física y tecnológica instalada, de los insumos y recursos humanos, y la incorporación y utilización de las nuevas tecnologías de comunicación para garantizar que los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud.

Línea 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

Esta línea de acción forma parte de la estrategia mencionada y su objetivo es aumentar el acceso a servicios de salud en localidades, que por sus condiciones de marginación y accesibilidad geográfica han sido excluidas de la red de servicios. Acercar a la población de estas localidades los servicios de salud, a través del programa Caravanas de la Salud, implica brindar una atención integral y resolutive para los problemas básicos de salud y asegurar la continuidad del proceso de atención, a través de su canalización a los niveles de atención de mayor complejidad.

En este sentido, al acercar los servicios de salud a la población se evitará que la población realice grandes desplazamientos para buscar atención médica y que tenga que enfrentarse a procesos administrativos o trámites que limiten su acceso. Por esta razón, la operación del programa Caravanas de la Salud, se sustenta en la combinación de estrategias de atención ambulatoria a nivel comunitario, y en el uso de la telesalud, a partir de la puesta en operación de unidades móviles y equipos de salud itinerantes que permitan que los servicios “sigan” a la gente.

• Localidades atendidas por el programa Caravanas de la Salud

Para sustentar la operación del programa Caravanas de la Salud, la SS ha definido e integrado redes de servicios que abarcan a las comunidades ubicadas en zonas altamente marginadas, lo cual sustenta la conformación de rutas geográficas que serán cubiertas por las unidades móviles y equipos de salud itinerantes que integran el programa. Dichas unidades y equipos tienen el propósito de brindar servicios de promoción, prevención y prestación de servicios de salud integrales y resolutivos, con criterios de calidad y anticipación. Caravanas de la Salud es un programa que opera a nivel nacional, pero con especial énfasis en los siete estados clasificados como prioritarios: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, y en los 125 municipios y 6,857 localidades que registran los más bajos IDH; así como en los municipios y localidades de muy alta y alta marginación.

Cabe señalar que desde hace muchos años, el Sistema Nacional de Salud ha dado un gran impulso a las estrategias y programas que buscan extender la cobertura de servicios de salud en las poblaciones marginadas y grupos vulnerables del país, siendo el programa Caravanas de la Salud el instrumento que permita concretar dichos esfuerzos, al hacer realidad la cobertura universal de servicios de atención primaria a la salud. En este

sentido, Caravanas de la Salud permitirá extender la afiliación de familias, que no son derechohabientes de la seguridad social, al Seguro Popular de Salud y al Seguro Médico para una Nueva Generación, buscando así la cobertura universal de los servicios de salud.

En 2007, el programa se puso en marcha en 25 entidades federativas, a través de 476 unidades móviles que cubrieron a 7,771 localidades de 381 municipios, lo que permitió otorgar atención preventiva y médica a un total de 1,792,044 personas de estos estados. Por su parte, en los siete estados prioritarios se alcanzó una cobertura de 46 municipios, es decir, 37 por ciento de los municipios con bajo IDH, y 932 localidades (13.3 por ciento de las localidades con menor IDH), atendiendo a un total de 303,397 personas, a través de la operación de 116 unidades médicas móviles.

Para sustentar la operación del programa, durante el 2007 se realizaron procesos de licitación pública internacional que permitieron adquirir 181 unidades médicas móviles, de las cuales el 62.4 por ciento correspondió a unidades tipo II (con un consultorio de medicina general y un consultorio dental equipados), 33.2 por ciento al tipo I (un consultorio médico) y el resto correspondió a unidades tipo III que disponen de dos consultorios y del servicio de telemedicina. Oaxaca fue la entidad federativa que recibió el mayor número de unidades con 14, le siguen Hidalgo con 11, Guerrero con 10 y Chiapas, Durango, Tabasco y Veracruz con ocho, respectivamente. (Cuadro III.13)

Además, se logró un avance importante con la convalidación de los criterios para la acreditación de las unidades móviles por parte de la DGCEs, lo que permite su incorporación a la red de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo, se dignificaron 654 unidades móviles ya existentes en 24 entidades federativas y se transfirieron recursos para cubrir los gastos de operación generados por el programa.

En 2007, se asignaron al programa 486.5 millones de pesos, de los cuales el 45 por ciento se canalizó para cubrir la inversión del programa y

Cuadro III.13

Distribución, en las entidades federativas, de las unidades móviles por tipo adquiridas en 2007, México

Entidad Federativa	2007			
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Total
Aguascalientes	1	2	0	3
Baja California	2	3	0	5
Baja California Sur	2	3	0	5
Campeche	3	4	0	7
Coahuila	2	2	0	4
Colima	0	1	0	1
Chiapas	2	5	1	8
Chihuahua	1	4	0	5
Distrito Federal	1	3	0	4
Durango	3	4	1	8
Guanajuato	1	4	0	5
Guerrero	4	5	1	10
Hidalgo	4	7	0	11
Jalisco	3	3	0	6
México	2	5	0	7
Michoacán	2	2	0	4
Morelos	0	4	0	4
Nayarit	2	3	1	6
Nuevo León	0	0	0	0
Oaxaca	8	5	1	14
Puebla	2	4	1	7
Querétaro	0	1	0	1
Quintana Roo	2	2	0	4
San Luis Potosí	2	4	0	6
Sinaloa	2	5	0	7
Sonora	0	1	0	1
Tabasco	2	6	0	8
Tamaulipas	2	4	0	6
Tlaxcala	1	4	0	5
Veracruz	2	5	1	8
Yucatán	1	4	0	5
Zacatecas	1	4	1	6
Total	60	113	8	181

Fuente: DGPLADES-SS

el 55 por ciento restante para cubrir los gastos de operación. Asimismo se destinaron 47.9 millones de pesos para apoyar el programa de dignificación y mantenimiento de las unidades médicas móviles ya existentes en los estados.

A través de la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la SS, se gestionó y obtuvo la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para crear 153 campos clínicos, con lo que se incorporaron a la operación del programa médicos itinerantes en proceso de formación. Destaca también la capacitación de 1,056 médicos, enfermeras, promotores y odontólogos de las 32 entidades federativas sobre la estrategia de operación del programa, y la capacitación de 292 responsables de la replica del modelo operativo de caravanas en las 32 entidades federativas.

En materia de desarrollo de instrumentos y difusión del programa, el 30 de diciembre de 2007 se publicaron las Reglas de Operación del Programa y se estableció la metodología para la planeación de rutas, siguiendo los criterios de inclusión, asimismo, se diseñó e implementó la campaña de posicionamiento a nivel local, con base en un spot en español y 11 lenguas indígenas de las siete entidades prioritarias, y se distribuyeron trípticos y carteles en los 32 SESA.

Otro punto a destacar, es el apoyo brindado por el programa durante la contingencia en el estado de Tabasco, del 28 de octubre al 17 de diciembre, a través de la operación de 38 caravanas que atendieron a 16 de 17 municipios afectados en la entidad, cubriendo 1,456 localidades y a un total de 1,486,849 personas damnificadas.

Los avances obtenidos por el Programa Caravanas de la Salud han sido importantes, sin embargo, los retos a enfrentar en 2008 se relacionan con la necesidad de redefinir las rutas de operación de las unidades médicas móviles alineadas y recibidas en las 32 entidades federativas, conforme a los criterios de inclusión establecidos en las Reglas de Operación del Programa, y con la adquisición de unidades médicas móviles que permita acercar los servicios de salud a las comunidades más dispersas, tomando en consideración las condiciones de acceso geográfico de dichas localidades.

Otro reto para los próximos años consiste en lograr que las familias con un IDH bajo se afilien voluntariamente al SPSS, a fin de asegurar la

protección financiera, la cobertura universal, la calidad en la prestación de los servicios y el acceso a la totalidad de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.

Línea de acción 5.6 Articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad

Los cambios en el perfil epidemiológico de la población del país obliga al sistema de salud a integrar servicios médicos de alta especialidad efectivos, eficientes y de calidad, los cuales están orientados a atender las enfermedades crónico degenerativas, las complicaciones y secuelas provocadas por los principales problemas de salud a nivel nacional, así como otros padecimientos con baja frecuencia poblacional, pero que requieren del empleo de una combinación de procedimientos clínicos y quirúrgicos de mayor complejidad, con el apoyo de tecnologías de última generación y alto costo, operadas por equipos de profesionales multidisciplinarios.

Por esta razón, en el PROSESA 2007-2012 se identificó la necesidad de fortalecer la atención médica de alta especialidad, a partir de articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad. Durante el 2007, en la materia se han obtenido los siguientes logros.

• Acciones para articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad

La Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAES) en la Secretaría de Salud está integrada por los 12 Institutos Nacionales de Salud (INS), los seis Hospitales Federales de Referencia (HFR) y por los cuatro Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) puestos en operación durante el año de 2007; asimismo, se integran a esta red el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS), el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

Todos ellos bajo la coordinación de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

En congruencia con la línea de acción para articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad, la CCINSHAE desarrolla estrategias que permitan vincular las políticas nacionales de salud, con los proyectos federales, regionales y estatales en materia de atención médica, investigación y gestión hospitalaria, a través de la generación y promoción de modelos innovadores para mejorar la efectividad y calidad de los servicios de alta especialidad ofrecidos, la gestión y el financiamiento de las unidades que conforman esta red, y para consolidar y ampliar la capacidad instalada de las entidades prestadoras de servicios médicos de alta especialidad.

En este sentido, resulta relevante la puesta en operación, durante 2007, de los cuatro Hospitales Regionales de Alta Especialidad: HRAE del Bajío (Guanajuato), HRAE de Oaxaca, y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas que incluye al Hospital de Especialidades Pediátricas en Tuxtla Gutiérrez y el HRAE Ciudad Salud en Tapachula. Además se tiene previsto que durante 2008 se incorpore el HRAE de la Península de Yucatán a esta red de servicios. El esfuerzo realizado para construir y operar este tipo de unidades es importante debido a sus características propias, lo cual requiere de un volumen considerable de recursos financieros y humanos, pero sobre todo de la participación decidida de las autoridades a nivel estatal y federal.

Los HRAE se han creado con el objeto de contar con unidades médicas modelo que permitan ampliar la oferta de servicios especializados a nivel nacional, y que contribuyan a mejorar la equidad en el acceso mediante la descentralización de los servicios de alta especialidad.

Cabe señalar que al mejorar el acceso de la población, a través de los HRAE, se pretende reducir los daños a la salud de la población y evitar que la población incurra en gastos excesivos, originados por la atención en sí misma y al acercar los servicios a la población, lo que evita los despla-

zamientos, y los gastos relacionados, hacia los lugares a donde anteriormente podían obtener la atención requerida.

Para el sistema de salud, por su parte, la existencia de los HRAE ha permitido que la demanda de servicios de alta especialidad se distribuya de mejor forma a nivel regional, evitando la saturación que normalmente se presentaba en los HFR y en los INS, ubicados en el Distrito Federal.

De esta forma, la atención ambulatoria proporcionada por todas las instituciones de atención especializada en 2007 permitió que se otorgaran 3,290,716 consultas médicas y de urgencias, que en su mayoría se vinculan con padecimientos considerados prioritarios para el SNS, como la diabetes mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares, obesidad, padecimientos respiratorios, síndrome de inmunodeficiencia humana, insuficiencia renal, accidentes, lesiones y padecimientos psiquiátricos, entre otros. Respecto de la atención hospitalaria se registraron 145,901 ingresos y 144,901 egresos, la mayoría de ellos por mejoría del paciente. Es importante señalar que el ingreso hospitalario a este tipo de unidades médicas se da a través de la referencia de pacientes, los cuales presentan cuadros clínicos complejos, que hacen necesario el empleo de alta tecnología médica para su atención.

En los quirófanos de estas instituciones se realizaron 104,490 cirugías mayores y menores, además se realizaron procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, como estudios de resonancia magnética, tomografía, medicina nuclear, hemodinamia cardíaca y neurológica, endoscopia y ecocardiografía, y estudios genómicos, entre otros.

Por su parte, los INS conforman la base que se sustenta el desarrollo de la atención de alta especialidad en México, no sólo por la diversidad de servicios médicos que brindan a la población, sino también por el desarrollo de conocimientos científicos, a través de los procesos de investigación que desarrollan, y por su colaboración en la formación de profesionales de la salud.

De los 12 INS, diez tienen dentro de sus funciones la prestación de servicios médicos de alta especialidad, a fin de apoyar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de los pacientes referidos que presentan padecimientos de alta complejidad, a través del empleo de personal médico especializado y con apoyo de la tecnología de vanguardia ubicada en sus instalaciones.

Los resultados obtenidos por los 10 INS que proporcionan atención médica en 2007 se muestran en el cuadro III. 14

Resalta el aumento del 7.5 por ciento que registró el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias respecto del número de consultas de especialidad otorgadas entre 2006 y 2007, mientras que en el extremo opuesto, el Instituto Nacional de Perinatología registró una disminución del 1.2 por ciento respecto del número de consultas proporcionadas durante ese periodo. Respecto del número de egresos de 2006 y 2007, se observa que cinco INS registraron aumentos que van del 7.8 por ciento en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, al 0.2 por ciento del Instituto Nacional de Psiquiatría.

La tasa de infecciones nosocomiales, para ambos años, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es la más alta entre los institutos analizados con 16.8 y 16.4 infecciones por cada cien egresos, respectivamente, y le sigue el Hospital Infantil de México que registró tasas de infecciones nosocomiales mayores al resto de los INS; sin embargo, es necesario considerar que el tipo de especialidad y los procedimientos requeridos inciden en la presencia de este tipo de eventos adversos, por lo que los datos deben ser valorados con cautela. (Cuadro III.14)

La inclusión del CENATRA a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, forma parte de las acciones para articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad, en la SS. En este sentido, durante el 2007, el CENATRA apoyó la realización de trasplantes de riñón, corazón, pulmones, hígado, páncreas y córneas.

Cuadro III.14
Servicios otorgados en los Institutos Nacionales de Salud, México 2006 y 2007

Variable	Institutos Nacionales de Salud									
	HIM	INCAN	INCAR	INCMN	INER	INNN	INP	INPER	INP's	INR
Consultas										
2006	237,163.0	163,618.0	104,585.0	255,649.0	76,430.0	80,662.0	244,630.0	174,753.0	105,499.0	248,461.0
2007	238,865.0	166,080.0	108,057.0	255,948.0	82,191.0	81,888.0	253,030.0	148,731.0	107,464.0	250,889.0
Variación %	0.7	1.5	3.3	0.1	7.5	1.5	3.4	-1.2	1.9	1.0
Egresos										
2006	7,255.0	7,491.0	5,818.0	4,429.0	3,906.0	2,484.0	7,052.0	13,474.0	1,361.0	6,979.0
2007	6,857.0	7,457.0	5,798.0	4,307.0	4,209.0	2,557.0	7,138.0	12,966.0	1,364.0	7,482.0
Variación %	-5.5	-0.5	-0.3	-2.8	7.8	2.9	1.2	-3.8	0.2	7.2
Tasa de infecciones hospitalarias										
2006	12.6	7.7	7.8	5.2	4.4	16.8	3.3	2.1	NA	0.1
2007	13.2	9.0	6.7	9.0	7.8	16.4	4.4	1.9	NA	0.1
Variación %	4.8	16.9	-14.1	73.1	77.3	-2.4	33.3	-9.5	NA	0.0
Ingresos										
2006	7,274.0	7,553.0	5,800.0	4,442.0	3,887.0	2,476.0	7,056.0	13,431.0	1,361.0	7,005.0
2007	6,755.0	7,589.0	5,801.0	4,308.0	4,219.0	2,253.0	7,139.0	13,665.0	1,368.0	7,473.0
Variación %	-7.1	0.5	0.0	-3.0	8.5	-9.0	1.2	1.7	0.5	6.7
Cirugías										
2006	4,362.0	3,064.0	1,508.0	4,047.0	3,298.0	2,163.0	5,141.0	7,471.0	NA	7,188.0
2007	5,243.0	4,072.0	1,488.0	3,944.0	4,196.0	2,295.0	4,762.0	8,169.0	NA	9,814.0
Variación %	20.2	32.9	-1.3	-2.5	27.2	6.1	-7.4	9.3	NA	36.5

Abreviaturas: HIM: Hospital Infantil de México; INCAN: Instituto Nacional de Cancerología; INCAR: Instituto Nacional de Cardiología; INCMN: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición; INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; INNN: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; INP: Instituto Nacional de Pediatría; INPER: Instituto Nacional de Perinatología; INP's: Instituto Nacional de Psiquiatría; INR: Instituto Nacional de Rehabilitación; NA: No aplica
Fuente: Carpetas de Juntas de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud, CCINSHAE-SS

Como se observa en la figura III.11, el trasplante de córneas es el que se realiza con mayor frecuencia, sin embargo, su realización tuvo una disminución del 5 por ciento respecto de 2006; le sigue en importancia el trasplante de riñón, para el cual se observa un incremento del 4.6 por ciento respecto del año previo. (Figura III.11)

La donación de sangre es un componente necesario para asegurar una atención adecuada dentro de las unidades hospitalarias del país, sobre todo en aquellas donde las intervenciones quirúrgicas son frecuentes. En este sentido alinear los esfuerzos del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea con las acciones por integrar y consolidar la red de servicios de alta especialidad es un compromiso de la presente administración.

Respectos a los resultados obtenidos por el CNTS, destaca que en 2007 el número de donadores ascendió a 1,500,877, lo que representa un incremento de 3 por ciento respecto de los donadores de 2006. Es importante destacar que de cada una de las unidades de sangre obtenidas, a través de estos donadores, se pueden obtener 4 diferentes hemoderivados, permitiendo que en 2007 se aprovecharan 2'263,000 productos.

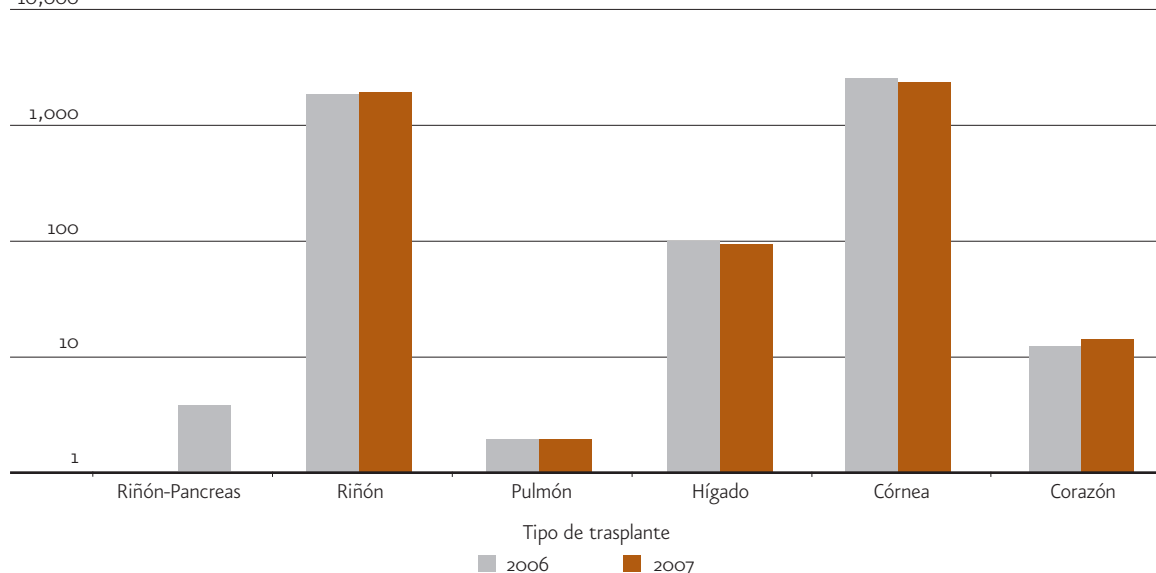
Para lograr articular y consolidar el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad, de acuerdo con lo establecido en el PROSESA 2007-2012, aún falta un camino largo por recorrer, ya que es necesario establecer los acuerdos y acciones que permitan que las instituciones de salud públicas del país integran sus servicios de alta especialidad

Figura III.11

Trasplantes de órganos realizados, México 2006 y 2007

Número

10,000



Fuente: CENATRA, CCINSHAE-SS

a la red de servicios, avanzar en los sistemas de referencia de pacientes y establecer los mecanismos para el pago cruzado de servicios y para la utilización eficiente de los recursos disponibles.

Línea de acción 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 avances en materia de tecnologías de la información y telecomunicaciones han tenido un desarrollo sorprendente durante los últimos años. En el área de la salud sus beneficios son diversos, pero destaca, a partir del uso de la telesalud, la posibilidad de disponer de una herramienta que apoye los servicios de asistencia médica a distancia y en la mayoría de los casos sin necesidad de trasladar a los pacientes a unidades de mayor complejidad.

El uso adecuado de estas tecnologías favorece la ampliación de cobertura en salud, eleva la calidad de la atención médica, al mejorar los procesos de provisión de servicios, y permite enfrentar problemas como la insuficiencia de recursos humanos especializados, la saturación de los servicios clínicos en algunas unidades de atención y regiones, sobre todo de alta especialidad en zonas urbanas. Además, permite salvar las barreras geográficas existentes en nuestro país. Es por ello, que una de las acciones que el sector pretende llevar a cabo es la ampliación del acceso y mejorar la calidad, la efectividad y la continuidad de la atención médica, a través del uso de la telesalud.

• Porcentaje de servicios de telesalud en las entidades federativas

La transición hacia un sistema de salud que incorpore de manera permanente las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC's) implica

vencer varios obstáculos, como la conectividad e interoperabilidad de los distintos sistemas, la instalación de redes telemáticas, y la aceptación de los cambios en los procesos de atención médica, de gestión y logística en las unidades médicas, así como la aceptación por parte de los pacientes.

El CENETEC está impulsando y coordinando los programas de telesalud y e-salud en el país. El objetivo es lograr que los servicios de telemedicina coadyuven a la mejoría en la accesibilidad, calidad y la eficiencia de los servicios de salud. Al respecto, 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.

Para valorar los logros obtenidos en la materia, el CENETEC propuso el seguimiento del siguiente indicador: Porcentaje de adopción de servicios de telesalud en las entidades federativas. (Cuadro III.15)

En 2007, a nivel nacional 14 entidades federativas habían adoptado alguna de las modalidades que integran el rubro de telesalud (tele-educación, telemedicina, tele-administración), lo que repre-

senta el 43.8 por ciento del total de estados del país. Respecto del porcentaje registrado en 2006, se obtuvo un incremento de 55.6 por ciento; mientras que para dar cumplimiento a la meta de 2012, es necesario incorporar a las 18 entidades federativas que aún no adoptan este tipo de herramientas.

Cabe señalar que la adopción de la telesalud significa que esta tecnología se incorporó a la operación normal de las unidades médicas. En este sentido, durante 2007, el total de unidades médicas que implantaron telesalud a nivel nacional fue de 107, de las cuales 95 corresponden a las entidades federativas y 12 a los INS. (Cuadro III.16)

Entre las entidades federativas, sobresale Nuevo León al implantar telesalud en 28 de sus unidades médicas y Oaxaca con 21 unidades de atención. En las unidades de Nuevo León se implementan los servicios de tele-educación y telemedicina, mientras que en las unidades de Oaxaca se están implementando los mismos servicios y además ya opera el servicio de tele-administración. Por su parte, en la unidad del estado de México donde se adoptó telesalud ya operan los servicios de tele-educación y tele-administración. (Cuadro III.16)

Cuadro III.15

Adopción de los servicios de telesalud en las entidades federativas, México 2007

Indicador	Línea base (LB) 1/	Valor 2007	Variación % (2007/LB)	Meta 2012
Porcentaje de adopción de servicios de telesalud en las entidades federativas	28.1	43.8	55.6	Lograr que 100 por ciento de las entidades federativas adopten los servicios de telesalud

1/ El valor corresponde al porcentaje de entidades que en 2006 adoptaron al menos una modalidad de telesalud: tele-educación, telemedicina y tele-administración
Fuente: CENETEC-SS

Para fomentar el uso de la telesalud al interior del SNS, a fin de coadyuvar en la mejora de la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud, el CENETEC tiene contemplado realizar las siguientes acciones durante los siguientes años:

1. Promover los servicios de telesalud en apoyo a los programas prioritarios dentro del SNS y contribuir a lograr una cobertura efectiva de los servicios.
2. Impulsar el establecimiento de la infraestructura que apoye al Sistema Nacional de Telesalud.
3. Colaborar con las universidades e instituciones de educación para la creación de servicios de tele-educación que apoyen el entrenamiento continuo de los profesionales de la salud.
4. Promover el intercambio de experiencias y de mejores prácticas nacionales e internacionales para mejorar la calidad de los servicios de telesalud.
5. Contribuir a la creación de un marco normativo y jurídico para la práctica de la telesalud.

Cuadro III.16
Unidades médicas en las que se implantó telesalud según componente y entidad federativa, México 2007

Entidad	Unidades con telesalud	Componentes de telesalud		
		Tele-educación	Telemedicina	Tele-administración
Nuevo León	28	ED	ED	
Oaxaca	21	ED	ED	INIC
Guerrero	9	ED	INIC	
Puebla	9	ED	INIC	
Querétaro	5	INIC		
Chihuahua	4	ED	INIC	INIC
Nayarit	4	ED	ED	INIC
Tamaulipas	4	ED	ED	
Chiapas	3	ED	ED	
Yucatán	3	ED	ED	
Campeche	2	ED		
México	1	INIC		INIC
Guanajuato	1	INIC		
Zacatecas	1	ED		
Total estatal	95			
INS	12			
Total Nacional	107			

ED: En desarrollo
INIC: Iniciado
Fuente: CENETEC-SS

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

Línea de acción 7.1 Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorpore a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS

El 1° de diciembre de 2006 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) con el propósito de reducir la incidencia de enfermedades y discapacidades en la población de recién nacidos; reducir la mortalidad y la morbilidad infantil y preescolar; contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida; con base en la otorgación de un paquete explícito de acciones preventivas, intervenciones médicas y los medicamentos asociados que respondan al perfil epidemiológico y a las necesidades de salud de esta población. Para su aplicación operativa y financiera se estableció que el SMNG se incorpore al Sistema de Protección Social en Salud. La conducción de este seguro está a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, misma que en 2007 registró los siguientes logros.

• Afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación

En 2007 se afiliaron al Seguro Médico para una Nueva Generación 819,410 niños, con lo que se superó satisfactoriamente la meta original de afiliación, fijada en 743,046. Al término del mes de enero de 2007, a dos meses de haber iniciado

el programa, el número de niños incorporados al SMNG ascendió a 8,709, observándose, al primer semestre de ese año, un incremento mensual promedio de 33,474 afiliados. (Figura III.12)

Como resultado de la Semana Nacional de Afiliación, llevada a cabo del 13 al 19 de agosto de 2007, se incorporaron 60,547 niños y sus familias, 20,547 más de la meta establecida para esa semana, con lo cual la afiliación para ese mes alcanzó la cifra de 146,810 niños, el volumen más importante de afiliados de todo el año.

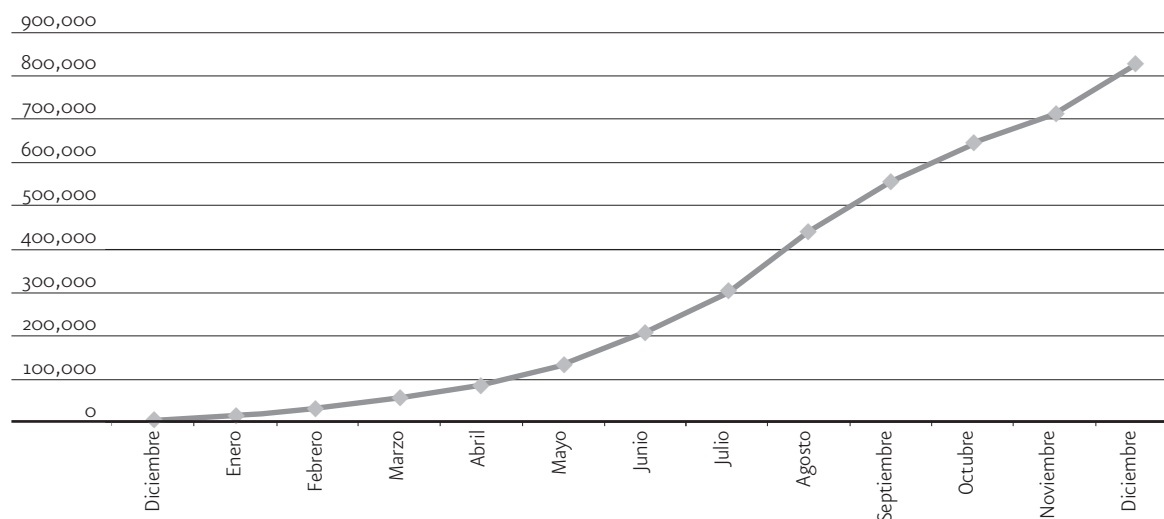
En la figura III.13 se muestra el número de niños y sus familias afiliadas de manera mensual. (Figura III.13)

La afiliación de niños al SMNG en el estado de México fue la más alta del país, representando el 11.2 por ciento de la afiliación a nivel nacional, le siguen Veracruz y Jalisco al concentrar el 7.7 y 7.5 por ciento de los niños afiliados, respectivamente. Por su parte, la menor afiliación se registró en Baja California Sur, donde sólo 2,592 niños se incorporaron al SMNG, es decir el 0.3 por ciento de la afiliación nacional. (Cuadro III.17)

Es importante señalar que de los 819,410 niños recién nacidos afiliados al SMNG durante 2007, 647,435 corresponden a familias que no contaban con Seguro Popular previamente, lo que representa 79 por ciento de los niños recién nacidos. Las entidades federativas que afiliaron a más niños con familias sin Seguro Popular fueron el Distrito Federal (99.6%), Nuevo León (94.6%), Veracruz (91.4%), Tlaxcala (90.9%) y el estado de

Figura III.12

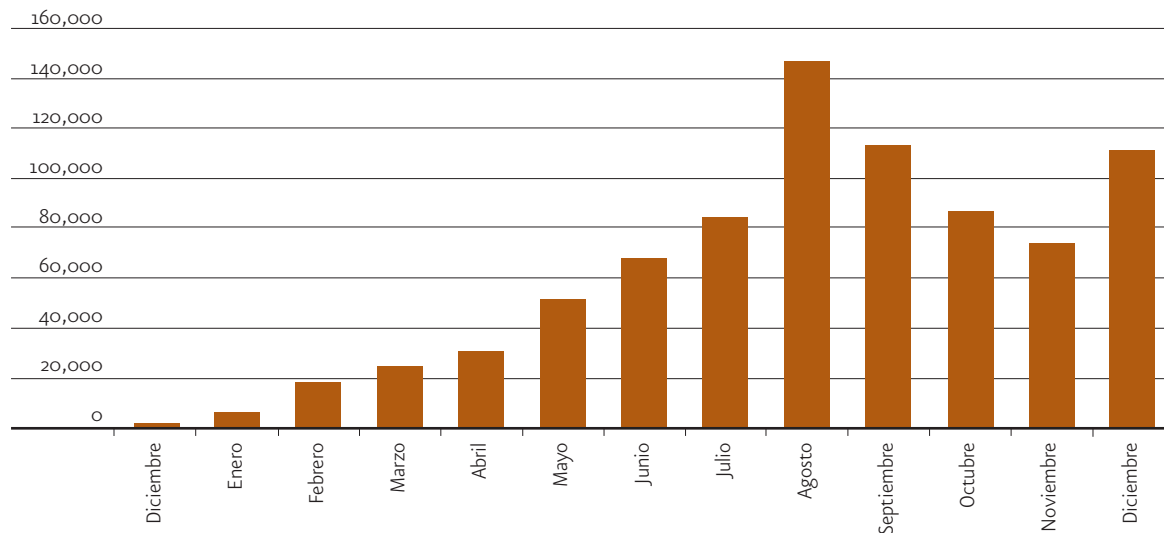
Acumulado de afiliaciones al Seguro Médico para una Nueva Generación, México 2007

Niños afiliados

Fuente: CNPSS-SS

Figura III.13

Distribución mensual de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación, México 2007

Niños afiliados

Fuente: CNPSS-SS

Cuadro III.17
Afiliación de Recién Nacidos al Seguro Médico para una Nueva Generación, México 2007

Entidad Federativa	Niños en familias afiliadas al Seguro Popular de Salud	Niños en familias nuevas	Total de niños afiliados	% de niños en familias nuevas afiliados al SMNG
México	8,710	82,774	91,484	90.5
Veracruz	5,415	57,775	63,190	91.4
Jalisco	11,044	50,816	61,860	82.1
Puebla	6,967	41,776	48,743	85.7
Chiapas	14,870	31,710	46,580	68.1
Guanajuato	17,656	25,915	43,571	59.5
Distrito Federal	165	38,784	38,949	99.6
Michoacán	3,616	27,039	30,655	88.2
Guerrero	5,519	23,828	29,347	81.2
Tamaulipas	9,067	17,211	26,278	65.5
Tabasco	14,725	11,009	25,734	42.8
Oaxaca	5,703	17,656	23,359	75.6
Chihuahua	3,460	18,288	21,748	84.1
Sonora	7,412	13,888	21,300	65.2
San Luis Potosí	7,396	13,641	21,037	64.8
Hidalgo	4,173	16,855	21,028	80.2
Nuevo León	1,042	18,322	19,364	94.6
Sinaloa	7,645	11,544	19,189	60.2
Yucatán	4,780	12,388	17,168	72.2
Morelos	3,028	13,425	16,453	81.6
Coahuila	1,643	14,692	16,335	89.9
Zacatecas	3,337	12,187	15,524	78.5
Baja California	4,838	10,591	15,429	68.6
Querétaro	1,424	13,328	14,752	90.3
Tlaxcala	1,130	11,318	12,448	90.9
Quintana Roo	1,612	10,315	11,927	86.5
Durango	1,434	9,508	10,942	86.9
Nayarit	2,373	7,826	10,199	76.7
Campeche	3,447	5,775	9,222	62.6
Colima	3,492	3,137	6,629	47.3
Agascalientes	3,824	2,550	6,374	40.0
Baja California Sur	1,028	1,564	2,592	60.3
Total	171,975	647,435	819,410	79.0

SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación
Fuente: CNPSS-SS

México (90.5%), mientras que la menor afiliación se registró en Aguascalientes (40%), Tabasco (42.8%) y Colima (47.3%). (Cuadro III.17)

Otro aspecto a destacar, es que la afiliación de niños al SMNG en el Distrito Federal representó el 22.8 por ciento de la afiliación total de familias al SPS durante 2007, en Jalisco el porcentaje corresponde al 19.4 por ciento y en Quintana Roo al 19.3 por ciento. En el extremo opuesto, la afiliación de niños al SMNG en Aguascalientes representó solo el 5.6 por ciento de las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, mientras que en Oaxaca esta proporción fue del 6 por ciento.

Los avances obtenidos son importantes, sin embargo, es necesario consolidar la operación del SMNG a fin de garantizar que, en el largo plazo, los menores afiliados y por afiliar mantengan la vigencia de sus derechos, recibiendo gratuitamente la atención médica de primer nivel y especializada que requieran, mediante el paquete de acciones preventivas, intervenciones de salud y sus medicamentos asociados incluidos en este seguro.

Estrategia 8 Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector

A pesar de los avances en materia de integración y operación del Sistema de Información en Salud (SIS), principalmente a través de la incorporación de la tecnología de la información en los procesos de recolección y análisis, aún existe una fragmentación entre las instituciones y organismos que conforman el SNS. Ello ha provocado que existan sistemas de información que responden a las necesidades particulares de cada institución, lo cual no sería un problema, sino fuera porque las estructuras de los mismos y los criterios para agrupar y analizar la información son heterogéneos, dificultando la integración de la información a nivel sectorial.

Los avances en materia de incorporación de innovaciones tecnológicas también muestran un desarrollo desigual, por ejemplo, en el PROSESA 2007-2012 se reporta que el IMSS logró incorporar los registros médicos electrónicos a todas las unidades de medicina familiar y a un número importante sus hospitales, mientras que en la SS sólo se había logrado incorporar los registros médicos electrónicos en cinco entidades federativas del país y sólo en 25 de sus hospitales. La falta de integración a la estadística en salud de la información que se genera en el sector privado es otro aspecto que incide negativamente en la conformación del SIS.

Por estas razones, uno de los grandes desafíos para el sector salud es impulsar el desarrollo del SIS, a fin de romper con la fragmentación existente, mejorar el marco normativo en la materia, integrar el sector privado a la estadística en salud, automatizar los registros médicos, y consolidar los procesos para generar y difundir las estadísticas

que den respuesta a los diversos usuarios del SIS, sin perder de vista los aspectos de disponibilidad, calidad y accesibilidad de la información que debe generar el sistema.

Línea de acción 8.1 Consolidar un sistema único de información estadística y epidemiológica para la toma de decisiones en materia de salud pública

Contar con un sistema de información único, integrado, moderno, flexible, oportuno y confiable, que esté orientado a generar estadísticas nominales y no sólo a la producción de datos sobre eventos o acciones, es la aspiración de la actual administración; sin embargo, para lograrlo es necesario vencer varios obstáculos relacionados con aspectos estructurales, como la fragmentación entre instituciones, la desigual incorporación de las tecnologías de la información y en comunicaciones, y la insuficiencia de recursos humanos y de equipos en los lugares donde se generan los datos. De igual forma, es necesario avanzar en la unificación de criterios para la integración de las estadísticas, en la homogeneización de las plataformas tecnológicas utilizadas y de los formatos y hojas de registro necesarios.

Además, se debe asegurar que la información que proporcione este sistema responda a las necesidades de sus usuarios, con especial énfasis en generar información y conocimientos que apoyen los procesos de planeación, gestión, toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Para lograrlo, la Dirección General de Información en Salud (DGIS), busca fortalecer los logros obtenidos en años previos y sentar las bases para ir construyendo el SIS que se requiere. Dentro de las actividades realizadas en 2007 en la materia destacan las siguientes.

• Integración eficiente de las estadísticas de salud por los estados

En 2007, se consolidó la integración de las estadísticas en salud en los estados, mediante dos reuniones nacionales en las que se contó con la participación de los responsables de las áreas de estadística de los Servicios Estatales de Salud; además, se realizaron diversas visitas de supervisión y fortalecimiento de la capacidad operativa de dichas áreas, a través de asesorías en servicio. Lo anterior permitió que se recibieran en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) las bases de datos específicas para la elaboración de cubos dinámicos y el anuario estadístico.

Línea de acción 8.5 Establecer la infraestructura base para la adopción del expediente clínico electrónico y la gestión de los servicios

El objetivo de esta línea de acción es desarrollar un sistema informático integrado que concentre

y proporcione información médica y paramédica, relacionada con el cuidado de la salud que se brinda a la población de manera individual, y que permita a los profesionales de la salud que atiendan al paciente contar con los elementos necesarios para garantizar la atención más adecuada, y que además brinde evidencias que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud.

• Avances en la adopción del expediente clínico electrónico

Para dar cumplimiento a este objetivo, en 2007, la DGIS realizó varias reuniones de carácter intersectorial y sectorial a fin de revisar los contenidos del expediente electrónico. Destaca de manera especial, el hecho de que existe un vacío legal en la materia, por lo que esta dirección coordinó los trabajos que permitieron disponer actualmente de una versión del Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-024-SSA3-2007, el cual ha tenido el consenso de los diversos sectores participantes.

Por otro lado, la prueba de interoperabilidad realizada entre Sinaloa y Nuevo León respecto del acceso de un expediente electrónico de “la otra entidad” fue exitosa; situación que da certidumbre sobre la factibilidad de incorporar esta tecnología al quehacer institucional.

Estrategia 9 Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos

En el sector salud se requiere de prestadores de servicios que, en cantidad y conocimientos, enfrenten los principales problemas de salud que afectan a la población. Los procesos de formación de profesionales de la salud y de investigación en las diversas áreas del conocimiento, son elementos indispensables para contar con los recursos que requiere el sistema.

La SS definió en el PROSESA la estrategia número nueve, buscando fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos. La CCINSHAE es la unidad responsable de implantar esta estrategia, dado que en sus atribuciones se establece que debe promover la investigación científica en salud, coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos y de financiamiento y estimular el desarrollo de los recursos humanos dedicados a la investigación; así como promover la vinculación entre la investigación y el ejercicio técnico de los profesionales de la salud.

En este sentido, la CCINSHAE ha comenzado a desarrollar las acciones que permitan cumplir con lo establecido en el PROSESA 2007-2012, registrando los siguientes avances.

Línea de acción 9.2 Reorientar la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones

Es indispensable que la investigación y el desarrollo tecnológico que se genera en el campo de la salud se oriente hacia la resolución de los problemas y daños a la salud que afectan a la población del país, de tal forma que los conocimientos e innovaciones generadas a través de la investigación permitan prevenir y atender, eficaz y eficientemente, los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles, las enfermedades del rezago epidemiológico y las lesiones además de que generen modelos, instrumentos y procesos innovadores en que den mayores logros en materia de atención.

Como parte de este proceso, a continuación se hace referencia a los logros que en 2007 ha obtenido la CCINSHAE en la materia.

• Avances en la reorientación tecnológica y la investigación para la salud

A nivel nacional, las instituciones de salud son uno de los sectores con mayor producción científica. En 2007 se logró desarrollar 1,934 trabajos de investigación, los cuales fueron publicados a través de revistas indexadas de alto impacto a nivel nacional e internacional.

Las investigaciones realizadas son el resultado de los procesos de elaboración de protocolos de investigación que fueron generados por los 1,195 investigadores incorporados al Sistema Institucional de Investigación (SII), de los cuales el 53.4 por ciento (638) pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Es importante destacar que los fondos sectoriales para la realización de los protocolos de investigación han favorecido la orientación de estas investigaciones a la resolución de los problemas nacionales de salud, dando énfasis al avance del conocimiento médico que permita contar con mejores alternativas diagnósticas y terapéuticas para los servicios de salud del país.

Las ciencias geonómicas en nuestro país han presentado un notable impulso en los últimos cinco años, apoyado por la infraestructura de alta tecnología que se incorporó a los Institutos Nacionales de Salud, lo que ha permitido disponer de un bagaje de conocimientos sobre la población mexicana que, entre otros beneficios, sentará las bases para una práctica médica basada en la estructura genómica de las poblaciones mexicanas y en sus necesidades epidemiológicas.

Los resultados de la investigación sobre la estructura genómica de las poblaciones mexicanas, serán especialmente importante para establecer mejores estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de padecimientos como la obesidad, diabetes mellitus, efectos de la dieta, hipertensión arterial, asma, leucemias y otros tipos de cáncer.

En otros campos de investigación se han descubierto nuevas asociaciones entre enfermedades

de alta incidencia con padecimientos complejos, lo que resulta en evidencias valiosas para la definición y adecuación de las políticas públicas de prevención y control de daños para disminuir las complicaciones para la salud de la población. Las investigaciones en salud pública, por su parte, han permitido generar conocimientos sobre los servicios de salud, los riesgos sanitarios y, en general sobre los padecimientos que aquejan a los mexicanos.

Para continuar avanzando en la reorientación tecnológica y la investigación para la salud, es necesario ampliar y diversificar las fuentes de financiamiento destinadas a la investigación para la salud; generar redes de investigación, a nivel nacional e internacional, que permitan la realización de proyectos destinados a ofrecer alternativas para atender los problemas prioritarios a nivel nacional en materia de salud. De igual forma, será necesario que se dote a los investigadores de las condiciones óptimas para el desarrollo de su labor, lo que incluye estímulos al desempeño, equipamiento suficiente y adecuado y un entorno laboral favorable.

Línea de acción 9.3 Impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas

Los cambios provocados por el envejecimiento de la población, la adopción de estilos de vida poco saludables y los avances en materia de desarrollo tecnológico, han dado lugar a que los actuales programas de formación de recursos humanos en salud no respondan a las necesidades del sistema de salud. Por lo cual, es necesario implantar nuevos contenidos de estudio, generar nuevas áreas de especialización e innovar en los procesos de formación, actualización y capacitación de los profesionales de la salud, todo ello con el objetivo de responder a las nuevas demandas de salud de la población y a las necesidades y características

del sistema de salud. Por ello, se implementó la presente línea de acción, cuyos logros se plasman a continuación.

• Cursos de formación de recursos humanos especializados para la salud

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), es el organismo colegiado interinstitucional que tiene la responsabilidad de coordinar a las instituciones educativas y las de salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el SNS. A partir de estas acciones de coordinación se realiza el examen nacional de aspirantes a residencias médicas (ENARM), para lo cual, diversas facultades y escuelas de medicina e instituciones de salud participan, tanto en la elaboración del examen como en su aplicación.

Posteriormente, los candidatos seleccionados son canalizados a diversas instituciones de salud para su formación como médicos especialistas. Entre las instituciones de salud que participan se encuentran los INS, HFR y los SAP, los cuales tienen un amplio reconocimiento a nivel nacional e internacional, lo cual se refleja en el hecho de que anualmente, aproximadamente un 10 por ciento de los residentes provienen de otros países, principalmente de América Latina.

Actualmente, dentro de estas instituciones, se desarrollan 343 cursos de formación, que incluyen las especialidades médicas, maestrías y doctorados. En este rubro es importante destacar que el porcentaje de eficiencia terminal es de 94.2 por ciento.

Las temáticas que integran los programas de estudio se actualizan y complementan con las experiencias hospitalarias y de investigación que se ofrecen a los estudiantes, lo que permite que su incorporación laboral reditúe en beneficios para los pacientes. El proceso de enseñanza que se conjunta con los elementos de investigación y de atención médica, permite a los alumnos el acceso a la producción de conocimientos de vanguardia y a las innovaciones en la prestación de servicios,

asimilando a su vez aspectos relacionados con el respeto a los derechos de los enfermos y sobre las normas éticas fundamentales.

Asimismo, la rotación de los especialistas en formación por diferentes campos clínicos permite el intercambio de conocimientos y el aprovechamiento óptimo de la infraestructura educativa entre las distintas áreas de especialización de las instituciones.

Línea de acción 9.4 Incentivar el desarrollo y distribución nacional del capital humano especializado con base en las necesidades regionales de atención a la salud

Actualmente el SNS enfrenta el reto de adaptar la formación de los médicos especialistas a las nuevas realidades de atención a la salud de la población, ello implica redistribuir a los médicos especialistas a partir de la definición de áreas prioritarias, sustentadas con base en los perfiles epidemiológicos de las zonas y con base en el análisis de la infraestructura y recursos disponibles. De igual forma, es necesario formar a nuevos médicos que aseguren el capital humano para enfrentar los nuevos retos en materia de condiciones de salud, por ejemplo los problemas de salud de los adultos mayores.

• Avances en los programas de formación para el desarrollo de recursos humanos orientados a fortalecer la disponibilidad de recursos en las entidades

Actualmente, en la SS se ha dado énfasis a la creación de condiciones que permitan al personal de salud de las entidades federativas participar en programas de formación, actualización y capacitación, que les proporcionen conocimientos que posteriormente serán aplicados en sus lugares de trabajo. En este sentido, los programas para la formación de recursos humanos implantados por los INS, HFR y los SAP permiten la incorporación de

estudiantes de todos los estados de la República, además, deben considerarse los sistemas semi-presenciales de especialidad, maestría, educación continua y capacitación que se han instituido, a partir del empleo de las tecnologías de comunicación y transmisión de datos, con lo que la formación de recursos humanos se ha ampliado favoreciendo con ello a los servicios de salud del país.

De igual forma, los programas de intercambio de estudiantes y los convenios interinstituciona-

les con fines académicos y científicos que se han suscrito con las entidades federativas y con otras instituciones nacionales, facilitan que personal de salud de los estados acuda a capacitarse en diversas instituciones de alta especialidad y posteriormente apliquen los conocimientos adquiridos en beneficios de la población de sus lugares de adscripción.

Estrategia 10 Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios

Una de las funciones básicas de los sistemas de salud es la generación de recursos, que, en términos generales, se refiere a la inversión que realiza el sistema para disponer de los recursos humanos, físicos, materiales e insumos, que le permitan operar los servicios. Para esta estrategia se describen los logros obtenidos en tres de las cinco líneas de acción que la conforman.

Línea de acción 10.1 Asegurar la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional

La vacunación es una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha aportado al mejoramiento de la salud de la población, permitiendo prevenir enfermedades que causan graves daños a la población, como discapacidades o incluso la muerte. Por esta razón, los sistemas de salud deben disponer de estos insumos oportunamente y en cantidades suficientes.

En México, los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX) tienen la responsabilidad de apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios y en especial, asegurar la producción nacional de reactivos y vacunas. Para lograrlo, se planteó generar la infraestructura física, la investigación, el equipamiento y la formación de los recursos humanos que permitan incrementar el volumen de producción

de vacunas; así como desarrollar un programa de producción de vacuna de influenza estacional y eventualmente pandémica, que permita cubrir los requerimientos nacionales, garantizar el abasto en situaciones críticas y retomar la producción nacional de la vacuna BCG y del reactivo PPD en las instalaciones de BIRMEX.

Las actividades desarrolladas y los logros obtenidos durante 2007 por esta entidad se muestran a continuación.

• Volumen de producción anual

Para asegurar la producción nacional de vacunas y garantizar que las instituciones del sector salud cuenten con los biológicos que requieren sus programas de vacunación, en el año 2007, la entidad produjo 45.4 millones de dosis de los diferentes productos que fábrica, cifra que representa un 94.6 por ciento de la producción programada para ese año. Cabe señalar que para el 2012, BIRMEX estableció una meta de producción de 220 millones de dosis de los diferentes productos que genera, por lo que la producción de 2007 representa un logro del 20.6 por ciento, respecto de dicha meta. (Cuadro III.18)

En relación con las vacunas virales, se cubrió 75.9 por ciento de la producción programada en 2007, al haber fabricado 24.6 millones de dosis, de las cuales 10.3 corresponden a dosis de vacuna Antipoliomielítica Trivalente Oral. Esto representa un volumen inferior al promedio de producción de los últimos cinco años, lo que se debió a que durante este año el Instituto Nacional de Virología cerró sus

Cuadro III.18
Producción de biológicos (dosis), México 2007

Producto	Meta programada	Producción alcanzada	% de cumplimiento
Vacunas virales	32,400,000	24,602,720	75.9
Vacunas bacterianas	15,504,270	20,562,985	132.6
Vacunas sueros	78,000	194,727	249.7
Reactivos biológicos	0	41,200	NA
Total producidas	47,982,270	45,401,632	94.6

NA: No aplica
Fuente: Birmex-SS

instalaciones para ser remodelado; a pesar de ello, el suministro de esta vacuna no se vio afectado ya que en el 2006 se crearon reservas en previsión de estas obras de remodelación. (Cuadro III.18)

Por su parte, la producción secundaria (etiquetado) de Influenza alcanzó un total de 14.3 millones de dosis.

Respecto de las vacunas bacterianas, su producción, en el periodo enero-diciembre de 2007, ascendió a 20.6 millones de dosis, superando en 33 por ciento lo programado. De las vacunas que se produjeron, 18.5 millones corresponden a vacuna Td y dos millones a la producción secundaria de vacuna Antineumocócica 23; mientras que la producción de faboterápicos (sueros) ascendió a 194,727 frascos en el año, cifra 149 por ciento más alta que la meta planteada. (Cuadro III.18)

La producción de vacunas Td, antipoliomielítica, faboterápicos antialacrán y antiviperino, antitoxinas tetánica y diftérica, permitió surgir el 100 por ciento de las necesidades de estos biológicos comunicadas por el área de comercialización. De esta forma, la producción de biológicos en 2007 permitió al SNS satisfacer sus necesidades; sin embargo, para afrontar los retos futuros y para dar cumplimiento a las metas fijadas, será necesario que BIRMEX consolide los cambios derivados del proceso de mejora que emprendió durante este año, así como fortalecer su infraestructura, equipamiento y desarrollo tecnológico.

• **Porcentaje de avance en materia de infraestructura de BIRMEX**

Para fortalecer su capacidad de producción, BIRMEX definió una estrategia relacionada con la creación y fortalecimiento de la infraestructura que incluye: i) mantener en el Instituto Nacional de Higiene la producción de sueros, para lo cual es necesario mejorar sus instalaciones y equipos, permitiendo, además, renovar los registros sanitarios correspondientes; ii) concluir las obras de remodelación, que apoyen la producción de la vacuna de polio trivalente oral (OPV), en el Instituto Nacional de Virología; iii) adquirir una planta en Cuautitlán, estado de México, que permita crear la infraestructura necesaria para el envasado de la vacuna contra la influenza estacional y pandémica; el laboratorio de producción, envasado y liofilización de las vacunas doble viral (sarampión-rubéola) y triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis); aprovechar la capacidad excedente para el envasado de vacunas contra hepatitis a y b, rotavirus, neumococo y papiloma, y desarrollar una planta de acondicionamiento (etiquetado y empaque) y los almacenes de producto terminado; iv) transferir a las instalaciones de Cuautitlán, la planta de fermentaciones (pertussis y difteria) para la producción de graneles, y v) establecer las estrategias para el uso de plasma mexicano en la producción de hemoderivados.

En 2007 iniciaron las obras de remodelación del Instituto Nacional de Virología, acciones que una vez concluidas, permitirán incrementar la capacidad de producción de la vacuna antipoliomielítica, garantizando, a nivel nacional, su disponibilidad durante los próximos años. Además, una vez que se obtenga la precalificación de la OMS se podrán exportar los excedentes de esta vacuna. Al cierre de 2007, el avance estimado en las obras era del 80 por ciento, previendo su terminación en el primer trimestre de 2008.

En 2007, BIRMEX estableció las bases para celebrar una alianza tecnológica que le permitiera generar la capacidad para producir la vacuna

contra la influenza. Además, el 11 de diciembre de 2007 se formalizó la adquisición de una planta farmacéutica en Cuautitlán Izcalli, estado de México, con lo que será posible instalar la planta de producción de la vacuna contra la influenza, así como otras instalaciones de BIRMEX. Con la adquisición, se iniciaron los preparativos para elaborar el “Plan Maestro” para el desarrollo de la infraestructura en dicha planta, en el cual se incluirán las necesidades de infraestructura para el corto, mediano y largo plazo que permitan la producción de la vacuna contra influenza, y otras vacunas y biológicos.

Para el fortalecimiento de su infraestructura, BIRMEX debe enfrentar diversos retos, como por ejemplo, el desarrollo de los proyectos de ingeniería conceptual, básica y de detalle para las siguientes instalaciones: planta de Influenza –teniendo en cuenta que su uso tiene múltiples propósitos–; los laboratorios de Doble y Triple viral; el laboratorio de fermentaciones, etiquetado, acondicionamiento y los almacenes de producto; así como para los servicios de apoyo necesarios: control de calidad, aseguramiento, casa de máquinas, servicios críticos y no críticos, oficinas, etc. También es necesario establecer los proyectos para el Instituto Nacional de Higiene, a fin de que continúen funcionando las áreas de producción de sueros (bioterios, lavado y esterilización y las áreas de apoyo).

Línea de acción 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

Para aprovechar el desarrollo tecnológico y científico y para dotar al personal de salud de las herramientas necesarias para que brinde una atención médica eficiente, segura y de calidad, en

el PROSESA 2007-2012 se estableció la necesidad de impulsar el financiamiento y el establecimiento de políticas para la renovación y mantenimiento del equipo médico, mediante el desarrollo de áreas de ingeniería biomédica en las unidades de atención a la salud.

En este contexto, desde el inicio de la presente administración, el CENETEC promovió e impulsó la incorporación de áreas de ingeniería biomédica (IB) en el nivel central de los SESA y en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención (tanto federales como estatales), a fin de coadyuvar en la seguridad del paciente y a la utilización eficiente y racional de los recursos tecnológicos disponibles. Para medir los avances obtenidos se da seguimiento al porcentaje de adopción de los servicios de ingeniería biomédica en las entidades federativas. Los resultados obtenidos se describen a continuación.

• Porcentaje de adopción de áreas de ingeniería biomédica en las entidades federativas

En 2007, como resultado de las acciones coordinadas entre el CENETEC y las entidades federativas para realizar la contratación de los recursos requeridos, fue posible que en 22 estados del país se instalaran áreas de IB, tanto en el nivel central de los SESA, como en unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención. Por otra parte, en Sinaloa se conformó un sistema centralizado de mantenimiento de equipo médico que da servicio a las unidades de atención del estado. Finalmente, en nueve entidades aún no se logra implantar las áreas de ingeniería biomédica. (Figura III.14)

De esta forma, el porcentaje de entidades federativas que adoptaron servicios de IB durante el 2007 fue del 72 por ciento. Ahora bien, si se analiza la instalación de las áreas de IB según el lugar donde se ubican, se observa que en 17 entidades federativas las áreas IB se ubicaron en el nivel central de los SESA, lo que representa un 53 por ciento respecto del total de entidades federa-

Figura III.14

Adopción de áreas de ingeniería biomédica por parte de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, México 2007



tivas, por otra parte, se instalaron áreas de IB en 20 hospitales de segundo nivel que están a cargo de los SESA, cifra que equivale al 6.8 por ciento del total de hospitales de este nivel de atención en los SESA. Finalmente, de los 55 hospitales de tercer nivel de atención de los SESA, sólo en cuatro se instalaron las áreas de IB, es decir en un 7.2 por ciento.

Además del impulso para crear estas áreas dentro de los SESA, en 2007 el CENETEC promovió su instalación en las unidades médicas a cargo del nivel federal. Con ello se logró que en ocho de los 10 Institutos Nacionales de Salud que brindan atención médica se constituyeran áreas de ingeniería biomédica; que de los siete Hospitales Federales de Referencia (HFR) en cuatro se implantaran estas áreas y que en los cuatro Hospitales Regionales de Alta Especialidad se dispusiera de estos servicios.

Contar con las áreas de ingeniería biomédica en las entidades federativas y en las unidades de atención médica representa un gran avance; sin embargo, aún es necesario asegurar que existan profesionales que garanticen el correcto funcionamiento de los equipos disponibles y que apoye los procesos de adquisición, instalación y operación de nuevas tecnologías para la salud, lo cual implica desarrollar y coordinar procesos de formación, capacitación y actualización en materia de ingeniería biomédica.

Línea de acción 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

En el apartado de salud del PND 2007-2012, se establece la estrategia para asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población. En materia de infraestructura física en salud, esta estrategia propone desarrollar acciones para consolidar la red de servicios de atención y la ampliación de la infraestructura de salud, priorizando la red de hospitales regionales de alta especialidad y las unidades de especialidades médicas.

En congruencia con ello, en el PROSESA 2007-2012, se estableció la línea de acción para promover la creación de infraestructura para la atención especializada de pacientes ambulatorios y la hospitalaria. Infraestructura que debe incorporar el desarrollo tecnológico actual y modelos estructurales que favorezcan la prestación de servicios de salud de calidad, seguros y efectivos. Como parte de los logros obtenidos resaltan los descritos a continuación.

• Creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios

Con el fin de ampliar la oferta de servicios de atención especializada a nivel ambulatorio, en la Secretaría de Salud se han desarrollado nuevos modelos de unidades médicas, como las unidades de especialidades médicas (UNEMES), las cuales integran los avances tecnológicos que permiten ofrecer mejores servicios de especialidad y alta especialidad en ambientes no hospitalarios. La complejidad de los servicios que ofrece cada UNEME varía dependiendo de las necesidades epidemiológicas y de la demanda de atención, por lo que en una unidad pueden agruparse servicios de diagnóstico, cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, rehabilitación y atención a las adicciones, entre otros.

Con las UNEMES se amplía la disponibilidad de servicios médicos de especialidad, como parte de las acciones para lograr una cobertura universal del sistema de salud, y se asegura el otorgamiento de servicios de calidad al incorporar y aprovechar las capacidades de los recursos humanos especializados y el uso de equipos médicos de alta tecnología.

La coordinación de los programas de infraestructura a nivel nacional, dentro de la SS, son ejecutados por la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF), la cual, durante el 2007, obtuvo los siguientes logros:

De conformidad con el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, a partir del cual se autorizan los recursos federales para el desarrollo de

la infraestructura y del equipamiento de UNEMES, en 2007 iniciaron operaciones cuatro UNEMES de cirugía ambulatoria, tres de hemodiálisis y una para atender el síndrome de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus (UNEME- SoRID).

También se encuentran en proceso de construcción 414 UNEMES, las cuales, según su modalidad, se distribuyen de la manera siguiente: 310 corresponde a los centros de atención primaria en adicciones “Nueva Vida” (CAPA-Nueva Vida), previendo que en 2008 inicien operaciones 175 de estas unidades; 50 son UNEMES-SoRID, de los cuales 36 comenzaron a funcionar en 2008; 33 corresponden a los centros integrales de salud mental (CISAME); 8 son centros ambulatorios de prevención y atención al SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS); tres corresponden a UNEMES de cirugía ambulatoria; seis de hemodiálisis; tres de oncología, y una UNEME para diagnóstico.

Entre los principales retos a enfrentar en la materia, se encuentran: i) fortalecer la capacidad resolutoria de las redes de servicios mediante la operación de UNEMES, ii) mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia, y iii) acercar los servicios de salud a la población que lo requiere, por ello, durante el período 2007-2012, la DGDIF ha programado construir y poner en operación un total 922 UNEMES en sus diversas modalidades, distribuidas en todo el territorio nacional. Asimismo, se deberá fortalecer los mecanismos que permitan gestionar la autorización de recursos presupuestarios que permitan alcanzar las metas anuales y buscar e implantar nuevas formas de financiamiento, en los que se involucre a la iniciativa privada y a los grupos sociales.

IV.

Indicadores Básicos de Salud y de Operación del Sistema de Salud

Principales indicadores de salud y del sistema,
a nivel nacional y por entidad federativa

Información presupuestal de la Secretaría de Salud

IV. Indicadores Básicos de Salud y de Operación del Sistema de Salud

Mejorar la salud de la población es el objetivo último de los sistemas de salud. Para dar cumplimiento a este objetivo, los gobiernos deben acopiar evidencias de manera sistemática sobre las condiciones de salud de la población y los factores a ellas asociados, con la finalidad de revisar las prioridades y estrategias que deben desplegarse, y responder adecuadamente a cada situación. En este sentido, desde hace varios años, la Secretaría de Salud, por acuerdo del Consejo Nacional de Salud, ha venido dando seguimiento a un grupo de indicadores donde se incluyen daños a la salud, recursos, productividad de los servicios y trato adecuado a los pacientes, entre otros.

Dado que varios de estos indicadores forman parte de los objetivos y metas del PROSESA 2007-2012, los cuales fueron revisados en los capítulos precedentes, en esta sección sólo se describirán brevemente aquellos que no han sido mencionados y que permiten completar el diagnóstico del estado que guarda la salud de la población.

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa

Condiciones de salud

En 2007, la tasa global de fecundidad (TGF) en México fue de 2.1 hijos por cada mujer en edad fértil (MEF), cifra similar a la registrada en 2006 de 2.2 hijos. Guerrero registró la TGF más alta del país con 2.5 hijos por mujer en edad fértil, mientras que el Distrito Federal registró la más baja con 1.7 hijos. Para lograr que la fecundidad responda a las necesidades de desarrollo del país, en apego al derecho de las personas para decidir sobre el número de hijos que desean tener, es necesario fortalecer los programas de salud reproductiva, sobre todo las acciones de educación, difusión de información y dotación de métodos anticonceptivos; así como incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva entre los adolescentes y población indígena, principalmente en el ámbito rural y urbano marginado.

En materia de mortalidad general de la población, en 2007 se registró una tasa de 4.6 defunciones por mil habitantes, cifra que en los hombres fue de 5.2 y en las mujeres de 4.1 defunciones por mil habitantes de cada sexo. Seis estados del país registran tasas de mortalidad general iguales o superiores a 5 defunciones por mil habitantes: Distrito Federal (5.8); Oaxaca (5.2); Chihuahua y Yucatán (5.1), y Puebla y Tlaxcala (5.0). En sentido contrario Quintana Roo, Chiapas y BCS registraron las tasas de mortalidad más bajas del país, con cifras que variaron entre 3.1 y 3.8 defunciones por mil habitantes.

La mortalidad en edad productiva (15 a 64 años de edad) en 2007 fue de 2.7 defunciones por mil

habitantes de ese grupo de edad: 3.4 en hombres y 1.9 en mujeres, respectivamente. Las principales causas de muerte en esta etapa de la vida se relacionan con la diabetes mellitus, enfermedades crónicas del hígado, enfermedades isquémicas del corazón, y con los accidentes y lesiones. En la población de mujeres, destacan también los tumores de mama y del cuello del útero.

A nivel nacional, el riesgo de morir para los hombres de 15 a 64 años es 1.8 veces mayor al riesgo de las mujeres del mismo grupo de edad. La probabilidad de morir durante este periodo de la vida en Chihuahua es 1.4 veces mayor a la probabilidad de muerte en Campeche, Chiapas y Tlaxcala.

Como es de esperarse, la distribución de la mortalidad en el país se está concentrando cada vez más en los mayores de 65 años de edad. En 2007, a nivel nacional se registraron 46.1 defunciones por mil habitantes de este grupo de edad, tasa que entre los hombres fue de 50.6 y en las mujeres de 42.4. En esta población, las principales causas de muerte se asocian a la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Los estados con el registro de mortalidad más alta en la población de adultos mayores fueron Yucatán, Aguascalientes y Sonora, con 51.8, 51.7 y 50.7 defunciones por mil habitantes, respectivamente. Por el contrario, Guerrero y Chiapas presentan las tasas más bajas con 32.3 y 39.5 defunciones por mil habitantes, respectivamente.

Como se mencionó en los primeros capítulos, desde hace varios años la mortalidad infantil se está concentrando en el periodo neonatal y las causas más comunes son la asfixia y el trauma al nacimiento. En 2007 estas condiciones registraron una tasa de mortalidad de 381.1 defunciones por cien mil menores de un año. Entre las entidades federativas, Puebla registra la tasa de mortalidad por estas causas más alta del país con 529.8 defunciones por cien mil menores de un año, le sigue Tlaxcala con 500.2 muertes, mientras que en el extremo opuesto, Nayarit registró 173.8 defunciones. El riesgo que tienen los menores de un año de morir por estas causas en Puebla es tres veces mayor al de los niños menores de un año en Nayarit. Para abatir las desigualdades en este rubro entre las entidades federativas y disminuir las defunciones en el periodo neonatal en el ámbito nacional, es indispensable mejorar la efectividad de las intervenciones relacionadas con la atención del embarazo y el parto, así como los cuidados neonatales. Es de esperar que en los próximos años se puedan observar cambios en esta tendencia en la medida que el SPSS, a través del SMNG y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, asegure el acceso de un número mayor de niñas y niños a los servicios de salud y en particular a los cuidados intensivos neonatales.

Entre los indicadores de condiciones de salud que se han venido monitoreando se encuentran la mortalidad por cáncer de próstata, cáncer de pulmón, por cirrosis y otras enfermedades del hígado y la mortalidad por causas violentas. Respecto del cáncer de próstata, en el país se registró una tasa de 19.2 defunciones por cien mil varones. Entre los estados con las cifras más altas destacan Nayarit, Jalisco y Zacatecas, con 33.6; 28.9, y 27.2 decesos por cien mil varones, respectivamente, mientras que en Quintana Roo y Baja California estas cifras fueron de 9.1 y 13.7. Para el cáncer de pulmón la tasa de mortalidad no ha variado significativamente en los últimos años y ésta se ha mantenido en 6.3 defunciones por cien mil habitantes. En cambio, en la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado se ha observado un decremento de aproxi-

madamente 10% en hombres y 3% en mujeres en los últimos seis años. Sin embargo, es necesario hacer notar que el riesgo de morir por estas causas es todavía tres veces más alto en hombres que en mujeres. Por último, las defunciones por causas violentas, suicidios y homicidios, muestran tendencias opuestas: entre 2001 y 2006 los suicidios aumentaron 18% en hombres y 25% en mujeres; en cambio, los homicidios disminuyeron 4.6% en hombres y 47% en mujeres. Los estados del país donde los suicidios presentan las tasas 2007 más altas son Tabasco, Baja California Sur y Yucatán, con 9.1; 9.0, y 8.2 defunciones por cien mil habitantes, respectivamente. En el rubro de homicidios, los estados de Guerrero, Michoacán, Chihuahua y Sinaloa registraron, en 2006, tasas superiores a 18 defunciones por cien mil habitantes, destacando Guerrero con una cifra de 24.8 decesos por cien mil habitantes.

Disponibilidad de recursos

En 2007, el sector público de salud disponía de 18.1 unidades de consulta externa y de 1.1 hospitales por cien mil habitantes. El número de consultorios totales por 10 mil habitantes era de 5.3 y de 3.0 para el caso de los consultorios de medicina general. Por otra parte, en los hospitales públicos del país se dispone de 0.7 camas censables y de 0.5 camas no censables por mil habitantes, respectivamente. En el rubro de quirófanos, el sector público dispone de 2.8 quirófanos por cien mil habitantes a nivel nacional.

Respecto de los recursos humanos con los que dispuso el SNS en 2007, se registró que a nivel nacional existían 1.4 médicos en contacto con el paciente y 0.5 médicos generales y familiares por cada mil habitantes, respectivamente. Por otra parte, el número de enfermeras por cada mil habitantes fue de 1.9, y la relación de enfermeras por médico se ubicó en 1.3.

En materia de recursos financieros, en 2007 el gasto público en salud representó el tres por ciento del producto interno bruto (PIB) del país. Por entidad federativa, en Tabasco, Nayarit, Chiapas y

Oaxaca el gasto público representó el 6.8, 5.7, 4.8 y 4.7 por ciento del PIB, respectivamente. El gasto público per cápita en 2007 ascendió a 3,382.2 pesos entre la población asegurada y 2,112.3 pesos para la población sin seguridad social. Entre la población sin seguridad social, el gasto público per cápita más alto se registró en el Distrito Federal (3,984.4), seguido por Baja California Sur y Tabasco.

Por su parte, a nivel nacional, el porcentaje que representa el gasto público en salud del gasto público total fue del 17.2 por ciento, siendo Jalisco la entidad federativa que reportó el mayor porcentaje con 33.1 por ciento, seguida del estado de México y Nuevo León con 28.9 y 26.4 por ciento, respectivamente. La participación estatal al gasto público en salud para la población sin seguridad social representó el 17.7 por ciento y el porcentaje restante fue aportado por la Federación.

Operación de los servicios

En 2007, en el ámbito nacional, el promedio diario de consultas por médico fue de 15.8 consultas, destacando el estado de México donde se registró el promedio diario más alto con 23.9 consultas por médico, seguido por Chiapas con 22.7 consultas diarias.

Por su parte, a nivel nacional se otorgan 387.6 consultas de medicina de especialidad por mil habitantes. La variación entre entidades federativas señala que Chiapas y el estado de México son las que menor número de consultas de especialidad otorgan a la población con 131.9 y 160.6 por cada mil habitantes, respectivamente. Respecto de la productividad hospitalaria, a nivel nacional se registraron 47.1 egresos por mil habitantes.

En la mayoría de las entidades federativas la utilización de las camas censables se ubica por debajo de 85 por ciento de ocupación hospitalaria, a excepción de Quintana Roo, Morelos, Aguascalientes y Querétaro, que superan dicha cifra. En los hospitales públicos del país, las camas censables generan en promedio 62.8 egresos al año, cifra que para el Distrito Federal se reduce a 40.6 egresos por cada cama censable, lo cual se explica por la

mayor complejidad de los casos que se atienden en los INS y los HFR. Finalmente, en el país se realizaron 29.2 intervenciones quirúrgicas por mil habitantes, siendo la productividad diaria de los quirófanos de 2.9 cirugías por cada uno.

Como parte de la prestación de otros servicios, se reportan las siguientes cifras: en 2007, a nivel nacional se otorgaron 4.6 consultas de control prenatal por embarazada; el porcentaje de cesáreas fue de 44.8 por ciento; del total de nacidos vivos un 5.8 por ciento presentó bajo peso al nacer (menos de 2,500 grs.); un 95.1 por ciento de los niños menores de un año completaron su esquema completo de vacunación y un 35.3 por ciento de las mujeres en edad fértil del país son usuarias activas de algún método de planificación familiar.

Con base en los indicadores para medir aspectos de calidad interpersonal en los servicios, se observó que el tiempo de espera para recibir consulta en el primer nivel de atención fue de 20.3 minutos en promedio, siendo el Distrito Federal y estado de México los únicos estados que rebasaron los 30 minutos establecidos como parámetro; el tiempo de espera promedio en el área de urgencia fue de 17.9 minutos a nivel nacional, destacando el caso de Oaxaca donde el tiempo de espera (37.2 minutos) fue dos veces superior al valor nacional; el porcentaje de usuarios que se manifestaron satisfechos con el trato recibido en las unidades ambulatorias fue del 96.9 por ciento, mientras que el porcentaje de pacientes a los que se les surtió en forma completa su receta ascendió a 85.3 por ciento, aumentando el porcentaje en relación con el 79.3 por ciento de 2006.

Finalmente, el número de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud en 2007 ascendió a 7,307,173 familias, agrupándose un 22.4 por ciento de la afiliación nacional en los estados de Guanajuato, Veracruz y México, mientras que entre Baja California Sur y Quintana Roo se concentra sólo el 1.3 por ciento de la afiliación del país. Por otra parte, del total de familias afiliadas al SPS un 35 por ciento son beneficiarias del Programa Oportunidades, destacando Guerrero donde este porcentaje es del 69 por ciento.

Cuadros estadísticos

Cuadro IV.1

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Esperanza de vida			Tasa global de fecundidad 1/	Mortalidad general					
	al nacimiento 1/				Hombres		Mujeres		Total	
	Hombres	Mujeres	Total		Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/
Nacional	72.6	77.4	75.0	2.1	5.2	7.1	4.1	5.0	4.6	6.0
Aguascalientes	73.1	77.4	75.2	2.3	4.8	7.6	3.6	5.1	4.2	6.3
Baja California	73.4	78.3	75.8	2.1	5.3	8.6	3.6	5.4	4.5	7.0
Baja California Sur	73.3	78.3	75.8	2.1	5.0	8.1	3.6	5.3	4.3	6.7
Campeche	72.6	77.2	74.9	2.0	4.3	6.1	3.3	4.8	3.8	5.4
Coahuila	72.3	77.1	74.7	2.2	4.5	6.9	3.8	5.2	4.2	6.0
Colima	72.9	77.9	75.4	2.0	5.5	7.3	4.0	4.7	4.7	5.9
Chiapas	71.5	76.2	73.9	2.4	3.7	6.0	3.0	4.9	3.4	5.4
Chihuahua	73.4	77.8	75.6	2.2	5.7	8.2	4.4	5.7	5.1	6.9
Distrito Federal	73.4	78.4	75.9	1.7	6.0	7.5	5.5	5.2	5.8	6.2
Durango	72.1	76.6	74.4	2.3	5.1	6.9	3.8	4.8	4.4	5.8
Guanajuato	73.0	77.5	75.2	2.2	5.3	7.3	4.1	5.1	4.7	6.1
Guerrero	71.0	75.6	73.3	2.5	4.3	5.7	3.2	3.9	3.7	4.7
Hidalgo	72.3	77.1	74.7	2.2	5.3	7.0	4.1	4.9	4.7	5.8
Jalisco	72.9	77.5	75.2	2.2	5.4	7.3	4.4	5.1	4.9	6.1
México	73.1	78.1	75.6	2.1	4.5	7.2	3.7	5.3	4.1	6.2
Michoacán	72.4	76.8	74.6	2.2	5.2	6.3	3.9	4.4	4.6	5.3
Morelos	73.2	78.3	75.7	2.0	5.4	6.7	4.3	4.8	4.8	5.7
Nayarit	72.7	77.1	74.9	2.1	5.9	7.0	4.0	4.5	4.9	5.7
Nuevo León	72.8	77.7	75.3	2.0	4.8	7.3	3.9	5.0	4.4	6.1
Oaxaca	71.7	76.5	74.1	2.3	5.9	7.3	4.6	5.1	5.2	6.1
Puebla	72.5	77.6	75.0	2.3	5.5	7.5	4.5	5.4	5.0	6.4
Querétaro	72.8	77.8	75.3	2.1	4.6	7.2	3.5	4.9	4.1	6.0
Quintana Roo	73.8	78.4	76.1	2.1	3.8	7.2	2.4	5.1	3.1	6.2
San Luis Potosí	72.7	77.3	75.0	2.3	5.2	6.6	4.1	4.8	4.6	5.6
Sinaloa	72.3	76.7	74.5	2.1	5.2	6.9	3.5	4.4	4.4	5.6
Sonora	72.6	77.6	75.1	2.2	5.8	8.3	4.0	5.2	4.9	6.7
Tabasco	72.2	76.7	74.5	2.1	5.2	7.8	3.6	5.4	4.4	6.5
Tamaulipas	72.5	77.4	75.0	2.1	5.2	7.4	4.0	5.1	4.6	6.2
Tlaxcala	73.5	78.1	75.8	2.2	5.0	6.9	4.0	5.0	4.5	5.9
Veracruz	71.3	76.2	73.7	2.1	5.7	7.1	4.3	4.9	5.0	6.0
Yucatán	72.6	77.4	75.0	2.0	5.6	7.1	4.5	5.2	5.1	6.1
Zacatecas	73.2	77.8	75.5	2.2	5.5	6.3	4.3	4.7	4.9	5.5

1/ Fuente: Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO
2/ Tasa de mortalidad observada por mil habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO
3/ Tasa de mortalidad por mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.
Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.2

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad en edad productiva						Mortalidad en adultos mayores					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 3/	Estándar 4/
Nacional	3.4	2.6	1.9	1.5	2.7	2.0	50.6	4.1	42.4	3.2	46.1	3.6
Aguascalientes	3.3	2.7	1.7	1.4	2.5	2.0	58.1	4.6	46.7	3.5	51.7	4.0
Baja California	4.1	3.4	2.0	1.6	3.1	2.5	55.6	4.8	42.3	3.4	48.6	4.1
Baja California Sur	3.5	2.8	2.0	1.7	2.8	2.3	57.4	4.8	43.3	3.3	50.1	4.1
Campeche	2.8	2.2	1.7	1.4	2.3	1.8	46.1	3.6	41.4	3.2	43.7	3.4
Coahuila	2.9	2.3	2.0	1.6	2.5	1.9	51.0	4.4	41.8	3.4	46.1	3.8
Colima	3.7	2.8	1.8	1.4	2.7	2.1	53.4	4.2	41.3	3.0	47.0	3.5
Chiapas	2.8	2.2	1.8	1.6	2.3	1.9	41.2	3.4	37.9	3.1	39.5	3.2
Chihuahua	4.1	3.1	2.3	1.8	3.2	2.5	53.8	4.6	44.2	3.6	48.6	4.1
Distrito Federal	3.6	2.7	2.1	1.5	2.9	2.0	54.1	4.4	46.2	3.4	49.4	3.8
Durango	3.4	2.6	1.9	1.4	2.6	2.0	47.9	4.0	38.6	3.1	43.0	3.5
Guanajuato	3.4	2.7	1.8	1.5	2.6	2.1	54.2	4.2	44.8	3.3	49.0	3.7
Guerrero	3.2	2.4	1.7	1.3	2.4	1.8	36.3	2.9	28.9	2.3	32.3	2.6
Hidalgo	3.6	2.7	1.9	1.5	2.7	2.0	48.3	3.9	41.5	3.1	44.6	3.4
Jalisco	3.4	2.6	1.9	1.5	2.6	2.0	54.9	4.3	46.3	3.3	50.2	3.8
México	3.2	2.5	1.9	1.5	2.5	2.0	48.1	4.1	42.3	3.4	44.9	3.7
Michoacán	3.4	2.5	1.6	1.3	2.5	1.8	44.5	3.4	38.5	2.8	41.2	3.1
Morelos	3.4	2.5	1.9	1.4	2.6	1.9	47.9	3.9	40.8	3.1	44.0	3.5
Nayarit	3.5	2.5	1.7	1.3	2.6	1.9	53.4	4.2	40.1	3.0	46.5	3.6
Nuevo León	2.9	2.3	1.8	1.4	2.4	1.9	55.1	4.7	42.6	3.4	48.3	4.0
Oaxaca	4.2	3.1	2.1	1.6	3.1	2.3	48.8	3.8	42.2	3.2	45.2	3.5
Puebla	3.6	2.9	2.0	1.6	2.8	2.2	52.1	4.1	44.5	3.3	47.8	3.6
Querétaro	3.3	2.7	1.7	1.5	2.5	2.1	50.4	4.1	41.9	3.1	45.7	3.5
Quintana Roo	3.4	2.9	1.6	1.5	2.5	2.2	46.3	4.0	39.0	3.3	42.6	3.7
San Luis Potosí	3.0	2.3	1.7	1.4	2.4	1.8	50.6	4.0	41.6	3.1	45.8	3.5
Sinaloa	3.4	2.5	1.6	1.2	2.5	1.8	49.6	4.1	38.3	3.0	43.7	3.5
Sonora	3.9	2.9	1.9	1.5	2.9	2.2	58.8	5.0	43.6	3.5	50.7	4.2
Tabasco	3.9	3.0	1.9	1.6	2.8	2.3	53.6	4.4	43.4	3.5	48.3	3.9
Tamaulipas	3.3	2.6	1.9	1.5	2.6	2.1	52.5	4.4	41.2	3.3	46.3	3.8
Tlaxcala	2.9	2.4	1.7	1.4	2.3	1.9	52.5	4.0	43.9	3.1	47.8	3.5
Veracruz	3.9	2.8	2.0	1.5	2.9	2.1	48.0	3.9	40.7	3.2	44.0	3.5
Yucatán	3.2	2.5	1.8	1.4	2.5	1.9	56.0	4.3	48.1	3.6	51.8	3.9
Zacatecas	3.0	2.2	1.8	1.4	2.4	1.8	49.7	3.7	42.0	3.0	45.7	3.4

1/ Tasa observada por cada mil habitantes de 15 a 64 años
2/ Tasa por cada mil habitantes de 15 a 64 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
3/ Tasa observada por cada mil habitantes de 65 años o más
4/ Tasa por cada mil habitantes de 65 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.3

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad infantil 1/			Mortalidad en niños menores de 5 años 2/			Mortalidad por asfixia y trauma al nacimiento (Po3, P10-P15, P20-P28)		Razón de mortalidad materna 5/
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Observada 3/	Estándar 4/	
Nacional	17.4	13.9	15.7	20.4	16.5	18.4	381.1	7.6	55.8
Aguascalientes	15.5	12.4	13.6	18.3	14.8	16.6	267.4	5.3	17.5
Baja California	13.9	11.1	12.2	16.5	13.4	15.0	350.2	7.0	40.1
Baja California Sur	14.2	11.4	12.5	17.0	13.8	15.4	448.0	9.0	83.4
Campeche	18.3	14.5	16.0	21.3	17.1	19.2	245.0	4.9	21.0
Coahuila	14.1	11.3	12.4	16.6	13.4	15.0	257.4	5.1	27.0
Colima	14.6	11.7	12.9	17.3	14.0	15.7	334.1	6.7	19.7
Chiapas	24.5	19.9	21.7	28.4	23.2	25.8	200.7	4.0	80.5
Chihuahua	15.7	12.5	13.8	18.6	15.0	16.8	459.1	9.2	74.9
Distrito Federal	13.3	10.7	11.8	16.0	13.0	14.5	450.4	9.0	67.3
Durango	18.6	14.7	16.3	21.5	17.2	19.4	429.0	8.6	46.9
Guanajuato	18.8	14.9	16.5	22.1	17.7	19.9	433.0	8.7	39.6
Guerrero	25.1	20.4	22.2	28.7	23.5	26.1	354.2	7.1	97.7
Hidalgo	19.5	15.4	17.1	22.6	18.1	20.4	437.4	8.7	65.9
Jalisco	15.8	12.6	13.9	18.7	15.1	16.9	329.2	6.6	36.1
México	16.6	13.2	14.6	19.7	15.9	17.8	494.6	9.9	55.5
Michoacán	20.2	16.0	17.7	23.4	18.8	21.1	394.6	7.9	51.5
Morelos	15.6	12.5	13.7	18.5	14.9	16.7	395.5	7.9	52.0
Nayarit	17.7	14.0	15.5	20.7	16.6	18.6	173.8	3.5	23.2
Nuevo León	12.4	10.0	11.0	14.8	12.1	13.4	223.8	4.5	22.1
Oaxaca	22.6	18.2	19.9	26.2	21.3	23.8	301.7	6.0	100.6
Puebla	20.8	16.6	18.3	24.5	19.7	22.1	529.8	10.6	53.2
Querétaro	17.5	13.9	15.3	20.6	16.5	18.6	306.5	6.1	53.2
Quintana Roo	15.3	12.2	13.4	18.2	14.7	16.5	401.9	8.0	56.8
San Luis Potosí	18.7	14.8	16.3	21.8	17.5	19.7	233.2	4.7	61.9
Sinaloa	16.6	13.2	14.6	19.3	15.6	17.5	299.3	6.0	53.8
Sonora	14.7	11.7	12.9	17.3	14.0	15.7	361.7	7.2	44.4
Tabasco	18.9	15.0	16.6	22.2	17.8	20.0	406.1	8.1	59.1
Tamaulipas	14.5	11.6	12.7	17.1	13.8	15.4	418.1	8.4	44.1
Tlaxcala	18.6	14.8	16.4	22.0	17.7	19.9	500.2	10.0	31.5
Veracruz	21.1	16.8	18.5	24.4	19.7	22.0	365.7	7.3	74.8
Yucatán	17.8	14.1	15.6	20.8	16.7	18.8	353.8	7.1	60.5
Zacatecas	19.9	15.7	17.4	23.3	18.6	21.0	313.9	6.3	41.1

1/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil menores de un año. Fuente: Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

2/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil niños menores de 5 años. Fuente: DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

3/ Tasa observada por cada 100 mil menores de un año. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

4/ Tasa por cada 100 mil menores de un año, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

5/ Razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos estimados. Claves CIE10: O00-O99 excepto O96 y O97; además incluye A34, C58, D392, F53, M830 y B20-B24. Fuente: DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.4
Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad por cáncer mamario (C50)		Mortalidad por cáncer cérvico-uterino (C53)		Mortalidad por cáncer de prostata (C61)		Enfermedades isquémicas del corazón (I20 - I25)					
							Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 3/	Estándar 4/	Observada 5/	Estándar 6/	Observada 5/	Estándar 6/	Observada 5/	Estándar 6/
Nacional	16.4	10.7	14.5	9.6	19.2	15.4	57.5	87.5	43.7	55.1	50.5	70.1
Aguascalientes	17.5	12.3	14.2	9.9	19.3	17.3	45.6	84.6	30.3	44.8	37.8	62.6
Baja California	20.2	15.1	1.0	10.1	13.7	17.1	66.3	128.3	38.8	66.9	53.1	96.8
Baja California Sur	24.3	18.2	11.8	8.6	12.0	14.7	71.9	139.0	48.3	75.8	60.6	107.1
Campeche	8.6	6.3	21.7	15.9	17.9	14.7	46.6	72.1	31.2	48.7	38.8	60.1
Coahuila	20.1	13.8	12.1	8.4	15.7	14.3	74.4	122.2	52.0	74.8	63.2	97.2
Colima	21.7	13.7	18.5	12.7	24.9	18.8	67.4	96.3	41.8	51.2	54.7	72.7
Chiapas	8.6	6.2	19.8	14.4	17.3	14.8	27.7	51.7	22.8	41.8	25.2	46.6
Chihuahua	22.9	14.8	15.7	10.2	19.3	17.2	81.7	130.9	60.4	83.0	71.2	105.9
Distrito Federal	22.3	13.4	11.8	7.2	19.6	15.8	82.0	107.6	80.7	71.3	81.3	86.9
Durango	17.3	11.1	11.5	7.3	19.5	13.8	81.5	118.6	60.4	80.4	70.8	98.6
Guanajuato	15.8	10.3	11.7	7.8	22.1	15.6	51.4	76.7	42.5	52.9	46.7	63.8
Guerrero	10.4	6.4	17.5	10.8	16.7	10.7	35.8	51.6	28.5	35.8	32.0	43.1
Hidalgo	11.7	7.5	9.2	6.0	18.1	12.8	47.5	66.4	31.6	37.1	39.2	50.8
Jalisco	18.9	12.1	13.4	8.6	28.9	21.6	60.0	86.6	48.1	55.8	54.0	70.1
México	14.6	10.2	12.5	9.1	12.2	13.4	37.1	69.3	28.9	44.9	33.0	56.3
Michoacán	16.0	9.9	14.4	8.9	25.4	14.8	49.0	61.2	35.3	38.5	41.8	49.0
Morelos	16.9	10.2	16.0	10.0	18.7	13.2	52.5	70.1	37.4	41.6	44.8	54.8
Nayarit	15.4	9.3	18.6	11.5	33.6	21.7	85.0	106.6	53.5	61.0	69.2	83.0
Nuevo León	22.0	14.7	10.7	7.1	16.9	16.2	81.2	132.4	56.6	74.5	69.0	101.4
Oaxaca	10.6	6.2	21.4	12.7	21.3	12.4	42.4	53.8	31.7	34.1	36.8	43.0
Puebla	15.1	9.7	17.8	11.4	17.3	12.4	41.1	61.3	35.2	41.5	38.1	50.5
Querétaro	15.5	11.8	13.4	10.0	14.4	13.5	44.7	80.3	33.5	48.9	39.0	63.6
Quintana Roo	10.6	9.9	15.7	13.2	9.1	14.5	23.0	56.8	11.9	34.4	17.5	45.6
San Luis Potosí	16.1	10.0	16.5	10.2	22.7	14.1	62.9	83.4	43.1	50.0	52.7	65.6
Sinaloa	17.2	11.0	12.3	8.0	23.5	18.2	73.7	106.2	52.7	68.0	63.2	86.5
Sonora	21.3	14.1	12.7	8.5	24.6	21.6	95.5	149.2	56.1	76.6	76.1	111.3
Tabasco	10.8	7.5	14.7	10.5	21.7	19.5	45.4	77.6	30.0	49.6	37.6	63.1
Tamaulipas	19.6	13.2	15.6	10.5	20.2	17.6	77.5	123.0	51.6	68.1	64.7	93.5
Tlaxcala	14.7	10.0	12.3	8.6	17.5	13.3	33.5	50.0	22.9	27.3	28.1	37.8
Veracruz	13.3	8.2	20.1	12.4	22.1	15.2	63.3	84.6	49.2	56.4	56.1	69.4
Yucatán	8.7	5.5	15.7	10.3	14.2	9.9	80.3	104.8	56.2	63.3	68.2	83.0
Zacatecas	15.0	9.4	10.3	6.2	27.2	15.0	57.0	67.1	45.5	48.8	51.1	57.6

1/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más
2/ Tasa por 100 mil mujeres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
3/ Tasa observada por 100 mil hombres de 25 años o más
4/ Tasa por 100 mil hombres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
5/ Tasa observada por 100 mil habitantes
6/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.5

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)						Mortalidad por cáncer pulmonar (C34)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/
Nacional	24.3	37.1	26.0	32.9	25.1	34.9	8.4	13.2	4.3	5.6	6.3	9.1
Aguascalientes	17.8	32.2	24.7	36.3	21.3	34.5	9.3	18.1	6.7	9.9	8.0	13.6
Baja California	25.9	50.7	28.8	47.6	27.3	49.5	10.4	22.1	5.8	9.4	8.2	15.3
Baja California Sur	18.5	35.0	16.8	26.6	17.7	31.2	14.2	28.9	4.7	8.3	9.7	18.2
Campeche	21.2	34.3	21.0	32.4	21.1	33.3	3.6	5.8	1.8	2.6	2.8	4.4
Coahuila	23.5	40.0	26.2	36.9	24.9	38.5	12.5	20.6	4.2	6.1	8.4	12.9
Colima	27.2	38.1	22.6	26.9	24.9	32.3	12.3	17.2	4.5	5.9	8.4	11.1
Chiapas	14.2	26.7	13.3	24.0	13.7	25.3	4.6	8.8	2.3	4.0	3.5	6.4
Chihuahua	23.4	37.6	25.1	34.2	24.2	36.0	14.0	22.7	7.5	10.4	10.8	16.1
Distrito Federal	28.9	38.4	35.5	32.4	32.3	35.0	8.1	10.9	5.9	5.8	7.0	7.9
Durango	23.5	33.8	24.2	32.0	23.9	33.0	11.0	16.1	4.9	6.5	7.9	11.1
Guanajuato	27.1	40.1	27.0	34.2	27.0	36.9	7.1	10.9	4.2	5.8	5.6	8.1
Guerrero	19.7	28.4	22.4	27.9	21.1	28.1	5.1	7.6	3.1	4.0	4.1	5.7
Hidalgo	19.0	26.6	22.4	27.5	20.7	27.2	5.1	7.2	3.2	4.0	4.1	5.4
Jalisco	24.8	35.9	27.5	32.1	26.2	33.8	11.0	16.7	5.8	7.3	8.3	11.5
México	18.2	34.4	20.9	32.5	19.6	33.6	5.4	10.1	2.8	4.3	4.1	6.9
Michoacán	24.5	30.1	24.4	26.9	24.4	28.4	8.4	10.8	4.4	5.1	6.3	7.8
Morelos	22.3	29.4	27.3	30.9	24.9	30.3	7.6	10.4	4.4	5.3	5.9	7.6
Nayarit	30.0	37.9	27.0	30.7	28.6	34.3	12.9	16.8	5.6	6.7	9.2	11.6
Nuevo León	31.0	51.9	28.7	37.9	29.9	44.3	12.7	21.4	4.6	6.3	8.7	13.0
Oaxaca	30.5	38.6	34.9	38.4	32.8	38.6	5.2	6.8	2.6	3.1	3.9	4.8
Puebla	25.9	38.8	31.4	37.9	28.7	38.4	4.6	7.1	2.9	3.7	3.7	5.2
Querétaro	22.5	41.0	21.7	32.3	22.1	36.2	5.7	10.5	3.4	5.1	4.5	7.5
Quintana Roo	16.8	46.5	10.3	27.8	13.6	37.0	6.5	18.6	1.7	4.2	4.1	11.3
San Luis Potosí	27.7	36.4	28.7	33.6	28.2	35.0	8.4	11.4	4.8	5.9	6.6	8.5
Sinaloa	23.4	34.4	23.8	29.9	23.6	32.1	19.3	28.4	6.5	8.5	12.9	18.0
Sonora	25.5	40.3	24.5	33.0	25.0	36.6	18.5	29.2	5.3	7.2	12.0	17.7
Tabasco	25.0	44.7	22.2	37.4	23.6	40.9	6.6	11.5	4.6	7.3	5.6	9.3
Tamaulipas	25.9	40.6	22.0	28.8	24.0	34.3	14.1	22.5	5.5	7.3	9.8	14.2
Tlaxcala	21.0	31.9	22.9	28.7	22.0	30.3	4.7	7.5	4.2	5.9	4.4	6.6
Veracruz	27.8	37.3	28.7	33.1	28.3	35.1	6.5	8.8	3.8	4.5	5.1	6.5
Yucatán	31.5	42.4	32.7	38.0	32.1	40.1	6.4	9.1	3.0	3.7	4.7	6.3
Zacatecas	31.9	37.8	27.6	30.2	29.8	33.8	7.9	9.7	5.2	6.1	6.5	7.8

1/ Tasa observada por cada 100 mil habitantes

2/ Tasa por cada 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.6

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado (K702, K703, K717, K74 y K761)						Mortalidad por suicidios 3/ (X60 - X84, Y870)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/
Nacional	30.3	41.7	9.9	13.0	20.0	26.6	6.9	7.3	1.3	1.3	4.1	4.2
Aguascalientes	23.4	34.9	4.8	7.5	13.8	20.1	9.6	11.0	2.0	2.0	5.7	6.2
Baja California	26.7	42.0	6.6	9.8	17.1	25.8	6.4	6.2	0.9	0.9	3.7	3.6
Baja California Sur	22.4	33.2	8.6	14.7	15.8	24.3	15.7	16.1	1.6	1.4	9.0	9.0
Campeche	28.0	39.8	15.6	24.1	21.9	31.9	13.3	13.7	2.1	2.0	7.7	7.7
Coahuila	21.8	30.9	8.5	11.9	15.2	21.0	10.0	10.2	1.2	1.2	5.6	5.7
Colima	40.9	54.6	9.9	12.8	25.5	33.0	9.3	9.6	1.0	0.9	5.2	5.2
Chiapas	30.3	49.4	13.0	23.0	21.6	35.9	5.0	5.5	0.8	0.8	2.9	3.1
Chihuahua	23.3	31.0	7.2	9.1	15.4	19.8	12.9	13.7	2.3	2.3	7.7	8.0
Distrito Federal	25.0	29.1	8.8	8.9	16.7	18.0	6.1	6.1	1.5	1.4	3.7	3.6
Durango	18.2	24.5	7.0	9.5	12.5	16.6	6.5	7.3	1.2	1.2	3.8	4.1
Guanajuato	29.5	42.3	7.2	9.9	17.9	24.7	6.3	6.7	1.4	1.3	3.8	3.8
Guerrero	26.8	38.0	7.9	10.3	17.0	23.2	3.1	3.7	0.7	0.6	1.8	2.0
Hidalgo	42.4	57.0	13.9	17.1	27.6	35.7	3.7	4.1	0.7	0.7	2.2	2.3
Jalisco	25.9	35.2	7.9	10.2	16.8	21.9	7.8	8.3	1.9	1.9	4.8	5.0
México	29.7	44.6	9.9	14.6	19.8	28.8	3.7	3.8	1.1	1.0	2.4	2.4
Michoacán	24.9	31.9	7.4	9.0	15.8	19.7	6.6	7.4	1.2	1.1	3.8	4.0
Morelos	37.9	47.7	14.0	16.5	25.7	31.1	3.0	3.2	1.0	0.9	2.0	1.9
Nayarit	24.0	30.0	9.7	11.8	16.8	20.6	8.8	9.0	1.9	1.9	5.3	5.4
Nuevo León	17.9	26.3	6.5	8.7	12.3	17.0	8.9	8.8	1.5	1.4	5.2	5.1
Oaxaca	48.8	64.1	14.0	17.0	30.7	38.7	5.7	6.4	1.5	1.4	3.5	3.7
Puebla	59.7	86.5	18.3	23.9	38.3	52.5	5.2	5.5	1.5	1.4	3.3	3.3
Querétaro	35.9	55.8	9.6	14.2	22.5	33.6	5.9	6.7	1.4	1.3	3.6	3.8
Quintana Roo	26.4	48.8	11.3	24.3	18.9	36.6	14.7	12.5	2.4	2.3	8.7	7.5
San Luis Potosí	23.5	31.1	7.2	9.2	15.1	19.5	8.9	9.9	1.9	1.9	5.3	5.7
Sinaloa	14.7	19.9	4.7	6.1	9.8	12.8	5.2	5.7	1.0	1.0	3.1	3.3
Sonora	20.8	28.5	5.9	8.0	13.5	18.0	11.4	12.2	1.5	1.5	6.5	6.8
Tabasco	27.5	40.1	6.7	11.1	17.0	25.3	16.4	17.3	1.9	1.8	9.1	9.3
Tamaulipas	20.8	29.1	7.3	9.6	14.1	18.9	9.2	9.9	1.2	1.1	5.2	5.4
Tlaxcala	37.8	56.0	11.8	16.6	24.4	35.0	4.7	5.1	1.4	1.3	3.0	3.1
Veracruz	42.3	53.3	13.6	16.5	27.5	33.6	5.5	6.1	1.0	1.0	3.2	3.4
Yucatán	53.8	69.7	24.0	30.3	38.8	49.2	14.2	14.0	2.2	2.1	8.2	8.0
Zacatecas	15.5	20.1	4.6	5.6	9.9	12.5	5.1	5.7	0.6	0.5	2.7	3.0

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

3/ Cifra definitiva de 2006

Fuente: Base de datos de defunciones 2006, INEGI-SS; Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.7

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad por homicidios 1/ (X85-Y09, Y871)						Mortalidad por accidentes de tránsito 4/					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/
Nacional	17.6	18.5	2.4	2.5	9.9	10.2	25.0	27.1	6.8	7.2	15.8	16.7
Aguascalientes	3.6	4.0	1.3	1.3	2.4	2.6	31.7	34.9	8.3	8.2	19.7	20.7
Baja California	26.2	24.0	2.7	2.6	14.9	13.8	11.3	11.8	4.7	4.9	8.2	8.4
Baja California Sur	8.0	8.5	1.6	1.6	5.0	5.2	35.1	34.7	8.8	9.1	22.5	22.6
Campeche	7.1	8.4	1.0	1.3	4.2	4.9	26.9	29.6	3.9	4.4	15.4	16.8
Coahuila	7.4	7.6	1.3	1.2	4.3	4.3	20.6	22.1	5.7	5.7	13.2	13.8
Colima	13.5	14.5	1.4	1.4	7.4	7.9	31.8	32.7	9.7	10.1	20.8	21.3
Chiapas	20.9	24.6	3.7	4.0	12.2	14.0	14.5	16.7	3.0	3.4	8.7	9.9
Chihuahua	34.2	33.4	3.7	3.7	19.2	18.8	33.9	36.1	10.0	10.4	22.1	23.2
Distrito Federal	15.6	14.8	2.4	2.3	8.8	8.3	19.4	20.0	6.7	6.5	12.8	12.8
Durango	22.6	24.6	1.8	1.7	12.1	12.7	30.2	33.6	8.1	8.7	19.0	20.7
Guanajuato	7.6	8.5	0.9	0.9	4.1	4.4	32.4	36.9	7.4	8.0	19.4	21.3
Guerrero	45.1	54.5	5.7	6.1	24.8	28.7	15.9	18.7	4.6	5.0	10.1	11.4
Hidalgo	4.0	4.6	0.9	0.9	2.4	2.7	22.6	25.0	6.7	7.1	14.4	15.5
Jalisco	11.8	12.5	1.8	1.9	6.7	7.0	31.4	34.0	8.9	9.3	20.0	21.1
México	21.4	22.4	3.9	3.9	12.6	13.0	23.7	25.8	6.9	7.6	15.3	16.5
Michoacán	46.3	52.0	3.7	3.8	24.3	26.3	38.0	41.1	9.2	9.4	23.1	24.2
Morelos	13.4	14.4	2.6	2.6	7.9	8.2	27.4	28.9	6.5	6.6	16.7	17.3
Nayarit	18.6	19.7	3.5	3.5	11.0	11.5	40.3	43.4	7.9	8.3	24.0	25.5
Nuevo León	6.4	6.3	1.0	1.1	3.7	3.7	19.1	20.4	5.0	5.3	12.1	12.7
Oaxaca	27.2	32.3	3.0	3.3	14.6	16.7	23.8	27.2	6.6	7.1	14.8	16.5
Puebla	11.4	13.0	2.0	2.1	6.5	7.2	23.1	25.7	5.5	6.1	14.0	15.3
Querétaro	6.4	6.9	1.4	1.5	3.9	4.1	30.4	32.9	8.3	8.6	19.2	20.2
Quintana Roo	8.9	10.1	1.9	2.3	5.4	6.2	24.5	26.2	6.2	7.2	15.6	17.1
San Luis Potosí	11.6	13.0	1.4	1.4	6.3	6.9	26.8	29.7	6.5	6.9	16.4	17.8
Sinaloa	34.9	35.5	1.9	1.9	18.5	18.8	33.5	35.5	8.8	9.2	21.2	22.2
Sonora	17.2	17.1	2.2	2.1	9.8	9.7	35.1	37.8	11.0	11.6	23.2	24.7
Tabasco	11.6	12.8	1.6	1.8	6.5	7.2	37.9	41.5	10.6	10.1	24.1	25.4
Tamaulipas	19.5	19.0	3.4	3.3	11.5	11.1	30.7	31.9	8.2	8.9	19.4	20.3
Tlaxcala	6.8	7.7	2.0	2.0	4.4	4.8	26.7	29.0	9.1	9.3	17.7	18.6
Veracruz	9.2	10.3	1.3	1.3	5.1	5.5	14.2	15.7	3.4	3.6	8.6	9.3
Yucatán	3.6	3.9	0.9	1.0	2.2	2.4	22.0	23.5	5.1	5.2	13.5	14.1
Zacatecas	10.1	11.3	1.5	1.6	5.7	6.2	33.8	35.9	7.7	8.1	20.4	21.3

1/ Cifra definitiva de 2006

2/ Tasa observada por 100 mil habitantes

3/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

4/ Cifra definitiva de 2006. Claves CIE-10: V02-V04 (.1 y .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 y Y85.0

Fuente: Base de datos de defunciones 2006, INEGI-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro IV.8

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Salud Poblacional

Entidad	Mortalidad por VIH/SIDA (B20-B24)						Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 3/		
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres	Mujeres	Total
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/			
Nacional	16.7	4.9	3.3	1.0	9.8	2.9	300.8	446.7	374.9
Aguascalientes	12.3	3.6	2.3	0.7	7.1	2.1	254.2	380.0	318.7
Baja California	23.8	7.0	8.4	2.5	16.6	4.9	308.3	465.3	383.7
Baja California Sur	13.3	3.8	3.5	1.0	8.7	2.5	379.7	523.5	448.3
Campeche	23.3	6.8	10.7	3.1	16.9	4.9	231.7	409.5	321.2
Coahuila	11.1	3.2	1.2	0.4	6.1	1.8	439.4	652.7	545.9
Colima	29.9	8.8	6.5	1.9	18.1	5.3	356.8	437.8	397.1
Chiapas	17.8	5.2	5.6	1.7	11.5	3.4	211.4	355.6	284.4
Chihuahua	20.7	6.1	3.3	1.0	12.3	3.6	318.4	511.7	413.5
Distrito Federal	21.1	6.2	1.9	0.6	11.2	3.3	366.0	487.5	428.8
Durango	10.1	3.0	3.5	1.0	6.7	2.0	364.2	551.0	459.0
Guanajuato	8.8	2.6	1.3	0.4	4.7	1.4	225.6	337.5	284.0
Guerrero	21.0	6.2	6.3	1.8	13.1	3.9	343.5	500.2	424.4
Hidalgo	7.6	2.2	1.9	0.6	4.5	1.3	219.3	311.2	266.9
Jalisco	15.8	4.7	2.2	0.6	8.8	2.6	400.1	580.2	491.5
México	11.2	3.3	2.2	0.6	6.6	1.9	268.7	412.0	340.6
Michoacán	10.0	2.9	1.9	0.6	5.6	1.7	261.6	367.7	316.7
Morelos	17.2	5.0	2.0	0.6	9.2	2.7	526.1	710.9	620.6
Nayarit	25.4	7.4	5.0	1.5	14.9	4.4	315.2	444.8	380.3
Nuevo León	9.9	2.9	1.4	0.4	5.7	1.7	292.4	411.7	351.7
Oaxaca	20.2	5.9	3.8	1.1	11.3	3.3	272.0	394.1	335.6
Puebla	14.5	4.2	3.5	1.0	8.7	2.5	246.0	355.9	302.8
Querétaro	11.4	3.4	1.9	0.6	6.5	1.9	225.5	330.7	279.2
Quintana Roo	27.4	8.1	6.4	1.9	17.0	5.0	171.8	250.3	210.5
San Luis Potosí	12.0	3.5	0.8	0.2	6.1	1.8	282.5	456.9	372.1
Sinaloa	11.4	3.3	3.6	1.0	7.5	2.2	448.3	682.7	564.7
Sonora	15.5	4.5	1.9	0.6	8.8	2.6	255.3	408.3	330.7
Tabasco	36.9	10.8	5.3	1.6	20.5	6.0	335.4	487.5	412.4
Tamaulipas	19.2	5.7	3.0	0.9	11.1	3.3	361.6	592.6	477.0
Tlaxcala	6.5	1.9	2.3	0.7	4.3	1.3	261.2	364.1	314.1
Veracruz	33.0	9.7	7.5	2.2	19.3	5.6	229.2	379.8	307.1
Yucatán	22.8	6.7	3.9	1.2	13.2	3.9	386.0	587.0	487.0
Zacatecas	2.8	0.8	2.5	0.7	2.6	0.8	229.6	357.6	295.6

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 25 a 44 años

2/ Tasa por 100 mil habitantes de 25 a 44 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

3/ Prevalencia por 100 mil habitantes

Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO
Sistema Unico de Información para la Vigilancia Epidemiológica, información preliminar, CENAVECE -SS

Cuadro IV.9

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Disponibilidad de recursos

Entidad	Unidades públicas de consulta externa por habitante 1/	Hospitales públicos por habitante 2/	Consultorios por habitante		Camas hospitalarias por habitante		Quirófanos por habitante 7/
			Totales 3/	Generales 4/	Censables 5/	No Censables 6/	
Nacional	18.1	1.1	5.3	3.0	0.7	0.5	2.8
Aguascalientes	10.0	0.9	5.5	2.7	0.8	0.4	3.3
Baja California	8.1	0.7	3.5	2.0	0.6	0.3	1.8
Baja California Sur	22.9	3.3	8.7	4.1	1.0	0.8	5.2
Campeche	38.3	2.7	7.0	4.0	0.9	0.7	3.3
Coahuila	13.8	1.4	5.4	2.6	0.9	0.4	3.2
Colima	26.8	1.7	7.7	4.5	0.9	0.5	3.4
Chiapas	36.1	1.0	4.9	3.5	0.4	0.6	2.5
Chihuahua	16.0	1.2	4.4	2.7	0.8	0.4	2.3
Distrito Federal	6.2	1.2	8.7	2.7	1.9	0.9	6.9
Durango	29.4	2.0	7.0	4.3	0.9	0.9	3.4
Guanajuato	12.4	1.1	4.1	2.5	0.6	0.4	2.4
Guerrero	33.6	1.6	6.3	4.3	0.5	0.4	3.7
Hidalgo	32.3	1.2	6.4	4.4	0.5	0.9	1.7
Jalisco	14.2	0.9	4.7	2.5	0.9	0.4	2.8
México	8.2	0.4	3.3	2.0	0.4	0.3	1.2
Michoacán	24.9	1.1	5.5	3.4	0.6	0.6	2.4
Morelos	16.3	0.8	5.7	3.4	0.5	0.6	2.1
Nayarit	36.6	2.0	7.4	5.0	0.7	0.6	2.9
Nuevo León	13.0	0.7	5.0	2.7	0.8	0.4	2.6
Oaxaca	39.0	1.4	6.4	4.4	0.5	0.5	1.9
Puebla	18.1	1.2	4.3	2.6	0.6	0.4	2.1
Querétaro	16.5	0.5	5.0	2.8	0.5	0.4	1.7
Quintana Roo	16.5	1.6	5.0	2.9	0.4	0.4	2.6
San Luis Potosí	23.6	1.2	5.1	3.0	0.7	0.6	2.1
Sinaloa	17.3	1.4	5.5	3.1	0.8	0.6	3.1
Sonora	15.2	1.6	5.4	2.7	0.9	0.5	3.8
Tabasco	31.3	1.5	7.9	4.7	0.8	0.5	3.4
Tamaulipas	16.8	1.2	5.3	3.0	0.9	0.6	2.9
Tlaxcala	17.5	1.4	4.8	2.8	0.6	0.7	2.2
Veracruz	22.3	1.3	5.7	3.4	0.7	0.6	2.7
Yucatán	16.2	1.1	5.0	2.7	0.8	0.6	2.7
Zacatecas	31.6	2.0	6.6	4.2	0.6	0.7	3.1

1/ Unidades de consulta externa por 100 mil habitantes. Incluye unidades de primer nivel cuya función principal es proporcionar consulta externa

2/ Hospitales públicos por 100 mil habitantes. Incluye unidades cuya función principal es la hospitalización y unidades híbridas

3/ Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios generales, de especialidad y otros, ubicados en las unidades de salud, independientemente de su tipo

4/ Consultorios por 10 mil habitantes. Incluye los consultorios dedicados a la consulta externa o medicina familiar atendidas por un médico general o pasante

5/ Camas por mil habitantes. Incluye las camas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos y las incubadoras

6/ Camas por mil habitantes. Incluye las camas de tránsito que no genera egresos hospitalarios

7/ Quirófanos por 100 mil habitantes. Incluye los quirófanos o salas de operación en unidades de primer y segundo nivel de atención

Fuente: Información preliminar, incluye SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR; DGIS-SS

Cuadro IV.10

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Disponibilidad de recursos

Entidad	Médicos por habitante 1/	Médicos generales por habitante 2/	Médicos especialistas por habitante 2/	Enfermeras por habitante 3/	Relación de enfermeras por médico 4/
Nacional	1.4	0.5	0.7	1.9	1.3
Aguascalientes	1.8	0.5	1.0	2.5	1.4
Baja California	1.0	0.3	0.6	1.5	1.6
Baja California Sur	2.1	0.7	1.1	2.7	1.3
Campeche	2.1	0.9	0.8	2.5	1.2
Coahuila	1.8	0.5	0.8	2.9	1.6
Colima	3.4	2.0	1.1	5.1	1.5
Chiapas	0.6	0.4	0.3	0.9	1.4
Chihuahua	0.9	0.2	0.5	1.6	1.7
Distrito Federal	3.1	0.5	1.7	4.3	1.4
Durango	1.8	0.6	0.8	2.2	1.2
Guanajuato	1.2	0.4	0.5	1.6	1.4
Guerrero	1.3	0.5	0.5	1.7	1.3
Hidalgo	1.4	0.6	0.5	1.8	1.4
Jalisco	1.5	0.4	0.6	1.9	1.3
México	0.8	0.2	0.4	1.0	1.3
Michoacán	1.3	0.5	0.5	1.5	1.1
Morelos	1.4	0.4	0.7	1.9	1.4
Nayarit	2.0	0.7	0.8	2.4	1.2
Nuevo León	1.3	0.4	0.7	1.8	1.5
Oaxaca	1.1	0.5	0.4	1.5	1.4
Puebla	1.0	0.4	0.5	1.3	1.2
Querétaro	1.4	0.4	0.6	1.7	1.2
Quintana Roo	1.2	0.5	0.5	1.4	1.2
San Luis Potosí	1.3	0.5	0.5	1.7	1.3
Sinaloa	1.5	0.6	0.8	2.0	1.3
Sonora	1.4	0.4	0.8	2.1	1.5
Tabasco	1.9	0.8	0.9	2.4	1.2
Tamaulipas	1.5	0.5	0.7	2.2	1.4
Tlaxcala	1.4	0.5	0.6	1.7	1.3
Veracruz	1.4	0.6	0.6	1.8	1.3
Yucatán	1.6	0.5	0.7	2.1	1.3
Zacatecas	1.5	0.6	0.6	1.8	1.2

1/ Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos

2/ Médicos según tipo por mil habitantes

3/ Enfermeras por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares

4/ Número de enfermeras entre el número de médicos en contacto con el paciente

Fuente: Información preliminar, incluye SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR; DGIS-SS

Cuadro IV.11

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Disponibilidad de recursos

Entidad	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto público en salud per cápita, por condición de aseguramiento /1		Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	Contribución federal y estatal al gasto público en salud para población sin seguridad social	
		Población			% Federal	% Estatal
		Asegurada	No asegurada			
Nacional	3.0	3,382.2	2,112.3	17.2	82.3	17.7
Aguascalientes	2.7	2,976.3	2,375.0	19.9	84.3	15.7
Baja California	2.4	2,820.4	1,703.2	22.7	74.6	25.4
Baja California Sur	4.2	4,622.5	3,363.6	20.0	82.1	17.9
Campeche	2.7	4,235.2	2,999.1	7.9	77.0	23.0
Coahuila	2.4	2,930.3	1,811.3	22.1	92.0	8.0
Colima	4.1	3,653.3	2,548.7	12.3	97.7	2.3
Chiapas	4.8	2,349.4	1,314.2	15.4	88.8	11.2
Chihuahua	2.4	2,887.2	2,259.5	23.0	62.9	37.1
Distrito Federal	3.1	8,585.3	3,984.4	9.6	57.2	42.8
Durango	3.7	2,791.4	2,375.3	15.9	99.3	0.7
Guanajuato	3.3	2,762.9	1,409.2	23.6	85.4	14.6
Guerrero	4.1	3,117.3	1,370.7	15.1	95.0	5.0
Hidalgo	4.2	2,673.0	1,535.1	13.8	96.2	3.8
Jalisco	3.1	3,078.6	1,731.6	33.1	68.8	31.2
México	2.7	1,529.4	1,478.0	28.9	71.2	28.8
Michoacán	3.4	2,650.8	1,005.5	19.4	90.0	10.0
Morelos	3.1	3,343.6	1,341.6	23.8	87.6	12.4
Nayarit	5.7	3,429.4	2,070.8	23.8	90.6	9.4
Nuevo León	1.9	3,253.0	1,535.8	26.4	90.0	10.0
Oaxaca	4.7	2,283.9	1,430.1	15.7	97.8	2.2
Puebla	3.0	2,902.8	1,150.6	24.6	83.3	16.7
Querétaro	2.1	2,494.7	1,427.0	16.9	94.6	5.4
Quintana Roo	2.0	2,995.7	1,888.1	24.8	84.8	15.2
San Luis Potosí	3.2	2,742.1	1,497.2	20.5	93.1	6.9
Sinaloa	4.0	2,710.8	1,766.9	19.9	79.4	20.6
Sonora	2.9	2,934.6	2,245.6	19.3	74.9	25.1
Tabasco	6.8	3,778.7	3,335.1	23.8	61.0	39.0
Tamaulipas	3.1	3,110.1	2,059.7	14.8	84.9	15.1
Tlaxcala	4.3	2,694.1	1,390.9	22.8	90.7	9.3
Veracruz	4.3	3,647.7	1,243.7	14.0	82.3	17.7
Yucatán	4.1	3,625.3	1,747.2	18.6	89.6	10.4
Zacatecas	4.4	2,813.3	1,506.3	17.5	92.2	7.8

1/ Cifras en pesos
Fuente: Información preliminar, DGIS-SS

Cuadro IV.12

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Operación de los servicios

Entidad	Promedio diario de consultas por médico 1/	Consultas de medicina de especialidad por habitante 2/	Egresos hospitalarios por habitante 2/	Porcentaje de ocupación hospitalaria 3/	Índice de rotación 3/	Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano
Nacional	15.8	387.6	47.1	71.4	62.8	2.9
Aguascalientes	15.2	481.3	60.4	87.5	76.0	3.7
Baja California	17.4	297.4	41.3	70.4	65.0	4.4
Baja California Sur	12.4	530.1	67.1	71.2	69.5	2.3
Campeche	9.4	445.1	62.5	68.8	70.4	2.7
Coahuila	10.8	461.5	62.1	78.3	68.8	3.1
Colima	7.1	554.8	74.3	65.1	81.0	3.7
Chiapas	22.7	131.9	33.1	69.5	76.2	1.6
Chihuahua	18.9	380.4	48.3	74.9	63.7	3.4
Distrito Federal	13.2	1.042.7	76.9	66.0	40.6	2.0
Durango	14.1	392.4	58.5	71.9	63.9	2.9
Guanajuato	16.1	334.6	45.9	72.5	74.5	3.9
Guerrero	16.6	274.1	31.0	62.2	59.9	1.5
Hidalgo	15.5	328.1	42.5	77.7	79.1	4.3
Jalisco	15.7	466.7	58.9	67.8	63.2	3.1
México	23.9	160.6	24.3	70.7	58.0	3.9
Michoacán	15.4	274.4	43.7	71.0	78.4	2.8
Morelos	16.5	357.8	41.0	89.3	82.2	3.4
Nayarit	12.8	470.7	59.0	76.4	88.0	3.0
Nuevo León	19.1	404.3	44.8	70.8	59.6	3.4
Oaxaca	15.6	232.3	37.8	69.9	71.8	2.9
Puebla	16.9	256.8	34.1	75.6	60.5	2.8
Querétaro	17.8	304.5	42.0	86.6	90.8	5.7
Quintana Roo	12.9	270.2	41.5	93.1	92.7	2.3
San Luis Potosí	15.7	363.5	47.7	81.2	72.7	3.5
Sinaloa	16.1	453.0	54.1	69.8	69.1	3.2
Sonora	17.9	419.2	61.0	75.7	66.0	2.5
Tabasco	12.6	546.0	66.7	72.7	85.8	3.1
Tamaulipas	16.0	545.4	60.0	69.1	68.1	3.2
Tlaxcala	14.4	303.6	49.4	63.3	89.7	3.5
Veracruz	12.9	350.3	47.5	73.4	70.9	2.9
Yucatán	20.7	383.4	52.3	83.8	61.7	3.1
Zacatecas	14.1	306.9	56.0	71.6	87.9	3.2

1/ Incluye médicos generales, familiares y pasantes de medicina

2/ Cifra por mil habitantes

3/ Incluye camas censables

Fuente: Información preliminar, incluye SS, IMSS-Oportunidades, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR; DGIS-SS.

Cuadro IV.13

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Operación de los servicios

Entidad	Intervenciones quirúrgicas por habitante 1/	Razón de consultas prenatales por embarazada 2/	Porcentaje de nacimientos por cesárea	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer 3/	Usuarías activas de métodos de planificación familiar 4/	Esquemas completos de vacunación en menores de 1 año 5/
Nacional	29.2	4.6	44.8	5.8	35.3	95.1
Aguascalientes	43.6	4.9	52.0	7.4	38.0	98.4
Baja California	29.3	5.4	38.4	4.1	36.4	93.9
Baja California Sur	44.5	5.4	51.1	5.9	46.1	97.8
Campeche	32.7	5.9	58.8	5.7	44.5	100.0
Coahuila	35.5	4.7	39.9	4.4	44.9	98.5
Colima	46.2	4.2	56.0	6.0	52.6	96.7
Chiapas	14.8	4.6	38.0	5.3	38.0	96.9
Chihuahua	29.5	4.5	37.0	4.3	38.4	94.7
Distrito Federal	50.6	3.6	52.3	11.1	35.8	89.7
Durango	35.9	4.3	37.0	5.8	42.4	95.5
Guanajuato	33.3	4.6	48.0	6.3	27.4	98.5
Guerrero	20.9	4.0	45.2	5.0	40.5	92.9
Hidalgo	26.2	4.5	46.0	6.6	46.7	97.4
Jalisco	31.6	4.7	38.2	5.3	25.8	90.3
México	17.0	3.9	40.1	5.2	26.0	88.8
Michoacán	24.3	5.1	48.8	5.6	37.7	99.1
Morelos	26.1	4.3	48.9	6.6	32.8	90.1
Nayarit	31.5	4.7	39.3	5.6	45.6	99.6
Nuevo León	32.2	5.2	45.1	4.1	36.1	95.7
Oaxaca	19.7	4.8	45.4	5.3	34.5	96.5
Puebla	21.6	4.9	42.7	5.6	34.5	96.5
Querétaro	35.1	6.3	47.2	8.3	33.7	96.7
Quintana Roo	22.0	4.9	50.6	6.0	33.8	76.1
San Luis Potosí	26.1	4.8	31.8	5.7	39.4	100.0
Sinaloa	36.1	3.6	53.3	4.6	42.4	99.1
Sonora	34.5	4.7	44.5	4.4	37.0	98.9
Tabasco	38.2	5.0	52.3	8.0	39.6	99.2
Tamaulipas	34.3	5.1	48.4	5.7	33.6	97.6
Tlaxcala	27.6	4.6	55.5	7.6	32.6	98.9
Veracruz	28.5	5.6	50.9	4.7	41.9	98.2
Yucatán	30.4	5.3	55.0	7.6	36.9	96.1
Zacatecas	36.6	5.1	34.8	6.8	45.8	98.8

1/ Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes. Fuente: Información preliminar, DGIS-SS
2/ No incluye información de SEDENA. Fuente: Información preliminar, DGIS-SS
3/ Se refiere al porcentaje de recién nacidos con un peso inferior a los 2,500 gramos. Fuente: Información preliminar, DGIS-SS
4/ Indicador por 100 mujeres de 15 a 49 años. Fuente: Información preliminar, DGIS-SS
5/ Fuente: Consejos Estatales de Vacunación - PROVAC, SPPS-SS

Cuadro IV.14

Principales indicadores de salud y del sistema, a nivel nacional y por entidad federativa. Operación de los servicios

Entidad	Tiempo de espera de consulta externa 1/	Tiempo de espera en urgencias 1/	Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido en la unidad médica de atención comunitaria (primer nivel) 2/	Porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención 3/	Familias afiliadas al SPSS 4/	Porcentaje de familias afiliadas al Seguro Popular, beneficiarias del programa Oportunidades 5/
Nacional	20.3	17.9	96.9	85.3	7,307,173	35.0
Aguascalientes	11.4	14.7	97.6	96.4	114,796	14.5
Baja California	18.3	17.8	98.8	92.3	229,946	4.0
Baja California Sur	20.9	26.4	98.0	91.6	36,597	36.8
Campeche	23.7	25.2	98.4	94.0	95,769	36.1
Coahuila	16.2	12.4	96.3	91.8	92,320	26.9
Colima	18.9	22.3	96.9	82.0	82,073	15.5
Chiapas	19.2	23.6	97.7	81.0	488,502	45.8
Chihuahua	12.0	18.6	97.8	86.0	149,966	19.8
Distrito Federal	39.0	20.6	92.9	ND	170,846	NA
Durango	13.2	11.2	98.5	84.9	85,291	31.6
Guanajuato	24.8	20.2	97.4	88.0	568,573	32.0
Guerrero	18.8	9.1	97.6	78.6	279,618	69.0
Hidalgo	24.1	17.4	96.4	95.7	207,678	49.3
Jalisco	25.2	14.3	96.5	90.8	318,726	23.5
México	36.8	19.2	94.3	85.1	529,518	41.3
Michoacán	21.4	27.4	96.0	84.6	211,961	45.9
Morelos	11.1	10.5	97.0	84.0	164,786	33.6
Nayarit	13.7	13.5	98.3	84.4	111,783	25.3
Nuevo León	17.7	19.4	97.5	86.2	145,151	26.7
Oaxaca	16.5	37.2	96.9	81.6	386,585	39.3
Puebla	24.6	17.8	95.5	84.6	390,029	57.9
Querétaro	26.4	16.8	96.6	92.1	112,235	45.2
Quintana Roo	16.5	20.5	96.6	80.4	61,816	41.0
San Luis Potosí	20.5	17.0	98.0	86.1	231,794	35.9
Sinaloa	14.7	13.7	98.6	95.4	187,317	44.5
Sonora	13.9	9.0	97.8	89.3	209,672	34.2
Tabasco	22.5	27.7	98.6	80.9	412,942	15.4
Tamaulipas	16.9	17.4	97.9	93.0	294,772	19.7
Tlaxcala	12.8	17.5	96.9	87.9	101,661	14.7
Veracruz	14.0	16.8	98.2	87.6	540,183	41.9
Yucatán	18.8	19.2	97.8	94.4	154,099	41.8
Zacatecas	16.2	12.1	97.7	97.1	140,168	39.0

ND: No disponible; NA: No aplica

1/ Tiempo promedio medido en minutos. Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), DGCES-SS

2/ Porcentaje respecto del total de usuarios entrevistados. Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), DGCES-SS

3/ Fuente: Encuesta sobre abasto de medicamentos 2007, DGPLADES-SS

4/ Información al cierre de 2007. Fuente: CNPSS-SS

5/ Información preliminar. Fuente: CNPSS-SS

Información presupuestal de la Secretaría de Salud

A partir de enero de 2007 en la administración pública federal se ha implantado un nuevo modelo de gestión que, entre otros aspectos, busca hacer más eficiente y efectivo el uso de los recursos financieros empleados en los programas y servicios a cargo de las dependencias públicas. A este modelo se le ha llamado presupuesto para resultados. En pocas palabras esto significa que el dinero que el gobierno pone en manos de los responsables de los programas federales debe producir resultados concretos y tangibles. En nuestro sector, el presupuesto para resultados se debe expresar en mejoras de las condiciones de salud de la población, tales como disminuir la mortalidad materna e infantil, detección y control adecuado de los pacientes diabéticos e hipertensos, entre otros. De igual forma, este presupuesto debe generar un mejor trato a los pacientes y contribuir a la disminución de los gastos empobrecedores y catastróficos de las familias por razones de salud.

Para que esta estrategia pueda cumplir con su cometido, es necesario modificar varias inercias relacionadas con la asignación, disposición y gestión oportuna de los recursos por las dependencias, así como definir correctamente aquellos resultados que razonablemente se pueden obtener en un año fiscal. En materia de salud muchas intervenciones tienen efectos (resultados) en plazos variables, en algunas de ellas los resultados se pueden observar después de varios años, como ocurre con las metas del PROSESA 2007-2012 relacionadas con la reducción de la mortalidad en algunos grupos de edad. Sin embargo, es posible comprometer resultados

intermedios o finales, según sea el caso, asociados al ejercicio de los recursos financieros.

El compromiso de la Secretaría de Salud en esta materia es hacer públicos los resultados que se obtienen año con año por parte de los programas federales bajo su responsabilidad. Este ejercicio de medir qué se obtuvo con el presupuesto asignado a un programa específico se irá presentando a partir de la próxima edición de Rendición de Cuentas en Salud 2008. Por ahora, ponemos a disposición de la ciudadanía la información sobre el origen, distribución y uso de los recursos financieros que sustentan la operación de la Secretaría de Salud a nivel federal, con el objetivo de fortalecer la rendición de cuentas dentro del sector.

Para el ejercicio fiscal de 2007, a través del Ramo 12 Salud, a la SS se le autorizó un presupuesto original de 55,583.2 mdp, cantidad que se modificó por ampliaciones y reducciones, entre las que sobresalen la transferencia de 1,000 mdp al FASSA del Ramo 33 para apoyar la operación de unidades de nueva creación y las ampliaciones por concepto de ingresos excedentes, para contar con un monto de 53,144.9 mdp como presupuesto modificado. El ejercicio de estos recursos fue prácticamente del 100 por ciento (53,144.0 mdp). Ahora bien, el presupuesto ejercido se redujo un 4.4 por ciento en relación con el presupuesto originalmente asignado a la SS. (Cuadro IV.1)

La distribución de presupuesto ejercido según tipo de gasto, muestra que el gasto de operación concentró el 73.2 por ciento del presupuesto total ejercido, el presupuesto en servicios personales

representó el 24.9 por ciento y el presupuesto destinado a inversión el 1.9 por ciento. Si se compara esta distribución con la planteada en el presupuesto original, observamos que en el presupuesto ejercido el gasto en operación aumentó, mientras que el gasto en servicios personales e inversión disminuyó respecto de lo originalmente programado.

Como se puede observar en el cuadro IV.I, las modificaciones al presupuesto original hicieron que los recursos disponibles para ejercer en todos los rubros de gasto se redujeran, sin embargo, la menor reducción la registró el gasto de operación (0.1 por ciento), lo que indica que se dio prioridad a las actividades sustantivas y de operación de la SS. El gasto para servicios personales fue el que más se redujo (15 por ciento) a partir de las modificaciones al presupuesto, lo que es el reflejo de las medidas generales de ahorro implantadas por la SHCP. (Cuadro IV.I)

La distribución del presupuesto asignado a la SS por capítulo de gasto permite observar que las modificaciones al presupuesto original ocasionaron que los recursos disponibles para ejercer en el capítulo 1000 servicios personales, 2000 materiales y suministros, 3000 servicios generales y 4000 subsidios y transferencias, se redujeran; por el contrario, los recursos disponibles para ejercer destinados al capítulo 5000 bienes muebles e inmuebles, 600 obras públicas y 7000 inversión financiera se vieron incrementados, sobre todo el capítulo para obra pública que de 3.5 mdp pasó a 101.6 mdp.

De los 53,144.0 mdp ejercidos en 2007, el capítulo de subsidios y transferencias fue el que concentró la mayor cantidad de estos recursos (78.6 por ciento), lo que significa que la Secretaría de Salud está realizando esfuerzos para incrementar los recursos que requieren las áreas sustantivas, disminuyendo con ello el gasto central. Otro aspecto a resaltar es que los recursos ejercidos en los capítulos 5000 y 6000, a pesar de haber aumentado con las modificaciones al presupuesto original, siguen representando porcentajes reducidos del

Cuadro IV.I

Ejercicio del presupuesto por tipo de gasto.
Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud), México 2007

Tipo de Gasto	Presupuesto 2007				
	Original	Modificado	Ejercido	Subejercicio	% de ejercicio
Servicios Personales	15,561.6	13,227.4	13,227.2	0.1	99.9
Gasto de Operación	38,939.8	38,916.3	38,915.5	0.8	99.9
Gasto de Inversión	1,081.8	1,001.2	1,001.2	0.0	100.0
Total	55,583.2	53,144.9	53,144.0	0.9	99.9

Cifras en millones de pesos. Presupuesto ejercido al 31 de diciembre de 2007
Fuente: DGPOP-SS

presupuesto ejercido (0.6 y 0.2 por ciento), lo que implica que las actividades de construcción, ampliación, remodelación, adquisición y renta de instalaciones, equipo, mobiliario y herramientas se vean limitadas a partir del presupuesto del Ramo 12. (Cuadro IV.II)

La distribución del presupuesto entre las áreas mayores de la SS, muestra que las modificaciones al presupuesto original, favorecieron principalmente a la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios al contar con un presupuesto ejercido 62.5 por ciento más alto que el presupuesto que originalmente se le asignó, y a la Subsecretaría de Innovación y Calidad al incrementar sus recursos ejercidos un 30.7 por ciento respecto de los recursos originalmente programados. Por el contrario, las unidades que registraron las disminuciones más significativas respecto a su presupuesto original fueron la Comisión Nacional de Bioética, con una reducción del 40.9 por ciento, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con una disminución del 33.7 y la Subsecretaría de Administración y Finanzas con una reducción de 26.3 por ciento. (Cuadro IV.III)

El presupuesto ejercido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud representó el 55.9 por ciento del presupuesto total ejercido en la SS, mientras que el presupuesto ejercido por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especia-

Cuadro IV.II

Ejercicio del presupuesto por capítulo de gasto. Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud), México 2007

Capítulo de Gasto	Presupuesto 2007				
	Original	Modificado	Ejercido	Subejercicio	% de ejercido
Servicios Personales	4,825.6	3,747.0	3,746.9	0.1	99.9
Materiales y Suministros	1,985.4	834.5	834.5	0.0	100.0
Servicios Generales	1,703.2	1,348.5	1,347.8	0.7	99.9
Subsidios y Transferencias	46,459.8	41,749.0	41,748.9	0.1	99.9
Bienes Muebles e Inmuebles	285.9	337.8	337.8	0.0	100.0
Obras Públicas	3.5	101.6	101.6	0.0	100.0
Inversión Financiera y Otras Erogaciones	319.8	5,026.5	5,026.5	0.0	100.0
Total	55,583.1	53,144.9	53,144.0	0.9	99.9

Cifras en millones de pesos. Presupuesto ejercido al 31 de diciembre de 2007
Fuente: DGPOP-SS

Cuadro IV.III

Ejercicio del presupuesto por unidad responsable. Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud), México 2007

Área Mayor	Original	Modificado	Ejercido	Subejercicio	% del ejercicio
Secretario	234.2	234.8	234.8	0.0	100.0
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	240.6	232.2	232.2	0.0	100.0
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	12,471.1	10,925.1	10,925.0	0.1	100.0
Subsecretaría de Administración y Finanzas	5,192.3	3,824.5	3,824.5	0.0	100.0
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	2,531.1	2,707.2	2,707.2	0.0	100.0
Subsecretaría de Innovación y Calidad	2,296.8	3,003.2	3,002.5	0.8	100.0
Comisión de Arbitraje Médico	102.0	102.6	102.6	0.0	100.0
Comisión Federal para la Protección de los Riesgos Sanitarios	349.0	567.2	567.2	0.0	100.0
Comisión Nacional de Protección en Salud	29,676.1	29,687.6	29,687.6	0.0	100.0
Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. De C.V.	300.0	242.7	242.7	0.0	100.0
Centros de Integración Juvenil	393.0	429.1	429.1	0.0	100.0
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	1,756.8	1,164.9	1,164.9	0.0	100.0
Comisión Nacional de Bioética	39.9	23.6	23.6	0.0	100.0
Total	55,583.1	53,144.9	53,144.0	0.9	100.0

Cifras en millones de pesos. Presupuesto ejercido al 31 de diciembre de 2007
Fuente: DGPOP-SS

lidad representó el 20.6 por ciento. En contraste, el presupuesto ejercido por la Comisión Nacional de Bioética apenas representó el 0.04 por ciento de los recursos ejercidos en la SS. El ejercicio registrado en las unidades centrales prácticamente fue del cien por ciento, respecto del presupuesto modificado.

A fin de apoyar las actividades y programas sustantivos de la SS, a partir de la definición de los requerimientos de recursos, distribución y asignación, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) implantó dentro del presupuesto el concepto de Actividad Institucional. De su análisis destaca que el 50.8 por ciento de los recursos ejercidos en la SS se destinaron a financiar los servicios esenciales de

salud y a prestar servicios en los diferentes niveles de atención; un 9.6 por ciento a financiar la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, y que un 7 por ciento se destinó al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. (Cuadro IV.IV).

El programa Caravanas de la Salud ejerció el 0.9 por ciento del total de recursos ejercidos por la SS, el programa de vacunación el 0.8 por ciento, mientras que el rubro de medicamentos ejerció el 0.6 por ciento del presupuesto ejercido. Destaca también que los recursos ejercidos en materia de infraestructura, que incluyen la adquisición, construcción, equipamiento, conservación y mantenimiento, concentraron el 5.9 por ciento del presupuesto ejercido.

Cuadro IV.IV

Ejercicio del presupuesto por actividad institucional. Secretaría de Salud (Ramo 12 Salud), México 2007

AI	Descripción	Presupuesto 2007			
		Original	Modificado	Ejercido	Subejercicio
A001	Otras actividades	3,373.2	2,999.8	2,999.7	0.1
K000	Proyectos de inversión	257.7	143.4	143.4	0.0
R001	Diseñar, regular y conducir políticas en salud	548.1	555.0	555.0	0.0
R002	Generar la información y realizar la evaluación en salud	34.4	39.4	39.4	0.0
R003	Desarrollar la protección y promoción de la salud	435.4	415.7	415.7	0.0
R005	Impulsar la prevención y /o atención del VIH/SIDA en la población	95.6	108.9	108.9	0.0
R006	Desarrollar acciones específicas para promover la atención integral de la salud de la mujer	111.3	106.7	106.7	0.0
R007	Desarrollar la prevención y control de enfermedades y atención de urgencias epidemiológicas	344.8	544.1	544.1	0.0
R008	Ejercer la regulación, control y fomentos sanitarios para proteger a la población contra riesgos sanitarios	244.9	306.7	306.7	0.0
R009	Implementar medidas para mejorar la calidad d los servicios de salud	383.9	248.3	248.3	0.0
R010	Prestar servicios en los diferentes niveles de atención en salud	7,954.8	8,120.0	8,119.2	0.8
R012	Impulsar el desarrollo y capacitación del personal directivo, administrativo y técnico operativo	1,004.0	919.1	919.1	0.0
R013	Formar recursos humanos especializados en salud	1,479.3	1,477.1	1,477.1	0.0
R015	Dotar de insumos para los programas de vacunación	227.7	227.3	227.3	0.0
R016	Desarrollo, conservación y mantenimiento de la infraestructura en salud	698.6	1,241.1	1,241.1	0.0
R020	Brindar servicios de asistencia social, comunitaria y beneficencia pública	48.5	48.4	48.4	0.0
R021	Desarrollar la investigación en salud	1,013.1	1,007.7	1,007.7	0.0
R047	Atender las variaciones en la demanda de servicios y el pago por la prestación interestatal de servicios	264.8	504.5	504.5	0.0
R048	Coordinar la afiliación de familias al sistema de Protección Social en Salud	309.7	251.6	251.6	0.0
R059	Generar información para la operación del Sistema de Protección Social en Salud	13.3	8.3	8.3	0.0
R060	Realizar acciones de evaluación al Sistema de Protección Social en Salud	37.2	18.4	18.4	0.0
R062	Realizar acciones de capacitación para la operación del Sistema de Protección Social en Salud	15.0	9.3	9.3	0.0
R064	Financiar los servicios esenciales de salud	21,864.5	18,864.3	18,864.3	0.0
R065	Aportar recursos para financiar la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos	2,236.1	5,120.5	5,120.5	0.0
R066	Realizar acciones de prevención y diagnóstico del VIH/SIDA	79.9	67.7	67.7	0.0
R067	Realizar acciones comunitarias para la detección oportuna de enfermedades prioritarias	121.8	97.8	97.8	0.0
R070	Desarrollo de infraestructura en entidades federativas	2,000.0	1,663.8	1,663.8	0.0
R071	Operación de unidades médicas en entidades federativas	1,000.0	592.7	592.7	0.0
R099	Implantar y operar el servicio profesional de carrera en la Administración Pública Federal	599.8	396.3	396.3	0.0
R203	Caravana de salud	500.0	486.5	486.5	0.0
R204	Apoyo adicional para las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades	500.0	401.9	401.9	0.0
R207	Programa de vacunación	559.7	428.7	428.7	0.0
R208	Hospital de Especialidades de la Península de Yucatán	169.3	0.0	0.0	0.0
R210	Hospital Regional de Alta Especialidad en Oaxaca	100.7	0.0	0.0	0.0
R212	Operación Hospital de Alta Especialidad del Bajío	218.3	0.0	0.0	0.0
R216	Adquisición de terrenos, construcción y equipamiento de la planta para la fabricación de vacunas anti-influenza	300.0	242.7	242.7	0.0
R219	Operación Hospital de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	9.7	0.0	0.0	0.0
R220	Asignación de recursos por desempeño a hospitales regionales de alta especialidad	498.0	0.0	0.0	0.0
R221	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	255.5	0.0	0.0	0.0
R222	Medicamentos	500.0	292.5	292.5	0.0
R226	Reforzar las acciones contra las adicciones	117.3	328.5	328.5	0.0
S037	Programa de Comunidades saludables	48.7	63.7	63.7	0.0
S039	Programa de Atención a personas Con Discapacidad a cargo del DIF	381.5	352.5	352.5	0.0
S041	Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud	90.9	69.0	69.0	0.0
S072	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	3,928.7	3,744.2	3,744.2	0.0
S149	Programa de Atención a Infancia y Adolescencia	81.6	124.8	124.8	0.0
S150	Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable	525.9	506.0	506.0	0.0
Total		55,583.1	53,144.9	53,144.0	0.9

Cifras en millones de pesos. Presupuesto ejercido al 31 de diciembre de 2007

AI: Actividad institucional

Fuente: DGPOP-SS

Anexos
Bibliografía
Acrónimos y abreviaturas
Agradecimientos

Cuadro A1.1 Anexo estadístico
Capítulo I: Avances en las metas estratégicas del Programa Sectorial de Salud 2007–2012

Entidad	Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años (120-125)						Mastografías realizadas a mujeres por grupo de edad 3/		Mortalidad por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años 4/					
	Hombres		Mujeres		Total		Menos de	De 50 a	Hombres		Mujeres		Total	
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	40 años	69 años	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar
	1/	2/	1/	2/	1/	2/			5/	6/	5/	6/	5/	6/
Nacional	19.7	24.6	8.0	9.5	13.8	16.7		8.5	30.8	7.6	6.8	1.7	18.6	4.6
Aguascalientes	15.5	22.9	6.5	9.0	10.9	15.5	8.8	10.9	31.6	7.6	10.9	2.7	21.0	5.1
Baja California	30.3	40.6	7.9	10.5	19.6	25.8	3.5	4.3	10.9	2.7	4.2	1.0	7.7	1.9
Baja California Sur	27.7	35.0	13.9	16.6	21.1	26.2	9.1	11.3	54.5	13.2	11.2	2.8	34.2	8.3
Campeche	16.3	21.0	6.7	9.0	11.5	14.9	14.9	18.3	30.9	7.7	2.6	0.7	16.5	4.1
Coahuila	29.4	37.2	11.6	14.0	20.6	25.3	15.3	16.9	23.0	5.7	6.8	1.7	15.1	3.7
Colima	27.3	33.1	8.7	10.2	18.1	21.5	9.4	11.6	34.3	8.5	12.4	3.0	23.4	5.8
Chiapas	9.1	13.0	6.2	8.8	7.6	10.9	0.3	0.4	18.7	4.7	3.6	0.9	10.9	2.7
Chihuahua	31.0	39.1	14.4	17.3	22.9	28.0	3.6	4.4	39.5	9.7	8.9	2.2	24.7	6.1
Distrito Federal	27.4	28.5	11.6	10.7	19.3	18.9	6.6	8.1	21.9	5.3	6.1	1.5	14.0	3.4
Durango	23.5	29.9	10.5	12.7	16.9	20.9	1.2	1.5	34.0	8.4	9.0	2.3	21.4	5.3
Guanajuato	15.0	20.6	7.2	9.2	10.9	14.5	3.9	4.8	40.4	10.1	7.6	1.9	23.0	5.7
Guerrero	11.6	15.3	5.7	7.3	8.6	11.1	0.6	0.8	16.3	4.2	4.0	1.0	9.9	2.5
Hidalgo	17.7	21.2	5.4	6.3	11.3	13.4	1.0	1.2	30.4	7.7	6.5	1.6	17.8	4.4
Jalisco	20.5	25.5	7.5	8.8	13.9	16.7	1.3	1.6	38.1	9.4	9.3	2.3	23.6	5.8
México	15.0	18.9	6.4	7.8	10.7	13.2	0.2	0.3	31.6	7.8	7.0	1.7	19.3	4.8
Michoacán	15.1	18.6	5.7	6.8	10.2	12.3	1.4	1.7	54.7	13.8	10.6	2.6	31.4	7.9
Morelos	16.5	19.2	6.7	7.4	11.5	13.0	0.9	1.2	35.4	8.8	6.7	1.6	20.7	5.1
Nayarit	24.9	28.6	9.5	10.7	17.2	19.5	6.9	7.0	47.5	12.0	8.4	2.1	27.8	6.9
Nuevo León	29.8	36.6	11.4	13.3	20.8	24.7	9.4	11.5	26.2	6.4	5.4	1.3	16.0	3.9
Oaxaca	11.3	14.1	6.0	6.9	8.6	10.2	0.8	1.0	27.6	7.3	5.5	1.5	16.0	4.2
Puebla	12.6	16.6	6.0	7.4	9.2	11.7	0.8	1.0	27.9	6.9	5.1	1.3	16.1	4.0
Querétaro	17.3	24.7	6.5	8.9	11.8	16.4	5.1	6.2	41.1	10.2	9.8	2.4	24.9	6.2
Quintana Roo	11.8	17.8	2.9	5.1	7.4	11.5	6.1	7.5	30.8	7.5	4.3	1.1	17.8	4.3
San Luis Potosí	14.9	19.2	7.0	8.7	10.9	13.7	1.9	2.4	33.0	8.2	5.0	1.2	18.5	4.6
Sinaloa	25.3	29.8	9.2	10.4	17.3	20.0	10.3	12.6	38.6	9.6	9.4	2.3	24.2	6.0
Sonora	35.5	43.8	10.3	11.9	23.2	27.7	4.1	5.1	40.0	9.9	9.1	2.2	25.0	6.2
Tabasco	16.1	20.7	7.2	9.5	11.6	15.0	5.3	6.5	48.4	11.9	17.1	4.2	32.3	8.0
Tamaulipas	25.0	31.1	10.0	11.9	17.6	21.2	4.5	5.5	38.8	9.5	7.4	1.8	23.3	5.7
Tlaxcala	8.4	11.9	1.7	2.0	5.0	6.7	0.9	1.1	36.1	9.0	9.9	2.4	22.6	5.6
Veracruz	21.3	24.3	9.7	10.6	15.4	17.0	0.5	0.7	14.3	3.7	2.8	0.7	8.4	2.1
Yucatán	22.2	26.7	6.0	6.9	14.1	16.4	1.8	2.2	24.0	5.9	3.0	0.7	13.6	3.3
Zacatecas	12.5	15.9	7.8	9.6	10.1	12.6	2.2	2.7	48.0	11.8	5.1	1.3	25.5	6.2

1/ Tasa observada por cada 100 mil habitantes menores de 65 años
2/ Tasa por 100 mil habitantes menores de 65 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
3/ Porcentaje respecto a la población sin seguridad social. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva-SPPS-SS
4/ Cifra definitiva de 2006. Claves CIE-10: Vo2.1, Vo3.1, Vo4.1, Vo2.9, Vo3.9, Vo4.9, Vo9.2, Vo9.3, Vo9.9, V12-V14 (excepto .0 a .2), V19.4-V19.6, V20-V28 (excepto .0 a .2), V29-V79 (excepto .0 a .3), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (excepto .4 a .9), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9 y Y85.0
5/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 a 29 años
6/ Tasa por 100 mil habitantes de 15 a 29 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
Fuente: Base de defunciones 2006, INEGI-SS; Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro AII.1 Anexo estadístico

Capítulo II: Avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Entidad	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (A00-A09)						Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas (J00-J22)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar
	1/	2/	1/	2/	1/	2/	1/	2/	1/	2/	1/	2/
Nacional	16.1	1.4	12.2	1.1	14.2	1.3	30.2	2.7	25.7	2.3	28.0	2.5
Aguascalientes	3.4	0.3	5.3	0.5	4.3	0.4	8.5	0.8	5.3	0.5	6.9	0.6
Baja California	6.4	0.6	3.7	0.3	5.1	0.5	16.4	1.4	15.0	1.3	15.7	1.4
Baja California Sur	0.0	0.0	4.2	0.4	2.1	0.2	20.2	1.8	17.0	1.5	18.6	1.6
Campeche	5.6	0.5	14.4	1.3	9.9	0.9	2.8	0.2	5.8	0.5	4.3	0.4
Coahuila	2.4	0.2	4.2	0.4	3.3	0.3	7.2	0.6	10.1	0.9	8.6	0.8
Colima	19.1	1.7	16.1	1.4	17.6	1.6	7.6	0.7	8.1	0.7	7.8	0.7
Chiapas	35.8	3.2	29.8	2.6	32.8	2.9	29.6	2.6	29.8	2.6	29.7	2.6
Chihuahua	13.1	1.2	11.2	1.0	12.2	1.1	33.0	2.9	23.7	2.1	28.5	2.5
Distrito Federal	10.8	1.0	9.3	0.8	10.1	0.9	49.5	4.4	43.8	3.9	46.7	4.1
Durango	2.6	0.2	10.9	1.0	6.6	0.6	6.5	0.6	4.1	0.4	5.3	0.5
Guanajuato	10.5	0.9	6.5	0.6	8.5	0.8	15.2	1.3	12.5	1.1	13.9	1.2
Guerrero	25.8	2.3	11.2	1.0	18.6	1.6	12.6	1.1	8.1	0.7	10.4	0.9
Hidalgo	18.1	1.6	13.5	1.2	15.8	1.4	18.1	1.6	17.1	1.5	17.6	1.6
Jalisco	7.8	0.7	5.7	0.5	6.8	0.6	16.2	1.4	17.3	1.5	16.9	1.5
México	26.9	2.4	18.4	1.6	22.7	2.0	76.6	6.8	61.9	5.5	69.5	6.2
Michoacán	11.4	1.0	11.9	1.1	11.7	1.0	18.6	1.7	17.4	1.5	18.0	1.6
Morelos	17.6	1.6	8.6	0.8	13.9	1.2	17.6	1.6	8.6	0.8	13.2	1.2
Nayarit	6.7	0.6	2.4	0.2	4.6	0.4	9.0	0.8	9.4	0.8	9.2	0.8
Nuevo León	3.0	0.3	1.6	0.1	2.3	0.2	8.1	0.7	6.9	0.6	7.5	0.7
Oaxaca	25.4	2.3	23.2	2.1	24.3	2.2	30.6	2.7	22.6	2.0	27.0	2.4
Puebla	30.6	2.7	19.1	1.7	25.0	2.2	67.4	6.0	47.3	4.2	57.6	5.1
Querétaro	18.5	1.6	20.7	1.8	19.6	1.7	21.0	1.9	23.3	2.1	22.1	2.0
Quintana Roo	16.4	1.4	20.2	1.8	18.2	1.6	18.0	1.6	16.8	1.5	17.4	1.5
San Luis Potosí	16.9	1.5	8.4	0.7	12.7	1.1	12.9	1.1	14.2	1.3	13.5	1.2
Sinaloa	6.7	0.6	4.4	0.4	5.6	0.5	5.0	0.4	14.9	1.3	9.8	0.9
Sonora	8.5	0.8	4.5	0.4	6.5	0.6	13.6	1.2	19.7	1.7	16.6	1.5
Tabasco	19.2	1.7	15.9	1.4	17.6	1.6	17.2	1.5	15.9	1.4	16.5	1.5
Tamaulipas	6.2	0.5	4.3	0.4	5.3	0.5	5.5	0.5	4.3	0.4	4.9	0.4
Tlaxcala	22.9	2.0	14.7	1.3	18.9	1.7	33.5	3.0	34.9	3.1	34.2	3.0
Veracruz	13.1	1.2	12.2	1.1	12.7	1.1	21.2	1.9	19.3	1.7	20.3	1.8
Yucatán	19.2	1.7	10.0	0.9	14.7	1.3	8.4	0.7	17.6	1.6	12.9	1.1
Zacatecas	7.3	0.6	10.7	0.9	8.9	0.8	31.9	2.8	4.6	0.4	18.6	1.6

1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años

2/ Tasa por 100 mil niños menores de 5 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro AII.2 Anexo estadístico

Capítulo II: Avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Entidad	Mortalidad por VIH/SIDA (B20-B24)						Incidencia de paludismo 3/	Incidencia de tuberculosis (en todas las formas) 3/	Incidencia de tuberculosis pulmonar 3/
	Hombres		Mujeres		Total				
	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/	Observada 1/	Estándar 2/			
Nacional	7.6	8.1	1.7	1.7	4.6	4.8	2.2	16.4	13.8
Aguascalientes	5.8	7.1	0.7	0.7	3.2	3.7	0.0	7.4	4.0
Baja California	13.9	14.0	4.9	4.8	9.6	9.6	0.0	45.6	38.3
Baja California Sur	7.1	7.2	1.6	1.6	4.5	4.5	0.0	31.3	26.4
Campeche	11.1	11.7	3.8	3.8	7.5	7.7	0.0	17.2	15.9
Coahuila	4.9	5.1	0.7	0.7	2.8	2.9	0.0	19.1	16.7
Colima	13.3	13.4	3.1	3.1	8.2	8.2	0.0	23.6	20.3
Chiapas	7.3	8.7	2.4	2.6	4.8	5.6	35.1	24.5	22.5
Chihuahua	9.6	9.8	2.0	2.1	5.9	6.0	4.7	21.4	18.4
Distrito Federal	11.1	10.4	1.2	1.1	6.0	5.5	0.0	8.0	5.3
Durango	4.1	4.7	1.7	1.8	2.9	3.2	2.9	14.1	11.6
Guanajuato	4.1	4.8	0.8	0.9	2.4	2.7	0.0	6.2	4.6
Guerrero	7.8	9.5	2.3	2.6	5.0	5.9	0.0	31.9	28.9
Hidalgo	2.8	3.0	1.0	1.0	1.8	1.9	0.0	10.6	9.2
Jalisco	7.3	8.0	1.2	1.3	4.2	4.5	0.0	14.8	10.8
México	5.0	4.9	1.0	1.0	3.0	2.9	0.0	4.3	3.0
Michoacán	3.9	4.5	0.7	0.8	2.2	2.5	0.0	10.0	8.3
Morelos	8.4	9.0	1.1	1.1	4.7	4.9	0.0	13.5	9.5
Nayarit	11.0	12.0	2.1	2.1	6.5	7.0	3.9	30.4	27.2
Nuevo León	5.8	5.9	0.8	0.8	3.3	3.4	0.0	21.7	18.1
Oaxaca	8.1	9.6	1.8	1.9	4.8	5.5	10.7	21.2	18.4
Puebla	6.2	7.2	1.8	1.9	3.9	4.4	0.0	9.0	7.5
Querétaro	5.2	6.0	0.9	1.1	3.0	3.4	0.0	11.7	6.1
Quintana Roo	12.8	13.3	3.0	2.8	7.9	8.1	1.1	11.5	10.6
San Luis Potosí	4.1	4.7	0.5	0.5	2.2	2.5	0.0	14.0	11.7
Sinaloa	5.4	5.7	1.6	1.6	3.5	3.7	4.2	29.7	26.9
Sonora	6.2	6.2	1.1	1.1	3.7	3.7	0.5	29.2	26.1
Tabasco	16.1	16.6	2.9	2.7	9.4	9.5	2.7	21.8	20.0
Tamaulipas	9.7	10.0	1.5	1.5	5.6	5.7	0.0	35.0	32.4
Tlaxcala	2.8	3.0	1.1	1.1	1.9	2.0	0.0	3.0	2.4
Veracruz	14.4	15.7	3.8	3.9	8.9	9.4	0.0	25.8	22.4
Yucatán	9.8	10.3	2.0	2.1	5.9	6.1	0.0	9.9	8.4
Zacatecas	1.0	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2	0.0	7.5	4.3

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes
2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025
3/ Incidencia por 100 mil habitantes
Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO
Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, CENAVECE-DGE-SS

Cuadro AII.3 Anexo estadístico**Capítulo II:** Avances en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Entidad	Mortalidad por tuberculosis (A15-A19)						Mortalidad por tuberculosis pulmonar (A15-A16, excepto .7 y .8 en ambos casos)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar
	1/	2/	1/	2/	1/	2/	3/	4/	3/	4/	3/	4/
Nacional	2.8	3.7	1.4	1.6	2.1	2.6	3.5	3.3	1.6	1.3	2.5	2.3
Aguascalientes	1.3	1.9	1.1	1.5	1.2	1.7	1.4	1.5	0.8	0.8	1.1	1.1
Baja California	9.2	11.4	3.1	4.1	6.3	7.8	10.6	9.7	3.5	3.3	7.2	6.5
Baja California Sur	4.3	5.9	1.9	3.0	3.2	4.5	5.4	5.6	2.2	2.6	3.9	4.1
Campeche	2.6	4.0	1.3	1.7	1.9	2.8	3.7	4.0	1.8	1.7	2.8	2.8
Coahuila	3.0	4.4	1.8	2.2	2.4	3.2	3.9	4.0	2.1	1.9	3.0	2.8
Colima	1.0	1.2	1.0	1.3	1.0	1.3	1.4	1.2	1.4	1.3	1.4	1.3
Chiapas	4.2	7.0	3.2	4.8	3.7	5.9	6.3	6.8	4.6	4.6	5.4	5.7
Chihuahua	3.4	4.2	2.0	2.2	2.7	3.1	4.0	3.4	2.1	1.7	3.1	2.6
Distrito Federal	1.0	1.0	0.5	0.5	0.8	0.8	0.8	0.7	0.5	0.4	0.6	0.5
Durango	4.2	5.9	1.7	2.0	2.9	3.9	5.5	5.2	1.1	1.0	3.2	3.0
Guanajuato	0.9	1.2	0.5	0.6	0.7	0.9	0.9	0.8	0.3	0.3	0.6	0.6
Guerrero	3.9	5.3	1.6	2.0	2.7	3.5	5.7	4.9	2.0	1.7	3.7	3.2
Hidalgo	1.0	1.3	0.7	0.9	0.9	1.1	1.2	1.1	0.8	0.7	1.0	0.9
Jalisco	2.7	3.6	1.1	1.3	1.9	2.4	3.5	3.3	1.4	1.1	2.4	2.1
México	0.8	1.3	0.6	0.8	0.7	1.0	1.0	1.0	0.6	0.7	0.8	0.8
Michoacán	1.4	1.8	0.6	0.7	1.0	1.2	1.8	1.5	0.7	0.6	1.2	1.0
Morelos	1.5	2.0	0.7	0.8	1.1	1.4	2.0	1.8	1.0	0.8	1.4	1.3
Nayarit	6.5	7.9	4.3	4.8	5.4	6.3	7.8	6.8	4.7	3.9	6.2	5.3
Nuevo León	3.9	5.2	2.0	2.2	3.0	3.6	4.8	4.6	2.5	2.0	3.6	3.2
Oaxaca	5.1	6.6	3.0	3.5	4.0	4.9	7.5	6.3	3.4	2.8	5.3	4.4
Puebla	1.2	1.5	0.8	0.9	1.0	1.2	1.5	1.3	0.8	0.7	1.1	1.0
Querétaro	1.8	2.7	0.5	0.6	1.1	1.6	2.0	2.2	0.2	0.2	1.0	1.1
Quintana Roo	1.5	2.2	0.8	1.0	1.1	1.6	2.1	2.2	1.0	0.8	1.5	1.5
San Luis Potosí	5.3	7.0	2.7	3.3	3.9	5.0	6.4	5.6	3.1	2.6	4.7	4.0
Sinaloa	4.3	5.8	1.6	1.9	3.0	3.7	5.8	5.4	1.8	1.5	3.8	3.4
Sonora	4.2	5.1	1.2	1.4	2.7	3.2	5.4	4.7	1.4	1.2	3.4	2.9
Tabasco	3.8	5.4	1.5	1.8	2.6	3.6	4.7	4.6	1.8	1.7	3.2	3.1
Tamaulipas	4.0	5.1	1.5	1.8	2.7	3.3	5.3	4.8	2.1	1.8	3.6	3.2
Tlaxcala	2.0	3.2	0.4	0.4	1.2	1.7	2.5	2.6	0.3	0.2	1.3	1.3
Veracruz	4.6	5.7	2.0	2.2	3.3	3.8	6.1	5.1	2.5	2.1	4.2	3.5
Yucatán	2.1	2.8	1.3	1.5	1.7	2.1	2.9	2.6	1.6	1.4	2.2	2.0
Zacatecas	1.5	1.9	0.8	0.9	1.2	1.4	1.6	1.4	0.6	0.5	1.1	0.9

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

3/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 años o más

4/ Tasa por 100 mil habitantes de 15 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones 2007, preliminar, DGIS-SS y Proyecciones de Población 2005-2030 del CONAPO

Cuadro AIII.1 Anexo estadístico

Capítulo III: Avances en la implantación del PROSESA 2007-2012 según Estrategia y Línea de Acción

Entidad	Porcentaje de muestras de agua dentro y por arriba de norma de cloro 1/	Notificaciones de reacciones adversas a medicamentos 2/	Avales ciudadanos instalados 3/
Nacional	91.3	5,157	1,177
Aguascalientes	97.1	446	0
Baja California	91.1	41	0
Baja California Sur	90.1	1	5
Campeche	99.5	130	33
Coahuila	97.9	152	0
Colima	94.3	145	46
Chiapas	70.7	1	284
Chihuahua	97.6	17	20
Distrito Federal	95.4	401	47
Durango	70.8	77	0
Guanajuato	90.2	17	0
Guerrero	79.7	108	107
Hidalgo	93.5	617	14
Jalisco	87.3	175	4
México	89.9	541	41
Michoacán	72.5	130	148
Morelos	96.6	292	5
Nayarit	84.7	277	0
Nuevo León	99.7	75	0
Oaxaca	88.6	28	197
Puebla	97.7	722	72
Querétaro	99.9	125	32
Quintana Roo	99.9	0	0
San Luis Potosí	99.3	378	0
Sinaloa	94.7	44	15
Sonora	90.9	15	0
Tabasco	96.1	85	4
Tamaulipas	99.1	13	20
Tlaxcala	99.1	5	53
Veracruz	90.5	42	0
Yucatán	92.9	44	0
Zacatecas	92.6	13	27

1/ Porcentaje de muestras de agua para uso y consumo humano dentro y por arriba de norma de cloro residual libre. Fuente: COFEPRIS-SS

2/ Fuente: Dirección Ejecutiva de Farmacopea y Farmacovigilancia, CEMAR, COFEPRIS-SS

3/ El Nacional incluye tres avales ciudadanos de los Hospitales Federales de Referencia. Fuente: DGCES-SS

Bibliografía

1. Ávila-Curiel A y Shamah-Levy T. Diagnóstico de la magnitud de la desnutrición infantil en México. En: México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población, 2005.
2. Ban Ki-Moon. La infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Avances hacia “un mundo apropiado para los niños y las niñas”. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007.
3. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2007. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2007.
4. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006. Etapa 3: Informe que comprende de enero a noviembre de 2006 [documento en internet]. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2006 [consultado en junio de 2008]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx>.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2008. Supervivencia infantil. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA Informe anual 2006. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2007.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004.
8. Franco-Marina F, Lozano R, Villa B, Soliz P. La mortalidad en México, 2000-2004 “Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias”. México, D.F. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2006.
9. Gabinete de Desarrollo Humano y Social, Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de avance 2006. México: Gobierno de la República, 2006.
10. García-López JE y Gloria-Hernández LE. Mortalidad por causas y ganancias de vida en los últimos veinticinco años. En: La situación demográfica de México 2006. México: Consejo Nacional de Población, 2006.
11. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. México: Presidencia de la República, 2007.
12. Gobierno de la República, Presidencia de la República. Vivir mejor: Política social del gobierno federal. México: Presidencia de la República, 2008.
13. Lee P. Public Service Productivity: Health Care Summary [documento en internet]. UK Centre for the Measurement of Government Activity, 2008 [consultado en junio de 2008]. Disponible en: <http://www.statistics.gov.uk/ccj/article.asp?id=1922>
14. Lozano-Ascencio R, Núñez-Urquiza RM, Duarte-Gómez MB y Torres-Palacios LM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En: México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población, 2005.
15. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2007. Nueva York: Naciones Unidas, 2007.
16. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2005.

17. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
18. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA: 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
21. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2007, Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
23. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, mayo 2005.
24. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006–2015. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
25. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007, Vol. I-Regional. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
26. Partida-Bush V. La mortalidad en los primeros años de vida. En: México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población, 2005.
27. Partida-Bush V. Situación demográfica nacional y estatal. En: La situación demográfica de México 2006. México: Consejo Nacional de Población, 2006.
28. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano México 2006-2007. Migración y desarrollo humano. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2007.
29. Rivera P, Magis C y Saavedra J. Diagnóstico y tendencias de largo plazo del VIH/SIDA y su impacto en la salud pública de México. En: México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población, 2005.
30. Scott J. Desigualdad de la salud y de la atención de la salud en México. En: Serie de documentos de trabajo. Innovaciones en el financiamiento de la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud, A. C. e Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
31. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 26 de febrero de 2008.
32. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo. Serie Investigación. México: Consejo Nacional contra las Adicciones, 2004.
33. Secretaría de Salud. Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida”. México: Secretaría de Salud, 2002.
34. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, 2007.
35. Secretaría de Salud. *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*. México: Diario Oficial de la Federación, 17 de enero de 2008.
36. Secretaría de Salud. *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, 2007.
37. Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre de 2006.
38. Secretaría de Salud. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. México: Secretaría de Salud, 2006.
39. World Health Organization. WHO child growth standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. Geneva: World Health

Acrónimos y abreviaturas

AEO: Atención de emergencias obstétricas	COFEPRIS: Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios
AIDEM: Grupos de atención inmediata de las defunciones maternas	CONADIC: Consejo Nacional contra las Adicciones
AME: Asistencia a la mujer embarazada	CONAGO: Conferencia Nacional de Gobernadores
ARV: Antirretrovirales	CONAPO: Consejo Nacional de Población
ATVM: Accidentes de tránsito de vehículos de motor	CRUM: Centro regulador de urgencias médicas
BCG: Antituberculosis (vacuna)	CSG: Consejo de Salubridad General
BIRMEX: Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.	DGDIF: Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
BM: Banco Mundial	DGE: Dirección General de Epidemiología
BPF: Buenas prácticas de fabricación	DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño
CaCu: Cáncer cérvico-uterino	DGIS: Dirección General de Información en Salud
CAPA: Centro de Atención Primaria en Adicciones	DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
CAPASITS: Centros ambulatorios de prevención y atención al SIDA e infecciones de transmisión sexual	DGPOP: Dirección General de Programación Organización y Presupuesto
CCINSHAE: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	DOTS/TAES: Tratamiento acortado directamente observado/Tratamiento acortado estrictamente supervisado
CENAPRA: Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	DPT: Difteria, Polio y Tétanos (vacuna)
CENATRA: Centro Nacional de Transplantes	ECV: Enfermedades cerebrovasculares
CENAVECE: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	EDAS: Enfermedades diarreicas agudas
CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	ENA: Encuesta Nacional de Adicciones
CeNSIA: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
CISAME: Centro integral de salud mental	ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud	ETAS: Enfermedades transmitidas por alimentos
CNS: Consejo Nacional de Salud	ETES: Evaluación de tecnologías para la salud
CNTS: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	EVN: Esperanza de vida al nacimiento
COEPRAS: Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes	FCS: Fondo de Comunidades Saludables
COEPRIS: Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios	FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
	GPC: Guías de práctica clínica
	HFR: Hospitales Federales de Referencia
	HIM: Hospital Infantil de México
	HRAE: Hospitales Regionales de Alta Especialidad

- HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres
- IAP:** Instituciones de asistencia privada
- IB:** Ingeniería biomédica
- IDH:** Índice de Desarrollo Humano
- IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- IMSS-Oport:** Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Oportunidades
- INCAN:** Instituto Nacional de Cancerología
- INCAR:** Instituto Nacional del Cardiología
- INCMN:** Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
- INDICAS:** Sistema Nacional de Indicadores en Salud
- INEGI:** Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática
- INER:** Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- INMEGEN:** Instituto Nacional de Medicina Genómica
- INN:** Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
- INP:** Instituto Nacional de Pediatría
- INPER:** Instituto Nacional de Perinatología
- INP's:** Instituto Nacional de Psiquiatría
- INR:** Instituto Nacional de Rehabilitación
- INS:** Institutos Nacionales de Salud
- INSP:** Instituto Nacional de Salud Pública
- IRAS:** Infecciones respiratorias agudas
- ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual
- KG:** Kilogramos
- LGS:** Ley General de Salud
- MBE:** Medicina basada en evidencia
- MDP:** Millones de pesos
- MEF:** Mujeres en edad fértil
- NOM:** Norma Oficial Mexicana
- NVE:** Nacidos vivos estimados
- ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- OPD:** Organismo Público Descentralizado
- OPV:** Obras para la producción de la vacuna de polio trivalente oral
- PASE:** Paquete de servicios de salud para escolares
- PEF:** Presupuesto de Egresos de la Federación
- PEMEX:** Petróleos Mexicanos
- PMSRAS:** Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud
- PND:** Plan Nacional de Desarrollo
- PNM:** Política nacional de medicamentos
- PREREIN:** Proyecto de prevención y reducción de la infección nosocomial
- PRONASEV:** Programa nacional de seguridad vial
- PROSESA:** Programa Sectorial de Salud
- REDSAES:** Red de servicios de salud de alta especialidad
- REPSS:** Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
- RMM:** Razón de mortalidad materna
- SAEH:** Subsistema automatizado de egresos hospitalarios
- SAIS:** Servicios de atención integral para personas con VIH/SIDA
- SEDENA:** Secretaría de la Defensa Nacional
- SEDESOL:** Secretaría de Desarrollo Social
- SEED:** Sistema estadístico y epidemiológico de las defunciones
- SEMAR:** Secretaría de Marina-Armada de México
- SEMARNAT:** Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
- SESA:** Servicios Estatales de Salud
- SICALIDAD:** Sistema Integral de Calidad en Salud
- SII:** Sistema Institucional de Investigación
- SINAIS:** Sistema Nacional de Información en Salud
- SNI:** Sistema Nacional de Investigadores
- SMNG:** Seguro Médico para una Nueva Generación
- SNI:** Sistema Nacional de Investigadores
- SPPS:** Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
- SPSS:** Sistema de Protección Social en Salud
- SS:** Secretaría de Salud
- SUAVE:** Sistema único automatizado para la vigilancia epidemiológica
- SUIVE:** Sistema único integral de vigilancia epidemiológica
- TAES:** Tratamiento acortado estrictamente supervisado
- TB:** Tuberculosis
- TB-MDR:** Tuberculosis multiresistente
- UDI:** Usuarios de drogas inyectables
- UMAE:** Unidad médica de alta especialidad
- UNEMES:** Unidades de especialidades médicas
- UNEME-SoRID:** Unidades de especialidades médicas para la atención del síndrome de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus
- VIH/SIDA:** Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- VPH:** Virus del Papiloma Humano

Agradecimientos

El grupo de trabajo que elaboró Rendición de Cuentas en Salud 2007, manifiesta su agradecimiento a los representantes de las siguientes unidades de la SS, que aportaron datos, opiniones, sugerencias y propuestas de contenidos que hicieron posible este informe:

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
- Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Consejo Nacional contra las Adicciones
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Administración y Finanzas
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Innovación y Calidad
- Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Dirección General de Comunicación Social
- Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
- Dirección General de Información en Salud
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
- Dirección General de Programación Organización y Presupuesto
- Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, SA de CV

Asimismo, agradecemos de manera particular a las siguientes personas, quienes brindaron desinteresadamente tiempo y esfuerzo para la elaboración del informe:

- Aguilar Sánchez Omar
- Aguilera Flores Carlos Juan
- Cáliz Morales Alma P.
- Campuzano Paniagua Vianey
- Castro Borbonio Ma. Victoria
- Chacón Sosa Fernando J.
- Enríquez Rangel Raúl
- Esponda Velasquez Carlos
- Gracia Nava Carlos
- Heras Gómez Antonio
- Juárez Garrido Fermín
- Madrazo Reynoso Marcela
- Meneses González Fernando
- Mercadillo Aguilar Juan
- Parga Alonso Julieta
- Pesqueira Villegas Eduardo
- Polo Nieto Eulogio Gerardo
- Ponce de León Rosales Samuel
- Ramírez Ducoing Karla
- Sánchez Romero Eugenia del Carmen
- Sánchez Fragoso Ma. Teresa
- Santiago Salinas Oscar
- Santos Preciado José Ignacio
- Sosa Manzano Carlos Lino
- Tavera Romero Simón
- Torres Palacios Luis Manuel
- Vargas Arenal Valentín
- Vázquez Aguilar Jesús
- Velázquez Berumen Adriana
- Villareal Levy Gabriela

Finalmente, a todos los trabajadores de la Dirección General de Evaluación del Desempeño ya que Rendición de Cuentas en Salud 2007, es resultado del trabajo conjunto de esta Dirección General.

Rendición de Cuentas en Salud 2007

se terminó de imprimir en agosto de 2008.

La edición consta de 1,500 ejemplares
y estuvo al cuidado de la Dirección General
de Evaluación del Desempeño
de la Secretaría de Salud.

