

Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000

Presentación

En atención a lo dispuesto por los artículos 4° y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9° de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 9°, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 32 de la Ley de Planeación, la Secretaría de Salud, presenta el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, el cual se inscribe dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.

Este Programa es producto de un amplio consenso. Recoge las diversas opiniones, propuestas e iniciativas vertidas en los más de 70 eventos organizados como parte de los Foros Nacionales de Consulta Popular sobre Salud en 1995, así como los resultados de las cerca de 200 reuniones de trabajo que realizaron las comisiones que conforman el Consejo Nacional de Salud. También incluye los principales asuntos analizados en el Gabinete de Salud y en la Comisión Interinstitucional que lo apoya, bajo la coordinación de la Oficina de la Presidencia de la República.

El Programa está dividido en cuatro secciones fundamentales. La primera de ellas se refiere a la evolución que ha tenido el sistema de salud en México y describe un diagnóstico general de la situación actual. La segunda plantea los puntos fundamentales de la reforma, tanto en sus aspectos estructurales como funcionales. La tercera parte se ocupa de los principales programas específicos que dan contenido al Programa Sectorial y, en la cuarta, se señalan los programas de apoyo que habrán de coadyuvar al avance de la reforma y a la reorganización del sector.

Es indudable que la salud de los mexicanos ha mejorado considerablemente en los últimos años. La esperanza de vida al nacimiento rebasa ya los 72 años, en tanto que la mortalidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había hace 25 años. México también ha experimentado cambios demográficos profundos en las últimas décadas. La tasa de crecimiento natural de la población es de aproximadamente el 2%; en tanto que la tasa global de fecundidad se redujo en más de la mitad en estos últimos 25 años.

No obstante lo anterior, el sistema de salud actual confronta serios problemas, como resultado, por un lado, de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población; y por el otro, de una organización y estructura que ya no es capaz de satisfacer con calidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y, sobre todo, las que habrán de presentarse en los próximos años.

Para fines prácticos, los servicios de salud dividen a la población mexicana en cuatro segmentos. Los dos más grandes los conforman, por una parte, aquéllos que tienen acceso a los servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social, y por la otra, los que son cubiertos por los servicios que ofrecen tanto la Secretaría de Salud como el Programa IMSS-Solidaridad. A los extremos de estos dos grandes segmentos se ubican otros dos de menor tamaño: el de los que acuden a los servicios privados de salud y el de quienes no tienen acceso a los servicios regulares de salud. Este último grupo, motivo fundamental de preocupación y objeto importante de una de las principales estrategias del Programa, lo constituyen aproximadamente 10 millones de personas.

Otro problema grave que la reforma pretende resolver, se refiere al centralismo con el que ha venido operando el sistema de salud. Ni la realidad epidemiológica ni los profundos cambios políticos que experimenta el país, dan viabilidad a una estructura centralista de tan grande magnitud. La descentralización del sistema es insoslayable, y constituye otra de las grandes vertientes del Programa. Por añadidura, la coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente y la calidad de los mismos, si bien es heterogénea, tampoco satisface plenamente las expectativas de los usuarios. Por ello, se hace necesaria una mejor coordinación programática y funcional.

En suma: calidad insuficiente, duplicaciones, centralismo y cobertura limitada, constituyen los principales retos y la razón por la cual el Gobierno de la República, con base en un proceso de planeación democrática, decidió emprender una profunda reforma al Sistema de Salud. No sólo para poder resolver en el corto plazo, los problemas señalados, sino para sentar las bases de una reorganización que, a mediano plazo, permita hacer un uso óptimo de la infraestructura disponible, uniformar programas, introducir incentivos y ejercer, con la mayor eficiencia posible, del gasto federal en materia de salud.

Los cambios en el primer nivel de la atención médica dentro de los servicios que ofrece la seguridad social, constituyen un incentivo fundamental que habrá de traducirse en una mayor calidad en la prestación de los servicios. El que los usuarios puedan elegir a los médicos que habrán de atenderlos, también servirá como un mecanismo para la contención de costos. La libre elección de los usuarios se contempla como una estrategia general, que cada institución podrá plantear con los alcances y peculiaridades propias de su estructura y normatividad.

En el contexto del nuevo federalismo, la descentralización de los servicios de salud a la población abierta, es decir, no derechohabiente a la seguridad social, recoge el proceso iniciado en la década pasada y constituye la posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región. Una vez configurados los sistemas estatales, la política nacional se articulará a través del Consejo Nacional de Salud, creado por decreto presidencial a inicios de 1995. La descentralización de los servicios que prestan, tanto la Secretaría de Salud como el programa IMSS-Solidaridad, evitará que persistan sistemas paralelos para atender a una misma población. La descentralización permitirá, asimismo, hacer una distribución más racional del gasto federal en salud al tomar en consideración indicadores de mortalidad y marginación, y equilibrar el gasto per cápita en salud. Todo ello contribuirá a tener no sólo una mayor eficiencia, sino también y sobre todo, una mayor equidad.

Ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias: en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal; en tanto que, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costo-efectivas y que se significa, además, como una medida fundamental del Gobierno en su lucha contra la pobreza extrema.

Para fortalecer y complementar los servicios de salud se tiene previsto un programa vigoroso de mejoramiento de la gestión administrativa en los estados y, en el contexto del federalismo, la participación decidida de los ayuntamientos. El programa de Municipio Saludable propiciará un mayor compromiso de estos con las tareas propias del saneamiento básico y con una orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud. Los comités de salud, constituyen la base social de la estrategia.

Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo sobre lo curativo: capacitación para la salud familiar, ejercicio físico para la salud, educación nutricional y salud escolar. Por otro lado, toman también en consideración las distintas etapas del ciclo vital: en salud infantil, resaltan el programa de enfermedades prevenibles por vacunación, así como los de prevención y control de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas. En salud reproductiva, sobresalen la planificación familiar, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer y, particularmente, el programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual que incluye, por supuesto, al virus de la inmunodeficiencia humana.

En salud de las poblaciones adulta y anciana resaltan los programas de prevención y control de la tuberculosis, de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Las dos últimas destacan por su creciente contribución a las principales causas de mortalidad en el país.

Otras acciones, dirigidas a toda la población, incluyen la salud mental, la salud bucodental, la prevención de accidentes y adicciones y, en forma señalada, la salud ambiental.

Una dimensión adicional de los programas específicos es su distribución regional, cuando la naturaleza del programa sanitario lo amerita. Tal, es el caso del dengue, el paludismo, la oncocercosis, la brucelosis, la cisticercosis, la lepra y la rabia. En este contexto, sobresale el programa contra el cólera, que si bien tiene características pandémicas, se acentúa en algunas regiones del país.

El fomento sanitario ocupa un apartado especial. Plantea actualizar y complementar los instrumentos legales y normativos que garanticen la calidad sanitaria de productos, bienes y servicios con propiedades biológicas, químicas, físicas o radiológicas; así como vigilar, en el marco de las políticas nacionales y tratados internacionales, los mecanismos de control de productos importados. En este rubro se contemplan acciones específicas para apoyar las exportaciones y para avanzar en los procesos de desregulación y simplificación administrativa; para promover la participación de los sectores privado y social en las acciones de certificación, aprobación y auditoría; de simplificación de licencias sanitarias y de regulación y control de establecimientos productores de medicamentos, para cumplir con las especificaciones establecidas en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

El control sanitario de la publicidad amerita una revisión de su marco normativo, para evitar que se aplique con discrecionalidad, advertir con mayor claridad sobre los efectos nocivos a la salud de algunos productos y propiciar el desarrollo de conductas de consumo saludables desde etapas tempranas del ciclo vital.

La modernización administrativa y la sistematización de la información estadística y epidemiológica, son fundamentales para poder disponer de cifras veraces y que éstas puedan ser procesadas oportunamente para retroalimentar al propio sistema en su toma de

decisiones e informar a la sociedad, sobre todos aquellos asuntos de salud pública que son del interés general. Una sociedad bien informada en materia de salud será, sin duda, una sociedad más saludable.

El Sistema Nacional de Salud no es solamente un sistema prestador de servicios. La enseñanza y la investigación constituyen aspectos fundamentales para su renovación e introducción de procesos innovadores; son, además, elementos insustituibles que garantizan la calidad intrínseca de los servicios que se ofrecen. Por ello, las instituciones de salud fortalecerán sus vínculos con las de educación superior e investigación científica y seguirán coadyuvando a la formación de recursos humanos de alto nivel pues es, justamente, el elemento humano, el eje de la reforma y el activo más valioso del propio sistema.

Es claro, que el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se sustenta firmemente en la realidad nacional. Mantiene y fortalece todo aquello que tiene vigencia y que ha sido construido en el pasado por muchas generaciones de médicos, enfermeras y trabajadores de la salud; reconoce puntualmente los cambios que la acelerada dinámica epidemiológica, demográfica, económica y política le han imprimido a nuestra población y a nuestras instituciones; pretende abatir rezagos, anticiparse a contingencias futuras, crear una cultura de la prevención y hacer de la política de salud del Gobierno de la República un instrumento democrático con justicia y equidad. En suma, busca alcanzar a plenitud y sin excepciones el derecho constitucional de protección a la salud que nos asiste a todos los mexicanos.

I n d i c e

I. Antecedentes y situación actual del sistema de salud

1. Evolución del sistema de salud
2. Conformación del sistema de salud actual

II. Propósitos, objetivos y lineamientos de la Reforma del Sector Salud

1. La salud en el desarrollo
2. Logros y retos
3. Principales problemas
 - 3.1. Insuficiente calidad y limitada eficiencia
 - 3.2. Segmentación e insuficiente coordinación
 - 3.3. Centralismo
 - 3.4. Cobertura insuficiente
4. Objetivos
5. Lineamientos de la reforma
 - 5.1. La elección de los usuarios como instrumento para incrementar la calidad
 - 5.2. Ampliación de la cobertura de la seguridad social
 - 5.3. Descentralización
 - 5.4. La participación municipal en la salud
 - 5.5. Ampliación de la cobertura a través de un paquete básico
 - 5.6. Hacia una nueva organización del modelo de sistema de salud

III. Los retos demográfico y epidemiológico

1. Programa de promoción y fomento de la salud
 - 1.1. Salud familiar
 - 1.2. Ejercicio para la salud
 - 1.3. Nutrición y salud
2. Programa de salud infantil y escolar
 - 2.1. Prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación
 - 2.2. Prevención y control de las enfermedades diarreicas
 - 2.3. Prevención y control de infecciones respiratorias agudas
 - 2.4. Salud en la escuela

3. Programa de salud reproductiva
 - 3.1 Planificación familiar
 - 3.2. Salud reproductiva en los adolescentes
 - 3.3. Salud de la madre y el recién nacido
 - 3.4. Disminución del riesgo preconcepcional
 - 3.5. Detección y control de cánceres cérvicouterino y mamario
 - 3.6. Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA
4. Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana
 - 4.1. Prevención y control de la tuberculosis
 - 4.2. Detección y control de la hipertensión arterial
 - 4.3. Detección y control de la diabetes mellitus
5. Otros programas de salud para la población general
 - 5.1. Programa de salud mental
 - 5.2. Programa de salud ambiental
 - 5.3. Programa de prevención de accidentes y lesiones
 - 5.4. Programa de salud bucodental
 - 5.5. Programa contra las adicciones
 - 5.6. Programa para la disposición de sangre segura
 - 5.7. Programa de trasplantes
6. Programas regionales
 - 6.1. Programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector
 - 6.2. Programa para la prevención y control del cólera
 - 6.3. Programa para la prevención y control de la rabia
 - 6.4. Programa para la prevención y control de la brucelosis
 - 6.5. Programa para la prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis
 - 6.6. Programa de control de lepra
 - 6.7. Programa de vigilancia, prevención y control de las enfermedades por deficiencia endémica de yodo
 - 6.8. Programa de prevención y control de intoxicaciones por picadura de alacrán
7. Fomento sanitario
 - 7.1. Programa de control sanitario de bienes y servicios
 - 7.2. Programa de control y vigilancia de medicamentos
 - 7.3. Programa de control y vigilancia sanitaria de dispositivos médicos
 - 7.4. Programa de control sanitario de la publicidad
8. Asistencia Social

IV. Programas de apoyo a las tareas sustantivas

1. Fortalecimiento de los sistemas de salud
 - 1.1. Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica
 - 1.2. Mejoramiento de la gestión administrativa de los servicios de salud
 - 1.3. Atención a la salud en caso de desastre
2. Redefinición del proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación
3. Modernización y sistematización de las informaciones estadística y epidemiológica
4. Modernización administrativa
5. Desarrollo de recursos humanos
6. Recursos e insumos para la salud
7. Investigación en salud

Anexo A: Acciones esenciales irreductibles de salud

1. Salud pública
 - 1.1. Promoción de la salud
 - 1.2. Servicios preventivos
2. Atención médica
 - 2.1. Programa de ampliación de cobertura
 - 2.2. Programa de mejoramiento de la gestión administrativa
 - 2.3. Programa de atención a la salud en casos de desastres
 - 2.4. Programa de disposición de sangre segura
3. Fomento sanitario
 - 3.1. Fomento sanitario de bienes, servicios y establecimientos
 - 3.2. Control y vigilancia de medicamentos, dispositivos médicos, material de curación y de laboratorio
 - 3.3. Vigilancia de la calidad del agua y saneamiento básico
 - 3.4. Efectos del ambiente en la salud y atención de contingencias ambientales
 - 3.5. Vigilancia de la publicidad y prevención de fraudes a la salud
 - 3.6. Homologación y armonización con estándares internacionales
4. Sistemas de información

Anexo B: Paquete básico de servicios de salud

1. Definición
2. Criterios para la selección de las intervenciones
3. Intervenciones
 - 3.1. Saneamiento básico a nivel familiar
 - 3.2. Planificación familiar
 - 3.3. Atención prenatal, del parto y del puerperio
 - 3.4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
 - 3.5. Inmunizaciones
 - 3.6. Manejo de casos de diarrea en el hogar
 - 3.7. Tratamiento antiparasitarios a las familias
 - 3.8. Manejo de infecciones respiratorias agudas
 - 3.9. Prevención y control de tuberculosis pulmonar
 - 3.10. Prevención y control de la hipertensión arterial y diabetes mellitus
 - 3.11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
 - 3.12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
4. Sistematización operativa
5. Cuadro básico de insumos del Paquete Básico de Servicios de Salud
6. Aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud
7. Capacitación
8. Seguimiento y evaluación del Paquete Básico de Servicios de Salud

I. Antecedentes y situación actual del sistema de salud

El Sector Salud ha hecho posible un avance continuo en la salud de los mexicanos durante las últimas décadas. La esperanza de vida al nacer aumentó de 44 años en la década de los cuarenta a 72.6 años en 1994. Las tasas de mortalidad infantil han venido cayendo de forma sistemática y en 1994 fueron de menos de la mitad de lo que fueron en 1970. La mortalidad materna descendió casi 50 por ciento tan sólo en los últimos 15 años. La cobertura de vacunación con esquema completo alcanzó el año pasado a más de 90 por ciento de la población objetivo y en abril de 1995 la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) entregó a México el certificado de erradicación de la poliomielitis.

No obstante los logros alcanzados, persisten rezagos importantes. Aproximadamente 10 millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. La calidad de los servicios es heterogénea y la eficiencia limitada.

Por otra parte, el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil hacen que los servicios de salud enfrenten crecientemente a una población de mayor edad, con padecimientos crónicos, cuya prevención y tratamiento demandan mayores recursos.

Si bien el Sector Salud ha conseguido logros indiscutibles, es un hecho que no puede considerarse un sistema plenamente desarrollado, y ante los retos se ve obligado a transformarse para atender los problemas de salud que hoy enfrenta el país y para sentar las bases de una estructura preventiva y de atención que contienda eficazmente con los retos por venir.

La realidad obliga a plantearse una reorganización del sistema de salud cuyos objetivos sean fortalecer su capacidad para enfrentar los retos futuros, ampliar la cobertura y proporcionar servicios con eficiencia y calidad.

Para comprender plenamente los logros y las limitaciones del actual sistema de salud y la necesidad de reformarlo, es necesario revisar sus orígenes, la manera en que se fue configurando y el modo en que ha quedado constituido hacia la última década del siglo. Este análisis permitirá poner en perspectiva la magnitud de los retos que enfrentamos y, por ende, de la transformación que perseguimos. Se hará evidente por qué, ante la disyuntiva de cambiar o preservar, el sector salud opta por el cambio.

1. Evolución del sistema de salud

La gestión pública de la salud ha mostrado gran dinamismo, respondiendo a las oportunidades y retos que ha presentado el desarrollo económico de México. Para identificar las fortalezas del sistema y el sentido del cambio es preciso repasar su origen y evolución.

Los años posrevolucionarios. Al final de la gesta revolucionaria, el país encaraba un panorama de salud desolador: las políticas de salud de antaño basadas en la acción municipal orientada por el Consejo Superior de Salubridad eran claramente insuficientes y se hacía indispensable crear un organismo del Ejecutivo Federal con amplia capacidad para destinar recursos y normar acciones contra las epidemias y en favor del saneamiento urbano. Así nació el Departamento de Salubridad, apoyado por el Consejo de Salubridad General como órgano asesor y de gestión para establecer, junto con el Poder Legislativo, las medidas precisas. Hasta 1929, éste fue el principal marco de política, que permitió establecer Unidades Sanitarias Cooperativas con estados y municipios.

Cuando la gran depresión redujo los ingresos federales y amenazó la estabilidad del Estado naciente, el modelo de Unidades Sanitarias Cooperativas pareció insuficiente. Se procuró entonces una fuerte inversión gubernamental para reactivar la economía que llevó a trazar metas de saneamiento a escala nacional. Para ello se resolvió establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública como instancia de colaboración y coinversión entre los gobiernos federal y estatales.

La administración del presidente Cárdenas (1934-1940) continuó con las líneas de política de salud trazadas hasta entonces, aunque privilegió un nuevo modelo: la cogestión de servicios de salud entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y los campesinos beneficiados por la colectivización de vastas extensiones de tierra. Lo más característico de dichos servicios fue la implantación, por primera vez y a gran escala, de servicios de salud de pago anticipado. Se enfatizó la prestación de servicios médicos atendiendo a tres preocupaciones fundamentales. Para los campesinos colectivizados, revestía enorme importancia que una autoridad médica certificara los episodios de enfermedad para mantener sus derechos ejidales a salvo. La restauración de la salud fue la preocupación central para la banca ejidal, ya que la colectivización había transferido la responsabilidad de generación de la principal fuente de divisas del país, de los grandes hacendados a los campesinos. El Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva y armonizarla con la atención curativa referida.

La importancia del apoyo gubernamental a la producción por medio de servicios personales de salud para los trabajadores fue rápidamente reconocida, dándole a la política de salud un gran dinamismo. Así, el Departamento de Salubridad llegó a asignar hasta 40 veces más recursos per cápita a los servicios ejidales que a los Servicios Coordinados de Salud en los Estados. La participación gubernamental en salud fue creciente y cada vez más centralizada e integral. Se relegó así la contribución de los propios campesinos, mientras que las decisiones sobre prioridades de inversión fueron asumidas por la banca ejidal y en menor medida por el Departamento de Salubridad. También se intervino en la formación de médicos para garantizar la atención al medio rural, estratégica pero poco atractiva para los profesionistas. Fue en función de estas prioridades que se creó el servicio social universitario en 1936.

A principios de la década de los cuarenta ya se vislumbraba la coexistencia de las tres guías para la asignación de recursos públicos en materia de salud que actualmente siguen vigentes: a) el enfoque sobre problemas de salud muy específicos, caracterizado por las campañas sanitarias iniciadas en las Unidades Sanitarias Cooperativas; b) la asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de residentes de estados y municipios, tal y como era la misión de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados; y c) la canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y

gobierno. La aceptación social y la experiencia con estos tres modelos de políticas de salud durante esos años fueron cruciales para el apoyo de la política económica y social que configuraría al sistema de salud actual.

Nacimiento del modelo actual. La fundación del moderno sistema de salud ocurrió en los albores de una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por la industrialización, la urbanización, la alfabetización y el desarrollo de una amplia clase media. El desarrollo se sustentó en una estrecha alianza entre trabajadores, industriales y el gobierno federal, bajo la conducción de este último. En aquellos años se decidió impulsar en forma enérgica al sector industrial con el fin de estimular el crecimiento. Así, entre 1939 y 1945 el PIB aumentó a una tasa anual promedio de 5.3 por ciento. Durante la Segunda Guerra Mundial, las exportaciones manufactureras registraron un crecimiento espectacular, ya que su volumen creció 87.5 por ciento y llegaron a representar 37.6 por ciento del valor total de las exportaciones en 1945. Esto favoreció el crecimiento y fortalecimiento de las acciones de salud pública y asistencial.

El auge en el intercambio con otros países y sobre todo la expansión de la actividad económica interna generó un crecimiento importante en los ingresos gubernamentales. Ello permitió un gasto público mucho mayor en términos reales (37.7 por ciento del PIB entre 1939 y 1945), que se destinó en buena medida a proyectos de inversión tales como transporte y comunicaciones (ferrocarriles, caminos y puentes), generación de energía eléctrica y obras de irrigación, así como a inversiones de índole social como salud, educación y dotación de agua.

La fundación del actual sistema de salud data de 1943. En ese año fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Se buscó entonces un arreglo institucional que permitiera encauzar los mayores beneficios de cada uno de los tres modelos de política de salud ya probados, ampliando sus beneficios al sector industrial y reduciendo los conflictos a que daban lugar sus diferentes objetivos.

El IMSS se creó para canalizar contribuciones tripartitas en apoyo a la industrialización de las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales. Este modelo estaba en boga en casi todo el mundo y derivó buena parte de su sustento técnico de la Organización Internacional del Trabajo. Al mismo tiempo, sus grandes líneas se adecuaban a los requerimientos del país, dada la escasa oferta de servicios privados y la convicción de la capacidad gubernamental para prestar servicios médicos integrales y dirigirlos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico. Este sistema presentó fuertes rendimientos crecientes durante décadas.

La SSA fue creada con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. Su objetivo era el de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública. La misión asistencial se amplió para cubrir de manera más integral a la población que quedó al margen de la seguridad social, incluida la mayor parte de los campesinos. La SSA también se haría cargo de campañas extraordinarias dirigidas al combate de epidemias y problemas específicos de salud.

Al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y a la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se incurrió en un importante costo: una menor atención a las políticas de salud pública. Los Servicios Coordinados asumieron, de facto, mayores responsabilidades de atención directa para la población abierta, perdiendo el Departamento de Salubridad el papel estratégico normativo y financiador en favor de la población en su conjunto que tuvo en sus mejores momentos. Por otra parte, la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le confirió a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes, lo cual dificultó la coordinación y propició mayor inequidad.

El modelo de seguridad social que se implantó, no incluyó mecanismos normativos o de estructura que garantizaran la eficiencia y la competitividad de los servicios de salud. La ausencia de dichos mecanismos puede explicarse dada la protección arancelaria hacia la industria nacional, su enfoque en el modelo interno y la relativa abundancia de recursos financieros transferidos de los fondos de pensiones. Por otra parte, la fuerza de trabajo joven no presionaba la demanda de servicios ni existían opciones en el mercado privado que llevaran a ver en la elección un mecanismo alternativo para la asignación eficiente de recursos.

Estas características estructurales no serían vistas como deficientes sino hasta mucho más tarde, siendo que en la década siguiente, la autonomía del IMSS se vio aparejada a importantes logros. Entre 1955 y 1961 el proceso de industrialización se profundizó y el sector manufacturero se constituyó en el de más acelerado crecimiento. En tan sólo cinco años, de 1953 a 1958, la cobertura del IMSS se duplicó, amparando hacia 1960 a más de 3 millones de personas. No obstante, la SSA mantenía aún la mayor carga de atención pues cubría a 23 millones de mexicanos. Además, durante este periodo la SSA fue encargada de importantes y costosos programas de salud, como la lucha contra la viruela y el paludismo, primeras grandes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud.

Otro desarrollo significativo de esta época de auge fue la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los burócratas federales. En ese entonces se privilegió la relación política entre el gobierno y los diversos grupos estratégicos para la producción y el crecimiento económico. Ante estos imperativos económicos y políticos la cuestión de la eficiencia en los servicios de salud ocupó un lugar secundario. De aquí también que se continuó la prestación de servicios médicos fuera del IMSS para los trabajadores de ciertas

empresas como fueron los casos de Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión Federal de Electricidad; en 1976 se creó el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México. Incluso entre los empleados del gobierno federal algunos, como los de la Secretaría de Hacienda, mantuvieron ciertos servicios separados del resto. En cierta medida puede afirmarse que el sistema de salud fue creciendo por adiciones de segmentos, sin que tuviera primacía una idea rectora que lo organizara en su conjunto. El caso de la seguridad social no es único. Aún dentro de la SSA, las diversas campañas de salud y los Servicios Coordinados presionaban la asignación y organización de los recursos en múltiples direcciones, contribuyendo de esta manera a generar una burocracia altamente centralizada y fragmentada.

Expansión y crisis. A partir de los años sesenta, el PIB creció a tasas promedio superiores a 6 por ciento anual y tan sólo en el segundo lustro de la década el IMSS duplicó su cobertura. El acelerado crecimiento de la clase media permitió una mayor oferta de servicios privados. Asimismo, se procuró la ampliación y regionalización de los servicios asistenciales de la SSA, tanto en el medio urbano como en el rural.

No obstante, dichos servicios no se enfocaron a la población marginada inequívocamente. Se privilegió, en cambio, la ubicación geográfica y el cobro por servicios con base en escalas móviles relativas a la capacidad de pago. Con esta oferta ciertamente los grupos de mayores ingresos se beneficiaron, pero lo hicieron en mayor medida los asegurados y la propia clase media, quienes tuvieron mayores servicios a su alcance.

Por otra parte, la mayor oferta de médicos privados se posibilitó debido al incremento en la matrícula de las escuelas y facultades de medicina, a la aceleración del proceso de urbanización, a una mayor capacidad de pago de estos sectores de la población y en menor proporción, a la insatisfacción tanto de los asegurados con los servicios de pago anticipado, como de la población abierta con los servicios asistenciales. El problema de la incongruencia entre demanda de servicios y oferta pública quedó así establecido, sin que la normatividad del acceso a los servicios asistenciales fuera modificada ni se reconociera el papel que la medicina privada comenzaba a desempeñar. No obstante lo anterior, nunca se previó un mecanismo que permitiera evitar dobles pagos o que posibilitara una interacción más franca entre la medicina privada y la pública.

En la década de los setenta se agudizó la sobreposición de responsabilidades oficiales entre la seguridad social y los servicios asistenciales. A partir de 1979 se hizo notorio cierto estancamiento en la expansión del IMSS, problema vinculado al reclamo de justicia social de amplios grupos de campesinos. El Ejecutivo Federal rompió entonces con el modelo de oferta exclusiva del IMSS hacia los asegurados y sus beneficiarios, legislando la entrega solidaria de recursos del IMSS a la población sin capacidad de cotización. El primer esfuerzo en este sentido se realizó con apoyo del programa de desarrollo rural puesto en práctica por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo). Con ello se conservó la autonomía financiera y de prestación de servicios del IMSS, pero ahora abarcando a población que había estado formalmente al cuidado de la SSA.

La obligación de redistribución solidaria de la seguridad social se ha mantenido intacta, si bien a partir de 1977 su operación fue sustancialmente modificada con el establecimiento del Programa IMSS-Coplamar. Dicho programa formó parte del combate a la marginación promovido entre 1976 y 1982. En el caso de salud, el gobierno federal lanzó una iniciativa para ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada con el apoyo de los recursos derivados del auge petrolero. El IMSS fue el administrador de este ambicioso programa, permitiéndole cumplir sus compromisos solidarios al brindar apoyo a la red subsidiaria por medio de recursos administrativos ya existentes. Al desaparecer Coplamar en 1989 como órgano coordinador de diversas iniciativas de desarrollo, persistió el programa a cargo del IMSS bajo la denominación de IMSS-Solidaridad.

La cobertura de la población de menores ingresos por parte del IMSS, de la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales de carácter estatal y municipal, puso de manifiesto la dificultad para coordinar y normar a instituciones caracterizadas por su centralismo y su arraigada autonomía. De ahí que en 1983 se iniciaran los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de atención a población abierta.

Claramente, la descentralización y consolidación de los servicios de atención a población abierta puede hacerse descentralizando de origen y consolidando en los estados, o consolidando de origen y descentralizando en una segunda instancia. La descentralización de los ochenta siguió principalmente este segundo modelo, es decir, se avanzó más en la consolidación de los servicios en 14 estados del país que en la transferencia de recursos. A pesar de sus limitaciones este esfuerzo de descentralización constituyó un ejercicio importante de reordenamiento del sistema de salud en su conjunto.

2. Conformación del sistema de salud actual

El modelo de salud en México surgió de manera un tanto casual, segmentada y acumulativa. Si bien existieron diversos intentos por establecer una línea rectora, éstas no lograron sus objetivos de poder coordinar su funcionamiento y evolución. No obstante que el modelo ha permitido alcances inobjectables, es necesario evaluarlo a la luz de su situación actual y las alternativas que se plantean a futuro para enfrentar con éxito los enormes retos que se avecinan.

En México coexiste un pequeño mercado privado de aseguramiento que apenas empieza a descubrir las ventajas del aseguramiento administrado y para el cual no existe una regulación clara y eficaz; un mercado privado de servicios de salud sin pago anticipado, que no protege a las familias frente a gastos extraordinarios; baja calidad y eficiencia y un sistema público puro, de instituciones múltiples que a pesar de haber alcanzado logros inobjetables enfrenta importantes rendimientos decrecientes en calidad y eficiencia; duplicidades e insuficiente cobertura.

La estructura actual del Sector Salud se encuentra estrechamente vinculada con las formas de producción. Los trabajadores asalariados de la economía formal cuentan con acceso a las instituciones de seguridad social, en tanto que el resto de la población recibe atención en instituciones públicas como la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad. Así, el financiamiento de la seguridad social depende principalmente de las contribuciones de los empleados y los patrones, así como de las aportaciones del gobierno federal. Hasta ahora pertenecen al régimen obligatorio de la seguridad social únicamente: a) los trabajadores que están vinculados por una relación de trabajo; b) miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas; y c) los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito.

Los trabajadores al servicio del Estado, sean federales o estatales, son cubiertos por diversos institutos de seguridad social. La Ley del Seguro Social considera también la posibilidad de incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores federales, estatales y municipales no cubiertos por algún otro sistema, como el del ISSSTE. Al amparar también a los dependientes de los asegurados, los servicios de salud de la seguridad social cubren legalmente a poco más de 50 por ciento de la población.

Han quedado al margen de la seguridad social los trabajadores en industrias familiares e independientes, como profesionales, artesanos y comerciantes; los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios; y los patrones como personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio. Estos grupos en teoría pueden acceder legalmente a las prestaciones médicas del IMSS por medio de un seguro voluntario o facultativo. No obstante, los elevados costos, los prerequisites de acceso y la falta de promoción han mantenido a esta opción en un papel insignificante. Sin embargo las reformas planteadas para la seguridad social, que se inscriben claramente en la Reforma del Sector, permitirán hacer posible la incorporación gradual de los trabajadores de la economía informal a los beneficios de los servicios del IMSS.

La exclusión de la cobertura legal de una amplia capa de la población lleva a definir, por contraposición, a la población abierta, la mayor parte de la cual es objeto de los programas asistenciales de la SSA o del Programa IMSS-Solidaridad. El mosaico socioeconómico de la población abierta es evidente, ya que incluye desde autoempleados de elevados ingresos hasta campesinos e indígenas que viven en condiciones de alta marginación.

La medicina privada, por su parte, ha crecido al margen de las políticas oficiales, aprovechando deficiencias en la oferta pública de servicios y la dificultad para responder a las cambiantes exigencias y necesidades de la población. La oferta privada de bienes y servicios de salud es responsable de la mitad del gasto total, a la vez que dispone de aproximadamente 30 por ciento de las camas censables, emplea 34 por ciento de los médicos y brinda alrededor de 32 por ciento de las consultas médicas. Entre la población de más bajos recursos, la medicina privada es de gran importancia, ya que brinda hasta 41 por ciento del total de contactos médicos. No obstante, la cobertura de seguros médicos privados es muy limitada y más aún lo es la adopción de esquemas de aseguramiento administrado, que ha probado contundentemente en otros países ser la vía más directa hacia la contención de costos y la calidad.

Las limitaciones en la cobertura legal de la seguridad social, la identidad tan heterogénea de la población abierta, la insuficiente coordinación institucional para cubrir a la población de escasos recursos y la cada vez más extensa oferta de servicios privados han llevado a marcadas duplicidades en la demanda de servicios además de a contribuciones múltiples.

Una de las deficiencias más importantes del Sector Salud es su falta de cobertura mínima, principalmente de los grupos más pobres de la sociedad que en su conjunto suman aproximadamente 10 millones de habitantes. Éste es uno de los elementos más regresivos del Sector Salud y limita fuertemente las posibilidades de auténtico desarrollo de las comunidades marginadas del país.

En el plano internacional pueden identificarse dos extremos en materia de modelos de sistemas de salud: por un lado está el esquema público puro que presta servicios estatales de salud, sea con financiamiento público exclusivo o con participación de los factores de la producción, en cuyo caso adquiere la forma de seguridad social. En el otro extremo están los países en los que los servicios estatales de salud son casi nulos y el mercado privado atiende a la mayor parte de la población.

Por lo que respecta a la prestación pública de servicios, existen también esquemas mixtos en que se rescatan algunos elementos de productividad, conservando el Estado la función de redistribución del ingreso. En estos esquemas el financiamiento, es decir la recaudación para el pago de los servicios, permanece como una función pública, aunque la afiliación y cobranza no necesariamente. Los incentivos a una mayor productividad van en estos modelos desde las compensaciones por buen desempeño, hasta la contratación de prestadores privados con recursos públicos para el otorgamiento de servicios a una determinada población. Un esquema intermedio consiste en la elección de los prestadores públicos por parte de los usuarios de estos servicios, lo que además de establecer una relación más cercana y corresponsable entre el médico y el paciente, incentiva al primero a otorgar servicios de mayor calidad para gozar de la preferencia del usuario.

En medio de este amplio espectro de opciones, el modelo de sistema de salud mexicano debe moverse hacia una nueva estructura que le permita modernizarse. El camino a seguir debe preservar la función redistributiva del Estado y ser acorde con la idiosincrasia y con los principios que nos rigen, pero enfrentar el cambio con inteligencia y determinación, con el interés nacional por encima de los intereses particulares y el bienestar de los mexicanos como objetivo primordial.

II. Propósitos, objetivos y lineamientos de la reforma del Sector Salud

1. La salud en el desarrollo

La salud es un derecho fundamental del ser humano y como tal, forma parte implícita del desarrollo de un país. La salud y la educación son los pilares que definen el bienestar de la población. Éstas definen de manera fundamental la participación potencial en la fuerza laboral. Además del impacto derivado de la protección a la salud de la población, las actividades enfocadas a mejorar la salud de la población infantil se traducen en una reducción del ausentismo escolar y redundan en un mejor aprovechamiento académico. De aquí que el impulso que recibe el Sector Salud representa claramente una inversión en capital humano. Es por ello que toda estrategia cuyo objetivo sea mejorar la salud de la población combate simultáneamente la pobreza. De lo anterior se desprende que los resultados de las acciones del Sector Salud se multiplican con aquellas derivadas de otros sectores que igualmente abordan el bienestar de la población. La salud es elemento central del bienestar humano y una precondition del potencial productivo del hombre y de su desarrollo a través del trabajo. La búsqueda de la eficiencia en las políticas de salud es una de las más importantes tareas que un país puede proponerse, ya que la salud es el principal elemento para una auténtica redistribución del ingreso y por lo tanto, condición indispensable de la equidad.

2. Logros y retos

En los cincuenta años que requirió la consolidación del Sector Salud se lograron avances sin precedente en el combate a la enfermedad.

Existen avances significativos en lo referente a la atención primaria a la salud, la orientación encaminada a la planificación familiar y la investigación en salud, pero indudablemente, la mortalidad es el componente que mayores cambios ha sufrido en este periodo al reducirse 79 por ciento la tasa bruta de mortalidad pasando entre 1940 y 1994 de 23 a 4.7 defunciones por cada 1 000 habitantes. El descenso de la mortalidad infantil fue proporcionalmente mayor (82 por ciento), ya que de acuerdo con las estimaciones y proyecciones del CONAPO, pasó de a 158.7 a 29.0 por 1 000 nacidos vivos registrados (n.v.r.); al mismo tiempo la mortalidad materna ha caído 89 por ciento (de 53.6 en 1940 a 6.1 en 1994 por 10 000 n.v.r.), de acuerdo con la misma fuente. Debido a lo anterior la esperanza de vida aumentó 32 años, alcanzando en 1994 los 72.6 años.

El descenso más importante de la mortalidad ha ocurrido en las enfermedades transmisibles. Entre 1940 y 1994 la mortalidad por enfermedades diarreicas se redujo 98 por ciento, mientras que para la neumonía e influenza el descenso fue de 94 por ciento. La mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles ha disminuido rápidamente debido al aumento en las coberturas de vacunación.

Entre 1990 y 1994, la mortalidad general por diarreas bajó 58 por ciento. Por infecciones respiratorias agudas la disminución fue de 20.8 por ciento para todas las edades y de 34 por ciento para los menores de cinco años.

Entre los padecimientos de importancia para la salud pública que han sufrido cambios sustanciales en los últimos años, se encuentra la viruela erradicada del país en 1952 y el paludismo, cuya incidencia se ha reducido de 728.8 a 14.3 por 100 000 habitantes entre 1940 y 1994, sin que actualmente se reporten muertes por esta enfermedad. En contrapartida, recientemente se registran como problemas emergentes el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el cólera.

Pese a los grandes avances logrados las condiciones de salud en las entidades federativas muestran un panorama heterogéneo, íntimamente ligado a los niveles de desarrollo prevalecientes. Asimismo, el ritmo de cambio de la mortalidad no ha sido igual a lo largo de todo el territorio nacional. Algunas entidades federativas han mostrado reducciones mucho menores a las observadas en otras, de tal forma que los diferenciales en los niveles de esperanza de vida al nacimiento se han incrementado.

Adicionalmente, la rápida transformación de la estructura por edad de la población, resultado de los cambios recientes en los niveles de fecundidad, se ha traducido en el envejecimiento de la población. Esto significa, que en el mediano y largo plazos, la mayor parte de las patologías a las cuales el Sector Salud habrá de atender serán de tipo no transmisible.

El Sector Salud actual enfatiza los aspectos curativos de la atención. De continuar siendo ésta la característica que rige la provisión de los servicios, la respuesta ante los cambios en los perfiles epidemiológico y demográfico provocaría un incremento en los costos de atención, toda vez que patologías más costosas demandarían la mayor parte de los servicios.

Así, los retos que le depara el futuro al Sector Salud son formidables. Si en otras etapas los rendimientos crecientes de la urbanización y de las primeras acciones de salud no exigían una gran eficiencia del sistema, las condiciones futuras sí lo harán. El cambio debe enfrentarse con cambio y, por eso, el Sector Salud debe reformarse.

3. Principales problemas

3.1. Insuficiente calidad y limitada eficiencia

Como ha sido señalado, las instituciones del sector salud se han desarrollado en ausencia de incentivos intrínsecos a la calidad y la eficiencia, así como limitada capacitación de los trabajadores de la salud y deficiente organización administrativa. Si bien la verticalidad de este modo de operación le ha permitido inobjetable alcances al país en materia de salud, también es cierto que limita su desempeño. Los prestadores de servicios tienen una misión que cumplir, pero no hay incentivos, es decir, no existen mecanismos interconstruidos en la operación cotidiana de los servicios que midan la satisfacción de los usuarios, mucho menos que los vinculen a los intereses de los prestadores de los servicios. Tampoco existen mecanismos que promuevan que los recursos se orienten hacia las acciones de mayor efectividad en relación con su costo, su buen uso y que limiten el desperdicio.

Lo primero da como resultado que los usuarios de los servicios reciban una calidad significativamente inferior a la que sería capaz de proveer el sistema. Diversas encuestas revelan, por ejemplo, que más de la mitad de los usuarios del sector considera que los servicios que reciben son de calidad regular o mala. Lo segundo hace que, entre otras cosas, la atención esté primordialmente dirigida hacia las intervenciones curativas en detrimento del fomento de la salud y las acciones preventivas.

Poner mayor énfasis en las acciones preventivas es una exigencia en un país con tantas necesidades. Estudios relacionados con el tema señalan que, por ejemplo, la prevención de una muerte infantil a través de la vacunación oportuna tiene un costo aproximado de 130 pesos, mientras que los costos de tratamiento previos al fallecimiento de un niño por esta causa rebasan los 3 000. Abundan ejemplos similares entre los que destaca, también por ejemplo, el costo de prevenir un caso de contagio de sida contra el costo del tratamiento de un paciente que ha adquirido el virus. La pérdida de una vida humana es superior a toda ponderación, pero saber además que el salvar esa vida puede costar una pequeña fracción de lo que cuesta no hacerlo, debe movernos a la reflexión primero y después a la acción inmediata.

Así, es necesario encontrar la manera de incorporar en nuestros esquemas de atención elementos que motiven la prestación de servicios de mayor calidad y otros que hagan del cuidado de la salud y no del tratamiento de la enfermedad la verdadera meta. Estos esquemas no pueden quedar en simples propósitos o declaraciones; la voluntad más decidida por lograr estos fines palidece ante la fuerza del diseño de un sistema que, a diferencia del actual, opere desde la base misma de su funcionamiento cotidiano en ese sentido.

3.2. Segmentación e insuficiente coordinación

Una de las principales consecuencias de que el sistema de salud evolucionara sin una preconcepción específica es la segmentación de la atención por grupos, es decir, que las instituciones atiendan a grupos de población que no siempre son distintos en esencia. Así, dicha segmentación, lejos de responder a la necesidad de una organización particular y diferenciada para cada uno de ellos, es sólo el resultado de la evolución misma del sistema a partir de instituciones que nacieron segmentadas.

Los servicios de atención a población abierta han llenado el espacio que la seguridad social no ha terminado de cubrir. Esto hace que unos y otros servicios empalmen su cobertura en algunos medios al tiempo que persisten importantes lagunas de atención en otros. De ahí la necesidad de procurar una mejor coordinación sectorial.

La reforma planteada para la seguridad social se orienta hacia la expansión del empleo formal y en consecuencia de la pertenencia a este esquema de cobertura. Actualmente la contribución a este seguro equivale a 12.5 por ciento del sueldo de cotización. Este porcentaje es cubierto en forma tripartita, correspondiendo 70 por ciento de la carga al patrón, 25 por ciento al trabajador y 5 por ciento al gobierno, es decir 8.75, 3.125 y 0.625 por ciento del salario de cotización respectivamente. La reforma reducirá esta carga asociada al salario para hacerla compatible con la que enfrentan muchos países con los que competimos comercialmente.

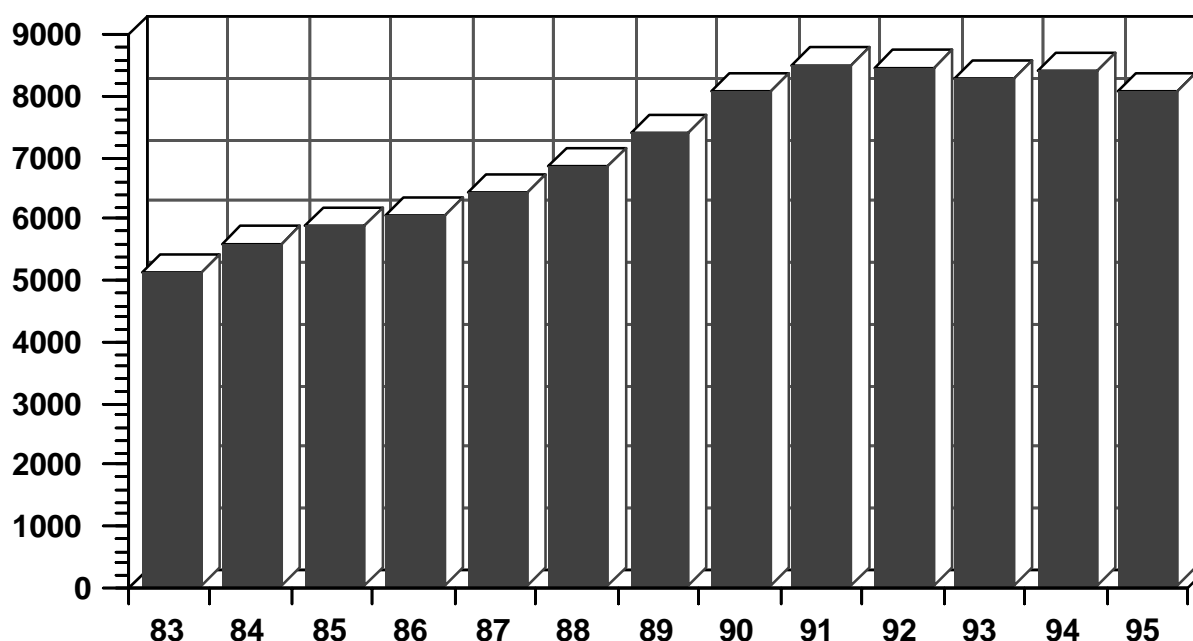
El elevado costo del seguro de enfermedades y maternidad tiene dos efectos principales. Primero, como se señaló, limita las posibilidades de crecimiento de la seguridad social en tanto que desincentiva el empleo formal. En segundo término, produce una fuerte subdeclaración al Seguro Social que impide que éste cuente con el financiamiento suficiente para sostener la calidad de sus servicios. En 1993, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Empleo Urbano del INEGI concluyó que apenas 2.6 por ciento de los trabajadores que cotizan entre uno y tres salarios mínimos percibía un sólo salario mínimo, mientras que en las cotizaciones al IMSS, 19 por ciento de los trabajadores de este rango declaraba dicho nivel de percepciones. La reforma buscará reducir la incidencia de este problema.

El desincentivo a la formalización del empleo se refleja en el limitado crecimiento de la seguridad social. Éste es particularmente notable entre 1990 y 1994, no obstante que fueron años de crecimiento económico.

De esta forma, en tanto las posibilidades de expansión del empleo formal siga siendo limitada, se hace necesaria la operación de dos sistemas de atención, uno para la población asegurada y otro para la población abierta, aunque en medios predominantemente urbanos y de ingresos medios, puede esperarse una afiliación mayor a la seguridad social.

Por otro lado, la operación paralela de estos dos sistemas de atención en el medio urbano presenta problemas de coordinación importantes, entre los que destaca la falta de utilización plena de la capacidad instalada en algunas zonas y la prevalencia de lagunas de atención en otras. Claramente, en un país en que los recursos destinados a la salud exigen el mayor rendimiento posible, esta insuficiente coordinación acarrea graves costos.

ASEGURADOS PERMANENTES DEL REGIMEN ORDINARIO AL IMSS (millones)



El hecho de que un amplio conjunto de la población se mantenga al margen de la seguridad social conlleva la ausencia de un mecanismo de distribución de riesgos para esta población. La Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares de 1992 revela que 2.3 por ciento de las familias mexicanas tuvieron gastos denominados catastróficos durante el primer semestre de ese año, es decir, gastos que afectaron de tal forma el presupuesto familiar que pusieron en riesgo la satisfacción de las necesidades básicas. Dicha encuesta también señala que estos gastos afectaron aún más a la población de más bajos ingresos ya que 4.6 por ciento de estos hogares enfrentaron este tipo de gastos.

Una razón de peso para procurar la ampliación de la seguridad social está en que, debido a la afiliación formal y sistematizada de sus usuarios, es en este esquema en donde con mayor facilidad pueden introducirse los elementos de calidad y eficiencia descritos en el punto anterior. La estrategia debe ser el introducir mecanismos de calidad y eficiencia en la seguridad social para luego hacer llegar los beneficios de estos mecanismos a más población a través de su expansión.

En el medio rural también existen instancias paralelas y problemas similares de coordinación entre los servicios estatales, los del IMSS-Solidaridad y los de la propia Secretaría de Salud. Es también un problema frecuente en este medio que se empalmen ámbitos de atención mientras que prevalecen diversas zonas que no reciben atención alguna o en que los servicios de salud son irregulares.

La cotización múltiple es una consecuencia adicional de un sistema segmentado como el que prevalece. En la actualidad, una familia puede cotizar a más de una institución de seguridad social, pagar por propia cuenta parte de su atención en el mercado privado de servicios médicos y contribuir al financiamiento de las instituciones de atención a población abierta a través de impuestos. Este problema impide apreciar con claridad, cuál es el peso del financiamiento de la salud que recae sobre las familias y los agentes productivos, mucho menos tratar de incidir en él con certidumbre.

La salud es, junto con la educación, el componente elemental del capital humano de las personas y en esa medida constituye un poderoso instrumento para la redistribución del ingreso al tiempo que es un importante fin en sí misma. A la luz de lo expuesto se plantea la necesidad, y la oportunidad, de permitir un crecimiento mayor de la seguridad social para que en el mediano plazo se convierta en el principal esquema de aseguramiento del medio urbano para la población capaz de hacer un pago anticipado por servicios de salud. La adopción de mecanismos que promuevan mayor calidad y eficiencia en este tipo de cobertura permitirá que un modelo que aproveche mejor los recursos llegue a más población.

3.3. Centralismo

En las instituciones de salud del país existe un marcado centralismo que limita considerablemente la eficiencia de su operación. Hay cuando menos cuatro problemas derivados directamente del centralismo, éstos son:

Baja eficiencia en las decisiones respecto de hacia dónde deben orientarse los recursos.

Las decisiones respecto de la asignación de los recursos se toman en el centro, en donde no siempre se conocen los problemas y las prioridades de salud regionales.

Definición poco precisa de responsabilidades.

Las autoridades locales no tienen manera de hacerse plenamente responsables, mientras que las autoridades centrales sólo lo hacen limitadamente dado el gigantismo de su espacio de influencia.

Burocratismo que entorpece las acciones y los procesos.

La operación centralizada hace que los procesos sean complejos y que tomen más tiempo del necesario. Esto limita la efectividad y oportunidad de las acciones que podrían ejecutarse de manera más eficaz si las decisiones se tomaran de manera local.

Inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados.

Aunado al manejo central de los recursos, existe una alta inercia en la distribución del presupuesto federal.

3.4. Cobertura insuficiente

Como se ha señalado, existen aproximadamente 10 millones de mexicanos sin acceso regular a servicios de salud. La mayor parte de esta población se encuentra ubicada en las zonas rurales dispersas y en cinturones periurbanos marginados. No ha existido una estrategia definida para hacerle llegar servicios a esta población por lo que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados. Paradójicamente, se han venido asignando recursos crecientes a intervenciones de alto costo y baja efectividad, ampliando aquellas a las que tiene acceso un limitado conjunto de la población, en tanto que otro segmento carece de acceso a las intervenciones más elementales.

Por lo anterior es necesario definir una estrategia que oriente recursos de manera decidida a la atención de quienes menos tienen. Esta estrategia debe basarse en el principio de integralidad, es decir, debe evitar en la medida de lo posible las intervenciones fragmentadas. Al mismo tiempo debe guiarse hacia las intervenciones más costo-efectivas, a saber, aquellas que de manera comprobada traducen los recursos en mayor bienestar para más población. Debe por último evitar la multiplicidad de objetivos, que sólo distraen la atención y dispersan los esfuerzos.

4. Objetivos

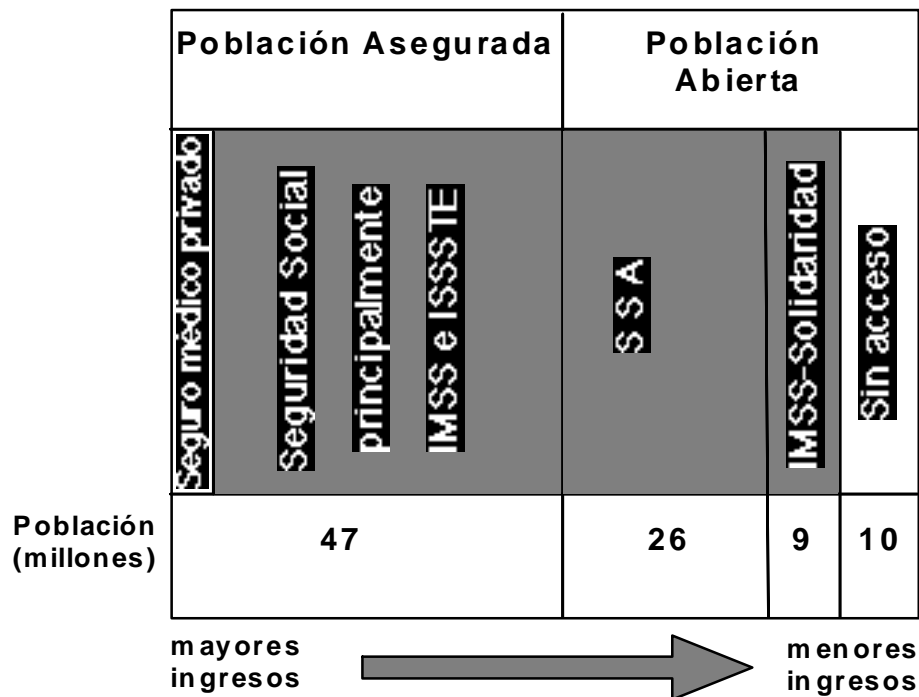
El propósito de la Reforma del Sector Salud es transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente, a fin de que, entre otros aspectos este en condiciones de hacer frente a los retos epidemiológico y demográfico del país.

- 4.1. Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.
- 4.2. Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.
- 4.3. Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.
- 4.4. Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo.

5. Lineamientos de la reforma

Lo descrito toca los problemas estructurales del Sector Salud que pueden resolverse principalmente a través de un cambio en su modo de organización tal y como señala el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. La estrategia para enfrentar esta problemática debe permitir introducir incentivos a la calidad y la eficiencia en beneficio de los usuarios, ampliar la cobertura de la seguridad social, dar más peso a las entidades federativas en la administración de los recursos para la salud y lograr una mayor equidad a través de instrumentos claros de ampliación de la cobertura a quienes hoy no reciben servicios básicos.

Acceso de la población a los servicios de salud



Hoy, el Sector Salud se organiza fundamentalmente en torno a la pertenencia o no a la economía formal, misma que, como se ha señalado, se encuentra limitada por el propio nivel de las contribuciones. Gran parte de los usuarios de los servicios de atención a población abierta, particularmente los del medio urbano con ingresos medios, podría pertenecer a la seguridad social si el costo de afiliación fuera menor y la participación del Estado mayor.

5.1. La elección de los usuarios como instrumento para incrementar la calidad

La estructura de la Seguridad Social y sus características de afiliación sistematizada favorecen la introducción de esquemas en que los usuarios puedan elegir a los médicos que los atienden, al menos en el primer nivel.

Las instituciones de seguridad social son proveedores únicos de un bien obligatorio, es decir, el patrón necesariamente tiene que ofrecer servicios de salud a sus trabajadores y ninguno de los dos tiene alternativas en la selección del proveedor o asegurador.

Los efectos de este esquema se han traducido en ineficiencias, baja calidad y altos costos para el gobierno, los patrones, trabajadores y la sociedad en general. El problema de la seguridad social es particularmente grave ya que los fondos de pensiones, que venían sufragando parte del acelerado crecimiento de los costos, no podrán hacerlo más.

Ante esta situación es crucial reformar el sistema de salud pública y seguridad social; uno de los componentes fundamentales de esta reforma será modificar los incentivos para promover la calidad, la eficiencia y la contención de costos. La introducción de esquemas de recompensa con base en la elección de los usuarios es el primer paso en este sentido y ha demostrado su buen funcionamiento en otros países del mundo. Si bien no se trata de adoptar esquemas externos de manera automática, es preciso evitar superficialidades en la búsqueda de soluciones y optar por el cambio para beneficio de los usuarios.

La libre elección de los usuarios se contempla como una estrategia general que cada institución podrá implantar con los alcances y modificaciones que convengan a sus intereses.

La introducción de esquemas de elección de los médicos debe obedecer al reconocimiento del derecho de los usuarios de elegir y cambiar a su médico familiar. Esta elección será el instrumento que orientará un conjunto de estímulos a los prestadores de primer

nivel, quienes se esforzarían por otorgar máxima calidad para obtener la preferencia de los usuarios. Si además de esto se recompensa la atención preventiva y el cuidado de la salud, el sistema promete hacer mucho más con los mismos recursos.

El funcionamiento de un sistema de recompensa con base en la elección requiere que la población viva en un medio con la suficiente oferta de prestadores de servicios de salud, es decir, que en una misma unidad o localidad haya más de un médico de primer nivel. Esta situación se presenta generalmente en el medio urbano y no así en el rural, por lo que este esquema será incorporado a los servicios de seguridad social que se concentran en las ciudades y no en los servicios públicos que atienden a población abierta. La ampliación de la seguridad social permitirá que una mayor calidad y una orientación más preventiva lleguen a más población.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha iniciado acciones para implantar un nuevo modelo de Medicina Familiar, que contempla el incremento de la capacidad resolutive del médico familiar y la libre elección del médico por el usuario entre otros mecanismos, para elevar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

5.2. Ampliación de la cobertura de la seguridad social

Para lograr ampliar la cobertura de la Seguridad Social, y con ella la de un mecanismo que garantice mayor calidad a los usuarios a través de la elección, se hace necesario modificar el esquema de afiliación reduciendo las participaciones de los patrones y de los trabajadores e incrementando la participación del gobierno. Esto permitirá que la población, principalmente urbana, con capacidad de cotizar que no pertenece a la economía formal, tenga a su alcance un medio para su incorporación, en este sentido se contempla en el marco de las modificaciones a la Ley del Seguro Social, la creación del seguro de salud para la familia.

Por esta razón, uno de los objetivos centrales de la reforma es el de incrementar la participación del gobierno en el financiamiento del ramo de salud de la seguridad social, permitiendo menores cuotas, tanto para los trabajadores de la economía formal como para aquellos que no pertenecen a ella, así como para los patrones.

Menores cuotas para los usuarios de los servicios de salud de la Seguridad Social implican mayor accesibilidad a través de la afiliación voluntaria. Al mismo tiempo, posibilitan una mayor interacción con el mercado de seguros en la medida en que quienes no hagan uso de estos servicios puedan acceder al mecanismo de reversión de cuotas que, aunque vigente, se encuentra muy limitado por sus efectos desfinanciadores del seguro de enfermedades y maternidad.

Es importante señalar que la propuesta no implica en sentido alguno la pérdida del elemento redistribuidor del ingreso que caracteriza a la Seguridad Social. En la medida en que el financiamiento se recargue más en fondos generales, la progresividad del financiamiento de la Seguridad Social permanece. La Seguridad Social estará, en estas condiciones, destinada, a crecer y fortalecerse y con ello el sistema en su conjunto tenderá a ordenarse y hacerse más justo y eficiente.

5.3. Descentralización

Como se ha señalado, la coordinación entre los dos sistemas de atención a población abierta y entre éstos y los servicios estatales de salud es limitada. Ello genera duplicidades importantes, omisiones que podrían eliminarse y una gestión que padece de los problemas que conlleva el centralismo, el gigantismo y la burocratización de una estructura pesada que ya no puede seguir coartando las iniciativas locales.

En virtud de lo anterior, y en consistencia con el Programa para un Nuevo Federalismo que la actual administración ha planteado como objetivo esencial de su desarrollo, se buscará la descentralización de los recursos federales destinados a la atención de la población abierta a través de la Secretaría de Salud y del IMSS-Solidaridad.

Esta descentralización no implicará en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades federativas para el establecimiento de las metas y la consecución de los objetivos. De esta forma, los estados contarán con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales fundamentales y determinar el destino de los recursos excedentes una vez alcanzados estos objetivos.

En el contexto de la descentralización de los servicios de salud para la población abierta, es necesaria la definición de un conjunto de acciones esenciales de salud que garantice, dentro del marco de autonomía para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados, la provisión de un grupo de intervenciones mínimas en salud. Este conjunto de intervenciones constituye un irreductible al que los estados deben comprometerse para dar cumplimiento así a las políticas y objetivos nacionales en materia de salud (anexo A)

La descentralización conlleva una definición más clara de metas y responsabilidades, lo que permitirá, a través del replanteamiento de los sistemas de evaluación, un seguimiento más preciso de la efectividad de las políticas de salud. Asimismo, la descentralización

hará posible que la Secretaría de Salud se concentre de manera más puntual y eficaz en la función que le corresponde, que es la de normar y coordinar al Sector Salud.

Si bien la descentralización de los servicios de atención a población abierta plantea innegables retos, los costos del centralismo y la duplicidad acarrearán un desperdicio de recursos y una ineficiencia mayores. Es por ello que la descentralización es impostergable.

Así, los servicios estatales de atención a población abierta tenderán a concentrarse en el mediano plazo en el medio rural y urbano marginado contribuyendo al reordenamiento del sistema, eliminando duplicidades y haciendo un uso más eficiente de recursos.

Más aún, esta integración permitirá focalizar los esfuerzos de atención a toda la población no asegurable, convirtiéndose en un elemento más transparente de la política de combate a la pobreza.

La Secretaría de Salud ya ha iniciado el proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta en 14 entidades federativas, así como los trabajos para descentralizar las 17 entidades federativas restantes, tanto en los aspectos presupuestales como de operación. Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el marco de modernización administrativa, ha transformado su estructura organizativa, desconcentrando responsabilidades y funciones en siete regiones, con el fin de reforzar la capacidad de gestión y la toma de decisiones de las áreas operativas.

5.4. La participación municipal en la salud

La participación organizada de grupos de personas, organismos no gubernamentales e instituciones de diversa índole es un elemento fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva. En este sentido el Programa de Municipio Saludable se constituye en el mecanismo rector de las actividades que propicien la participación organizada de la comunidad en la definición de prioridades, elaboración de programas de salud local, y la realización y evaluación de las actividades programadas.

Este programa contribuirá a mejorar los niveles de salud de la población a través de la realización de proyectos definidos de manera conjunta por los diversos sectores de la sociedad en planos locales.

A través de este programa se logrará informar y orientar al total de los municipios del país acerca de la relevancia de la organización comunitaria. Asimismo, incorporará en la realización comunitaria de proyectos de salud a la mayor parte de los municipios del país, capacitando al total del personal de salud que labora en éstos.

5.5. Ampliación de la cobertura a través de un paquete básico

Para acceder a los cerca de 10 millones de mexicanos con nulo o limitado acceso a servicios de salud, y como un elemento primordial de equidad y justicia social, la reforma plantea como objetivo fundamental llegar a este grupo de población con servicios esenciales de salud, apoyando además con ello, los propósitos del Programa para Superar la Pobreza.

La estrategia debe basarse en la adopción de lo que se denomina "paquete básico de servicios" (Anexo B), que se define como un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a esta población en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedad de los grupos marginados.

En consistencia con la descentralización, la ampliación de la cobertura debe establecer objetivos, metas y una normatividad clara en todo el país, pero una operación descentralizada en cuanto a los medios. La definición de las intervenciones del paquete básico ha sido el producto del diálogo y la concertación entre las autoridades federales y las estatales. Su contenido no deberá ser estrictamente rígido sino flexible según las necesidades de cada estado, pero deben prevalecer en su definición criterios de costo-efectividad e integralidad, es decir, deben componer acciones de bajo costo y alto impacto en salud que puedan ser provistas integralmente por un conjunto bien acotado de trabajadores de la salud.

Si bien el paquete básico debe ser un referente para los servicios más completos que existen en la mayor parte del país, debe quedar claro que su principal objetivo es la ampliación de la cobertura. Su ejecución debe ser capaz de aglutinar los esfuerzos de las diferentes áreas e instituciones que hoy proveen estos servicios con relativa eficiencia individual, pero de manera más bien fragmentada. El alcance del paquete básico debe ser una medida del éxito de las políticas de combate a la pobreza de la presente administración.

5.6. Hacia una nueva organización del modelo de sistema de salud

Como se ha señalado, el modelo de Sistema de Salud separa artificialmente a los grupos de población y los divide de una forma que no corresponde a sus características geoeconómicas. El modelo debe organizarse entonces con base en una nueva lógica. En donde el

nivel de ingresos haga posible introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con elección de los usuarios, debe ampliarse la seguridad social, con independencia de si esta población pertenece o no a la economía formal.

En donde no sea posible introducir servicios de aseguramiento a través del pago anticipado, las instituciones de atención a población abierta deberán seguir desempeñando un papel preponderante, pero deberán actuar sin duplicidades y en forma integrada y descentralizada.

Los cambios que la reforma plantea en los servicios públicos de salud para la población asegurada y la población abierta transforman de raíz la conformación del Sistema de Salud en México: reducen sus duplicidades y amplían sus alcances. Al mismo tiempo, permitirán que las acciones sustantivas puedan llevarse a cabo de manera más eficiente y ordenada.

La introducción de menores contribuciones de afiliación a la seguridad social y la consecuente ampliación de este esquema de cobertura hacen posible replantear el modelo de Sistema de Salud, tanto en términos de las poblaciones a las que cada uno de sus elementos atiende, como en términos de cómo se atiende a estos grupos.

El cambio de orientación del modelo persigue la ampliación de la seguridad social para que cubra, en el largo plazo, a toda la población con posibilidades de acceder a ella, es decir, la población urbana de ingresos medios, bajo un esquema de menores aportaciones de los usuarios y mayor financiamiento de fondos generales. Por ello esta estrategia debe consolidarse como un elemento central de la política de desarrollo social.

La adopción de mecanismos que permitan brindar servicios con mayor calidad y eficiencia, orientados más hacia lo preventivo y menos a lo curativo en la seguridad social, permitirán que con su expansión estos beneficios se extiendan gradualmente a millones de mexicanos. El refinanciamiento del seguro a través de una mayor participación del gobierno federal hará posible una mayor interacción con el mercado de seguros médicos sin detrimento de la misión redistributiva del Estado.

Por su parte, la descentralización e integración de los servicios de atención a población abierta permitirá la formación de sistemas estatales de salud que atiendan a la población urbana de más bajos ingresos y a la población rural a través de programas focalizados. Esto constituirá uno de los principales elementos de la política de combate a la pobreza de la presente administración.

La definición del Paquete Básico de Servicios de Salud, es el eje estratégico para extender la cobertura de servicios esenciales, hacia la población más marginada; de esta manera, al incorporar en el paquete intervenciones integrales de un elevado rendimiento y bajo costo, se aseguran los objetivos de cobertura plena y de bienestar señalados por el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

El modelo hoy

Puede introducirse un modelo de elección		No puede introducirse el modelo	
Características:		Características:	
<ul style="list-style-type: none"> · Población de ingresos medios · Con capacidad de pago anticipado · Múltiples prestadores cercanos en el primer nivel 		<ul style="list-style-type: none"> · Población de bajos ingresos · Sin capacidad de pago anticipado · Pocos prestadores 	
Economía Formal		Fuera de la economía formal	
Seguros privados		SSA	
Seguridad Social principalmente IMSS e ISSSTE		IMSS-Solidaridad	
		Sin acceso	

El modelo que se persigue

Puede introducirse un modelo de elección		No puede introducirse el modelo	
Características:		Características:	
<ul style="list-style-type: none"> · Población de ingresos medios · Con capacidad de pago anticipado · Múltiples prestadores cercanos en el primer nivel · Medio urbano 		<ul style="list-style-type: none"> · Población de bajos ingresos · Sin capacidad de pago anticipado · Pocos prestadores · Medio rural 	
Nuevas formas de aseguramiento privado		Sistemas estatales de salud operando descentralizadamente	
Seguridad Social Ampliada			

Como se ha señalado, en el mediano plazo la seguridad social, incorporando la elección de los usuarios como elemento de calidad, llegará a la población de ingresos medios con capacidad de realizar un pago anticipado. También en el mediano plazo, los servicios de atención a población abierta concentrarán su atención en el medio rural y urbano marginado y operarán en forma integrada y descentralizada.

En el largo plazo, esta nueva organización del modelo de sistema de salud en México, permitirá reordenar las funciones de cada uno de los actores que en él se desempeñan. Así, la Secretaría de Salud se concentrará en el papel rector y normativo del Sector Salud.

Las instituciones de seguridad social, en tanto tiendan hacia el fortalecimiento de la elección estarán separando la función recaudadora y de financiamiento de la función de provisión de servicios. La integración y descentralización de los servicios de atención a población abierta y la ampliación de estos servicios a través de un paquete básico, permitirá elevar la eficiencia y focalizar de manera más decidida los esfuerzos de combate a la pobreza. Esta reforma impulsa así al Sector Salud de México hacia los esquemas de organización más eficientes y equitativos que se están desarrollando en otras partes del mundo, en beneficio de los usuarios y los contribuyentes.

III. Los retos demográfico y epidemiológico

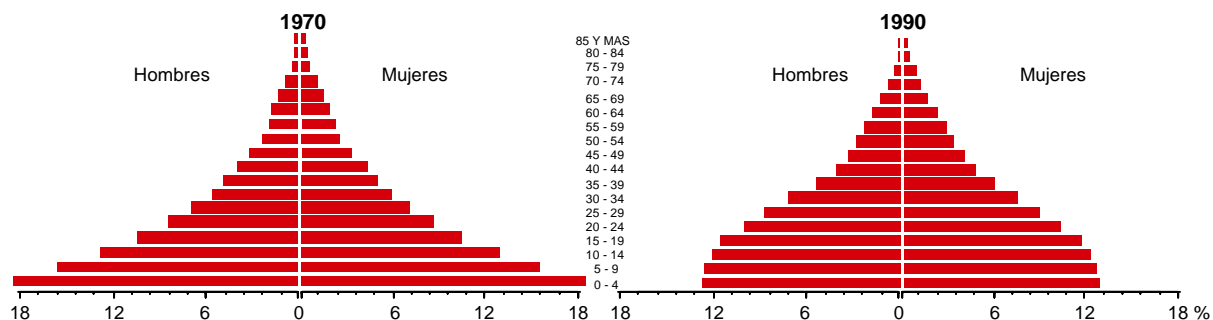
Si bien los aspectos estructurales constituyen el elemento central de la Reforma del Sector Salud, su mecanismo de acción son los elementos sustantivos de los servicios de salud, ya que a través de éstos el sistema cumple con sus propósitos más fundamentales de bienestar y desarrollo social. En efecto, para alcanzar los objetivos de equidad y justicia social a través de un Sector Salud reformado, es necesario puntualizar aquellos programas que por su naturaleza, permiten enfrentar con mayor eficacia los retos y mejorar las condiciones de salud de la población

Las dinámicas demográfica y epidemiológica del país han sido objeto de múltiples estudios en los últimos años, sobre todo por la importancia que revisten en el proceso de planeación de corto, mediano y largo plazos.

El reto demográfico

Desde el punto de vista poblacional México ha registrado en este siglo cambios sustanciales en su estructura y dinámica que lo han hecho avanzar hacia una transición demográfica. Este proceso se inició en la década de los años cuarentas, cuando quedaron sentadas las bases del desarrollo económico y el proceso de industrialización acelerada. Entre los efectos más importantes de estos hechos destacan.

- El descenso progresivo de la mortalidad, que se redujo de 23 por mil habitantes en 1940 a 4.7 en 1994, y de la mortalidad infantil que pasó de una tasa de 158.7 por mil nacidos vivos a 29.0 en el mismo periodo, de acuerdo con las estimaciones y las proyecciones del CONAPO.



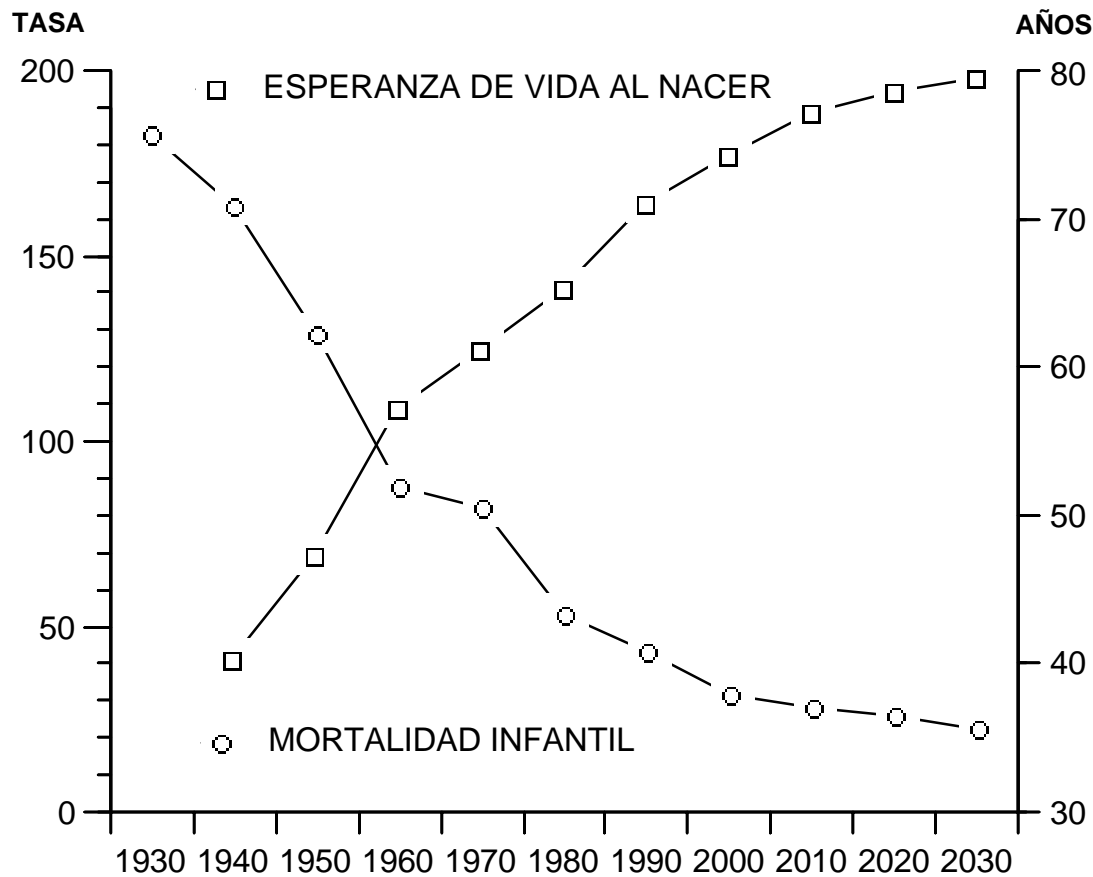
- El incremento de la fecundidad hasta alcanzar en 1960 la cifra de 7 hijos por mujer, seguida de un periodo de estabilidad para posteriormente descender, hasta lograr en 1994 una reducción de 59 por ciento (2.9 hijos por mujer).
- El crecimiento poblacional acelerado. La tasa de crecimiento intercensal ascendió de 2.7 por ciento, en la década de los cuarenta, hasta un máximo de 3.1 por ciento entre 1960 y 1970, reduciéndose hasta alcanzar 1.8 por ciento en 1993. Como resultado de lo anterior, la población cuadruplicó su volumen en sólo 50 años al pasar de 19.6 millones a 81.2 millones, entre 1940 y 1990. Para 1994 la población estimada ascendió a 90.0 millones. El crecimiento también se acompañó de una redistribución de la población hacia las áreas urbanas, en donde su proporción se incrementó de 35 por ciento a 71 por ciento en el mismo periodo. A la migración rural-urbana se ha sumado un saldo neto migratorio negativo, sobre todo hacia los Estados Unidos.
- Incremento de la esperanza de vida, que de 40 años en 1940 se elevó hasta 71 años para 1990 y a 72.6 en 1994.
- Modificaciones en la pirámide de población debido a los cambios en la fecundidad, que evolucionó hasta formar una base ancha y un vértice angosto en 1970, para posteriormente reducirse lentamente la proporción de menores de cinco años. Al mismo tiempo han ido cobrando un mayor peso relativo los grupos de 15 años y más entre los cuales destaca el crecimiento acelerado de la población mayor de 60 años, que de constituir 5.1 por ciento en 1940 con un millón de habitantes, pasó a representar 6.1 por ciento con casi cinco millones en 1990. En la edad avanzada la distribución por sexos hay un predominio de las mujeres sobre los hombres.

Como un reflejo de estos cambios el índice de dependencia, que resulta de dividir la población de los grupos de edad extremos (menores de 15 años y mayores de 65) entre la población en edad productiva (15 a 64 años), también ha sufrido modificaciones sustanciales. Para 1940 el índice fue de 79.2 dependientes por cada 100 personas de 15 a 64 años y se elevó a 104.0 en 1970. Posteriormente este indicador ha mostrado una tendencia negativa que para 1994 es de 68.1, y se espera que para el año 2000 sea de 60.1. Esta perspectiva anuncia las necesidades que habrán de ser satisfechas para una población cada vez mayor en las etapas productiva y posproductiva.

Estos cambios son también consecuencia de la mejoría sustancial en los niveles educativo, económico y de acceso a los servicios de salud de la población, reforzados por la política demográfica instrumentada hacia el año de 1974. Esta transición continuará, aunque con diversos matices, hasta semejarse a la de otros países que han completado este proceso, es decir con tasas bajas de mortalidad, sobre todo la infantil, baja fecundidad, crecimiento poblacional disminuido y pirámides de población de base angosta con un importante predominio de los grupos de mayor edad (envejecimiento poblacional).

El proceso de cambio es, sin embargo, muy diferente entre las diversas regiones que integran el país, respondiendo a su nivel socioeconómico y sus condiciones geográficas.

MORTALIDAD INFANTIL Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER MEXICO 1930 - 2030

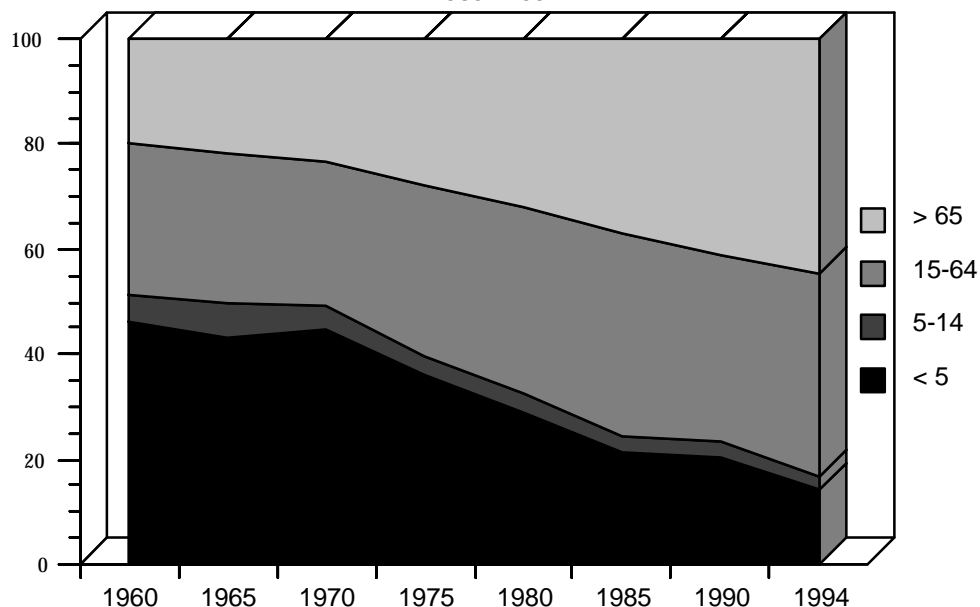


Las implicaciones de estos cambios requieren el establecimiento programas nacionales, regionales y sectoriales, encaminados a dar respuesta a las necesidades de educación, empleo y servicios de una población en pleno proceso de transición, con recursos no solamente cada vez más limitados sino insuficientemente coordinados en su ejercicio. Para dar una idea de lo anterior, se espera que para el año 2025 la esperanza de vida alcance los 78.8 años y la población de 60 años o más, duplique prácticamente su peso relativo, al pasar de 5.7 por ciento (en 1990) a 14.6 por ciento, en tanto que su volumen total se habrá cuadruplicado. En consecuencia el índice de dependencia de las personas de la tercera edad hacia la población en edad productiva aumentará de 10.2 por ciento a casi 22.4 por ciento. Mientras el grupo de menores de 20 años disminuirá de 50.5 por ciento a casi 43.8 por ciento, la población entre 20 y 59 años habrá crecido de 28 por ciento a 57.7 por ciento. La respuesta a las crecientes necesidades sociales, económicas, de trabajo y de servicios deben ser planeadas desde ahora.

El reto epidemiológico

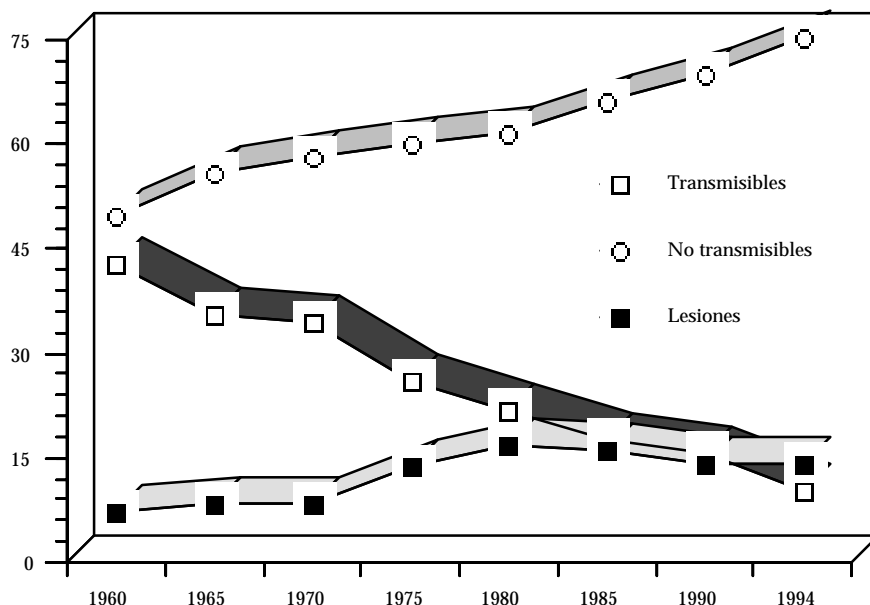
Íntimamente ligado al proceso de la transición demográfica se encuentra el cambio en la situación epidemiológica del país (transición epidemiológica). Entre 1940 y 1994 se han registrado transformaciones importantes en la estructura de la morbimortalidad que sitúan al país en un rango intermedio entre las naciones con niveles extremos de desarrollo. Tales cambios son a la vez producto y consecuencia del desarrollo y sus tendencias apuntan hacia la necesidad de replantear las estrategias para mejorar la situación de salud de la población. Entre los cambios más importantes destacan:

**CAMBIOS OBSERVADOS EN LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD
POR GRUPOS DE EDAD
1960 - 1994**



- Disminución del peso relativo de la mortalidad en los grupos de menor edad acompañado de un creciente porcentaje de defunciones en edades avanzadas. En 1940, 48 por ciento de las defunciones registradas correspondió a menores de cinco años, mientras que 22 por ciento fue del grupo de 50 años y más; para 1994 las defunciones de menores de cinco años comprenden 14.4 por ciento, mientras que las de personas de 50 años y más constituyen 61.3 por ciento.
- Modificaciones en el orden de importancia de las principales causas de muerte, debido a la disminución de las enfermedades infecciosas por una parte y al incremento de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y las lesiones por la otra.

**CAMBIOS OBSERVADOS EN LAS ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES, NO TRANSMISIBLES Y LESIONES
1960 - 1994**



- Creciente número de personas portadoras de enfermedades crónicas, secuelas y discapacidades, predominantemente en la edad avanzada, coexistiendo con una incidencia todavía elevada de personas con padecimientos infecciosos y parasitarios.

Entre 1940 y 1970 las infecciones intestinales y la neumonía e influenza ocupaban los dos primeros lugares. Sus tasas fueron del orden de 491.2 y 381.4 por 100 mil habitantes respectivamente para 1940, y de 149.4 y 173.5 para 1970. En 1994 han sido desplazadas al 10º y 8º lugares y sus tasas se han reducido a 11.2 y 21 defunciones por 100 mil habitantes. Tan sólo estas dos causas constituían en 1940 el 37.4 por ciento del total de las defunciones generales, mientras que para 1994 su proporción se ha reducido a 7.0 por ciento.

En 1940 las enfermedades del corazón y los tumores malignos aparecieron en el 12º y 18º lugares, con tasas de 54.3 y 23.1 respectivamente, en tanto que la diabetes mellitus, cuya tasa fue de 4.2, todavía no ocupaba un lugar dentro de las 20 principales causas. Los tres padecimientos fueron en esa época responsables de 3.5 por ciento del total de las muertes registradas en el país. En 1970 ocuparon el 3º, 5º y 15º lugares con tasas de 69.4, 38.1 y 15.5 respectivamente, y en conjunto significaron 12.2 por ciento del total de defunciones. Para 1994 ocupaban ya el 1º, 2º y 4º lugares con tasas de 67.5, 51.5 y 33.7 y en conjunto su peso relativo (32.8 por ciento) fue nueve veces mayor que el observado para 1940.

Por otra parte, los homicidios y los accidentes aparecen en 1940 como la 6ª y la 13ª causas de muerte con tasas de 67.0 y 51.6, representando 5.1 por ciento del total de defunciones. Para 1994 los accidentes han ascendido al tercer lugar, mientras que los homicidios se sitúan en el noveno. Como en los casos anteriores su proporción también se elevó hasta alcanzar 12.7 por ciento. Los cinco grupos de padecimientos mencionados son ahora responsables de 45 por ciento del total de las defunciones registradas en el país.

Además de lo anterior, en los últimos años se añade la aparición y aumento de defunciones por nuevas enfermedades como el **SIDA**, sobre todo en el plano urbano. Por ejemplo, en el Distrito Federal y Nuevo León el riesgo de muerte por esta enfermedad es mayor que por infecciones intestinales. Asimismo se registran casos de padecimientos que habían sido erradicados como el cólera. Persisten también tasas relativamente altas de mortalidad por patologías potencialmente prevenibles, tanto infecciosas como algunas que se presentan en el periodo reproductivo.

El análisis de la mortalidad demuestra que si bien se ha avanzado al evitar un gran número de muertes en los últimos años, todavía existe un importante rezago.

Como en el caso de la situación demográfica, el proceso de transición epidemiológica es también diferente entre las regiones y entidades federativas, al grado de que todavía en algunos estados las enfermedades transmisibles ocupan los primeros lugares o manifiestan tasas elevadas, mientras que en otras predominan las enfermedades no transmisibles y sus indicadores son muy parecidos a los de los países desarrollados.

De acuerdo con estas tendencias, la mortalidad en los menores de cinco años continuará descendiendo como una consecuencia directa del proceso del desarrollo y sobre todo por el avance sustancial en la cobertura de vacunación y los programas emprendidos para disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias. Ello enfatiza la importancia creciente de los servicios preventivos para la población infantil en los próximos años.

Los retos para mejorar las condiciones de salud de la población adulta son más complejos, en virtud de que los riesgos de enfermedad y de muerte para algunos padecimientos se han incrementado al aumentar la longevidad como es el caso de los problemas cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus, cuya incidencia será progresivamente mayor. De acuerdo con el comportamiento descrito, las estimaciones para el año 2030 señalan que el conjunto de estos padecimientos será responsable de 58 por ciento del total de las defunciones.

El reto epidemiológico más importante en los próximos años consiste en lograr el retraso en la aparición de los padecimientos crónicos descritos previamente, de manera que se pueda obtener un importante ahorro en años de vida o mejor calidad de sobrevivencia conforme avanza la edad. Se requiere un proceso similar para disminuir la mortalidad por accidentes y lesiones. En general las acciones emprendidas en materia de prevención para estos problemas no han sido suficientemente intensivas comparadas con las diseñadas en el caso de enfermedades transmisibles.

Aunque su comportamiento es diferente, los factores que intervienen en la génesis de los padecimientos no transmisibles y los accidentes están relacionados íntimamente con el estilo de vida. Mucho se ha investigado y escrito sobre la influencia de la educación, el tipo de empleo, la alimentación, la situación económica y el entorno social, en el aceleramiento o retraso de su aparición, sin embargo, es poco lo que se ha logrado para prevenirlos eficazmente.

Aspectos sociales

Aunado a los procesos de cambio demográfico y epidemiológico que conducen al envejecimiento de la población por un lado, y por el otro a un cambio en la estructura de causas de enfermedad y muerte, en lo social se han registrado modificaciones determinantes para la salud, mismas que condicionan también su comportamiento futuro.

De hecho, en las próximas décadas deberemos estar preparados para brindar atención a aquellos problemas que no fueron prevenidos en el pasado y que se han ido gestando a lo largo de los últimos años.

El mejoramiento del nivel educativo de la población se hace patente al comparar el porcentaje de analfabetismo en 1940 (46 por ciento para la población mayor de 10 años), con el reportado en el Censo de Población y Vivienda de 1990 (12.4 por ciento para la población mayor de 15 años). La disponibilidad de agua entubada y drenaje dentro de las viviendas se elevó de 43.4 por ciento y 28.9 por ciento a 79.4 por ciento y 63.6 por ciento respectivamente en el mismo periodo. El porcentaje de viviendas con energía eléctrica entre 1970 y 1990 creció de 59 a 81.5 por ciento. Un fenómeno similar ha ocurrido con la creciente industrialización y el desarrollo de los servicios de salud. Si bien son evidentes los avances, todavía se manifiestan rezagos, los cuales han continuado a pesar de los cambios económicos recientes agudizando las diferencias regionales en el país.

Lo anterior destaca la importancia de reafirmar que las acciones que deben llevarse a cabo para mejorar el nivel de salud rebasan el ámbito puramente sectorial. A la necesidad de disponer de un empleo seguro y bien remunerado, así como de mejores servicios y un ambiente adecuado, se deben sumar los esfuerzos para elevar aún más el nivel educativo, mejorar el tipo de alimentación, prevenir las adicciones, disminuir los accidentes en la vía pública, en el hogar y el trabajo, mejorar los hábitos de conducta como el ejercicio físico y sobre todo, garantizar la oportunidad de tener acceso a servicios de atención preventivos para detectar riesgos y padecimientos en etapas tempranas.

La reciente Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas dirigida a personas de 20 a 69 años, reveló que una alta proporción no se sabían enfermos en el momento de levantar los datos. El 58 por ciento de los casos detectados ignoraba que era hipertenso y aunque el desconocimiento fue mayor a menor edad, todavía alrededor de 50 por ciento de los entrevistados de 60 años con este padecimiento ignoraba su situación.

En relación con los tumores malignos existe un amplio margen de maniobra respecto de la prevención y detección oportuna, particularmente en el caso de los cánceres broncogénico, cérvicouterino y mamario. El tabaquismo constituye un factor de riesgo de cáncer pulmonar y de otras partes del aparato respiratorio, además de enfermedades pulmonares obstructivas. No obstante ha sido insuficientemente combatido. La tecnología actual permite efectuar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del cáncer ginecológico, pero la realidad demuestra que todavía es baja la cobertura de la detección y cada año fallecen entre 6 000 y 7 000 mujeres por estos padecimientos (7 087 en 1993). En materia de accidentes y muertes violentas su importancia radica en que afectan sobre todo a población joven o en edad productiva y en su gran mayoría del sexo masculino.

Para hacer frente a todas estas patologías se requiere un cambio radical en lo educativo y cultural que involucre a la sociedad entera; al implicar modificaciones fundamentales en actitudes y conductas, los padres, maestros, responsables de los medios de

comunicación y prestadores de servicios tienen un papel preponderante. De no hacerlo, hay que recordar que los costos sociales y de atención para estas enfermedades son más elevados, debido no solamente a su cronicidad sino a que requieren recursos abundantes y de mayor complejidad, con el agravante de las dificultades de curación y el impacto sobre la calidad de vida. De esta manera la inversión en materia de prevención es más costo-efectiva que la destinada a recursos curativos.

Con el propósito de contener con los retos demográfico, epidemiológico, y social que enfrenta el Sector Salud, es necesario que las acciones sustantivas queden enmarcadas dentro de la nueva orientación que la reforma propone para el Sector Salud; por ello, a continuación se detallan las líneas programáticas prioritarias que las instituciones de salud del país instrumentarán durante la presente administración.

1. Programa de Promoción y fomento de la salud

Los cambios recientes en los perfiles epidemiológico y demográfico han resultado en el predominio de patologías no transmisibles y el rápido envejecimiento de la estructura poblacional. Ambos hechos son particularmente relevantes para la planeación de las acciones del Sector Salud. Las enfermedades no transmisibles se caracterizan, en general, por largos periodos de evolución, durante los cuales se requiere la provisión de múltiples y diversos servicios de salud. Ello significa que los recursos, tanto humanos como financieros demandados por este tipo de patologías son, en general, comparativamente más que en el caso de las enfermedades transmisibles. Además, la mayor parte de las enfermedades no transmisibles se presentan en población en edades adulta y anciana, con lo que el rápido incremento de la distribución relativa de estos grupos de edad en el total de la población se traduce, de no modificarse el contexto, en un aumento en el número absoluto de casos esperados.

Lo anterior enfatiza la necesidad de concebir estrategias enfocadas a modificar aquellos factores asociados con el posterior desarrollo de patologías no transmisibles. Los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de enfermedades están presentes en cada uno de los programas de acción contenidos en el Programa de Reforma del Sector Salud. Sin embargo, algunas acciones específicas selectas serán concentradas dentro del Programa de Fomento para la Salud.

1.1. Salud familiar

El concepto de salud familiar se sustenta en el reconocimiento del papel fundamental de la familia en el cuidado a la salud, particularmente de los menores de edad. En este sentido busca generar hábitos saludables en todos los miembros del grupo familiar.

El desarrollo del subprograma considera la capacitación de 500,000 agentes de salud que colaboran en instituciones públicas, privadas y sociales, en educación para la salud familiar.

Además, se planea entrenar en el cuidado personal y familiar a 1.75 millones de personas, particularmente residentes en comunidades de menos de 2 500 habitantes. Se estima que a través de este subprograma se logrará levantar 3 000 Banderas Blancas en Salud en comunidades de menos de 2 500 habitantes e instalar 5 000 Casas Amigas de la Salud del Niño y de la Madre.

1.2. Ejercicio para la salud

La limitación en la práctica de actividades físicas con fines recreativos es uno de los factores frecuentemente asociados al desarrollo de enfermedades no transmisibles.

El ejercicio para la salud como acción específica, tiene como objetivo promover la práctica organizada de actividades físicas. Para ello se propone la instalación y mantenimiento de módulos prosalud. A través de dichos módulos se crearán programas específicos de ejercicios para la salud, cuya promoción incluirá el diseño y producción de folletos, trípticos, guías y videos. Con este esfuerzo se estima incorporar a los habitantes de cinco años y más en la práctica regular de alguna actividad física. Consciente de la importancia de no propagar prácticas riesgosas para la salud, este subprograma supervisará la capacitación del personal responsable de la operación de los módulos prosalud.

1.3. Nutrición y salud

La nutrición adecuada en cantidad y calidad es un elemento fundamental en la preservación de la salud. Aunque su importancia se manifiesta a lo largo de toda la vida, la población en edades infantil y escolar constituye un grupo particularmente vulnerable dado el impacto de los desequilibrios nutricionales sobre su desarrollo físico y mental. De ahí la importancia de reforzar las acciones de coordinación entre diversas instituciones tanto del sector, particularmente el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como extrasectoriales, la Secretaría de Educación Pública principalmente.

El objetivo de esta acción es contribuir a disminuir la morbimortalidad asociada a la mal nutrición y a deficiencias de micronutrientes.

Estas actividades complementan las acciones llevadas a cabo por el **DIF** a través del Programa de Alimentación y Nutrición Familiar, cuyo objetivo es mejorar las condiciones nutricionales de familias en pobreza extrema.

Para ello propone: reorientar 80 por ciento de los apoyos alimentarios y subsidios hacia la población menor de cinco años de edad; establecer la vigilancia nutricional en 80 por ciento de las poblaciones infantil y preescolar y 50 por ciento de la población de seis a 14 años; fortalecer las acciones de orientación alimentaria y nutricional en el total de las unidades de salud del sector y la ministración de vitamina A semestralmente al menos a 90 por ciento de los niños de seis meses a cuatro años de edad residentes en los 1318 municipios de riesgo. Adicionalmente se propone la creación de tres centros regionales de recuperación nutricional.

Las acciones anteriores podrán ser evaluadas mediante los resultados del Censo de Talla y Medida de la Población Infantil, mismo que ha sido señalado como una prioridad de la presente administración.

2. Programa de salud infantil y escolar

Las acciones tendentes a reducir y continuar controlando la morbimortalidad que afecta al grupo poblacional de los menores de 15 años se agrupan en el Programa de Salud Infantil y Escolar.

La elaboración de un programa específico para esta población responde a las características distintivas de su perfil epidemiológico. Así, en los menores de cinco años, el predominio de las enfermedades transmisibles es ostensible, siendo reemplazadas éstas por lesiones y accidentes conforme avanza la edad. Como consecuencia, las acciones preventivas son esencialmente de saneamiento ambiental, mejora en el contenido dietético y, posteriormente, diseño de estrategias para el control de accidentes.

A pesar de que los perfiles de morbimortalidad por causa permitirían distinguir dos subgrupos de población de entre los menores de 15 años, se ha preferido incluirlos en un mismo programa, toda vez que la mayor parte de esta población se encuentra bajo la influencia de la familia y la escuela para la adopción de hábitos saludables. Además, el punto de corte etario corresponde a la edad legal de enseñanza obligatoria (educación secundaria).

Este programa, al igual que los restantes incluidos en el Programa de Reforma del Sector Salud, enfatiza la promoción de la salud, los aspectos preventivos y la responsabilidad personal en el autocuidado, sin menoscabo de la atención curativa y la rehabilitación, además de la estrecha coordinación intersectorial en particular con las acciones propuestas en el marco del Programa de Desarrollo Educativo.

Aunque importantes para la población en su conjunto, la coordinación entre las instituciones de los sectores público, social y privado en relación con las acciones de salud que atañen a este grupo de edad, son particularmente relevantes, debiendo fortalecerse como un mecanismo propicio para la reducción y eventual control de las patologías más frecuentes en los menores de 15 años.

Se propone mejorar las condiciones de salud de estos grupos de edad a través de acciones concretas agrupadas en cuatro subprogramas.

2.1. Prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación

Los esfuerzos llevados a cabo durante la última década en relación con la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación han resultado en una disminución de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles.

El objetivo de este subprograma es disminuir la morbilidad y mortalidad por estas causas en las poblaciones infantil y preescolar a través de la vacunación universal y la vigilancia epidemiológica.

Lograr la vacunación universal requiere garantizar el abasto y la distribución oportuna de los insumos en el total de localidades del país, así como asegurar el correcto funcionamiento de la red fría en todas las unidades de salud.

El estudio y seguimiento epidemiológico de los casos de enfermedades prevenibles por vacunación es una estrategia fundamental para lograr el control y la eventual erradicación de estas patologías; por ello deberá asegurarse la notificación semanal de más de 95 por ciento de la red de unidades de salud, así como mantener en 100 por ciento la vigilancia epidemiológica activa en las unidades prioritarias y en 90 por ciento en el resto de las unidades médicas que conforman la red.

La meta a alcanzar con el esquema básico de vacunación y contra rubeola-parotiditis en niños menores de cinco años es de 95 por ciento; para los niños de cuatro a cinco años con dosis de refuerzo de **DPT** y para los menores de cinco años con vacuna antipoliomielítica en las Semanas Nacionales de Salud la meta es de 95 por ciento. Asimismo, se incrementará la cobertura de vacuna contra tuberculosis a 90 por ciento en la población menor de un año de edad.

2.2. Prevención y control de las enfermedades diarreicas

Toda vez que la transmisión de las enfermedades diarreicas se da a través del agua y de alimentos contaminados, las actividades de prevención y control de estas patologías requieren el esfuerzo coordinado entre instituciones, organismos y la sociedad para mejorar las condiciones de saneamiento y de higiene individual y colectiva. También, deberán reforzarse las acciones de promoción y difusión del uso oportuno del suero de rehidratación oral.

El objetivo de este subprograma es disminuir la morbimortalidad por estas enfermedades en el país. Para ello propone reforzar la vigilancia epidemiológica de estas patologías a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, favoreciendo la intervención oportuna en el plano comunitario, mejorando además, el diagnóstico y la calidad de la información captada.

El mejoramiento de la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas requiere el fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios; la actualización de los conocimientos sobre estas patologías entre el personal de salud y los auxiliares comunitarios y la evaluación epidemiológica permanente de las diversas regiones geográficas del país a través de reuniones periódicas de los Comités Nacional y Estatales para la Vigilancia Epidemiológica.

El conjunto de estas acciones redundará en una disminución no menor de 25 por ciento en la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas registrada en 1994 entre los menores de cinco años de edad.

2.3. Prevención y control de infecciones respiratorias agudas

En años recientes, diversas acciones tanto de organización de los servicios de salud como de coordinación interinstitucional y extrasectorial se han traducido en una reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas. No obstante, como estrategia para incrementar el impacto y eficientar la prevención y control de infecciones respiratorias agudas y con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por estas patologías, éste se integra a las acciones de prevención y control de las enfermedades diarreicas. Esta decisión permite optimizar los recursos existentes, reduciendo los costos, elevando la productividad de las acciones, acelerando los logros que hasta la fecha se han alcanzado con los programas por separado y reduciendo al mínimo las oportunidades perdidas de atención primaria a la salud.

A través de las acciones de este subprograma se espera reducir la mortalidad por estas patologías en 70 por ciento, respecto de la tasa registrada en 1990, con lo cual para el año 2000 ésta sería de 36.8 defunciones por 100 000 niños menores de cinco años.

2.4 Salud en la escuela

El objetivo de este subprograma es contribuir a la promoción y cuidado de la salud de los educandos del Sistema Educativo Nacional, mejorando con ello su desarrollo físico, mental y social.

El subprograma propone la formación de alumnos promotores de salud en la totalidad de escuelas secundarias. Asimismo, plantea la incorporación de contenidos temáticos específicos sobre hábitos saludables en los libros de texto, la organización de actividades de promoción de la salud intraescolares que aborden tanto aspectos de saneamiento, como de contenidos dietéticos, práctica de ejercicio, las consecuencias de las adicciones a tabaco, fármacos y drogas ilícitas, el abuso en el consumo de alcohol y la prevención de accidentes.

3. Programa de salud reproductiva

El Sector Salud denomina salud reproductiva a la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Desde esta perspectiva, los servicios de salud reproductiva se amplían para incluir, además de planificación familiar y atención materno-infantil, aspectos tales como las enfermedades de transmisión sexual, los cánceres cérvicouterino y mamario y el riesgo preconcepcional. La atención de la salud reproductiva se aborda a través de seis subprogramas.

3.1. Planificación familiar

La planificación familiar es el instrumento que garantiza el ejercicio del derecho de los mexicanos a decidir de una manera libre, responsable y bien informada acerca del número y el espaciamiento de sus hijos.

Su objetivo es garantizar el acceso universal de la población a información, orientación y servicios de alta calidad sobre métodos anticonceptivos efectivos, seguros, aceptables y adecuados para las diversas fases de la vida reproductiva, promoviendo la adopción de actitudes y prácticas de paternidad responsable. El otorgamiento de estos servicios deberá garantizar los derechos señalados en el

Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y apegarse a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA2-1993) reconociendo la diversidad cultural y étnica del país.

En la consecución de este objetivo se propone ampliar las alternativas anticonceptivas actuales, incorporando aquellas producto del desarrollo tecnológico que sean seguras, efectivas y aceptables. Asimismo, se diversificarán y fortalecerán las acciones de información, educación y comunicación en el área de planificación familiar.

Las acciones de planificación familiar coadyugarán al cumplimiento de las metas de crecimiento demográfico señaladas por el Programa Nacional de Población y se traducirán en una reducción de la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos por mujer en el año 2000; la duplicación en el periodo 1995-2000 del número de procedimientos de vasectomía sin bisturí y elevar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres unidas en edad fértil a 70.2 por ciento para el año 2000, manteniendo la cobertura anticonceptiva de mujeres unidas del área urbana en niveles superiores a 70 por ciento y elevandola en la áreas rurales a 57 por ciento.

3.2. Salud reproductiva en los adolescentes

El inicio de la vida sexual activa en las edades adolescentes requiere de un subprograma que facilite la difusión de información y la provisión de servicios especialmente diseñados para la población en estas edades. Dicho subprograma debe priorizar la comprensión de su sexualidad, las alternativas de protección contra embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades por vía sexual y el riesgo de infertilidad que conllevan.

El objetivo de este subprograma es fomentar la adopción de actitudes y conductas responsables favoreciendo que los adolescentes asuman su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgos.

Este subprograma propone establecer unidades de servicios de salud reproductiva para adolescentes en el primer y segundo niveles de atención, así como establecer un sistema de referencia y contrarreferencia entre diversas unidades médicas.

Las acciones desarrolladas favorecerán en la población adolescente con vida sexual activa la postergación de la edad al primer nacimiento; la disminución en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual; la reducción en 50 por ciento del número de embarazos no deseados; el aumento a 60 por ciento de la prevalencia de uso de anticonceptivos, especialmente de preservativos; la provisión de atención integral durante el embarazo, parto y puerperio al total de menores de 20 años embarazadas.

3.3. Salud de la madre y el recién nacido

Su objetivo es reducir las mortalidades materna y perinatal. Para ello propone garantizar el acceso universal a información suficiente y apropiada y atención médica de alta calidad durante la etapa prenatal, el parto, el puerperio y el periodo neonatal.

La mejoría de la calidad de la atención médica a esta población requiere fortalecer: la observancia de los contenidos de la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) para la prestación de estos servicios; las acciones de los Comités Nacional, Estatales, Jurisdiccionales y Hospitalarios para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal; la estrategia del Hospital Amigo de la Madre y el Niño ampliándolo al primer nivel de atención; la capacitación a parteras tradicionales en técnicas de atención del parto limpio, referencia del parto de alto riesgo, la aplicación de toxoide tetánico, consejería y prescripción de métodos anticonceptivos.

El establecimiento de la lactancia materna es un elemento asociado a una mayor sobrevivencia del recién nacido. Este subprograma intenta vigorizar las actividades del Comité Nacional de Lactancia Materna y dar seguimiento al funcionamiento de los comités estatales.

Se espera que las acciones de este subprograma reduzca la tasa de mortalidad materna registrada en 1990 en 50 por ciento; la tasa de mortalidad hebdomadal en 20 por ciento; la incidencia de bajo peso al nacimiento a menos de 7 por ciento; la morbilidad perinatal ocasionada durante las fases tempranas del embarazo o durante el periodo perinatal en 10 por ciento. Además se plantea eliminar la mortalidad por tétanos neonatal en el país e incrementar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes postparto a 85 por ciento.

3.4. Disminución del riesgo preconcepcional

El objetivo de este subprograma es detectar y controlar, antes del inicio de la gestación, aquellos factores que pueden poner en riesgo la salud de la madre y el producto.

La identificación de la población con riesgos preconcepcionales requiere establecer sistemas de referencia y contrarreferencia entre los servicios de salud reproductiva y otros servicios, además de capacitar al personal en el manejo de estos factores tanto en los aspectos médicos como de consejería.

A través de este subprograma se espera reducir en las mujeres, con riesgos preconcepcionales, las complicaciones desarrolladas durante la gestación en 50 por ciento; la mortalidad por toxemia en 25 por ciento y la mortalidad perinatal asociada a bajo peso al nacimiento en los hijos de estas mujeres en 20 por ciento.

3.5. Detección y control de cánceres cérvicouterino y mamario

El objetivo de este subprograma es incrementar la detección oportuna de estas patologías disminuyendo su impacto en la morbimortalidad femenina.

Propone el establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial que refuercen las acciones de prevención y diagnóstico oportuno de displasias de útero y mama, e interinstitucionales en los estados que permitan delimitar áreas de cobertura y población de responsabilidad. Asimismo, plantea la incorporación del total de las instituciones de atención del Sector Salud al sistema de notificación oficial.

El subprograma considera el diseño de una estrategia educativa que difunda conocimientos sobre prevención y autocuidado de estas patologías. A través de estas acciones se incrementará la detección de lesiones iniciales y cánceres en etapas tempranas.

3.6. Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA

El objetivo de este subprograma es disminuir la morbilidad y mortalidad en el país debida a estas patologías.

Propone difundir información adecuada sobre prevención, mecanismos de transmisión y el reconocimiento temprano de síntomas, y enfatiza la necesidad de incrementar el uso del preservativo para el ejercicio de la sexualidad sin riesgo. Asimismo señala la importancia de capacitar al personal médico y paramédico en la detección temprana y tratamiento de los casos, así como el seguimiento epidemiológico de los contactos.

Dentro de sus actividades resalta la integración del sistema de notificación de los casos de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica mediante un formato único precodificado, favoreciendo con ello la notificación.

A través de las acciones de este subprograma se intenta eliminar la sífilis congénita para el año 2000; disminuir en 50 por ciento el número de niños infectados con VIH durante el embarazo, parto o a través de la lactancia mediante la administración de tratamiento antirretroviral a las mujeres embarazadas infectadas con este virus, y detectar y proporcionar atención oportuna y adecuada al 80 por ciento de las personas infectadas con VIH.

4. Programa de salud de las poblaciones adultas y ancianas

Los cambios recientes en el perfil epidemiológico, obligan a considerar acciones específicas para proteger la salud de las poblaciones adulta y anciana; en particular, para aquellas patologías que por su frecuencia y trascendencia significan una carga importante de enfermedad. Los contenidos de este programa se concentran fundamentalmente en el fomento y la educación para la salud, como instrumento para favorecer la identificación y modificación de factores de riesgo, así como la detección y control tempranos. La atención a la salud de estas poblaciones se aborda a través de tres subprogramas.

4.1. Prevención y control de la tuberculosis

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que ocasiona el mayor número de muertes por un sólo germen en el país. A la magnitud de esta patología se añade, en términos de salud pública el sinergismo que presenta con el VIH.

El objetivo de la prevención y control de la tuberculosis es reducir la morbimortalidad por esta enfermedad a través de propiciar la detección, diagnóstico y tratamiento oportunos, así como acciones de promoción y educación para la salud, a fin de identificar y controlar los factores de riesgo.

Para ello se propone fortalecer la Red Nacional de Laboratorios, capacitar al personal médico y paramédico y mantener la vigilancia epidemiológica a través del Sistema Único de Información Epidemiológica. Además se reconoce la importancia de difundir información adecuada que le permita a la población impactar en la cadena de transmisión.

El subprograma busca reducir la tasa de mortalidad por tuberculosis a 2.5 defunciones por 100 000 habitantes; la de abandono del tratamiento en 50 por ciento; la incidencia de tuberculosis meníngea y miliar en 90 por ciento. Asimismo intenta elevar 20 por ciento la tasa de curación.

4.2. Detección y control de la hipertensión arterial

La reducción en la prevalencia de la hipertensión arterial requiere la puesta en marcha de acciones encaminadas a inducir cambios en estilos de vida. El objetivo de este subprograma es revertir la tendencia ascendente de la mortalidad por enfermedad hipertensiva, fortaleciendo la detección oportuna, el control de los niveles de presión arterial, la prescripción de tratamientos adecuados y la limitación del daño.

Se establecerán criterios y lineamientos que normen la detección, prevención y tratamiento de la hipertensión arterial en las instituciones del Sector Salud. Se llevarán a cabo acciones de educación para la salud que propicien la adopción de hábitos saludables y la identificación y control de los factores de riesgo. Asimismo se capacitará al personal de salud en la detección y tratamiento adecuados de la enfermedad hipertensiva.

Estas acciones permitirán la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva a 6.5 defunciones por 100 mil habitantes de 25 a 69 años para el año 2000, y la causada por enfermedad cerebrovascular a 22 defunciones.

4.3. Detección y control de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus, particularmente la no insulino dependiente, es un problema de salud pública debido a su alta letalidad y el incremento constante de su incidencia. Al igual que en el caso de la hipertensión arterial su control requiere la modificación de hábitos en la población.

Se trata de detectar sistemática y oportunamente los casos de diabetes mellitus en la población mayor de 25 años, estableciendo el manejo adecuado, limitando el daño a órganos y tejidos, disminuyendo la frecuencia de complicaciones, reduciendo la discapacidad y las muertes prematuras, así como acciones de promoción y educación para la salud, tendentes a identificar y controlar los factores de riesgo.

Este Subprograma propone la detección oportuna de la diabetes mellitus en la población mayor de 25 años a través de practicar glicemias capilares. Asimismo, requiere fortalecer la observancia de las normas de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus a través de la capacitación del personal de salud de las instituciones del sector. Un elemento fundamental lo constituye la difusión entre la población de información que propicie la adopción de conductas saludables que influyan positivamente en la prevención de este padecimiento. Estas acciones están encaminadas a reducir la tasa de mortalidad por diabetes mellitus a 29 defunciones por 100 mil habitantes en el año 2000.

5. Otros programas de salud para la población general

5.1. Programa de salud mental

La salud mental es un elemento fundamental que determina de manera constante cada una de las actividades de los seres humanos. En el pasado las patologías mentales tendían a considerarse irremediables, sin embargo, evidencias recientes documentan claramente los beneficios de actualizar y adecuar los servicios hospitalarios a la par que involucran a las familias, comunidades y sociedad en general en el tratamiento y manejo de estos enfermos.

El objetivo de este programa es promover la salud mental de la población y reducir los efectos sociales, producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta.

La puesta en marcha de este programa requiere la unificación de los criterios y contenidos de las acciones preventivas, así como los de atención de la salud mental en las unidades de primer y segundo niveles. La atención del enfermo mental deberá basarse en un modelo escalonado que promueva la calidad y la eficiencia. Asimismo, se establecerán módulos de salud mental en los centros de salud y hospitales generales de las localidades cuya prevalencia de trastornos mentales lo ameriten también. En cada estado se organizará también una red básica de servicios de atención a la salud mental que fortalezca la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, y se promoverá la investigación de la salud mental en las instituciones públicas, privadas y de educación superior.

La promoción de la participación de la sociedad y los medios de comunicación a través de programas educativos que fomenten la salud mental y propicien la identificación temprana y el tratamiento oportuno de estas patologías constituye otro elemento estratégico del programa.

El programa busca reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales susceptibles de prevención; disminuir el deterioro de la salud mental, establecer mecanismos que garanticen el respeto a los derechos de los pacientes con enfermedades mentales internados en unidades hospitalarias; mejorar las condiciones materiales y la calidad de la atención provista en los servicios de salud mental; aumentar la participación familiar en el tratamiento del enfermo mental; reintegrar, previa evaluación de su potencial

incorporación a la vida productiva, al seno del hogar al mayor número posible de enfermos mentales actualmente internados en las instituciones de salud. Todo ello de conformidad con la **NOM-025-SSA2-1995**.

5.2. Programa de salud ambiental

Diversos riesgos para la salud tienen su origen, son preservados o exacerbados por factores ambientales. Es por ello que el conocimiento de la interacción entre la población y su entorno constituye un componente importante de la salud pública.

Este programa tiene como misión identificar los riesgos ambientales promoviendo actividades de investigación y coordinando las actividades entre instancias gubernamentales, privadas y sociales así como internacionales; establecer en corresponsabilidad con la comunidad estrategias de control en fomento sanitario, saneamiento básico y mejoramiento del ambiente; generar la normatividad requerida que permita regular el uso de sustancias químicas, radioactivas y riesgos físicos, así como vigilar su correcta aplicación. Para ello, tomando en consideración lo establecido en los Programas de Desarrollo Urbano, Hidráulico y Medio Ambiente, el presente programa incluye cuatro estrategias.

a. Evaluación y supervisión

Su objetivo es incrementar la capacidad de vigilancia en los planos estatal y nacional de los riesgos ambientales para la salud.

Para ello vinculará la información de morbimortalidad existente con aquella provista por la vigilancia sobre exposición a riesgos ambientales y de las actividades de monitoreo ambiental para evaluar los riesgos relacionados con la salud. Además, colaborará en el establecimiento de disposiciones legales que sustenten sistemas tanto de notificación sobre riesgos ambientales como de información para la planificación, gestión y evaluación de riesgos y daños.

Además se propiciará la implantación de sistemas de información sobre riesgos ambientales y daños a la salud y centros de información toxológica, evaluándose periódicamente el impacto de las acciones emprendidas para disminuir los riesgos a la salud derivados de la exposición al ambiente en las entidades federativas y el país en su conjunto.

b. Saneamiento básico y apoyo municipal

Esta estrategia buscará fortalecer las acciones del paquete básico para el saneamiento en los municipios a través de la organización y promoción de actividades de salud ambiental que tengan como eje a los mismos. Adicionalmente, propone impulsar el desarrollo de una infraestructura ambiental que incluya programas integrales de saneamiento de aguas y desechos, así como mecanismos de contención y de reciclamiento.

Estas acciones deberán traducirse en una disminución de los riesgos y daños para la salud debidos a deficiencias en el saneamiento, así como en la mejoría de la infraestructura sanitaria municipal y en el manejo adecuado de desechos y eliminación de excretas.

c. Cuidado del ambiente y participación comunitaria

El reconocimiento de la interacción entre salud, ambiente y desarrollo es el elemento que orienta esta estrategia. Su objetivo es garantizar la difusión de información sobre los problemas y las soluciones que relacionen la salud con el ambiente y el desarrollo que permita a la población participar en acciones comunitarias.

Entre las actividades de difusión de la información propuestas se incluye el diseño e incorporación de contenidos temáticos sobre protección y promoción de la salud en relación con factores ambientales en los libros de texto.

El impulso a las acciones comunitarias a través de programas de desarrollo sustentable se presenta como un mecanismo que efectivamente redundará en entornos saludables.

d. Educación, capacitación e investigación

Esta estrategia responde a la necesidad de incrementar la disponibilidad de recursos humanos y las actividades de investigación en el área de salud, ambiente y desarrollo.

Se trata de promover la coordinación entre instancias educativas y gubernamentales a fin de prever las necesidades de formación de recursos humanos, a través del establecimiento de planes y mecanismos nacionales, así como las actividades de investigación y desarrollo que ayuden a resolver problemas ambientales a través de técnicas innovadoras.

Se impulsarán decididamente aquellas investigaciones que amplíen los conocimientos sobre los riesgos ambientales para la salud y las actividades que redunden en la capacitación de recursos humanos y la actualización de aquellos previamente formados.

5.3. Programa de prevención de accidentes y lesiones

La magnitud de la mortalidad por accidentes y lesiones, las edades donde se concentra la mayor parte de ésta, la discapacidad que en muchas ocasiones conlleva y el costo de atención que involucra, señalan a estas causas como un problema de salud pública. Lo potencialmente prevenible de su ocurrencia enmarca las acciones propuestas dentro del Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones.

El objetivo de este programa es disminuir la morbilidad y mortalidad ocasionada por accidentes y lesiones en la población general a través de medidas de prevención que incidan en los factores de riesgo en el hogar, la escuela, el trabajo y las áreas públicas.

El programa propone generar lineamientos para la conducción de las acciones preventivas en diversos ámbitos. Además, realizará diagnósticos actualizados de la situación epidemiológica de los accidentes y lesiones en cada entidad federativa, unificando el registro de casos de lesión en las instituciones del sector salud, y estableciendo puestos centinela en las instituciones y unidades que reporten las mayores incidencias, capacitando a la totalidad del personal responsable que participa en el programa. La generación de material de educación para la salud se considera un elemento fundamental en la consecución del objetivo de este programa.

El programa promoverá la participación de todas las instituciones que actualmente registran las lesiones; reducirá, en relación con 1993, la morbilidad por accidentes en 10 por ciento en los grupos de riesgo y la mortalidad en 20 por ciento.

5.4. Programa de salud bucodental

La alta incidencia de la caries dental en el país señala a esta patología como el problema de salud pública más frecuente en nuestro país.

El Programa de Salud Bucodental tiene como objetivo abatir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucodentales más comunes sobre todo en la población menor de 15 años.

El programa difundirá las ventajas del consumo de sal fluorada, buscará simplificar los equipos y procedimientos de atención, eficientando las acciones y propiciando la expansión de la cobertura al abatir costos y fomentará acciones intra y extrasectoriales de promoción de la salud bucodental.

Se estima que el consumo de sal fluorada representará una disminución de 20 por ciento en la incidencia de caries dental en la población menor de 15 años de edad. Las actividades de promoción de la salud se traducirán en una reducción de 20 por ciento en la incidencia de caries dental y periodontopatías en la población preescolar y escolar. Las modificaciones en el sistema de atención resultarán en un incremento de 20 por ciento de la cobertura a grupos de alto riesgo como son los menores de 15 años, las mujeres en edad reproductiva y la población anciana.

5.5. Programa contra las adicciones

Pese a no ser un fenómeno nuevo, los efectos negativos del uso y abuso de drogas sobre el individuo y la sociedad se han manifestado con mayor intensidad recientemente. Desde hace tiempo se establecieron programas contra el alcoholismo en el país. No obstante, su impacto ha sido menor del esperado. Al problema del alcoholismo se ha sumado en los últimos años el consumo creciente de tabaco y el uso de otras drogas. Lo anterior se hace patente al identificar entre las diez primeras causas de mortalidad general las asociadas al tabaquismo y al abuso en el consumo de alcohol.

Además de los efectos sobre la salud de quienes las ingieren, el consumo de drogas ilícitas repercute sobre la seguridad pública al incrementar los índices de criminalidad.

Las diversas acciones que conforman este programa buscan incorporar la percepción de la comunidad sobre las manifestaciones de estas adicciones, intentando conformar una estrategia de coordinación entre las instituciones y las propias comunidades.

a. Consumo de bebidas alcohólicas

Se pretende disminuir la incidencia del alcoholismo reduciendo con ello los daños a la salud física y psicológica y los problemas sociales y económicos derivados de esta adicción, colaborando en la aplicación y observancia de las disposiciones legales vigentes en materia de bebidas alcohólicas en relación con su producción, distribución, venta, publicidad y consumo.

En relación con lo anterior se definirán lineamientos generales de acuerdo con la normatividad existente. Asimismo, se propiciará la evaluación de los diversos modelos de tratamiento y promoverá actividades que prevengan el abuso de su consumo incluyendo la sensibilización del personal de salud y la participación comunitaria.

Se espera poder incrementar la cobertura de los servicios de atención cubriendo 25 por ciento de la población con problemas derivados del abuso en el consumo de alcohol, así como reducir en 3 por ciento la tasa de accidentes asociados a éste.

b. Tabaquismo

Se pretende reducir el nivel de tabaquismo en la población del país. Para ello se propone intensificar la difusión de información sobre las consecuencias del hábito tabáquico a través de los medios de comunicación masiva y capacitar e integrar grupos de promotores voluntarios. En relación con esta adicción se considera importante llevar a cabo una revisión crítica y comparativa de la legislación vigente a fin de proponer reformas y adiciones pertinentes.

Se favorecerá la incorporación de una legislación que proteja a los no fumadores en cada una de las entidades federativas. Se espera reducir en 6 por ciento la prevalencia de los fumadores pasivos e incrementar en 5 por ciento el número de exfumadores.

c. Farmacodependencia

Se pretende disminuir la prevalencia de la farmacodependencia, impactando positivamente en los efectos sobre la salud y reduciendo los daños sociales y económicos derivados del uso de sustancias sicotrópicas.

Para ello se propone capacitar al personal de salud involucrado en acciones contra la farmacodependencia; impulsar la participación y organización comunitarias; incidir en usuarios futuros a través de la inclusión de contenidos temáticos específicos en los libros de texto y diversos materiales educativos; fortalecer la coordinación intra y extrasectorial en el uso de recursos disponibles y la vigilancia del cumplimiento de la legislación vigente sobre venta de inhalables a menores de edad. Asimismo, establecer mecanismos jurídico-administrativos que garanticen la atención a la salud de farmacodependientes que hayan cometido algún ilícito.

Se espera ampliar en 100 por ciento la cobertura de atención en aquellos municipios identificados como de alta farmacodependencia y disminuir en 2 por ciento la prevalencia en el consumo de drogas entre la población de 12 a 18 años.

5.6. Programa para la disposición de sangre segura

La disponibilidad y accesibilidad de sangre y sus componentes es uno de los recursos fundamentales en el tratamiento de diversas patologías. El objetivo del Programa para la Disposición de Sangre Segura, Componentes Sanguíneos y Células Progenitoras Hematopoyéticas es garantizar que la disposición de sangre y de sus componentes se lleve a cabo con la máxima seguridad, inocuidad y racionalidad, conforme a lo establecido por la legislación sanitaria y de acuerdo con los principios de ética médica, en el intento de reducir los riesgos a la salud de los donadores, receptores y personal de salud.

Para ello es necesario consolidar la creación de los Centros Nacional y Estatales de la Transfusión Sanguínea, posibilitando la ampliación de cobertura sin detrimento de la calidad requerida. A través de los Centros Nacional y Estatales de la Transfusión Sanguínea se establecerán las normas que regulen la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de bancos de sangre, servicios de transfusión y puestos de recolección.

En relación con los productos hemoderivados, el correcto funcionamiento de los Centros Nacional y Estatales de la Transfusión Sanguínea garantizará una mayor cobertura regional; promoverá el uso racional, reduciendo la transmisión de agentes infecciosos por esta vía, y permitirá establecer un sistema de vigilancia epidemiológica y de información oportuna.

5.7 Programa de trasplantes

El Programa de Trasplantes responde a la necesidad de ampliar la disponibilidad de órganos y tejidos humanos con fines terapéuticos. Para ello se plantea la creación de un sistema de procuración de órganos y tejidos con la incorporación de las instituciones del sector salud.

El objetivo de este programa es beneficiar mediante trasplantes a los pacientes, garantizando el más alto grado de seguridad para la función y la vida tanto de los receptores como de los donadores vivos y con total apego a la legislación mexicana aplicable.

Para ello es necesario sistematizar la regulación jurídica en materia de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos conforme a los principios generales del derecho sanitario. Además se requiere diseñar estrategias de difusión de información y educación de la población para promover la participación en el programa y el uso correcto de este servicio.

A través de este programa se busca reducir la mortalidad por padecimientos susceptibles de ser corregidos mediante estos procedimientos e incrementar en 50 por ciento los niveles de uso registrados actualmente.

El correcto funcionamiento del programa requerirá el establecimiento de centros estatales de trasplantes, así como la instalación de unidades hospitalarias regionales de suministro de órganos y tejidos y la creación de cinco laboratorios de histocompatibilidad.

6. Programas regionales

Como se ha señalado, la diversidad geográfica, demográfica, económica y social de nuestro país, favorece que existan patrones epidemiológicos particulares para ciertas regiones; es decir, que ciertas patologías tienen una expresión más frecuente o aún exclusiva en zonas bien delimitadas por sus características particulares.

Por lo anterior, se han definido una serie de programas de alcance regional, a través de los cuales se focalizarán y en consecuencia se incrementará la eficiencia del uso de los recursos para el control de estas enfermedades, para lo cual, además, será necesario fortalecer la coordinación inter e intrasectoriales en el ámbito local.

6.1 Programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector

Las enfermedades transmitidas por vector constituyen un problema de salud pública en algunas regiones del país. Los esfuerzos sostenidos a lo largo del tiempo han sido exitosos en la reducción de algunas de estas patologías, particularmente en el caso del paludismo. Sin embargo, en algunas como el dengue o la oncocercosis los resultados han sido menos alentadores. Lo anterior enfatiza la necesidad de revisar las estrategias y procedimientos empleados a fin de adecuarlos a las necesidades derivadas de cada enfermedad en diversas áreas geográficas.

Este programa incluye cinco subprogramas de prevención y control: 1) dengue; 2) paludismo; 3) enfermedad de Chagas; 4) oncocercosis; y 5) leishmaniasis.

Los diversos subprogramas enfatizan la necesidad de reestructurar y consolidar los sistemas de vigilancia, prevención y control de estas enfermedades utilizando la estratificación epidemiológica de riesgos. Las acciones de prevención y control propuestas intentan abatir los factores de riesgo a niveles de no transmisibilidad. Asimismo, buscan interrumpir de manera permanente la transmisión de la enfermedad mediante la aplicación de medidas intensivas para el caso y sus contactos. La coordinación y concertación de acciones entre los sectores público, social y privado se presenta como un mecanismo que favorece la optimización de los esfuerzos y recursos. La educación para la salud es un elemento fundamental que posibilita no solamente la transmisión de información sino a través de la cual se pretende concientizar a la comunidad sobre la importancia de su participación en el saneamiento y el autocuidado.

6.2. Programa para la prevención y control del cólera

Aún cuando en los últimos años se ha logrado reducir considerablemente la incidencia de los casos de diarrea en México, es necesario sostener y reforzar las acciones, ya que algunas enfermedades diarreicas que tienen un impacto social importante, como el cólera, se han incrementado durante el presente año.

Dado que el cólera es una enfermedad transmitida a través del agua y los alimentos contaminados, las actividades de prevención y control deben basarse en el esfuerzo coordinado entre instituciones, organismos y la sociedad para mejorar las condiciones de saneamiento básico, higiene individual y colectiva y atención oportuna y de elevada calidad a la población, para lograr un impacto sobre el problema.

El objetivo de este programa es prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad por cólera en el país, a través del reforzamiento de la vigilancia epidemiológica para elevar la oportunidad en las acciones de intervención a nivel comunitario y para precisar mejor el diagnóstico y la información, así como fomentar la investigación epidemiológica para incorporar en forma permanente la tecnología nueva y las estrategias exitosas en la prevención y control de este padecimiento.

Para ello se incorporará a todos los enfermos al tratamiento supervisado de corta duración y establecer una coordinación interinstitucional que garantice la adherencia al mismo.

A través del programa se espera mantener la tasa de letalidad por cólera en un máximo de 1 por ciento.

6.3. Programa para la prevención y control de la rabia

En el humano la infección por virus rábico evoluciona invariablemente hacia la muerte. Esta enfermedad continúa siendo un problema de salud pública en algunas regiones del país, donde no se ha alcanzado la cobertura universal con vacuna antirrábica a perros y gatos.

El objetivo de este programa es disminuir la mortalidad por rabia en humanos, promoviendo intervenciones específicas en las poblaciones canina y gatuna.

El programa plantea la ampliación de la cobertura de vacunación de mascotas y perros callejeros y la plena identificación de los mismos. De igual forma, enfatiza la necesidad de garantizar la disponibilidad, distribución y uso adecuados de la vacuna antirrábica humana de cultivos celulares y de suero antirrábico. Asimismo, busca establecer un sistema de información regionalizado que posibilite detectar los corredores rábicos, favoreciendo las actividades de prevención y control.

Para el año 2000 el programa habrá buscado reducir la tasa de mortalidad por rabia a 0.01 defunciones por cada 100 000 habitantes.

6.4. Programa para la prevención y control de brucelosis

La brucelosis es la segunda zoonosis de importancia en el país. Pese a la instauración del proceso de pasteurización en los años cincuenta, el ganado caprino continúa siendo el principal transmisor de brucelosis en México, dificultando la erradicación de esta patología.

El objetivo de este programa es reducir la morbilidad y mortalidad por brucelosis, promoviendo intervenciones específicas en el reservorio.

La consecución de los objetivos del programa requiere la identificación oportuna de enfermos y el seguimiento epidemiológico que permita rastrear la fuente de contagio; mejorar la calidad de la atención; fortalecer las acciones de vigilancia sanitaria en relación con esta zoonosis y la identificación de las regiones de alta prevalencia en el país.

Este programa intenta lograr que la tasa de morbilidad de brucelosis observada en el año 2000 sea de 4.32 por 100 000 habitantes, y la de mortalidad de 0.01.

6.5. Programa para la prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis

El objetivo de este programa es reducir la morbilidad y mortalidad por teniasis/cisticercosis, mejorando la calidad de la atención a los enfermos y promoviendo acciones específicas en el control del reservorio.

El reforzamiento de las actividades de prevención y control requiere establecer un sistema de información regionalizado que facilite la identificación de zonas de alta prevalencia. Deberán proponerse también acciones coordinadas entre las instancias responsables, tanto gubernamentales como privadas, que resulten en una vigilancia sanitaria eficiente.

Este programa buscará que la tasa de morbilidad de teniasis observada en el año 2000 sea de 4.07 por 100 000 habitantes, y la de cisticercosis de 0.12.

6.6. Programa de control de lepra

Este programa plantea la eliminación de la lepra como problema de salud pública en los municipios donde esta enfermedad continúa presente.

El establecimiento de acciones intensivas de promoción de la salud, control, vigilancia y tratamiento de enfermos en las regiones endémicas se propone como uno de los mecanismos que propicie cumplir el objetivo del programa. Asimismo, se reconoce la necesidad de organizar módulos de prevención de incapacidades y rehabilitación de enfermos y ex enfermos de lepra.

A través de este programa se espera reducir la magnitud de la lepra en el país a menos de 1 caso por 10 000 habitantes y rehabilitar a enfermos y ex enfermos de esta patología en el primer nivel de atención.

6.7. Programa de vigilancia, prevención y control de las enfermedades por deficiencia endémica de yodo

Tanto la magnitud como la persistencia del bocio en algunas regiones del país lo colocan como un problema de salud pública.

El objetivo del programa es disminuir la prevalencia del bocio endémico, previniendo nuevos casos de bocio, así como las complicaciones asociadas al mismo.

Para ello propone la identificación de las zonas de alto riesgo en el país; propiciar el consumo universal de sal yodada y proporcionar suplementación con yodo a todos los casos detectados.

Este programa intenta lograr para el año 2000 una reducción de 80 por ciento de la incidencia de enfermedades asociadas a la deficiencia de yodo actualmente observada y la eliminación del bocio endémico.

6.8. Programa de prevención y control de intoxicación por picadura de alacrán

El objetivo de este programa es reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la picadura de alacrán, enfatizando actividades de prevención.

El programa reconoce la necesidad de difundir contenidos de educación para la salud en relación con los hábitos de estos animales, particularmente entre la población infantil y los ancianos. Además de la capacitación al personal de salud en el manejo de estos accidentes, se propone el rociado domiciliario con insecticidas en zonas de alto riesgo.

A través de estas acciones se espera reducir en una tercera parte para el año 2000 la morbilidad registrada en 1990 y reducir las tasas de mortalidad para el mismo periodo en una tercera parte en las entidades federativas de alta endemicidad y a la mitad en las de media y baja endemicidades.

7. Fomento sanitario

El fomento y la vigilancia sanitaria vistos integralmente, representan una responsabilidad de la Secretaría de Salud que, como autoridad, no comparte con otras instituciones. Consiste en estudiar y proponer los instrumentos legales que productores, industriales, comerciantes y prestadores de servicios deberán cumplir para ofrecer a la sociedad productos y servicios seguros y efectivos, de acuerdo con los ordenamientos plasmados en la Ley General de Salud, sus reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas, en concordancia con los Programas de Desarrollo del Sector Comunicaciones y Transporte; Comercio Interior; Abasto y Protección al Consumidor; Política Industrial y Comercio Exterior; y el Agropecuario y Desarrollo Rural.

7.1. Programa de control sanitario de bienes y servicios

La Secretaría de Salud es responsable de promover la mejora de las condiciones sanitarias de los productos, abatiendo con ello la incidencia de enfermedades transmitidas, esencialmente, a través de alimentos contaminados. Para ello, las acciones de regulación y fomento sanitario requieren modificarse estructuralmente a fin de deslindar la responsabilidad de los diferentes elementos que intervienen en el proceso.

El objetivo del fomento sanitario es contribuir a proteger la salud de la población mediante la detección y prevención de riesgos para la salud, especialmente los derivados de la producción, fabricación, distribución, comercialización y consumo de productos, bienes y servicios.

Para el cumplimiento de este objetivo se han diseñado ocho subprogramas que dan cuenta de los diversos aspectos involucrados en el fomento sanitario.

a. Actualización y complementación de los instrumentos legales y normativos

La evaluación de la calidad sanitaria es el proceso que garantiza que la probabilidad de desarrollo de cualquier propiedad biológica, química, física o radiológica en los productos, bienes y servicios comercializados sea aceptable para la salud del consumidor.

El establecimiento de normas al respecto debe estar orientado por criterios científicos y epidemiológicos que garanticen la aplicación de éstas de manera imparcial. De lo anterior se desprende la necesidad de actualizar permanentemente el reglamento en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios de la Ley General de Salud, así como consolidar el desarrollo de las Normas Oficiales Mexicanas.

b. Ampliación de la cobertura de los sistemas de vigilancia

El esquema de vigilancia sanitaria está basado en un modelo de administración de programas y solución de problemas apoyado en procedimientos técnicos y científicos y operado a través de sistemas de cómputo, elementos que en conjunto coadyuvan a disminuir la discrecionalidad en la realización de estas funciones.

La ampliación de la cobertura requiere combinar un padrón de establecimientos, productos y servicios actualizado, con un sistema computarizado a través del cual se programen visitas aleatorias, notificándose los resultados de la revisión al particular, quien deberá entonces corregir las desviaciones detectadas para ser sujeto de aprobación.

c. Formación y desarrollo de recursos humanos

El objetivo de este subprograma es propiciar oportunidades de formación en posgrado en países a la vanguardia en la vigilancia sanitaria para el personal profesional que labora en estas actividades en el territorio nacional.

d. Mecanismos de control y vigilancia de productos importados

En relación con los productos importados será necesario revisar y evaluar los procedimientos previamente utilizados, a fin de capitalizar la experiencia adquirida con productos e importadores específicos.

Se propone estudiar la posibilidad de establecer sistemas compatibles con otras dependencias que posibiliten reducir el control documental sin menoscabo de la evaluación de la calidad sanitaria de los productos.

e. Procedimientos de apoyo a las exportaciones

En el caso de las exportaciones, la Secretaría de Salud no es responsable de autorizaciones expresas, pero sí de documentos de apoyo a éstas de acuerdo con los trámites señalados por los países importadores.

Se pretende agilizar los trámites solicitados por los exportadores, avalando a aquellos que observen los cumplimientos indispensables estableciendo, además, comunicación con autoridades sanitarias en otras partes del mundo en el intento de evitar demandas potenciales .

f. Procesos de desregulación y simplificación administrativas

La excesiva regulación no ha disminuido la actuación de particulares al margen de la ley ni aumentado la capacidad de control de la autoridad, toda vez que su aplicación ha sido discrecional.

Se trata de avanzar en la consolidación de los procesos de desregulación ya iniciados, mismos que utilizan el enfoque de riesgo para determinar cuáles giros deben quedar bajo regulación sanitaria, canalizando las acciones hacia establecimientos y productos de alto riesgo potencial para la salud y así ampliar la cobertura al tiempo que mejoran las condiciones sanitarias.

La evaluación permanente de los trámites y procedimientos permitirá mantener esquemas ágiles de atención al público, eliminando requisitos innecesarios, evitando rezagos y desviaciones.

g. Modelo administrativo de la regulación sanitaria

Se considera que el modelo administrativo que actualmente está en operación en el país responde a las necesidades del fomento sanitario. Sin embargo, se reconoce la necesidad de revisarlo y actualizarlo periódicamente, además de consolidarlo en el plano de las jurisdicciones sanitarias, siendo éste el objetivo del subprograma.

h. Participación del sector privado y del sector social en las acciones de certificación de cumplimiento y puesta en marcha de los mecanismos de aprobación y de auditoría

El incremento en el número de establecimientos que desean promover sus productos en los mercados nacional e internacional, así como la diversidad de aquellos de importación, exigen establecer una estructura apropiada para verificar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas.

Se trata de revisar los procedimientos para la instrumentación y operación de la aprobación de organismos de certificación, unidades de verificación y laboratorios de prueba, proponiéndose, además, la integración de comités de evaluación, responsables de llevarla a cabo bajo los lineamientos establecidos por las normas vigentes.

A través de la operación de estos ocho subprogramas se elaborarán las Normas Oficiales Mexicanas para la regulación sanitaria de alimentos, bebidas, cosméticos y productos de limpieza, así como sus aditivos y materias primas; se establecerá en el país un programa único de control sanitario de bienes y servicios que privilegie la simplificación de la gestión administrativa, la descentralización estatal, el desarrollo de sistemas informáticos adecuados y el establecimiento de mecanismos de aprobación de laboratorios de prueba, organismos de certificación y unidades de verificación; se desregularán aquellos productos que no conlleven riesgo para la salud tanto en los planos federal como local; se fortalecerá la capacitación del personal involucrado en las tareas de vigilancia sanitaria, promoviéndose también la participación de otros sectores en la prevención de riesgos para la salud.

7.2. Programa de control y vigilancia de medicamentos

La Secretaría de Salud es responsable de supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se expenden en el país y de establecer normas para reglamentar su comercialización, protegiendo la salud de los consumidores.

El control y la vigilancia sanitaria de los medicamentos se basa en la expedición de licencias y registros sanitarios y la verificación, control analítico y evaluación de los mismos.

El objetivo de este programa es garantizar la seguridad y eficacia terapéutica de los insumos que se comercializan en el país. Para ello se han diseñado siete subprogramas.

a. Revisión y formulación de medicamentos

Su objetivo es retirar del mercado farmacéutico nacional aquellos productos cuyas fórmulas sean inapropiadas, evitando que su prescripción resulte en mayores daños que beneficios a la salud.

Para ello se registrarán sólo medicamentos cuya seguridad, calidad y eficacia terapéutica sea probada mediante tecnología científica. Asimismo, se reformularán aquellos previamente registrados, actualizándose el catálogo de productos aprobados. Se revisarán 2 400 medicamentos anualmente, reformulándose aquellos que así lo requieran.

b. Simplificación de licencias sanitarias

Se pretende optimizar los tiempos para la expedición de licencias y registros sanitarios garantizando simultáneamente que los establecimientos cuenten con instalaciones adecuadas y cubran los requisitos en las prácticas de fabricación.

Este subprograma sustituirá anualmente 350 licencias sanitarias por aviso de apertura.

c. Regulación de medicamentos herbolarios, homeopáticos y vitamínicos

Su objetivo es identificar, para su registro, de entre los productos herbolarios, homeopáticos y vitamínicos exclusivamente aquellos que puedan ser considerados medicamentos.

La consecución de este objetivo requiere desarrollar un marco regulatorio específico para estos productos. La operativización de este subprograma posibilitará registrar un promedio anual de 200 medicamentos de este grupo.

d. Control de establecimientos productores de medicamentos

Su objetivo es verificar la adecuada manufactura de los medicamentos y garantizar que éstos cumplan con las especificaciones establecidas en la *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*.

A través de este subprograma se evaluarán anualmente las condiciones sanitarias de 1 500 establecimientos y se llevará a cabo el muestreo de 2 000 medicamentos.

e. Control de productos biológicos

Su objetivo es evitar la realización de pruebas que retrasen innecesariamente la liberación de productos. El cumplimiento de este objetivo requiere la coordinación de acciones con otras instancias de la Secretaría de Salud para establecer criterios específicos de control de estos insumos.

Estas actividades garantizarían el abasto oportuno de algunos productos sin detrimento de su calidad.

f. Normalización

Su objetivo es la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas y la actualización de la *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*.

Las normas desarrolladas en el marco de este subprograma deben cumplir el doble propósito de ser el instrumento de regulación a la vez que contener las especificaciones impuestas a los insumos comercializados en el país.

Se elaborarán 50 Normas Oficiales Mexicanas, se editarán dos suplementos de la sexta edición de la *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*, y la séptima edición con dos suplementos con información útil y específica para las farmacias.

g. Farmacovigilancia

Pretende fortalecer la racionalización y optimización de la terapéutica mexicana a través de evaluar la información recabada por los profesionales de la salud acerca de las reacciones adversas de medicamentos, vacunas y dispositivos médicos.

Estas actividades requieren el establecimiento de Centros de Farmacovigilancia en cada entidad federativa, encargados de la recopilación de información sobre reacciones adversas.

7.3 Programa de control y vigilancia sanitaria de dispositivos médicos

La variedad de especificaciones del equipo médico, prótesis, órtesis y ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, curación y productos higiénicos, obligan a basar el registro y control en decisiones colegiadas y normas que consideran los gradientes de riesgo.

El objetivo de este programa es ejercer el control y vigilancia de 3 000 establecimientos que producen y distribuyen dispositivos médicos.

Para ello se plantea llevar a cabo 1 800 visitas anuales de verificación sanitaria y el muestreo anual de 400 insumos que por sus características representan un riesgo para la salud.

En el intento de evitar que las normas que rigen la comercialización de dispositivos médicos se constituyan en barreras a la actividad comercial, este programa propone homologar 80 por ciento de la reglamentación respecto a estos productos con las legislaciones vigentes en los Estados Unidos y Canadá.

7.4 Programa de control sanitario de la publicidad

En relación con el control sanitario de la publicidad algunas áreas presentan serias deficiencias: el marco normativo que rige el control sanitario de la publicidad ha venido aplicándose con discrecionalidad, sin discriminar entre productos de naturaleza diversa; algunas de las leyendas utilizadas para advertir sobre los efectos nocivos a la salud de ciertos productos carecen de impacto comunicativo; frecuentemente se encuentran productos cuyas propiedades como sustituto o complemento de alimento, cualidades preventivas, terapéuticas o rehabilitatorias son publicitadas sin correlato científico, representando un fraude para el consumidor.

El objetivo de este programa es evitar que el empleo de los mecanismos publicitarios propicie acciones fraudulentas por parte de los productores, a través de alertar a la población sobre daños potenciales e induciendo hábitos y conductas favorables.

El cumplimiento de este objetivo requiere establecer procedimientos claros, objetivos y simples que posibiliten acotar la discrecionalidad; fomentar la corresponsabilidad de agencias publicitarias, medios y anunciantes en el cumplimiento de la normatividad vigente; descentralizar la regulación sanitaria de la publicidad de aquellas actividades que por su naturaleza respondan a un interés local y simplificar la administración del control sanitario de la publicidad.

La intensificación de la vigilancia sanitaria evitará que la publicidad de productos específicos se dirija malintencionadamente a grupos particulares o se asocie con actividades propias de su edad y estado y coadyuvará a influir positivamente en la transmisión de hábitos y costumbres favorables.

8. Asistencia social

La política asistencial que ha desarrollado el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (**DIF**), se ha venido orientando hacia una mayor integración en la operación y en los programas. Sin embargo, prevalecen en la práctica institucional carencias y vacíos en la normatividad, dispersión de acciones, discrecionalidad en la asignación de los recursos y ausencia de focalización de la atención.

En este sentido, si bien se reconocen los logros alcanzados en el pasado, es menester señalar que se carece aún del marco institucional y de la normatividad para asegurar mayor coherencia entre instrumentos y objetivos y para alcanzar una operación más eficaz en la atención y una gestión más eficiente.

Las atribuciones que la Ley General de Salud confiere al **DIF**, no han sido asumidas en su cabalidad, por lo que hasta el momento ha cumplido parcialmente sus cometidos institucionales. Se hace necesario resolver las restricciones y problemas del **DIF** y efectuar las acciones necesarias para llevar adelante su reforma y su consolidación.

Para ésto se requieren no sólo medidas correctivas sino avanzar hacia un proceso de reforma interna, que coloque de nuevo al **DIF** en el conjunto de instituciones de la política social. Lo anterior responde a la necesidad de superar los principales problemas que plantean las formas de operación y la estructura institucional vigente y al propósito de ampliar la capacidad de respuesta del Estado en la política asistencial.

La imagen-objetivo es avanzar hacia la integración de un Sistema Nacional de Asistencia Social y Privada (SINASyP) que, operando en forma descentralizada, asegure la coordinación, la consistencia y la congruencia de las acciones, programas y normas bajo la coordinación del DIF como instancia rectora en materia de asistencia social, de acuerdo con las facultades que le confiere la Ley General de Salud.

Las estrategias que animan la reforma de la política asistencial son: alcanzar la integralidad, entendida como intervención estratégica que da orientación y continuidad a las diversas acciones. La complementariedad, para sumar y articular los esfuerzos de los tres niveles de gobierno. La focalización, para llegar con mayor eficacia a los grupos prioritarios. La coordinación y concertación, para potenciar cobertura y resultados e integrar los esfuerzos diversos de la sociedad civil y el gobierno. La flexibilidad, para ajustar acciones y medios a las condiciones ambientales y contextuales de los grupos.

Este nuevo enfoque supone que la política asistencial sea ordenada en sus acciones a partir de dos grandes vertientes: la asistencia compensatoria y de protección a los individuos y familias en condiciones de vulnerabilidad y extrema pobreza, y la asistencia para la promoción y el desarrollo humano, a través de la formación y la capacitación, en conjunto con la protección y el fortalecimiento de los derechos de los menores, discapacitados, ancianos, mujeres y jóvenes.

IV. Programas de apoyo a las tareas sustantivas

1. Fortalecimiento de los sistemas de salud

Las características de la población y los recursos disponibles son los elementos que orientan la organización de los sistemas de salud. Por ello su desarrollo requiere la identificación tanto de grupos de población con necesidades específicas, como de las barreras que obstaculizan su desempeño. Asimismo, la planeación de los sistemas de salud debe incluir mecanismos que posibiliten reaccionar rápidamente a cambios potenciales en las condiciones de salud de la población, garanticen la calidad de los materiales de apoyo en la prevención y el tratamiento de patologías y la incorporación de avances tecnológicos.

Se han definido cuatro subprogramas que coadyuvan al cumplimiento de los objetivos nacionales de salud.

1.1. Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica

Este programa se basa en el reconocimiento del papel desempeñado por la totalidad del personal de salud, es decir, tanto los directamente involucrados en la atención del usuario, como aquellos dedicados a tareas administrativas.

La perspectiva del sector salud en relación con la calidad de la atención incluye no solamente la incorporación oportuna de los avances científicos y tecnológicos, sino también propiciar una cultura de salud, así como el desarrollo organizacional que genere en el personal de salud una actitud responsable hacia el desempeño de sus actividades.

1.2. Mejoramiento de la gestión administrativa de los servicios de salud

Se considera la consolidación de las funciones del sector, optimizando los recursos disponibles y elevando la capacidad de respuesta ante las demandas sociales en materia de salud.

El Programa de Mejoramiento de la Gestión Administrativa de los Servicios de Salud reconoce la importancia del personal directivo de los servicios de salud en la prestación de la atención médica a la población. Es por ello que el objetivo central de este programa es promover el fortalecimiento de la capacidad gerencial del personal directivo de los servicios. Esta capacitación redundará en un mejoramiento tanto de la gestión administrativa como de la calidad de los servicios otorgados.

1.3. Atención a la salud en caso de desastre

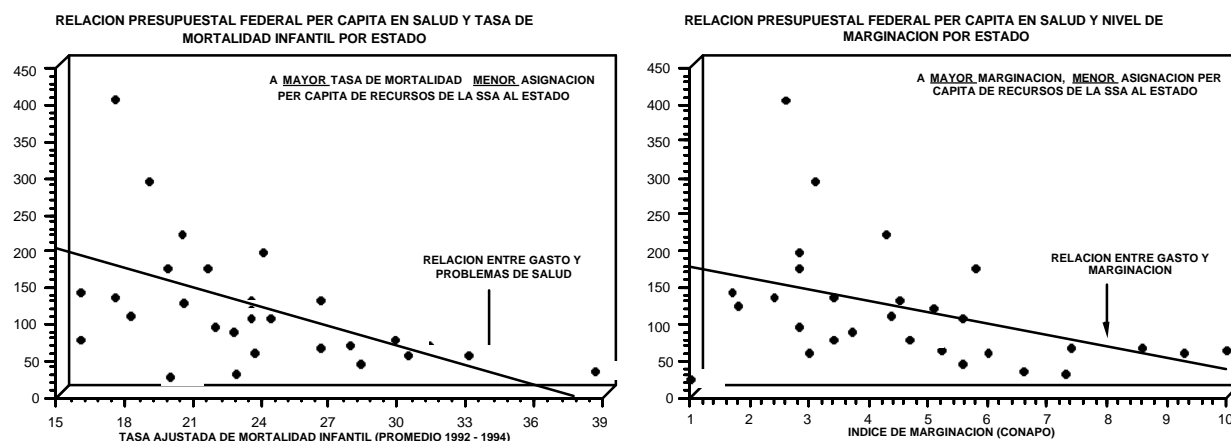
Un elemento a considerar en el de los sistemas de salud es el cambio súbito, potencial o real, en las condiciones de salud de una población y la necesidad de otorgar atención médica de manera oportuna. En el caso de México, la mayoría de estos posibles cambios son consecuencia de fenómenos naturales. Para ello se ha diseñado el Programa de Atención a la Salud en Caso de Desastre. Este programa define la normatividad, organización y coordinación que regula la participación del sector salud en el Sistema Nacional de Protección Civil, por lo cual será operado en estrecha coordinación con los lineamientos del Programa de Seguridad Pública y Protección Civil.

Reconociendo la variabilidad geográfica del país, la atención a la salud en caso de desastre considera diferentes operativos de acuerdo con la factibilidad de los diversos fenómenos naturales. Con el fin de definir instancias de responsabilidad tanto locales como nacionales, propone crear los Consejos para Emergencias Sanitarias y Desastres. Además se establecerán guías de preparativos hospitalarios para situaciones de desastre, mismas que incluirán sistemas homogéneos de información y vigilancia.

2. Redefinición del proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación

Como ha sido señalado a lo largo de este documento, la gestión pública en salud acusa un marcado centralismo al que caracterizan decisiones casuísticas que en ocasiones carecen de sistema y método. Uno de los objetivos centrales de la presente administración está justamente en sistematizar las decisiones y los procesos con el fin de incrementar su racionalidad y eficiencia.

Uno de los ámbitos en que esta deficiencia se percibe de manera más inmediata es la asignación de recursos destinados a atender a la población abierta. Si bien se aprecia en general una distribución del presupuesto entre diferentes instancias de los servicios de atención a población abierta que en ocasiones no corresponde a la salud en que se traduce, el caso más notable de una asignación inapropiada de recursos se presenta en la distribución del presupuesto entre los estados. Esto responde a una lógica inercial que es necesario revertir de manera urgente.



Un mínimo análisis de esta distribución revela el hecho de que los estados con mayores ingresos propios y menor peso de la enfermedad obtienen paradójicamente un mayor presupuesto federal per cápita que los estados de menores ingresos y un peso de la enfermedad mayor. Las gráficas que se presentan reflejan claramente este hecho.

Un objetivo primordial de esta administración está en corregir tanto la ineficiencia como la inequidad en la asignación de recursos que presenta la distribución presupuestal al inicio de la gestión. Corregir la ineficiencia implica orientar los recursos hacia donde éstos pueden traducirse en más salud y bienestar para más mexicanos. Corregir la inequidad implica asignar mayores recursos a donde el peso de la enfermedad es mayor y hacia donde la capacidad propia de sufragar estos gastos es menor.

Por lo anterior, y como el inicio de un más profundo esfuerzo de reordenamiento presupuestal, se empezará a corregir desde un principio la asignación presupuestal de recursos federales a los estados. Así, deberá buscarse un mecanismo a través del cual los recursos federales se asignen a las entidades federativas en función directa del peso de la enfermedad y en función inversa de la capacidad de cada una de hacer frente a estos gastos con recursos propios. El método que se persigue permitirá superar la asignación casuística y subjetiva del presupuesto federal destinado a la atención de la población abierta, acotando la discrecionalidad dentro de los límites que impongan sólo posibles emergencias y para las cuales debe hacerse una previsión separada de recursos.

Del mismo modo puede decirse que los indicadores de gestión, que deben permitir una evaluación y un seguimiento claro de la eficacia de las políticas, han sido rebasados y lo serán aún más con la descentralización. Por ello, es también un objetivo prioritario de la presente administración redefinir los indicadores de gestión y fortalecer la tarea de evaluación y seguimiento.

Debe ponerse menos énfasis en los indicadores de proceso y más en los indicadores de resultados; menos en los indicadores de acciones curativas y más en los indicadores de salud. Así, la evaluación de la eficacia de las políticas estará orientada a validar aquello que se traduzca en salud y no en acciones independientes de resultados que se midan solamente por su número. La meta de quienes trabajan en el sector debe ser la salud, no la atención de la enfermedad.

El énfasis en los indicadores de resultados es además lo auténticamente compatible con una operación descentralizada, no sólo de las entidades federativas sino de las diferentes áreas del sector. Es preciso reconocer que la capacidad de una autoridad central para supervisar todos y cada uno de los procesos ha sido ampliamente rebasada por la realidad. En esa medida la redefinición de los indicadores y de los mecanismos de evaluación y seguimiento será una tarea fundamental para incrementar la eficiencia de las políticas sectoriales.

3. Modernización y sistematización de las información estadística y epidemiológica

Desde su creación las instituciones públicas de salud del país han desarrollado sistemas de información de salud. Con el tiempo estos sistemas han confluído cada vez más hacia la homologación en sus contenidos y definiciones, aunque subsisten aún ciertas diferencias. En general, los sistemas de información de las principales instituciones de salud se organizan en forma modular en los siguientes subsistemas:

- **Recursos para la salud.** Físicos y humanos, principalmente. La fuente de información son directamente las unidades de salud; la información financiera se obtiene de la cuenta pública.
- **Servicios otorgados.** Este componente es el que tiene mayor complejidad por su volumen. En general incluye, entre otros aspectos, consultas, egresos hospitalarios, estudios de laboratorio y gabinete, acciones comunitarias y de promoción de la salud. La fuente de información son directamente las unidades a través de distintos formatos primarios (v.gr. hoja diaria del médico, de la enfermera, de la auxiliar de salud).
- **Daños a la salud.** Este componente se integra con información que proviene de los servicios de segundo nivel de atención (morbilidad y mortalidad hospitalarias), así como con la que produce el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (notificación de casos nuevos de enfermedades); este último instrumentado recientemente como sistema único sectorial.
- **Población.** Este componente se integra con información proveniente principalmente de instituciones distintas al sector salud. Incluye variables como volumen y distribución de la población, mortalidad general y por causas, nacimientos y condiciones socioeconómicas. Además se complementa con información sobre utilización de servicios de salud que aportan las instituciones del sector.

Dada la complejidad del Sector Salud y tomando en consideración el Programa desarrollo informático, se requiere de una instancia coordinadora capaz, por un lado, de concertar los criterios para la homologación de las fuentes y contenidos de los sistemas de información y, por la otra, de concentrar y validar las cifras que cada institución produce a fin de ofrecer una visión sectorial. Esta instancia existe desde hace más de una década y se denomina Grupo Interinstitucional de Información. El grupo es coordinado por la Secretaría de Salud y en él participan además representantes de las otras instituciones del sector.

En el contexto de la descentralización conviene tomar en cuenta que el sistema de información debe operar bajo un principio de proceso distribuido, en el que su contenido sea de estructura piramidal y con la suficiente flexibilidad para que las entidades federativas le incorporen los elementos que a su juicio sean pertinentes para la operación de los servicios; para ello, es necesario considerar las acciones siguientes como parte del proceso de descentralización:

- Simplificar el componente de servicios del sistema de información, incorporando solamente aquellas variables relacionadas con los programas de salud pública y vigilancia sanitaria, así como un cuerpo básico de indicadores sobre servicios de salud personales de los programas prioritarios en el país, incluyendo además otros sobre calidad de la atención, costos y avance de metas.
- Mantener la estructura básica del componente de recursos, incorporando en la base de datos las referencias geográficas y los resultados de los estudios de regionalización operativa, con el fin de estimar de manera confiable el acceso y la cobertura de los servicios.
- Integrar los sistemas de información de la SSA y del Programa IMSS-Solidaridad bajo un sistema único.
- Conservar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica con su estructura actual, incluyendo el Sistema de Encuestas Nacionales de Salud.
- Desarrollar un componente de monitoría en la asignación de recursos financieros, así como en el abasto y la distribución de insumos para el nivel local.

En resumen, se buscará adecuar el sistema de información y evaluación actual así como sus recursos para apoyar la toma de decisiones en el nivel local y mantener al mismo tiempo un cuerpo común de indicadores nacionales, capaces de medir en forma oportuna y confiable el desempeño de los servicios y las condiciones de salud de la población.

Todo Sistema de Vigilancia Epidemiológica, por la propia naturaleza de sus objetivos, debe ser capaz de difundir oportunamente sus resultados proporcionando al resto del sistema de salud herramientas útiles para la toma de decisiones a fin de brindar información en salud, oportuna y adecuada, para la toma de decisiones en los programas de prevención y control en los ámbitos nacional, estatal y local.

Para ello, se buscará instrumentar las siguientes estrategias:

- Disponer de manuales de operación únicos para todas las instituciones del sector y uniformar los formatos y programas de cómputo utilizados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Crear Grupos Técnicos Interinstitucionales en los órdenes nacional, estatal y jurisdiccional.
- Establecer mecanismos de flujo y retroalimentación de la información entre los diferentes niveles e instituciones del sector salud.

De esta manera se persigue:

- Lograr la operación de todos los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica y de 100 por ciento de los Grupos Jurisdiccionales de Trabajo para la Vigilancia Epidemiológica.
- Iniciar la operación del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica en todas las entidades federativas.

Participación de la SSA en la World Wide Web.

Actualmente, se reconoce que la calidad y la oportunidad de la información depende en cierta medida del acceso a servicios de Internet. La SSA tiene por ello una misión importante en la promoción, tanto del uso como de la diseminación de estos servicios, por esta razón buscará tener una actitud agresiva y ambiciosa en este medio; en una primera etapa se buscará poner en línea una página electrónica que proporcione información básica sobre la dependencia y del Sector Salud, y facilite una comunicación ágil y dinámica entre usuarios y prestadores de servicios.

4. Modernización administrativa

La operación administrativa del Sector Salud influye en la identificación de las necesidades de salud, en la definición de prioridades, en la planeación y programación de las actividades, en la asignación de los recursos y en la prestación de servicios a la población. Por lo amplio de sus alcances, su modernización y simplificación se han convertido en tareas prioritarias.

En años recientes se ha avanzado considerablemente en este sentido. Es importante mencionar, por ejemplo, la instalación de un Sistema de Información Administrativa que ha simplificado la adquisición y distribución de bienes, el control de inventarios y el control de gestión que han redundado en un incremento de la productividad y mejor uso de los recursos.

Por lo que se refiere a los servicios de salud, aunque operando en forma parcial y no en todo el territorio nacional, el sistema de referencia y contrarreferencia entre los hospitales del Sector Salud ha agilizado la atención y facilitado el tratamiento de los pacientes, además de optimizar recursos y servicios.

La eliminación del modelo de autorización previa en la mayoría de los productos y servicios sujetos a regulación sanitaria y el fortalecimiento del programa de vigilancia y control de estos bienes y servicios también constituyen avances en esta materia que benefician tanto al sector productivo como a los consumidores.

Los trámites del sector farmacéutico se han actualizado y simplificado, como lo demuestra el hecho de que las licencias sanitarias para la apertura de este tipo de establecimientos se expiden ahora en sólo 30 días hábiles y tienen una vigencia indeterminada.

En la esfera del comercio exterior, la apertura de las fronteras ha obligado al país a modernizar su marco normativo y de procedimientos para evaluar la calidad de los productos que se importan y exportan y a modificar las Normas Oficiales Mexicanas en materia de regulación sanitaria, con el fin de simplificar trámites, reducir tiempos y fomentar el intercambio de bienes y servicios. Así, para la exportación de alimentos se definieron procedimientos muy simples para la emisión de constancias sanitarias y certificaciones de planta, que buscan mejorar la calidad sanitaria de los productos que exportamos.

No obstante estos avances, la estructura administrativa del sector público de salud todavía presenta obstáculos que es necesario superar. Existe, por ejemplo, una ineficiencia gerencial extendida debida a problemas de capacitación administrativa y al poco uso de la información en la gestión cotidiana de los servicios.

Por otro lado, los actuales sistemas de información son limitados y poco dinámicos. Diversas áreas tales como las preferencias de la población, los patrones de utilización de servicios, los costos unitarios, los niveles de productividad, la calidad de la atención y la efectividad de las intervenciones muestran una escasez de información. A esta falta de datos de carácter gerencial se añade la carencia de redes de información que lleguen a los niveles operativos del sistema.

También persisten los problemas relacionados con la delimitación de competencia y funciones, lo que en ocasiones impide la congruencia en las acciones y genera duplicidades.

Frente a estos problemas, los esfuerzos en materia de modernización administrativa se orientarán a la identificación y aplicación de medidas tendentes a facilitar la coordinación intersectorial de acuerdo con lo señalado en el Programa de Modernización de la Administración Pública, fortalecer la integración administrativa del sector; incrementar las habilidades gerenciales de los mandos medios y superiores; promover la capacitación técnica del personal operativo a cargo de funciones administrativas; ampliar y fortalecer las redes de información gerencial y contable; concluir la simplificación de los procedimientos administrativos que lo requieran y eliminar las duplicidades persistentes. El objetivo final de este programa es generar una estructura administrativa orientada a la satisfacción de las necesidades y demandas de los usuarios de los servicios públicos de salud.

Más específicamente, los objetivos que se quieren alcanzar son los siguientes:

- Revisar continuamente el esquema orgánico funcional de las dependencias para establecer niveles de competencia que garanticen congruencia en las acciones del sector, eviten duplicidades en los procesos y faciliten la prestación de los servicios.
- Fortalecer la capacidad gerencial en las organizaciones de atención a la salud. Se requiere que los tomadores de decisiones tengan la capacidad y cuenten con la información para reconocer las oportunidades, la habilidad para orientar a sus organizaciones hacia un desempeño eficiente, la disposición de competir con base en la calidad y la voluntad de innovar.
- Desarrollar sistemas de información dinámicos que sirvan para la toma de decisiones y para la operación cotidiana de los servicios. Estos sistemas de información gerencial deberán satisfacer las necesidades en materia de administración de sistemas de salud, control y distribución de insumos, administración operativa de las unidades de atención y vigilancia y regulación sanitarias.
- Elaborar documentos técnico-normativos en materia de simplificación administrativa y difundirlos en todos los niveles de organización para garantizar la uniformidad en el diseño, la implantación y la difusión de los procedimientos.
- Desarrollar programas de capacitación para el personal operativo del área administrativa que redunden en la interpretación y aplicación adecuadas de los procedimientos.
- Simplificar los trámites en materia de regulación sanitaria que obstaculicen los procesos productivos de las micro y macroindustrias.
- Completar la simplificación del sistema de regulación, control y fomento sanitarios con el objeto de apoyar el proceso de apertura comercial.
- Coadyuvar en los procesos de descentralización de los servicios de salud para población abierta.
- Informar a la población usuaria sobre los procedimientos, servicios, horarios y sitios de los trámites, facilitando así las operaciones.
- Establecer instancias de queja en las unidades operativas y oficinas de procesamiento de esta información para su adecuada incorporación al rediseño de las organizaciones del sector.

5. Desarrollo de recursos humanos

Para la consecución de los objetivos del Sector Salud es necesario que toda acción encaminada a brindar a la población una mejor atención en materia de salud, debe ir acompañada de la preparación y capacitación adecuada y permanente del personal que preste estos servicios, por ello el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud debe tener como eje el proceso salud-enfermedad en el individuo, la familia y la comunidad y responder a las demandas de atención en áreas específicas. La planeación operativa debe basarse en problemas reales y concretos, tener una significancia relevante en la población donde se aplica haciendo partícipes a todas las personas involucradas; al mismo tiempo, debe ser permanente y crear las condiciones para la autoformación y capacitación continua que permita al trabajador de la salud ser un agente transformador del medio en el que se desarrolla.

Además, es necesario propiciar el desarrollo integral de los trabajadores de la salud, en concordancia con el Programa de empleo, capacitación, productividad y derechos laborales, mediante la realización de programas educativos que incluyan objetivos de aprendizaje de las áreas cognoscitiva, psicomotora y afectiva, al tiempo que permitan la vinculación de la teoría y la práctica, siendo más formativos que informativos mediante la utilización de metodología que facilite el análisis crítico del conocimiento, de acuerdo con el avance científico y tecnológico y que comprenda la evaluación integral del proceso de aprendizaje y su impacto en los problemas que le dieron origen. En la formación y capacitación del personal de salud es necesario contemplar también a la investigación como un medio de aproximación a la realidad concreta de la prestación de servicios de salud y retroalimentar los procesos de educación y asistencia con la finalidad de incrementar la calidad y la eficiencia.

Para la consecución de los objetivos del programa se deben instrumentar diversas estrategias educativas secuenciales como la formación formal, la educación a distancia, la actualización continua, el sistema tutorial y otros, acordes a los objetivos específicos para la profundización en problemas planteados, los que serán de gran ayuda y el apoyo de una adecuada supervisión facilitará esta tarea.

Las instituciones de salud tienen un papel relevante en la formación de recursos humanos para la salud, tanto en el pregrado como en el posgrado al proporcionar el campo clínico necesario para un entrenamiento de excelencia, por lo cual y tomando como marco de referencia los Programas de Desarrollo Educativo y de Cultura, Ciencia y Tecnología, se han establecido mecanismos de coordinación y concertación con las instituciones del Sector Educativo, quien son los responsables de la planeación curricular, enseñanza, evaluación y seguimiento de los nuevos recursos humanos.

Los objetivos del programa son:

- Coadyuvar al mejoramiento de los servicios de salud, a través de la capacitación y aprovechamiento de los recursos humanos existentes en las instituciones que integran el Sector Salud.
- Establecer programas de educación continua a distancia, sobre todo para el personal que presta sus servicios en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas, a fin de garantizar su actualización tecnológica y de investigación científica en materia de su competencia.
- Establecer un programa de identidad institucional que le permita al personal conocer la importancia de la labor que desarrolla y alentar la vocación de servicio institucional.
- Establecer convenios de cooperación con instituciones y agrupaciones educativas para: a) planear la formación de recursos humanos de nivel técnico, licenciatura y posgrado; b) regular la apertura de escuelas del área de la salud, así como las políticas de matrícula en función del mercado de trabajo; c) coordinar las acciones y estrategias para la instrumentación de los programas de aplicación nacional a través de la actualización de la normatividad; y , d) participar en la capacitación y actualización de recursos humanos a través de cursos, conferencias, seminarios y mesas redondas en temas que se consideren necesarios.
- Formar grupos de capacitadores que sirvan como multiplicadores de la información en zonas establecidas, para que la asesoría sea brindada por personal que se encuentre más accesible al lugar que la solicita y al mismo tiempo, quien la brinde tenga un mejor conocimiento de la situación de salud imperante en la zona.
- Propiciar que el desarrollo y actualización del personal de salud sea a partir de sus expectativas de crecimiento profesional y personal con base a las necesidades de su área asistencial, docente y de investigación, lo que le permitirá continuar integrando los avances científicos y tecnológicos.

Para el logro de los objetivos se instrumentarán, entre otras, las siguientes estrategias:

- Establecer en los centros de trabajo reuniones entre los trabajadores de la salud para el análisis y reforzamiento del aprendizaje diario que se tiene en los servicios, apoyándose, en los casos en que sea pertinente, en las instituciones educativas públicas y privadas que pueden aportar experiencias en el estudio y desarrollo de distintas actividades de salud.
- Profesionalizar la actividad docente en el área de la salud, impulsando la investigación educativa en ella.
- Desarrollar mecanismos que permitan evaluar la calidad de los programas educativos y su impacto, tanto en la prestación de los servicios como en los trabajadores de la salud.
- Diseñar un esquema de incentivos para que la remuneración sea proporcional al desempeño e impulsar el servicio civil de carrera en el área de salud.
- Promover el establecimiento de convenios para el desarrollo de la enseñanza de pregrado, el servicio social y el posgrado en carreras del área de la salud.
- Elaborar y ejecutar proyectos de capacitación de personajes comunitarios que proporcionen el paquete básico de servicios de salud.
- Consolidar los sistemas de información como recurso indispensable para la planeación de recursos humanos en formación.

6. Recursos e insumos para la salud

La cantidad, calidad y oportunidad con que se ofrecen los servicios de salud depende de los recursos materiales, humanos y tecnológicos con los que se cuenta. Con miras a garantizar un abasto adecuado de los insumos necesarios para proporcionar dichos servicios, en 1983 se integró en el país el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. El acuerdo presidencial que lo instituyó define como insumos esenciales del sector a los medicamentos, las materias primas para elaborarlos, los productos biológicos, los reactivos, el equipo e instrumental médico, el material de curación y la información científica.

No obstante los avances en la racionalización de la prescripción, consecuencia de la creación del Cuadro Básico, los ahorros generados por la compra consolidada y las mejoras recientes en su distribución, aún persisten problemas en esta área que dificultan enormemente la prestación de los servicios de salud en el sector público. En la Encuesta Nacional de Salud de 1994, por ejemplo, en tres de las regiones de este estudio, la principal razón declarada por los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud para no regresar al mismo lugar de atención se relacionó con el abasto y la calidad de los medicamentos.

Dentro de los problemas relacionados con los recursos e insumos del sector público de la salud destacan los siguientes:

- El tiempo que toman las licitaciones de los insumos es excesivamente largo y los procedimientos muy burocráticos.
- El control de calidad de los insumos en algunas claves es deficiente.
- En la elección de los ganadores de las licitaciones sólo se toman en cuenta los precios y, en cierta medida, la calidad de los productos, pero no así las condiciones de posventa (garantía, respaldo técnico, servicio de mantenimiento preventivo y correctivo, venta de accesorios, refacciones y partes, servicio de instalación, capacitación y dotación de manuales), que son particularmente importantes para el equipo e instrumental médicos.
- Las cantidades que el centro asigna a los estados son menores o mayores a lo solicitado en algunos insumos, problema que se agrava cuando los requerimientos estatales están mal calculados.
- Los insumos frecuentemente resultan insuficientes, no llegan a tiempo a las unidades operativas, no se apegan a las especificaciones y no tienen un control de la fecha de caducidad.
- En las áreas operativas el personal de salud está poco familiarizado con el uso de genéricos, lo que dificulta su óptimo aprovechamiento.
- En el caso específico del equipo médico (electrocardiógrafos, aparatos de imagenología, aparatos de anestesia, incubadoras), la planeación para su incorporación suele ser inadecuada, lo mismo que la capacitación del personal que lo opera y le da mantenimiento; hay problemas de sub o sobreutilización; es frecuente la escasez de reactivos y refacciones y hay una ausencia casi absoluta de información sobre su efectividad.

Con el propósito de mejorar la calidad, la adquisición, la distribución, el uso y el mantenimiento de los insumos del sector salud, la presente administración llevará a cabo lo siguiente:

- Revisar y actualizar, a través del Consejo de Salubridad General, el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, a fin de mantenerlo acorde con las necesidades derivadas de problemas epidemiológicos emergentes y con el avance en el conocimiento clínico y farmacológico.
- Contar con un área central en el Sector Salud que informe sobre la calidad y precios de los insumos, así como sobre sus condiciones de posventa. Las entidades federativas, con base en esta información, podrán decidir la adquisición de sus insumos a través de la compra consolidada nacional o a través de compras estatales o regionales.
- Crear un sistema de información que defina las necesidades reales y la situación de las unidades médicas, para evitar así el desperdicio de medicamentos, material de curación y reactivos, homologar la tecnología y darle un uso más eficiente.
- Modernizar los sistemas nacionales y estatales de almacenamiento y distribución de insumos o subrogarlos si con esto se logran mayores beneficios.
- Diseñar un programa de seguimiento de la prescripción de medicamentos para garantizar un uso óptimo de los genéricos del Cuadro Básico. Este programa de monitoreo habrá de complementarse con un programa de educación continua en el área de farmacología dirigido a los prestadores de servicios.

- Racionalizar la compra del equipo médico para así garantizar su compatibilidad con la infraestructura existente y el abasto adecuado de insumos y refacciones.
- Instaurar un programa de capacitación continua para los recursos humanos que operan y dan mantenimiento al equipo de las unidades operativas.
- Discutir la posibilidad de introducir en el Sistema Nacional de Salud instancias encargadas de evaluar la tecnología que habrá de adquirirse en términos no sólo de su seguridad y eficacia clínica, sino también en términos de su costo-efectividad.
- Promover el establecimiento de convenios y acuerdos interinstitucionales para aprovechar al máximo los equipos médicos disponibles en la región.
- Promover la vinculación entre los centros de investigación y el sector industrial de insumos médicos para apoyar el desarrollo de nuevas tecnologías adecuadas a la realidad del país.
- Asegurar la disponibilidad suficiente de vacunas, sueros heterólogos, reactivos biológicos y químicos de calidad óptima, a fin de lograr la prevención, diagnóstico, control y eventual erradicación de las enfermedades transmisibles.

7. Investigación en salud

La investigación en salud es un elemento indispensable en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud que aquejan a la población permitiendo explicar las situaciones actuales, identificar nuevos problemas de salud y generar oportunidades de acción, así como contribuir al progreso de la ciencia médica y al desarrollo tecnológico universal.

Los nuevos desafíos de salud originados por los cambios en la estructura demográfica de la población, la urbanización e industrialización crecientes, así como las transformaciones en los estilos de vida individuales y colectivos, impactan fuertemente la prestación de servicios de salud y hacen necesario contar con información científica que permita reorientar los modelos de atención, a fin de que la carga creciente de las enfermedades crónicas y degenerativas, los accidentes, las adicciones, los trastornos mentales y otras patologías emergentes, sean tomadas en cuenta.

En el país se cuenta con instituciones que llevan a cabo investigación científica en salud de alto nivel de excelencia, entre las que destacan: los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD); unidades de salud de segundo y tercer nivel de atención médica de las instituciones de Seguridad Social; instituciones de carácter académico, como la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana y El Colegio de México; y otras instituciones del sector público y organizaciones del sector privado que realizan y apoyan proyectos de investigación en salud.

Los problemas que enfrentan las instituciones para ampliar la cobertura (temática y regional), así como para dar la importancia necesaria a la investigación, se destaca: la carencia de una legislación sanitaria en materia de investigación en salud que propicie el desarrollo científico y tecnológico; poca participación de las comisiones de investigación, ética y bioseguridad en el desarrollo y evaluación de la investigación en salud; tendencia a la concentración de recursos y proyectos para la investigación en salud en la capital del país; ausencia de un sistema de información que dé apoyo a la investigación en salud; desvinculación entre las líneas de investigación con los problemas prioritarios de salud; resistencia y dificultad de acceso a medios de divulgación científica de excelencia e insuficiente formación de recursos humanos para la investigación científica en salud, así como su participación en la docencia de nivel superior.

En relación a lo anterior y tomando en consideración los Programas de Educación, de Cultura, Ciencia y Tecnología y del Medio Ambiente, se propone: avanzar en la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el impulso a las actividades científicas y tecnológicas; favorecer el desarrollo científico y tecnológico en salud en los campos básico, clínico, epidemiológico, de salud pública y de servicios de salud; identificar prioridades y desarrollar acciones a mediano y largo plazos en las áreas que requieren de mayor apoyo para vencer los obstáculos y problemas para la investigación en salud; establecer sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención médica, apoyados a través de investigación en salud.

Los objetivos del programa son:

- Disponer de un marco jurídico y normativo que regule la organización y operación de la investigación en salud, de tal manera que permita impulsar las actividades científicas para el mejoramiento de los niveles de efectividad y calidad de las instituciones y programas de salud.
- Fortalecer el funcionamiento de la instancia administrativa responsable de la aplicación de las disposiciones jurídicas, normativas y programáticas en materia de investigación en salud, tanto en los órdenes nacional como estatal y fomentar la investigación en salud a nivel estatal, municipal y local.

- Definir y aplicar criterios para evaluar la calidad y pertinencia de la investigación en salud y su impacto en la calidad de la atención médica, así como el establecer programas institucionales de mejoramiento de la calidad de la investigación y de la prestación de servicios de salud.
- Establecer un sistema de información para apoyo efectivo a la planeación y a la realización de investigación en salud y disponer de un medio de divulgación de excelencia para la difusión de los resultados de la investigación en salud, con cobertura a todas las unidades operativas de los diferentes niveles de atención.
- Ampliar la participación de profesionales y técnicos dedicados a tareas de investigación en salud, mediante el fomento a la formación y actualización de investigadores, así como incrementar la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de la investigación.
- Diversificar las fuentes de financiamiento para programas de investigación en salud, contando para ello con la participación del sector privado, de organismos de cooperación técnica y mediante la participación en proyectos de investigación de ejecución internacional.

A través del cumplimiento de los objetivos planteados se espera, entre otra metas: actualizar el marco regulatorio de la investigación en salud; reforzar el funcionamiento de las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad, en las instituciones donde se realiza investigación en salud: establecer sistemas institucionales homogéneos de estímulos y apoyos al desarrollo de la investigación científica y tecnológica en salud; impulsar proyectos de investigación de problemas prioritarios de salud del país; fomentar el desarrollo de proyectos de investigación de excelencia, así como la participación interinstitucional y multidisciplinaria en la investigación en salud a través de proyectos específicos para el estudio de enfermedades de interés local, regional, nacional o mundial; perfeccionar los mecanismos de evaluación para el ingreso, permanencia y promoción de los investigadores dentro de un Sistema de Investigación en Salud; apoyar la creación de unidades que sirvan de apoyo a varias instituciones, tales como: Unidades de Biología Molecular, Biotecnología y centros de excelencia en Epidemiología Clínica; vincular los programas de formación de recursos humanos con los de investigación en salud; establecer unidades de enlace estatales y regionales para facilitar la coordinación de las acciones de fomento y estímulo a la investigación en salud; integrar un sistema de información para apoyo de la investigación en salud; fomentar el registro regular de los protocolos de investigación, así como de los derechos de autor y de patentes de los productos de la investigación; incrementar la productividad, en cuanto al número e impacto de las publicaciones en las instituciones que realicen investigación en salud; eliminar barreras y favorecer el establecimiento de estímulos fiscales para la adquisición de insumos para la investigación; e identificar fuentes complementarias de financiamiento para proyectos de investigación en salud.

Anexo A: Acciones esenciales irreductibles de salud

En el contexto de la descentralización de los servicios de salud para la población abierta, es necesaria la definición de un conjunto de acciones de salud que garantice, dentro del marco de autonomía para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados, la provisión de un grupo de intervenciones con las características siguientes:

- Consecuentes con la política nacional de salud que propone el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.
- Que produzcan externalidades importantes; esto es, que su instrumentación represente beneficios más allá de los límites geográficos de una entidad federativa o bien que la no instrumentación por parte de una entidad ponga en riesgo la salud de la población en entidades vecinas.
- Intervenciones con un alto rendimiento en términos de costo-efectividad.
- Intervenciones relacionadas con metas comprometidas internacionalmente.

Este grupo de acciones representan un irreductible en materia de servicios y programas de salud, así como de regulación y fomento sanitarios, que deberán contar con recursos presupuestales claramente identificables para asegurar su instrumentación en los planos estatal y nacional.

El irreductible en materia de salud está conformado entonces por un conjunto de intervenciones claramente vinculadas con los programas sustantivos prioritarios de la presente administración (salud pública, atención médica y fomento sanitario). Su aplicación será nacional o en su caso regional cuando se trate del control o prevención de patologías de expresión sólo o periódicamente en ese ámbito.

Se propone organizar el contenido programático en cuatro grandes áreas prioritarias: salud pública, atención médica, fomento sanitario y sistemas de información. Además, se propone dividir el primero de ellos en dos subcomponentes: promoción de la salud y

servicios preventivos. Para cada área prioritaria se incluye una serie de programas, los cuales operan bajo una normatividad establecida por el nivel central. Cabe señalar que este irreductible será modificado según se logren mejoras en los indicadores de salud y las condiciones económicas del país lo permitan.

1. Salud pública

Su objetivo central es contribuir de manera significativa en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad asociados con ciertos estilos de vida y factores de riesgo específicos, a través de acciones de promoción, protección, prevención y control, así como impulsar el desarrollo de una cultura de la salud fortaleciendo los conocimientos, actitudes y comportamiento social y su interacción con el medio ambiente en favor del bienestar individual, familiar y social.

1.1. Promoción de la salud

Las acciones específicas que se incluyen en esta área se concentran en los programas siguientes y sus actividades correspondientes:

- a. Salud reproductiva
 - Servicios de planificación familiar.
 - Atención prenatal, del parto y del puerperio.
 - Promoción de la lactancia materna.
 - Servicios de salud reproductiva para los adolescentes.
- b. Nutrición y salud
 - Apoyo alimentario.
 - Vigilancia nutricional en los menores de 15 años.
 - Combate a la deficiencia de yodo vigilando que la sal para consumo humano cumpla con la normatividad oficial.
 - Orientación alimentaria y nutricional en las unidades de salud.
 - Ministración de vitamina A a los niños de seis meses a cuatro años de edad en los municipios de alto riesgo.
- c. Salud escolar
 - Promover la formación de alumnos promotores de salud en las escuelas secundarias.
- d. Deporte para la salud
 - Instalar módulos prosalud con personal capacitado.
 - Operar los programas específicos de ejercicios para la salud normados a nivel central.
- e. Salud mental
 - Establecer servicios de atención de la salud mental en las unidades de primero y segundo niveles de atención.
- f. Accidentes y lesiones no intencionales
 - Establecer una campaña permanente de prevención de accidentes para la población general
- g. Adicciones

1.2. Servicios preventivos

Las acciones específicas que se incluyen en esta área se concentran en los programas siguientes y sus actividades correspondientes:

- a. Inmunizaciones
 - Asegurar que las acciones de vacunación universal lleguen a todas las localidades, mediante el abasto y distribución oportuna de los insumos y el funcionamiento correcto de la red fría en todas las unidades.
 - Fortalecer la coordinación entre los sectores público, social y privado.
 - Efectuar el estudio y seguimiento de los casos de enfermedades prevenibles por vacunación.
- b. Enfermedades diarreicas, cólera y parasitosis intestinal
 - Fortalecer la coordinación entre los sectores público, social y privado.
 - Capacitación a madres.
 - Distribución de sobres Vida Suero Oral.
 - Tratamiento de casos.
 - Tratamiento antiparasitario masivo a población menor de 15 años en las zonas de alto riesgo.
- c. Infecciones respiratorias agudas

- Capacitación a madres.
 - Tratamiento específico de casos.
- d. Vigilancia del crecimiento y desarrollo
- Vigilancia del crecimiento en menores de cinco años a través de mediciones antropométricas.
- e. Tuberculosis
- Identificación de tosedores y detección de casos.
 - Incorporar a todo enfermo al tratamiento supervisado de corta duración y establecer la coordinación interinstitucional necesaria para asegurar la adherencia del enfermo al tratamiento.
 - Estudio de contactos.
- f. Enfermedades de transmisión sexual
- Contar con un sistema permanente de información, educación y comunicación dirigido tanto a la población como a los prestadores de servicios.
 - Instrumentar estrategias de educación en salud sexual con énfasis en el uso del condón.
 - Garantizar la aplicación de la normatividad para la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y referencia de las enfermedades de transmisión sexual.
- g. Infección por VIH/SIDA
- Garantizar que las instituciones de salud tanto públicas como privadas utilicen sangre, hemoderivados, órganos y tejidos sólo después de ser comprobada su negatividad serológica para el VIH.
 - Notificación, estudio y seguimiento epidemiológico de los casos detectados de VIH.
 - Garantizar la aplicación de la normatividad para la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y referencia de la infección por VIH.
- h. Enfermedades transmitidas por vector
- Estructurar la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector utilizando la estratificación epidemiológica de riesgos.
 - Establecer puestos centinela para aislamiento virológico de dengue en áreas de alto riesgo y evaluar mensualmente las acciones y recursos del programa.
 - Fortalecer la coordinación entre los sectores público, social y privado.
- i. Hipertensión arterial
- Establecer criterios y lineamientos que rijan las actividades del Sector Salud en materia de detección, prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- j. Diabetes mellitus
- Detectar a la población diabética mayor de 25 años, a través de glicemia capilar.
 - Llevar a cabo el control clínico efectivo de los enfermos detectados para limitar el daño, reducir la discapacidad y las muertes prematuras.
- k. Cánceres cérvicouterino y mamario
- Establecer mecanismos de coordinación intersectorial para reforzar las acciones de prevención y diagnóstico oportuno de displasias de útero y de mama.
 - Delimitar al interior de las entidades federativas áreas de cobertura y población de responsabilidad institucional.
- l. Salud bucodental
- Vigilar el contenido de yodo y fluoruro en la sal de consumo.
 - Garantizar la atención bucodental integral a los grupos de alto riesgo como son los menores de 15 años.

2. Atención médica

Las características de la población y los recursos disponibles son los elementos que orientan la organización de los sistemas de salud; por ello, el desarrollo de los mismos requiere la identificación tanto de grupos de población con necesidades específicas como de las barreras que obstaculizan su desempeño. Asimismo, la planeación de los sistemas de salud debe incluir mecanismos que posibiliten reaccionar rápidamente a cambios potenciales en las condiciones de salud de la población, garanticen la calidad de los materiales de apoyo en la prevención y el tratamiento de patologías y la incorporación de avances tecnológicos.

Por lo anterior, el área de atención médica plantea los objetivos siguientes:

- Contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de los grupos vulnerables mediante el otorgamiento de un paquete básico de servicios de salud.
- Promover el fortalecimiento de la capacidad gerencial del personal directivo.
- Desarrollar programas de atención a la salud en casos de desastre y diseñar dispositivos sectoriales de respuesta ante la eventualidad de emergencias sanitarias.

Las acciones específicas que se incluyen en esta área se concentran en los programas siguientes y sus actividades correspondientes:

2.1. Programa de ampliación de cobertura

- Proveer el paquete básico de servicios de salud a la población sin cobertura, principalmente en las regiones prioritarias y a los grupos vulnerables.
- Propiciar la organización y participación social en beneficio de la salud de los grupos vulnerables.

2.2. Programa de mejoramiento de la gestión administrativa

- Identificar y organizar el catálogo de necesidades de capacitación gerencial en los servicios de salud.
- Vigilar el cumplimiento del marco normativo para fomentar el desarrollo gerencial del personal directivo estatal.

2.3. Programa de atención a la salud en casos de desastre

- Incorporar al Sector Salud en la coordinación que señalen los Consejos Estatales de Protección Civil.
- Integrar el Consejo Estatal para Emergencias Sanitarias y Desastres.

2.4. Programa de disposición de sangre segura

- Vigilar el cumplimiento del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- Vigilar el cumplimiento de las normas para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de bancos de sangre, servicios de transfusión y puestos de recolección de sangre.
- Operar los Centros Estatales de Transfusión Sanguínea, de acuerdo con la normatividad en la materia.
- Coordinar, supervisar y evaluar los bancos de sangre y establecimientos en las entidades federativas que proporcionan servicios de transfusión.

3. Fomento sanitario

La Secretaría de Salud tiene bajo su responsabilidad desarrollar una política más racional de regulación sanitaria, con enfoque de riesgo y promover a través del fomento sanitario en productores, procesadores, prestadores de servicios y consumidores la mejora continua de las condiciones sanitarias de los productos, servicios y establecimientos y con ello contribuir a abatir las enfermedades cuyo vehículo de transmisión son especialmente los alimentos. En este mismo sentido, tiene también la responsabilidad de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y otros productos auxiliares para la salud que se producen, importan y expenden en el país.

Vinculado con lo anterior se encuentran diversos riesgos a la salud relacionados con factores ambientales; por esta razón, conocer y controlar la interacción de la población con su medio, así como controlar y vigilar sustancias tóxicas o peligrosas, constituyen un importante componente de la salud pública.

De igual forma, la publicidad en medios masivos de comunicación y en publicaciones especializadas debe vigilarse para asegurar que exista seguridad para los consumidores, y en su caso, evitar fraudes a la salud.

Por lo anterior, el área de fomento sanitario deberá alcanzar los objetivos siguientes:

- Contribuir en la protección de la salud mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud, en especial los derivados de la producción, fabricación, distribución, comercialización y uso o consumo de productos, bienes y servicios.
- Garantizar la seguridad y eficacia terapéutica de los insumos para la salud que se comercializan en el territorio nacional.
- Identificar riesgos ambientales, estudiar y definir estrategias de control y llevar a cabo el seguimiento de la aplicación de la normatividad en el plano nacional en la materia.

- Incrementar acciones de control sanitario de la publicidad.
- Favorecer la aplicación de normatividad más ágil y precisa donde se requiera, desregulando los giros susceptibles.

Las acciones específicas que se incluyen en esta área se concentran en los programas siguientes y sus actividades correspondientes:

3.1. Fomento sanitario de bienes, servicios y establecimientos

- Verificación sanitaria y dictaminación de establecimientos con enfoque de riesgo.
- Actualización del padrón de establecimientos, productos y servicios sujetos a vigilancia sanitaria.
- Control y vigilancia sanitaria de productos nacionales e importados.
- Impulsar la capacitación del personal en materia de vigilancia y fomento sanitarios.
- Desregulación de giros de salubridad que no representan riesgos a la salud.

3.2. Control y vigilancia de medicamentos, dispositivos médicos, material de curación y de laboratorio

- Verificar que los establecimientos apliquen prácticas de manufactura adecuadas y los productos cumplan con las especificaciones que establece la *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*.
- Notificar oportunamente y evaluar la información recibida del personal de salud acerca de reacciones adversas de medicamentos, vacunas y dispositivos médicos.
- Establecer en cada entidad federativa un Centro de Farmacovigilancia que apoye la recolección de información sobre reacciones adversas.
- Ejercer el control y vigilancia sanitarios de los establecimientos que producen y distribuyen dispositivos médicos.

3.3. Vigilancia de la calidad del agua y saneamiento básico

- Muestreo de fuentes de abastecimiento de agua.
- Vigilancia aleatoria de la calidad del agua domiciliaria.
- Impulsar el desarrollo de infraestructura ambiental que incluya programas integrales en las áreas de agua, saneamiento y manejo de desechos, en especial de los mecanismos novedosos de reciclamiento y contención.

3.4. Efectos del ambiente en la salud y atención de contingencias ambientales

- Asegurar mayor información sobre problemas y soluciones relacionadas con la salud y el medio ambiente que permita a la población participar en acciones comunitarias.
- Vincular la mortalidad y la morbilidad existentes con la vigilancia de la exposición a los riesgos ambientales y ampliar las actividades de vigilancia ambiental que incluyan la evaluación de riesgos relacionados con la salud.

3.5. Vigilancia de la publicidad y prevención de fraudes a la salud

- Ejercer la regulación sanitaria de la publicidad sobre actividades de interés local de acuerdo con la normatividad en la materia.

3.6. Homologación y armonización con estándares internacionales

- Asegurar que la aplicación de la normatividad no constituya una barrera a la actividad comercial, propiciando que ésta se sustente en principios y criterios de aceptación internacional.

4. Sistemas de información

Para lograr la consolidación del proceso de descentralización es indispensable reforzar o en su caso desarrollar los sistemas de información que permitan el control, seguimiento y evaluación de la operación de los programas y servicios en las entidades federativas. En efecto, la información se convierte en un elemento estratégico de cohesión para la integración de las unidades descentralizadas bajo un esquema sistémico y no como células aisladas, sin menoscabo de su autonomía de gestión.

Desde el punto de vista organizacional, la normatividad en materia de información y política informática se mantendrá en el nivel central, conservando éste la facultad de ser la ventanilla única para la publicación y difusión de cifras con carácter oficial y se refiere esencialmente a los sistemas siguientes:

- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

- Sistema Nacional de Información Estadística en Salud.
- Sistema de Evaluación y Seguimiento.

En todos los casos anteriores, las entidades federativas tendrán que utilizar los formatos y procedimientos diseñados por el nivel central para el envío de la información, con la periodicidad indicada por la normatividad correspondiente; además, la cobertura, confiabilidad y oportunidad de la información será responsabilidad de las unidades que la generan, quienes además serán los usuarios principales de la misma para fines de planeación, programación y evaluación en el nivel local.

Es indispensable que cada entidad federativa cuente con las instancias de coordinación necesarias para el funcionamiento adecuado de los sistemas de información; estas instancias deben ser como mínimo: el Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica, el Subcomité Estatal de Informática y el Grupo Estatal Interinstitucional de Información en Salud.

El irreductible de acciones será sujeto de un estrecho seguimiento y evaluación y sus resultados serán un capítulo importante dentro del informe anual del Secretario de Salud; por ello su definición resultará de un proceso concertado en el seno del Consejo Nacional de Salud entre los estados y la Federación, pero será esta última la que tome las decisiones finales. No obstante, a partir de la elaboración de los Programas Anuales Estatales de 1997, corresponderá a las entidades federativas la programación y presupuestación de las mismas, así como la definición de las metas anuales preferentemente en términos de resultados.

El compromiso de mantener las acciones consideradas como irreductibles deberá ser de carácter sectorial. Por ello la Secretaría de Salud, como instancia rectora, promoverá su adopción por todas las instituciones del sector.

Finalmente, desde el punto de vista presupuestal, se crearán los controles administrativos necesarios para garantizar que los recursos estén suficientemente etiquetados. Esto significa que se establecerá como norma la prohibición de transferir recursos de estas acciones para otros programas, además de reservar recursos a nivel central para contender con situaciones no previstas, que puedan afectar el cumplimiento de las metas propuestas por las entidades federativas (brotes de enfermedades, desastres naturales, etcétera).

Anexo B: Paquete básico de servicios de salud

Según el estudio de regionalización operativa de la Secretaría de Salud, en México hay entre 8 y 10 millones de habitantes que no cuentan con acceso regular a servicios básicos de salud. Se trata en su gran mayoría de población rural dispersa que vive en condiciones de alta marginación y que se concentra en los estados del centro y del sur del país.

Esta población sufre de enormes rezagos en términos de salud, que incluyen altas tasas de enfermedades infecciosas, problemas frecuentes de salud materna y perinatal, y graves problemas de desnutrición. Estos problemas de salud se constituyen en obstáculos serios para el desarrollo de estas comunidades y generan problemas de inequidad que se hace necesario combatir.

En estricto apego al derecho a la protección de la salud, consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la presente administración se planteó como uno de sus objetivos ampliar el acceso regular a servicios básicos de salud a toda la población mexicana antes del año 2000. La estrategia que eligió para cumplir con este ambicioso objetivo fue la del Paquete Básico de Servicios de Salud.

La ampliación de cobertura a través de un Paquete Básico de Servicios de Salud presenta enormes ventajas en relación con otras alternativas. Dentro de sus virtudes destacan la posibilidad de ofrecer una atención integral a las necesidades de salud de la población mexicana más desprotegida; su fácil instrumentación, y el asociarse a un uso más eficiente de los recursos, que de esta manera se focalizan en un número limitado de intervenciones controladas.

1. Definición

El Paquete Básico de Servicios de Salud se define como el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones -clínicas, de salud pública y de promoción de la salud- factibles de instrumentar, de bajo costo y alto impacto.

2. Criterios para la Selección de las Intervenciones

Dos fueron los criterios fundamentales que el Consejo Nacional de Salud utilizó para diseñar la lista de intervenciones que hoy conforman el Paquete Básico de Servicios de Salud.

- Que el padecimiento constituye una prioridad de salud, es decir, que sea una causa importante de muerte, enfermedad o discapacidad, y

- Que cuente para su control con medidas preventivas o terapéuticas efectivas y de bajo costo.

3. Intervenciones

El Paquete Básico de Servicios de Salud consta de 12 intervenciones que permiten ofrecer una atención integral a la salud. Estas intervenciones, además, atienden las necesidades de los grupos más vulnerables y atacan ocho de las diez principales causas de muerte en el país. La lista de intervenciones se presenta a continuación.

3.1. Saneamiento básico a nivel familiar

- Desinfección de agua domiciliaria
- Disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario
- Educación para la salud

3.2. Planificación Familiar

- Identificación de la población en riesgo
- Distribución de métodos: orales, inyectables y condones
- Referencia para la aplicación de DIU, salpingosclasis y vasectomía
- Educación para la salud

3.3. Atención prenatal, del parto y del puerperio

- Identificación de embarazadas
- Consulta prenatal de primera vez y subsecuente
- Aplicación de toxoide tetánico
- Promoción de la lactancia materna
- Identificación y referencia del embarazo de alto riesgo
- Atención del parto eutócico
- Detección y referencia del parto de alto riesgo
- Cuidados inmediatos del recién nacido
- Detección y referencia del recién nacido con problemas
- Aplicación de SABIN y BCG al recién nacido
- Ministración de hierro a embarazadas
- Educación para la salud

3.4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil

- Identificación de menores de 5 años
- Orientación nutricional
- Detección
- Diagnóstico
- Capacitación de madres
- Referencia
- Seguimiento
- Ministración de micronutrientes

3.5. Inmunizaciones

- Identificación de susceptibles
- Derivación de susceptibles
- Ministración de vacunas
- Educación para la salud

3.6. Manejo de casos de diarrea en el hogar

- Capacitación de madres
- Reconocimiento de signos de alarma
- Distribución de sobres VSO
- Referencia para tratamiento

3.7. Tratamiento antiparasitarios a las familias

- Ministración de antiparasitarios
- Educación para la salud

3.8. Manejo de infecciones respiratorias agudas

- Reconocimiento de signos de alarma
- Capacitación de madres
- Tratamiento específico
- Referencia para tratamiento

3.9. Prevención y control de tuberculosis pulmonar

- Referencia de tosedores crónicos
- Tratamientos supervisados de casos confirmados y de contactos
- Educación para la salud

3.10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus

- Detección
- Tratamientos supervisados
- Educación para la salud

3.11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones

- Otorgamiento de primeros auxilios
- Referencia
- Educación para la salud

3.12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud

- Formación de comités locales de salud
- Protección de fuentes de abastecimiento de agua
- Eliminación sanitaria de la basura
- Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo
- Control de fauna nociva

4. Sistematización operativa

Con el fin de facilitar la instrumentación y el cálculo de los costos del Paquete Básico de Servicios de Salud y evitar interpretaciones múltiples en la operación del mismo, el Consejo Nacional de Salud procedió a desagregar las intervenciones en acciones y actividades. Esto significó básicamente el diseño de protocolos de intervención en los que se definieron los procedimientos a realizar -acciones diagnósticas, tratamientos, medidas de prevención, procedimientos de salud pública-, los insumos, los agentes involucrados y los sitios en los que habrán de proporcionarse los servicios.

Los recursos humanos que instrumentarán el Paquete Básico de Servicios de Salud son los médicos, enfermeras, pasantes de medicina, técnicos en atención primaria a la salud, promotores de salud, auxiliares de salud, parteras y promotores voluntarios.

Los sitios en los que habrán de instrumentarse las intervenciones son los centros de salud urbanos, centros de salud rurales dispersos y concentrados, casas de salud, posadas de nacimiento, comunidades, escuelas y hogares.

Finalmente, los insumos del Paquete Básico de Servicios de Salud incluyen medicamentos, material de curación, equipo específico e instrumental, biológicos, estudios de laboratorio y de gabinete, impresos, y material didáctico y audiovisual.

Otro punto importante en la desagregación de las intervenciones fue la definición de la frecuencia de cada actividad, su periodicidad y el tiempo que requiere su ejecución.

En las figuras que se presentan en las páginas siguientes se ilustra la desagregación de una de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud: el manejo de casos de diarrea. Esta intervención se desagregó en cinco acciones: capacitación de madres; distribución de sobres Vida Suero Oral; referencia para tratamiento de casos y educación para la salud. Cuando a una de estas acciones se le asigna un agente y un sitio se transforma en lo que se decidió denominar actividad. De hecho, las 12 intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud se desagregaron en alrededor de 60 acciones y 220 actividades.

Ejemplo de la sistematización operativa

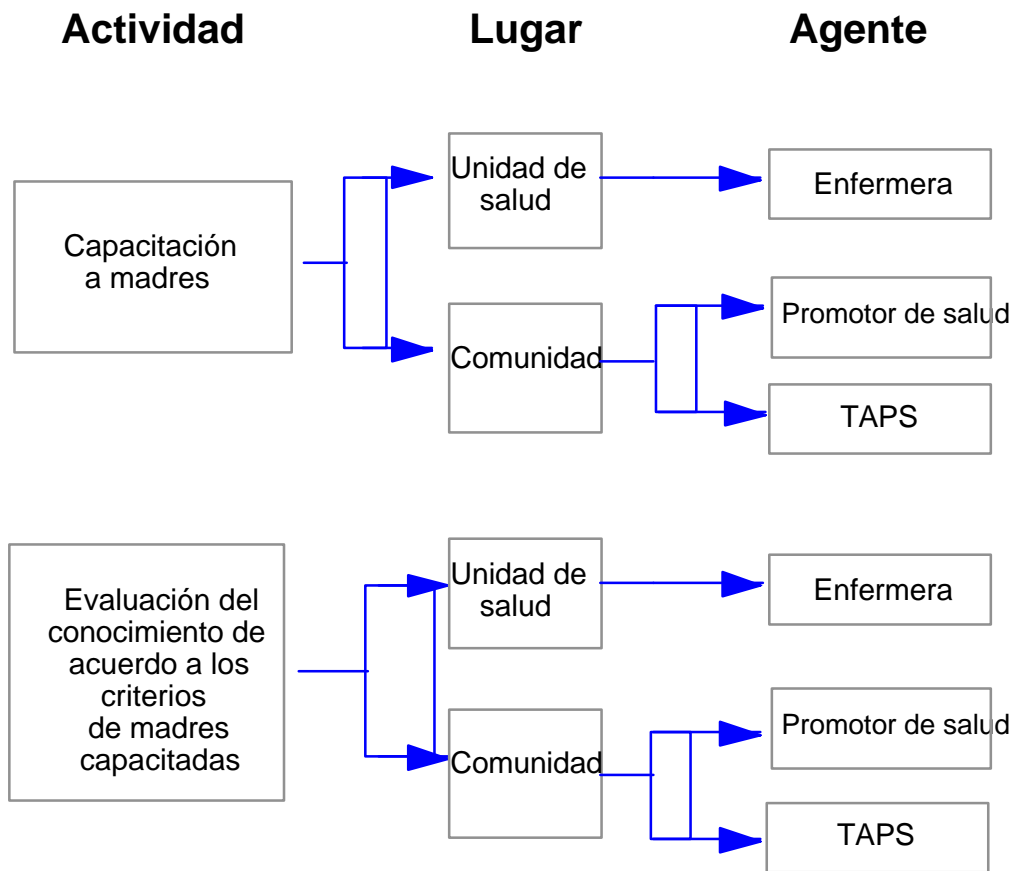
Manejo de casos de diarrea

Para el manejo de casos de diarrea, las acciones que se desarrollarán serán las siguientes:

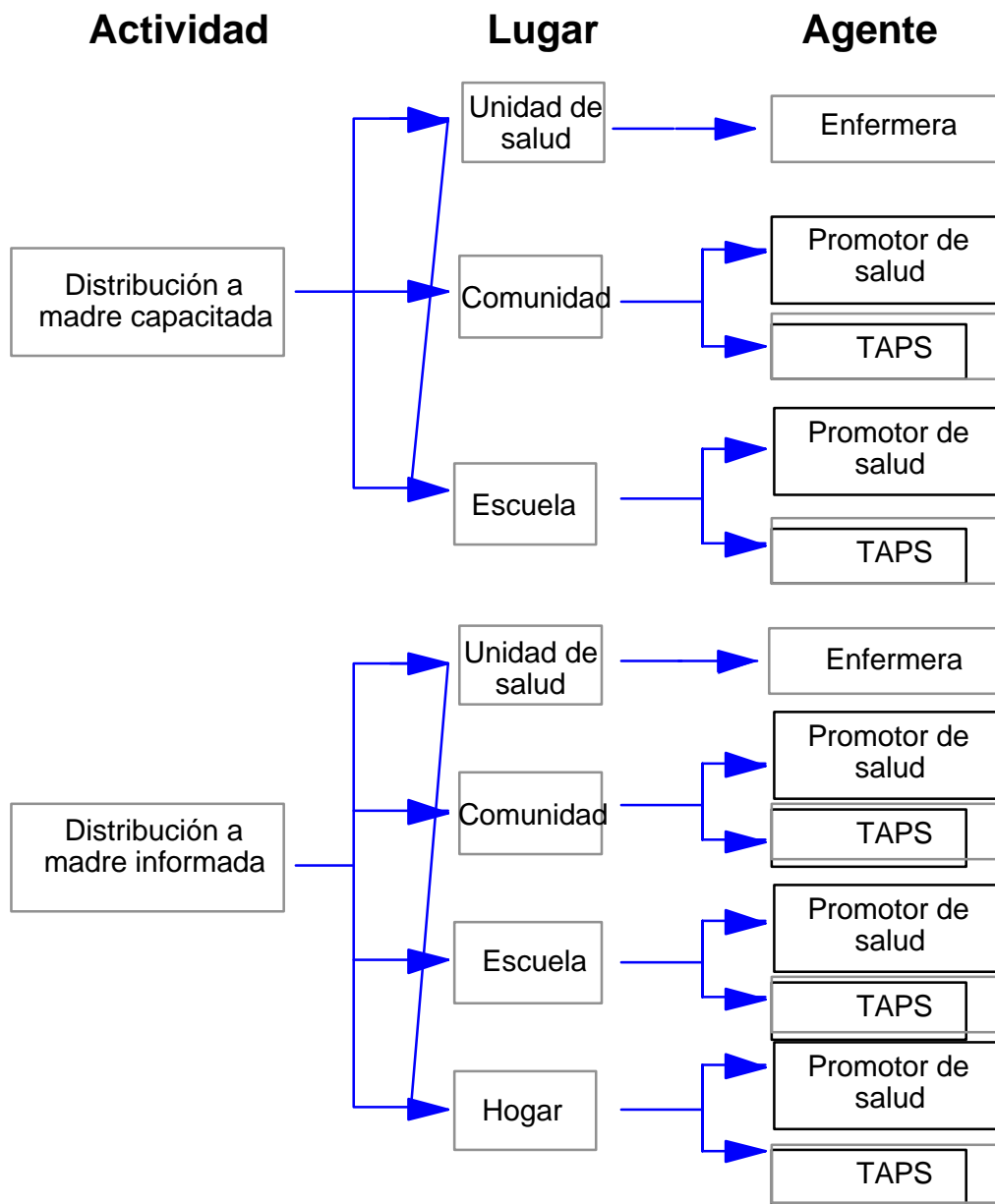
- capacitación a madres;

- distribución de sobres Vida Suero Oral;
- referencia para tratamiento;
- tratamiento de casos y
- educación para la salud

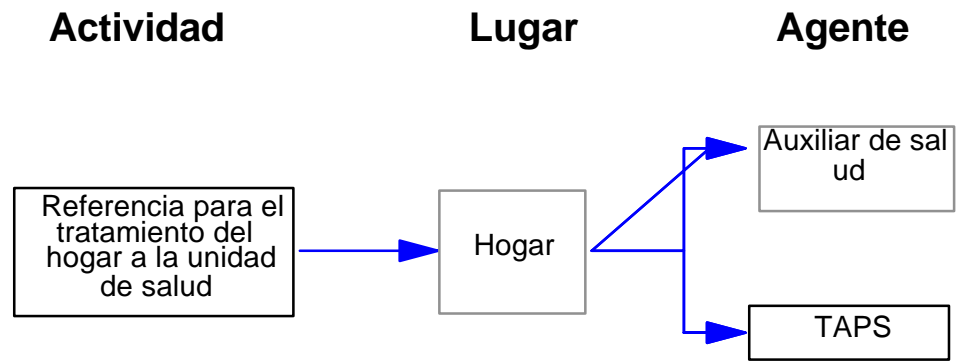
1.- Capacitación a madres



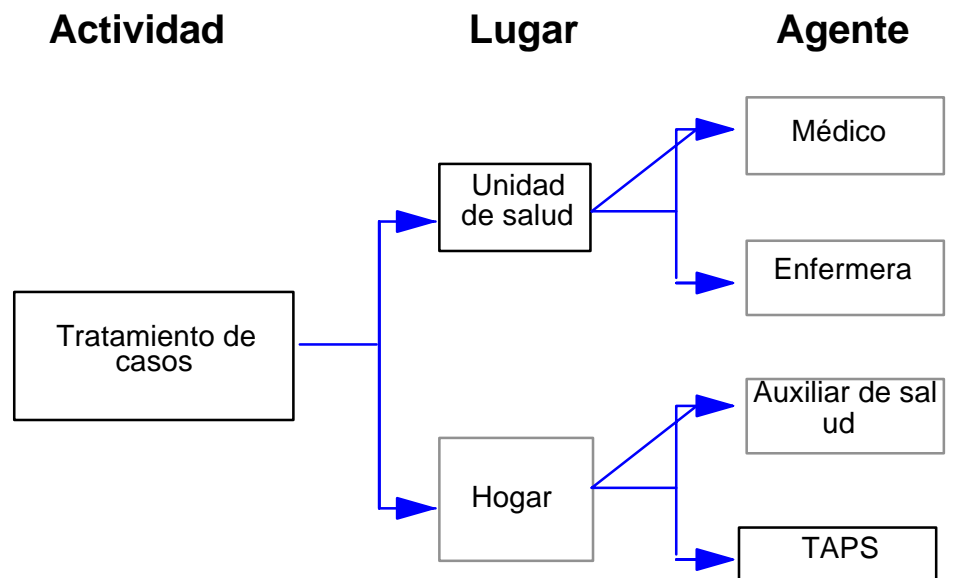
2.- Distribución de sobres Vida Suero Oral



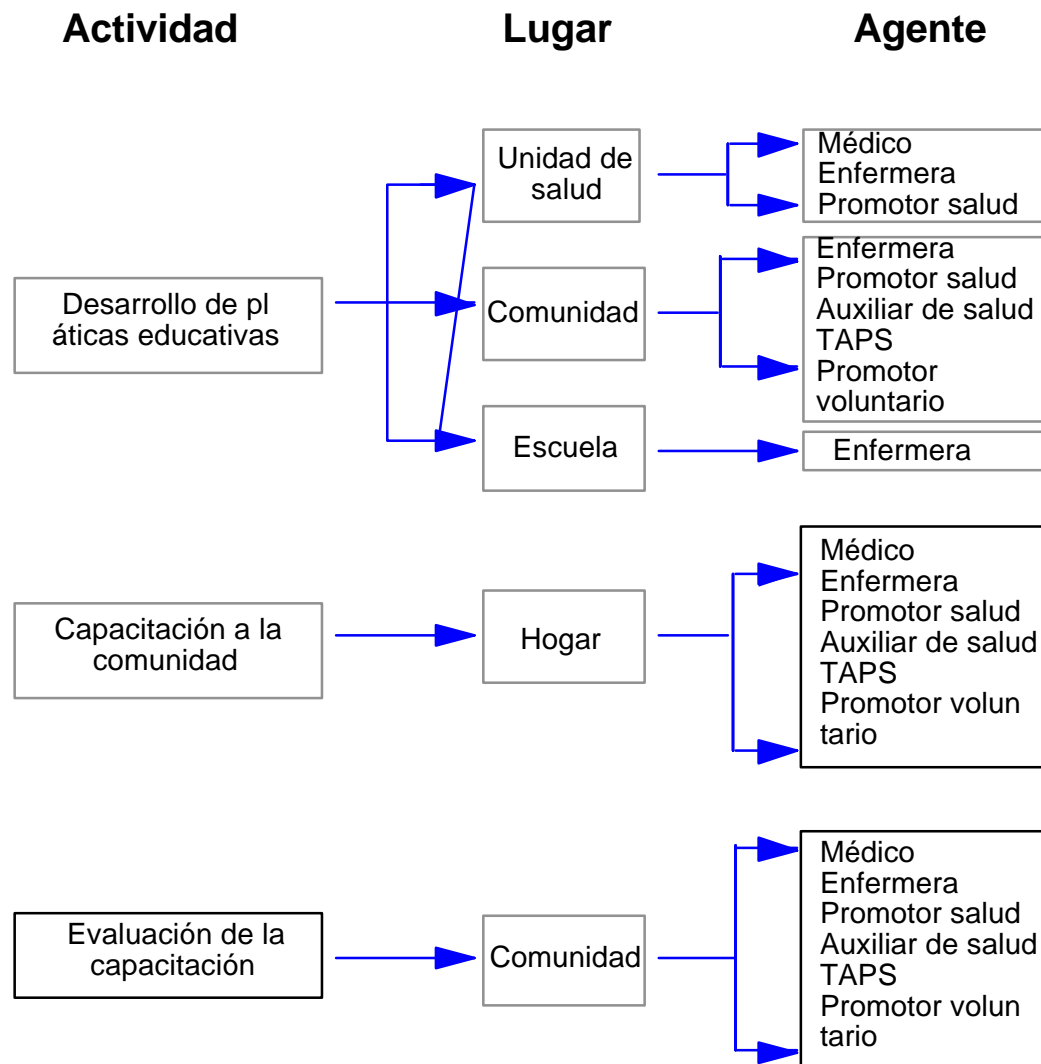
3.- Referencia para el tratamiento



4.- Tratamiento de casos



5.- Educación para la salud



5. Cuadro Básico de Insumos del Paquete Básico de Servicios de Salud

Dentro de los productos colaterales de la desagregación de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud cabe destacar a los cuadros básicos de medicamentos e insumos. Este ejercicio, por ejemplo, permitió diseñar un Cuadro Básico de Medicamentos del Paquete Básico de Servicios de Salud que incluye 41 claves.

CUADRO BASICO DE MEDICMIENTOS

No	NOMBRE	CLAVE	PRESENTACION
1	Acido acetil salicilico	101	Tabletas 500 mg (Envase con 20
2	Paracetamo	104	Tabletas 300 mg (Envase con 10
3	Acetaminofén	106	Frasco con solución de 20 ml con 100 mg x
4	Metamizol	109	Solución inyectable de 1
5	Lidocaína al	262	Frasco ampula de 50 ml (20 mg/ml) (Envase con
6	Salbutamo	431	Frasco con solución 2 mg (Frasco c/60
7	Hidrocortisona	475	Frasco ampula de 500 mg (Envase
8	Propranolol	530	Tabletas 40 mg (Envase
9	Clorotiazid	562	Tabletas 250 mg (Envase
10	Captopri	574	Tabletas 25 mg (Envase
11	Nifedipin	597	Cápsulas 10 mg (Envase
12	Adrenalina con	611	Solución inyectable (Envase c/50 ampolletas de 1
13	Tolbutamid	104	Tabletas 500 mg (Envase
14	Glibenclamid	104	Tabletas 5 mg (Envase
15	Clorpropamid	104	Tabletas 250 mg (Envase
16	Albendazo	134	Tabletas 200 mg (Envase c/2
17	Fumarato	170	Tabletas 200 mg (Envase c/50
18	Acido	170	Tabletas 5 mg (Envase c/ 20
19	Fitomenadiona (Vitamina	173	Ampula 1 mg (Envase c/3 ampulas de 0.5 20
20	Trimetoprim con	190	Suspensión 40/200 mg (Frasco de 120
21	Ampicilina	192	Tabletas 250 mg (Envase c/20
22	Ampicilina trihidratada	193	Suspensión 125 mg (Frasco c/60
23	Gentamicina	195	Solución inyectable 80 mg (Envase de 2
24	Gentamicina	195	Solución inyectable 20 mg (Envase de 2
25	Estreptomycin	240	Envase c/fco. ampula y diluyente de 1
26	Isoniacida	240	Tabletas 100 mg (Envase c/200
27	Etambutol	240	Tabletas 400 mg (Envase c/50
28	Isoniacida, rifampicina y	241	Envase con 240
29	Isoniacida y	241	Caja c/120
30	Cloramfenicol	282	Solución 5 mg c/gotero integral de 15
31	Noretisterona y	350	Envase con 21
32	Noretisteron	350	Ampula de 1 ml con 200
33	Levonorgestrel y	350	Envase con 28
34	Desogestrel y	350	Envase con 28
35	Cloruro de sodio al 0.9 %	360	Solución inyectable (Envase con 250
36	Cloruro de sodio al 0.9%	360	Solución Inyectable (Envase con 500
37	Hartmann	361	Solución Inyectable (Envase con 500
38	Electrolitos	362	Polvo p/solución (Sobre c/ 27.9
39	Preservativo	2504	Caja con 100 preservativos en empaque
40	Penicilina benzatínica	25030	Frasco ampula c/300,000 y 600,000
41	Medroxiprogesterona/estradiol	25036	Ampula con 25 mg/5

De la misma manera se pudieron diseñar cuadros básicos para biológicos, material de curación, instrumental, equipo, impresos, y material didáctico y educativo.

6. Aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud

Para la puesta en marcha del Paquete Básico de Servicios de Salud se escogieron 380 municipios de muy alta marginación de 11 estados de la República (Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí, Yucatán, Veracruz y Zacatecas) en donde habitan casi 4 millones de personas, 30 por ciento de las cuales no cuentan con acceso regular a servicios básicos de salud. Se trata de una población fundamentalmente rural, indígena y con frecuencia monolingüe que vive en localidades de gran dispersión geográfica, escasos servicios sanitarios y vías de comunicación incipientes si no es que inexistentes.

Para el primer año se han distinguido dos etapas: una etapa de implantación y otra de operación, divididas en periodos trimestrales que permitirán instrumentar progresivamente las intervenciones en las localidades.

Etapa de implantación. Durante el primer trimestre de esta etapa se formularán los programas estatales, jurisdiccionales y operativos, y se elaborarán los documentos de ejecución presupuestal. En este trimestre se llevarán a cabo también tareas de fortalecimiento operativo y de capacitación del personal directivo, y se diseñarán los instrumentos de promoción del paquete.

En el segundo trimestre de 1996 se procederá a adquirir los insumos del paquete; reclutar, contratar y capacitar al personal de nuevo ingreso; implantar el sistema de información y vigilancia epidemiológica; actualizar el padrón de promotores y recursos para la salud en las localidades, y conformar los equipos de asesoría y supervisión.

Etapa de operación. Los dos trimestres de esta segunda etapa se dedicarán a implementar las actividades de difusión del Paquete Básico de Servicios de Salud; iniciar la aplicación de las intervenciones; instaurar el programa de capacitación continua del personal técnico y comunitario; instrumentar el sistema de seguimiento y evaluación; intensificar las acciones de reforzamiento de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud en las comunidades con atención incompleta, y depurar el proyecto de presupuestación y programación para 1997.

7. Capacitación

Como resultado del proceso de descentralización de las acciones de la Dirección General de Enseñanza en Salud y de la Novena Reunión Nacional de Jefes de Enseñanza, recientemente se unificaron los criterios que habrán de guiar a las Jefaturas de Enseñanza en las tareas de capacitación relacionadas con el Paquete Básico de Servicios de Salud.

Para garantizar la adecuada aplicación del paquete se diseñó un programa de capacitación y actualización dirigido al personal de los niveles estatal, jurisdiccional y de unidades operativas con tres líneas básicas de acción:

- 7.1. Difundir entre el personal directivo, el propósito y la estrategia de aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud para que se facilite su coordinación, ejecución y evaluación.
- 7.2. Difundir a la totalidad del personal el contenido del Paquete Básico de Servicios de Salud para que conozca su alcance y su trascendencia.
- 7.3. Capacitar al personal operativo para que la aplicación de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud se lleve a cabo con la mayor claridad posible.

A nivel central, la Dirección General de Enseñanza en Salud tiene la responsabilidad de establecer las políticas y normas relacionadas con este programa de capacitación, así como los procedimientos de evaluación y educación continua, en coordinación con las Direcciones Generales sustantivas relacionadas con el Paquete Básico de Servicios de Salud.

A nivel estatal, las jefaturas de enseñanza deberán coordinar las actividades de capacitación en el ámbito de su competencia, adecuando dicha capacitación a las características y necesidades locales.

A nivel jurisdiccional, los jefes de enseñanza correspondientes serán los responsables de la ejecución del programa de capacitación y de incorporar a todo el personal de salud y personal voluntario de las unidades operativas.

Por último, cabe señalar que se contará con un sistema de seguimiento nominal de la capacitación, que evaluará su impacto y la calidad.

8. Seguimiento y Evaluación del Paquete Básico de Servicios de Salud

Dentro de las etapas señaladas por el Consejo Nacional de Salud para la implementación del Paquete Básico de Servicios de Salud se incluye el diseño de un Sistema de Evaluación y Seguimiento.

Este sistema de evaluación estará constituido por tres componentes; una evaluación de estructura y proceso, una evaluación operativa y una evaluación de impacto.

La evaluación de estructura y proceso estará dedicada a medir el comportamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud en lo referente al equipamiento, capacitación de personal, cumplimiento de las plantillas de recursos humanos y abasto de insumos.

Por su parte, la evaluación operativa medirá el porcentaje de cumplimiento de las metas trimestrales y semestrales de cada una de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud.

Finalmente, la evaluación de impacto medirá, en términos generales, la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud, y, más específicamente, la ampliación de la cobertura de vacunación, la ampliación de la cobertura de los servicios de planificación familiar y el impacto de las intervenciones sobre algunos indicadores básicos de salud: número de casos de diarrea, número de casos de infecciones respiratorias agudas y mortalidad materna, entre otros.

Una de las virtudes de este sistema de evaluación es que los indicadores de los diversos componentes provienen en su mayoría de los sistemas de información y evaluación empleados regularmente en los programas de la Secretaría de Salud involucrados en el Paquete Básico de Servicios de Salud: Programa de Vacunación, PRONACED-IRA y Programa de Promoción y Educación para la Salud, entre otros. Se trata de indicadores sensibles, específicos, de fácil registro y susceptibles de verificación.

Seguimiento y Evaluación del Paquete Básico de Servicios de Salud Indicadores Generales		
· Evaluación de Estructura y Proceso		
Indicador	Fuente de la Información	Periodicidad del Registro
% de unidades de primer nivel con equipo clínico básico completo	Jurisdicción	Semestral
% de unidades de primer nivel con plantilla de personal completa	Jurisdicción	Semestral
% de personal de salud extramuros con equipo clínico básico completo	Jurisdicción	Semestral
% promedio de desabasto de insumos del Cuadro Básico de Insumos del PBSS en centros de salud	Jurisdicción	Trimestral
· Evaluación de Impacto		
% de comunidades < 500 habitantes con acceso a más intervenciones al PBSS	Jurisdicción	Semestral
% de comunidades < 500 habitantes con acceso a todas las intervenciones del PBBSS	Jurisdicción	Semestral

El Sistema de Seguimiento y Evaluación contará con indicadores generales del Paquete Básico de Servicios de Salud y con indicadores de estructura, operativos y de impacto para cada una de las 12 intervenciones.

Para reforzar la información generada de manera regular por la Secretaría de Salud, el sistema de Evaluación y Seguimiento del Paquete Básico de Servicios de Salud contará con un sistema de supervisión y con equipos centinelas. El sistema de supervisión consistirá básicamente de la organización de visitas a unidades operativas para verificar la veracidad de la información registrada. Por su parte, los equipos centinelas registrarán de manera esporádica información de evaluación para compararla con la de los registros regulares. Se trata básicamente de un sistema alternativo de información que cumplirá con funciones de vigilancia.