TOMO CCV DURANGO, DGO., JUEVES 18 DE OCTUBRE DEL 2001. No. 32.

PERIODICO OFICIAL

DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE DURANGO

SEGUNDO SEMESTRE
LAS LEYES DECRETOS Y DEMAS DISPOSICIONES
SON OBLIGATORIAS POR EL SOLO HECHO DE PUBLICARSE
EN ESTE PERIODICO

FRANQUEO PAGADO PUBLICACION PERIODICA PERMISO NUM.=001-1082
CARACTERISTICAS: 113182816 AUTORIZADO POR SEPOMEX

DIRECTOR RESPONSABLE EL C. SECRETARIO GRAL. DEL GOBIERNO DEL EDO.

S U M A R I O

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

CONVOCATORIA No. 006.- EXPEDIDA POR LA SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION, RELATIVA A LA LICITACION PUBLICA NACIONAL No. 39064002-006-01, PARA LA CONTRATACION DE SEGURO PARA AERONAVES DEL GOBIERNO DEL ESTADO.-..... PAG. 3

E D I C T O.- EXPEDIDO POR EL JUZGADO SEGUNDO MERCANTIL, PROMOVIDO POR LOS CC. LICENCIADOS FERNANDO GONZALEZ VERDIN, MARTIN NAVARRETE FRAYRE, LUCIA GONZALEZ VERDIN Y OSVALDO CASTAÑEDA GAMBOA, EN SU CARACTER DE ENDOSATARIOS EN PROCURACION DE LA C. TERESA DE JESUS RODRIGUEZ RAMIREZ, EN CONTRA DEL C. JORGE AMADOR RODARTE.-..... PAG. 4

R E G L A M E N T O.- INTERIOR DE LA SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES.-..... PAG. 6

A C U E R D O.- DE CREACION DE DELEGACIONES ADMINISTRATIVAS DE LA OFICIALIA MAYOR.- PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION No. 8 DE FECHA 10 DE AGOSTO DEL 2001.-..... PAG. 17

R E L A C I O N.- DE ENTIDADES PARAESTATALES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION NO. 9 DE FECHA 13 DE AGOSTO DEL 2001.-..... PAG. 17

A C U E R D O.- MEDIANTE EL CUAL SE ADSCRIBEN ORGANICAMENTE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SECRETARIA DE SALUD.-..... PAG. 19

CONTINUA SIGUIENTE PAGINA

A C U E R D O.- MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER LA RECALENDARIZACION DE LOS RECURSOS Y LA REDISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO POR ENTIDAD FEDERATIVA, PARA LA OPERACION DEL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACION PARA DESEMPLEADOS (PROBECAT).-..... PAG. 20

A C U E R D O.- MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER LA RECALENDARIZACION DE LOS RECURSOS Y LA REDISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO POR ENTIDAD FEDERATIVA PARA EL PROGRAMA CALIDAD INTEGRAL Y MODERNIZACION (CIMO).- PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION No. 11 DE FECHA 15 DE AGOSTO DEL 2001.-..... PAG. 20

D E C R E T O.- POR EL QUE SE MODIFICAN DIVERSOS ARANCELES DE LA TARIFA DE LA LEY DEL IMPUESTO GENERAL DE IMPORTACION.- PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION No. 3 DE FECHA 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2001.-..... PAG. 22

A C U E R D O.- POR EL QUE SE DA A CONOCER EL PRIMER PROTOCOLO ADICIONAL AL ACUERDO DE COMPLEMENTACION ECONOMICA NUMERO 51 CELEBRADO ENTRE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LA REPUBLICA DE CUBA.-..... PAG. 22

A C U E R D O.- POR EL QUE SE CREA EL COMITE DE ADMINISTRACION Y EDICION DEL PORTAL OFICIAL DEL TURISMO EN MEXICO.- PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION No. 14 DE FECHA 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2001.-..... PAG. 23

A C U E R D O.- MEDIANTE EL CUAL SE CREA EL INSTITUTO DE INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA ARMADA DE MEXICO.-..... PAG. 23

A C U E R D O.- POR EL QUE SE ADSCRIBEN ORGANICAMENTE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL.-..... PAG. 24

A C U E R D O.- POR EL QUE SE DELEGAN FACULTADES EN MATERIA DE NEGOCIACIONES Y ASUNTOS COMERCIALES INTERNACIONALES.- PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION No. 27 DE FECHA 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2001.-..... PAG. 24

CONVOCATORIA No. 003.- EXPEDIDA POR EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE DURANGO, RELATIVA A LA LICITACION PUBLICA NACIONAL No. 39067001-004-01, PARA LA CONTRATACION DE SUMINISTRO DE MUEBLES Y ARTICULOS DIVERSOS.-..... PAG. 67

INSTITUTO DE CAPACITACION
"FRANCISCO ZARCO"

E X A M E N.- PROFESIONAL DE PROFESOR DE EDUCACION PRIMARIA DE LA C. ESTELA ERENDIDA RODRIGUEZ CABRAL.-..... PAG. 68

==========000==========

SECRETARIA DE FINANZAS Y ADMINISTRACION DEL ESTADO DE DURANGO

Unidad de Compras

Licitación Pública Nacional

Convocatoria: 006

De conformidad con lo que establece la normatividad Estatal en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, se convoca a los interesados en participar en la(s) licitación(es) de carácter nacional para la contratación de Seguro para Aeronaves del Gobierno del Estado de conformidad con lo siguiente:

No. de licitación	Costo de las bases	Fecha límite para adquirir bases	Junta de aclaraciones	Presentación de proposiciones y apertura técnica	Acto de apertura económica
39064002-006-01	$1,500 Costo en compraNET: $1,000	23/10/2001	24/10/2001 11:00 horas	30/10/2001 13:00 horas	01/11/2001 11:00 horas

Partida	Clave CABMS	Descripción	Cantidad	Unidad de medida
1	0000000000	SEGURO DE HELICOPTERO BELL MODELO 407	1	SEGURO
2	0000000000	SEGURO DE CESSNA CARAVAN 208	1	SEGURO

* Las bases de la licitación se encuentran disponibles para consulta y venta en Internet: http://www.durango.compranet.gob.mx, o bien en: 5 de Febrero Ote. No. 218, Colonia Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Durango; con el siguiente horario: De 9:00 a15:00.
* La procedencia de los recursos es: Local.
* La forma de pago es: En la Recaudacion de Rentas del Gobierno del Estado de Durango, efectivo cheque certificado o cheque de caja, expedido a favor de la Secretaria de Finanzas y de Administracion.. En compraNET mediante los recibos que genera el sistema.
* La junta de aclaraciones se llevará a cabo el día 24 de octubre de 2001 a las 11:00 horas en: Sala de Acuerdos de la Subsecretaria de Administracion de acuerdo a lo estipulado en bases., ubicado en: Calle 5 de Febrero Pte. Número 800, Colonia Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Durango.
* El Acto de presentación de propuestas técnica y económica será el día: 30 de octubre de 2001 a las 13:00 horas.
* La apertura de la propuesta técnica se efectuará el día: 30 de octubre de 2001 a las 13:00 horas, , y la apertura de la propuesta económica el día: 1 de noviembre de 2001 a las 11:00 horas en 5 de Febrero Pte. No. 800, Colonia Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Durango.
* El idioma en que deberán presentarse las proposiciones será: Español .
* La(s) moneda(s) en que deberá(n) cotizarse la(s) proposición(es) será(n): Dólar Americano .
* Lugar de entrega: Direccion de Patrimonio del Gobierno del Estado de Durango, los días De lunes a Viernes en el horario de entrega: De 9:00 a 15:00.
* Plazo de entrega :A la firma del Contrato correspondiente.
* Las condiciones de pago serán: Dentro de los 20 dias naturales contados a partir de la recepcion de las polizas de seguro.
* Los criterios generales de adjudicacion del contrato seran segun lo establecido en el articulo 35 de la Ley de la Materia..

Durango, Durango 18 de octubre de 2001

LIC. CARLOS LÓPEZ PORTILLO GONZÁLEZ

Subsecretario de Administración Pública

SECRETARIA DE FINANZAS Y DE ADMINISTRACION
PODER EJECUTIVO DEL ESTADO
DURANGO

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION

JUZGADO SEGUNDO MERCANTIL
DURANGO, DGO., MEX.

E D I C T O

EXP. No. 433/2001

C. JORGE AMADOR RODARTE.

Por medio del presente edicto que se publicara por tres veces consecutivas en el **PERIODICO OFICIAL DEL ESTADO,** se le hace saber que en este Juzgado en el expediente arriba indicado, promovido por los **CC. LICENCIADOS FERNANDO GONZALEZ VERDIN, LUCIA GONZALEZ VERDIN, MARTIN NAVARRETE FRAYRE Y OSVALDO CASTAÑEDA GAMBOA,** en su carácter de endosatarios en procuración de la **C. TERESA DE JESUS RODRIGUEZ RAMIREZ,** en contra del **C. JORGE AMADOR RODARTE;** con fecha veinticinco de mayo y cuatro de octubre, respectivamente, ambos del año en curso, se dictaron; sendos autos, que a la letra dicen: -

"Durango, Dgo. a VEINTICINCO de mayo del año dos mil uno. - - - - - - Por presentado el escrito de el (los) CC. LICENCIADOS FERNANDO GONZALEZ VERDIN, LUCIA GONZALEZ VERDIN, MARTIN NAVARRETE FRAYRE Y OSVALDO CASTAÑEDA GAMBOA, por el cual con el carácter de endosatario(s) en procuración de la C. TERESA DE JESUS RODRIGUEZ RAMIREZ, del(os) documento(s) que acompañan, demanda(n) en la vía EJECUTIVA MERCANTIL a los CC. JORGE AMADOR RODARTE Y GERARDO LOYOLA NAVARRETE, con domicilio el primero en: CALLE 1° DE MAYO 207 DEL FRACCIONAMIENTO GUADALUPE VICTORIA INFONAVIT DE ESTA CIUDAD, ejercitando en su contra la acción cambiaria por el pago de la cantidad de CIENTO SISTE MIL PESOS CERO CENTAVOS, por concepto de principal, más el pago de los intereses MORATORIOS y el pago de gastos y costas judiciales; de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 2, 3, 5, 38, 150, 151, 167, 170, 174 y demás relativos de la Ley General de Títulos y Operaciones de crédito, 1391 al 1414 reformados del Código de Comercio, se admite la demanda en la Vía y forma propuesta se tiene al (los) promovente(s) con el carácter indicado, formese cuaderno, registrese en el libro respectivo, agreguese copia de un (unos) titulo(s) de crédito que se acompaña como base de la acción que se ejercita, así mismo, se le tiene por anunciadas de su parte las pruebas que indica en su escrito de cuenta, de las cuales, en su oportunidad, dictese el auto relativo a su admisión, guardándose en la seguridad del Juzgado, el (os) documento (s) originales exhibidos. Se da al presente auto efectos de mandamiento en forma y constitúyase el C. Ejecutor de este Juzgado en el domicilio del demandado indicado en el escrito de demanda y requierasele por el pago inmediato de las prestaciones reclamadas y no haciendo dicho pago, embarguesele bienes de su propiedad suficientes para garantizarlas, depositando el (los) bien (es) embargados en poder de la persona que la parte actora designe bajo su responsabilidad; y en

el supuesto caso de que los bienes muebles que se hayan embargado no se pongan en posesión física y material del depositario se faculta al C. Actuario Ejecutor prevenga al demandado haga entrega de los mismos dentro del termino de tres días apercibiéndole que de no hacerlo se ordenara como medio de apremio el cateo correspondiente a que se refiere la Fracción III del artículo 73 del Código de Procedimientos civiles de aplicación supletoria en materia mercantil. Hecho el embargo, proceda el C. Ejecutor a citar y emplazar al demandado para que dentro del termino de cinco días comparezca ante este juzgado a hacer el pago de su adeudo y anexos legales o a oponerse a la ejecución si tuviere las excepciones que hacer valer, ENTREGANDOLE CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 1394 REFORMADO DEL CODIGO DE COMERCIO, EN EL ACTO DE LA DILIGENCIA, CEDULA EN LA QUE SE CONTENGA EL AUTO DE EXEQUENDO DECRETADO EN SU CONTRA, COPIA DE LA DILIGENCIA PRACTICADA Y CORRIENDO TRASLADO CON LA COPIA DE LA DEMANDA, DE LOS DOCUMENTOS BASE DE LA ACCION Y DEMAS QUE ORDENAN EN EL ARTICULO 1061 DEL CODIGO CITADO CON ANTERIORIDAD, debiendo observarse en la práctica de la diligencia, las formalidades que prescriben los artículos 114 Fracción I, 116, 117, 118, 119, del Código de Procedimientos Civiles aplicado supletoriamente al de Comercio. Asimismo de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1060 del Código de Comercio, téngaseles designando como representante común al SEGUNDO de los promoventes.- Notifíquese. Lo proveyó y firma el C. Juez Segundo de lo Mercantil, ante la C. Secretaria que autoriza y da fe. ----------"

**" Durango, Dgo., a cuatro de octubre del año dos mil uno. ---------
A sus autos el escrito de la C. LICENCIADA LUCIA GONZALEZ VERDIN, como lo solicita, en atención a la razón de fecha veinte de septiembre del presente año puesta por el C. Actuario Ejecutor; de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1070 del Código de Comercio y 122 fracción II, del Código de Procedimientos Civiles supletorio a aquél, emplácese al demandado JORGE AMADOR RODARTE, por medio de edicto que se publicará por tres veces consecutivas en el Periódico Oficial del Estado, debiendo hacerse saber a la parte demandada antes mencionada, que debe presentarse dentro del plazo de quince días a contestar la demanda, quedando en la Secretaría de este Juzgado a su disposición y durante el plazo aludido las copias de traslado respectivas.- Notifíquese.- Lo proveyó y firma el C. Juez Segundo de lo Mercantil, ante la C. Secretaria de Acuerdos que autoriza y da fe. ---------- ."**

Lo que me permito notificar a usted, para los efectos legales a que haya lugar. ----------

DURANGO, DGO., A 09 DE OCTUBRE DEL AÑO 2001.
LA C. SECRETARIA

LIC. MARIA ANTONIETA CASTRELLON VICTORINO

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES

REGLAMENTO Interior de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 17, 18, 26 y 28 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente:

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

CAPÍTULO I

De la Competencia y Organización de la Secretaría

ARTÍCULO 1. La Secretaría tiene a su cargo las atribuciones y el despacho de los asuntos que expresamente le encomiendan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley del Servicio Exterior Mexicano, la Ley sobre la Celebración de Tratados y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes relativos que expida el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTÍCULO 2. Corresponde a la Secretaría:

I. Ejecutar la política exterior de México;

II. Promover, propiciar y coordinar las acciones en el exterior de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de conformidad con las atribuciones que a cada una de ellas corresponda;

III. Dirigir el Servicio Exterior Mexicano, e

IV. Intervenir en toda clase de tratados, acuerdos y convenciones de los que el país sea parte.

ARTÍCULO 3. La Secretaría realizará sus actividades en forma programada. Para tal efecto, en cada programa se precisará la participación que corresponda a las unidades administrativas de la Secretaría, sus órganos desconcentrados y las representaciones diplomáticas y consulares, tomando en cuenta los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas, prioridades y modalidades que para el logro de objetivos y metas dicte el Titular del Ejecutivo Federal.

ARTÍCULO 4. Las representaciones de México en el exterior dependerán administrativamente de la Secretaría en términos de la Ley del Servicio Exterior Mexicano y su Reglamento.

ARTÍCULO 5. Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, la Secretaría contará con los servidores públicos y unidades administrativas siguientes:

SECRETARIO
SUBSECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES
SUBSECRETARÍA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SUBSECRETARÍA PARA ÁFRICA, ASIA - PACÍFICO, EUROPA Y NACIONES UNIDAS
SUBSECRETARÍA DE RELACIONES ECONÓMICAS Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL
OFICIALÍA MAYOR
CONSULTORÍA JURÍDICA
DIRECCIONES GENERALES:

De Protocolo
De Asuntos Culturales
De Enlace Federal y Estatal
De Enlace Político
De Comunicación Social
Para América del Norte
De Protección y Asuntos Consulares
Del Programa para las Comunidades Mexicanas en el Exterior
Para América Latina y el Caribe
De Organismos y Mecanismos Regionales Americanos

Para los Temas de la Nueva Agenda Internacional
Del Acervo Histórico Diplomático
Para África, Asia - Pacífico y Medio Oriente
Para Europa
Para el Sistema de las Naciones Unidas
De Derechos Humanos
De Negociaciones Económicas Internacionales
De Promoción Económica Internacional
De Relaciones Económicas Bilaterales
De Organismos de Cooperación Económica y de Desarrollo
Del Servicio Exterior y de Personal
De Programación, Organización y Presupuesto
De Asuntos Jurídicos
De Bienes Inmuebles y Recursos Materiales
De Delegaciones
De Comunicaciones e Informática.

LAS DELEGACIONES

ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

La Sección Mexicana de la Comisión Internacional de Límites y Aguas México-Estados Unidos de América
La Sección Mexicana de la Comisión Internacional de Límites y Aguas México-Guatemala-Belice
El Instituto Mexicano de Cooperación Internacional
El Instituto Matías Romero

La Secretaría contará con una Unidad de Contraloría Interna, que se regirá conforme al artículo 45 de este Reglamento.

CAPÍTULO II

De las Facultades del Secretario

ARTÍCULO 6. El trámite y la resolución de los asuntos de la competencia de la Secretaría corresponden originalmente al Secretario. Éste, para la mejor distribución y el desarrollo del trabajo, podrá delegar facultades en servidores públicos subaltemos. Los acuerdos de delegación de facultades deberán ser publicados en el **Diario Oficial de la Federación** y ser compilados en los manuales de organización y de procedimientos de la Secretaría.

La delegación de facultades a que se refiere el párrafo anterior y la asignación de éstas a los servidores públicos de las unidades administrativas de la Secretaría, establecidas en el presente Reglamento, no impedirán al Secretario el ejercicio directo de tales facultades.

ARTÍCULO 7. El Secretario tendrá las facultades no delegables siguientes:

I. Ejecutar la política exterior de conformidad con los principios establecidos en la Constitución y los lineamientos que para tal efecto dicte el Presidente de la República;

II. Planear, coordinar, ejecutar y evaluar, en los términos de la legislación aplicable, la política exterior que desarrolla la Secretaría y el Servicio Exterior Mexicano, para lo cual procederá de conformidad con las metas, objetivos y directrices que determine el Presidente de la República;

III. Coordinar las relaciones económicas y de cooperación de México con el exterior y conducir las tareas de promoción económica, comercial, de inversiones y turística a través de las representaciones diplomáticas y consulares;

IV. Asistir al Presidente de la República en el manejo de las relaciones exteriores, así como desempeñar las comisiones y funciones especiales que éste le confiera;

V. Someter al acuerdo del Presidente de la República, e informarle sobre el desarrollo de los asuntos encomendados a la Secretaría;

VI. Representar al Presidente de la República en los juicios constitucionales, en los términos del artículo 19 de la Ley de Amparo, así como en las controversias constitucionales y acciones de inconstitucionalidad a que se refiere el artículo 105 de la propia Constitución y su Ley Reglamentaria, en los casos en que previo acuerdo, lo determine el Titular del Ejecutivo Federal;

VII. Asistir a las reuniones convocadas por el Presidente de la República de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6o. y 7o. de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal;

VIII. Elevar a la consideración del Presidente de la República proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre asuntos que sean de la competencia de la Secretaría;

IX. Refrendar, para su validez y observancia constitucionales, los reglamentos, decretos y acuerdos expedidos por el Presidente de la República cuando tengan relación con los asuntos que competen a la Secretaría, en términos de lo dispuesto por el artículo 92 Constitucional;

X. Autorizar con su firma las resoluciones a que se refiere el artículo 30 de la Ley de Extradición Internacional;

XI. Dar cuenta al Congreso de la Unión del estado que guarda la Secretaría y comparecer ante cualquiera de las Cámaras cuando para ello sea requerido, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 76, Fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

XII. Acordar las acciones necesarias para la aplicación de los programas nacionales en el ámbito de la política exterior y las correspondientes al cumplimiento de los compromisos internacionales de México, en coordinación con las dependencias competentes del Ejecutivo Federal y sus órganos desconcentrados;

XIII. Autorizar con su firma los convenios y las bases de coordinación o colaboración que la Secretaría celebre con otras dependencias de la Administración Pública Federal, así como con los gobiernos de los estados y de los municipios;

XIV. Acordar los nombramientos del personal de la Secretaría y del Servicio Exterior Mexicano y ordenar al Oficial Mayor su expedición;

XV. Designar y, en su caso, remover, a las autoridades centrales y ejecutoras en los tratados o convenios internacionales, competencia de la Secretaría;

XVI. Acordar con los servidores públicos de la Secretaría los asuntos que les haya encomendado;

XVII. Aprobar la organización y funcionamiento de la Secretaría y adscribir orgánicamente las unidades administrativas a que se refiere este Reglamento, e informar al Presidente de la República sobre las medidas que adopte al respecto. Asimismo, presidir en su caso, las comisiones que sean necesarias para el buen funcionamiento de la misma y designar a sus miembros;

XVIII. Aprobar y ordenar la publicación, en el **Diario Oficial de la Federación**, del Manual de Organización Institucional, así como aprobar y expedir los demás manuales de organización, de procedimientos y de servicios necesarios para el buen funcionamiento de la Secretaría;

XIX. Aprobar los programas de trabajo de la Secretaría y el proyecto de presupuesto de egresos correspondiente y, en su caso, sus modificaciones;

XX. Resolver los recursos administrativos que se interpongan en los asuntos de su competencia;

XXI. Resolver las dudas que se susciten con motivo de la interpretación y aplicación de este Reglamento, y de los casos no previstos en el mismo correspondientes a las actividades de la Secretaría, y

XXII. Realizar las demás atribuciones que con el carácter de no delegables le confieren expresamente otras disposiciones legales y el Titular del Ejecutivo Federal.

CAPÍTULO III

De las Atribuciones de los Subsecretarios

ARTÍCULO 8. Al frente de cada una de las Subsecretarías habrá un Subsecretario, quien tendrá las atribuciones siguientes:

I. Acordar con el Secretario el despacho de los asuntos de las unidades administrativas que éste adscriba orgánicamente bajo su responsabilidad;

II. Desempeñar las funciones y comisiones que el Secretario le encomiende y delegue, y mantenerlo informado sobre el desarrollo de las mismas;

III. Representar a la Secretaría en los actos que el Secretario determine;

IV. Vigilar el estricto cumplimiento de las normas legales y disposiciones administrativas, en todos los asuntos de su competencia;

V. Coordinar las labores de las unidades administrativas a su cargo, así como coordinarse, en su caso, con las demás áreas de la Secretaría;

VI. Dictar las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de las unidades administrativas a su cargo, así como controlar y evaluar el trabajo y los resultados de las actividades de las mismas;

VII. Formular los proyectos de programas y de presupuesto que le correspondan, a efecto de que sean considerados para la formulación del anteproyecto de programas y presupuesto anual de la Secretaría;

VIII. Suscribir los documentos relativos al ejercicio de sus atribuciones y aquéllos que le sean señalados por delegación o le correspondan por suplencia;

IX. Suscribir convenios y bases de colaboración relativos a su competencia, siempre que no impliquen obligaciones patrimoniales a cargo de la Secretaría, así como convenios y contratos que al suscribirse afecten exclusivamente los presupuestos de programas específicos a cargo de las unidades administrativas de su adscripción;

X. Refrendar, en aquellos asuntos de su competencia o de sus unidades adscritas, los convenios y contratos que suscriba la Secretaría y que impliquen obligaciones patrimoniales a cargo de la misma;

XI. Coordinar las acciones en el exterior de las dependencias y entidades gubernamentales y proporcionarles la cooperación, información y opiniones que soliciten, de conformidad con las instrucciones que emita el Secretario;

XII. Emitir instrucciones sobre asuntos de su competencia a los titulares de las representaciones diplomáticas y consulares de México en el exterior;

XIII. Expedir copias certificadas de los documentos que obren en sus archivos, cuando así lo requieran el Ministerio Público, autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo, y

XIV. Realizar las demás atribuciones que le confieran las disposiciones legales aplicables y el Secretario dentro del marco de su competencia, así como las que corresponden a las unidades administrativas que se le adscriban.

ARTÍCULO 9. Al Subsecretario de Relaciones Exteriores le corresponderá además de las funciones señaladas en el artículo anterior, dirigir la preparación del Informe Presidencial y el Informe de Labores de la Secretaría.

CAPÍTULO IV
De las Atribuciones del Oficial Mayor

ARTÍCULO 10. Al frente de la Oficialía Mayor habrá un Oficial Mayor, quien tendrá las atribuciones siguientes:

I. Acordar con el Secretario el despacho de los asuntos de las unidades administrativas que éste adscriba orgánicamente bajo su responsabilidad;

II. Desempeñar las funciones y comisiones que el Secretario le encomiende y delegue, y mantenerlo informado sobre el desarrollo de las mismas;

III. Representar a la Secretaría en los actos que el Secretario determine;

IV. Vigilar el estricto cumplimiento de las normas legales y disposiciones administrativas en todos los asuntos de su competencia;

V. Coordinar las labores de las unidades administrativas a su cargo, así como coordinarse, en su caso, con las demás áreas de la Secretaría;

VI. Dictar las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de las unidades administrativas a su cargo, así como controlar y evaluar el trabajo y los resultados de las actividades de las mismas;

VII. Formular los proyectos de programas y de presupuesto que le correspondan, a efecto de que sean considerados para la formulación del anteproyecto de programas y presupuesto anual de la Secretaría;

VIII. Emitir instrucciones sobre asuntos de su competencia a los titulares de las representaciones diplomáticas y consulares de México en el exterior;

IX. Proponer al Secretario las medidas técnicas y administrativas que estime convenientes para el mejor funcionamiento y organización de la Secretaría;

X. Establecer, con la aprobación del Secretario, políticas, normas, lineamientos, sistemas y procedimientos para la óptima administración de los recursos humanos, materiales y financieros de la Secretaría, y emitir las disposiciones que regulen los procesos internos de programación y presupuestación, así como evaluar los resultados de los mismos;

XI. Estudiar y proponer al Secretario las modificaciones de organización que requiera la estructura de la dependencia, así como comunicar los acuerdos que al respecto recaigan;

XII. Atender las necesidades administrativas de las distintas unidades de la Secretaría, de acuerdo con los lineamientos generales fijados por el Secretario y, en coordinación con los titulares de las unidades administrativas, autorizar la adquisición de bienes, la contratación de obras públicas y la de servicios, vigilando el cumplimiento de la legislación aplicable;

XIII. Suscribir los documentos que impliquen actos de administración, así como los convenios y contratos que celebre la Secretaría, conforme a los lineamientos de su Titular, y de cuya ejecución se desprendan obligaciones patrimoniales con cargo a la Secretaría, debiendo constar en ellos la firma del titular de la unidad administrativa responsable de su instrumentación;

XIV. Formular y someter a consideración del Secretario el anteproyecto de programas y presupuesto anual de la Secretaría, vigilar el cumplimiento de los programas y el ejercicio del presupuesto y cuidar el cumplimiento de las leyes y disposiciones fiscales, así como de otras normas aplicables;

XV. Concertar con las autoridades correspondientes, la aprobación del anteproyecto de programas y presupuesto anual de la Secretaría y autorizar, de acuerdo con las normas legales y demás disposiciones aplicables, el ejercicio del presupuesto, así como las solicitudes de modificaciones programáticas y presupuestales que se requieran;

XVI. Autorizar la documentación necesaria para las erogaciones con cargo al presupuesto de la Secretaría y presentar al Secretario aquéllas que deba autorizar, de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;

XVII. Dirigir y resolver, con base en los lineamientos que fije el Secretario y la normatividad aplicable, los asuntos del personal al servicio de la Secretaría;

XVIII. Participar en la Comisión de Personal del Servicio Exterior Mexicano e informarle de las condiciones del propio servicio, para efecto de que se consideren en los casos de ingreso, capacitación, cambios, promoción, medidas disciplinarias y prestaciones;

XIX. Expedir, por orden del Secretario, los nombramientos del personal de la Secretaría y del Servicio Exterior Mexicano, y autenticar las firmas de dichos servidores públicos;

XX. Promover la capacitación del personal de la Secretaría;

XXI. Mantener actualizada la estructura ocupacional de la Secretaría y el escalafón de los trabajadores;

XXII. Aplicar los sistemas de estímulos y recompensas previstos por la ley de la materia y las Condiciones Generales de Trabajo;

XXIII. Asesorar a los titulares de las unidades administrativas de la Secretaría en la forma de establecer sus objetivos y llevar a cabo las acciones preventivas que permitan determinar inconsistencias, problemas de operación o aplicación de la normatividad, y cuyos señalamientos contribuyan a corregir, retroalimentar y mejorar su operación; así como dirigir el diseño, desarrollo e implantación del sistema de innovación y calidad en la Secretaría;

XXIV. Establecer y difundir los lineamientos jurídicos que regulen la actuación de la Secretaría;

XXV. Promover el control, suministro, conservación, rehabilitación, reposición y, en general, el buen uso y servicio de los recursos materiales a disposición de la Secretaría;

XXVI. Promover el control, conservación, mantenimiento y, en general, el buen uso de los inmuebles destinados a la Secretaría, tanto en el país como en el exterior, así como planear y prever los requerimientos inmobiliarios;

XXVII. Registrar y archivar un ejemplar de los instrumentos jurídicos que sean de su competencia;

XXVIII. Expedir copias certificadas de los documentos que obren en los archivos de su competencia, cuando así lo requieran el Ministerio Público, autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo;

XXIX. Coordinar el establecimiento y operación del programa interno de protección civil para el personal, instalaciones, bienes e información de la Secretaría;

XXX. Presidir el Comité de Informática de la Secretaría para el establecimiento de los lineamientos en materia de comunicaciones e informática y coordinar su implementación;

XXXI. Verificar el cumplimiento, en las unidades administrativas de la Secretaría, de las normas de control, fiscalización y evaluación que emita la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo;

XXXII. Fijar los lineamientos administrativos que regulen la expedición de pasaportes;

XXXIII. Autorizar con su firma los pasaportes diplomáticos y oficiales, así como las cartas de naturalización;

XXXIV. Coordinar y fijar los lineamientos para la publicación en Internet de la página de la Secretaría;

XXXV. Evaluar la gestión administrativa en materia de recursos humanos, financieros y materiales en las unidades administrativas de la Secretaría;

XXXVI. Llevar a cabo las acciones preventivas que permitan determinar inconsistencias, problemas de operación o aplicación de la normatividad y cuyos señalamientos contribuyan a corregir, retroalimentar y mejorar la operación de dicho ámbito;

XXXVII. Dirigir el diseño, desarrollo e implantación del sistema de innovación y calidad en las unidades administrativas de la Secretaría;

XXXVIII. Integrar el programa de mejora regulatoria en relación con la normatividad y trámites que aplican las unidades administrativas de la Secretaría, así como los reportes sobre los avances correspondientes, previamente a su envío a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria para registro y publicación;

XXXIX. Presidir el Comité de Innovación y Calidad;

XL. Aprobar la información para su inscripción y actualización en el Registro Federal de Trámites y Servicios de cada trámite que aplican las unidades administrativas de la Secretaría;

XLI. Coordinar la elaboración y aprobar los anteproyectos de iniciativas de leyes y de reglamentos, decretos, acuerdos, normas oficiales mexicanas, circulares, lineamientos, criterios, metodología, instructivos, directivas, reglas, manuales, disposiciones que tengan por objeto establecer obligaciones específicas cuando no existan condiciones de competencia y demás actos administrativos de carácter general de naturaleza análoga que deban publicarse en el Diario Oficial de la Federación, así como coordinar la elaboración y aprobar sus correspondientes manifestaciones de impacto regulatorio, previamente a su envío a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria para su dictamen y difusión entre los sectores interesados, y

XLII. Realizar las demás atribuciones que le confieran las disposiciones legales aplicables y el Secretario, dentro del marco de su competencia, así como las que correspondan a las unidades administrativas que se le adscriban.

CAPÍTULO V
De las Atribuciones de la Consultoría Jurídica

ARTÍCULO 11. Al frente de la Consultoría Jurídica habrá un Consultor Jurídico, quien tendrá las atribuciones siguientes:

I. Asesorar al Secretario sobre asuntos de derecho internacional público y privado, así como en derecho extranjero;

II. Acordar con el Secretario las medidas conducentes para asegurar la participación de México en los foros internacionales competentes y en las conferencias sobre codificación del derecho internacional público y privado, así como formular y coordinar con las unidades administrativas competentes, tanto de la Secretaría, como de otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, las posiciones sobre asuntos jurídicos que regirán la participación de México en dichos foros;

III. Asesorar a las unidades administrativas de la Secretaría y coordinar la preparación de la documentación que se requiera para sustentar la defensa de los intereses del país y de sus nacionales en litigios internacionales, así como mantenerse enterado y apoyar jurídicamente a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que así lo soliciten, en los litigios que se entablen en tribunales extranjeros en su contra;

IV. Brindar apoyo jurídico a la Dirección General de Protección y Asuntos Consulares, en la defensa de los mexicanos en el extranjero;

V. Elaborar los dictámenes y resolver las consultas que sobre derecho internacional público y privado, o extranjero, le requiera el Secretario o le soliciten otras áreas de la Secretaría;

VI. Tomar las medidas conducentes para el cumplimiento de la Ley sobre la Celebración de Tratados;

VII. Opinar sobre la procedencia de suscribir tratados, participar en su negociación y, en su caso, tramitar los plenos poderes correspondientes para la suscripción de los mismos;

VIII. Opinar sobre la conveniencia de modificar o denunciar tratados internacionales y realizar los trámites y gestiones apropiados para dar cumplimiento a los requisitos constitucionales para la entrada en vigor, modificación o denuncia de éstos, de conformidad con lo que establezca la legislación aplicable;

IX. Mantener el registro de los tratados internacionales celebrados por México, así como de sus modificaciones o denuncias, y de los acuerdos interinstitucionales en el ámbito internacional celebrados por las dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, así como por los gobiernos de los estados y municipios;

X. Formular los dictámenes correspondientes sobre la procedencia de acuerdos interinstitucionales en el ámbito internacional que pretendan suscribir las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los gobiernos de los estados y municipios;

XI. Cumplir con los compromisos derivados de tratados internacionales, cuando haya sido designada como autoridad ejecutora;

XII. Emitir, para efectos administrativos, las interpretaciones de los tratados de los que México sea parte;

XIII. Vigilar y dar seguimiento a la instrumentación jurídica de los compromisos derivados de tratados internacionales;

XIV. Participar, proponer y coordinar la formulación de opiniones y comentarios que sea conveniente hacer llegar a tribunales internacionales y, en su caso, comparecer ante tales tribunales para la defensa de los intereses de México;

XV. Expedir copias certificadas de los documentos que obran en sus archivos, cuando así lo requieran el Ministerio Público, o bien autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo;

XVI. Proporcionar la información de tratados que le sea requerida, de conformidad con las disposiciones aplicables y los lineamientos que establezca el Secretario;

XVII. Asistir a la Dirección General de Protocolo en la atención de los asuntos jurídicos que involucren a las misiones o funcionarios diplomáticos, consulares o de organismos e instituciones internacionales acreditados ante el Gobierno de México;

XVIII. Coordinar con instituciones nacionales y extranjeras la formación y especialización de funcionarios de la Secretaría en las áreas de derecho internacional público, privado y extranjero en coordinación con las áreas competentes de la Secretaría;

XIX. Custodiar y utilizar el Gran Sello de la Nación, y

XX. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

CAPÍTULO VI

De las Atribuciones de los Directores Generales

ARTÍCULO 12. Al frente de cada una de las Direcciones Generales habrá un Director General, quien, auxiliado por los Directores Generales Adjuntos, Directores de Área, Subdirectores y Jefes de Departamento, tendrá las atribuciones comunes siguientes:

I. Planear, programar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el desempeño de las labores encomendadas a la Dirección General a su cargo;

II. Acordar con su superior jerárquico la atención, estudio y resolución de los asuntos que sean competencia de la Dirección General a su cargo, así como conceder audiencias al público;

III. Formular los dictámenes, opiniones e informes que les sean solicitados por la superioridad;

IV. Formular los proyectos de programas y de presupuestos relativos a la Dirección General a su cargo, de conformidad con las disposiciones y lineamientos aplicables;

V. Coordinar sus actividades con las demás Direcciones Generales o unidades administrativas, cuando así se requiera, para el mejor funcionamiento de la Secretaría;

VI. Firmar y notificar los oficios de trámite, las notas diplomáticas dirigidas a las representaciones extranjeras acreditadas en México, así como las resoluciones y acuerdos de las autoridades superiores cuando así se les ordene o delegue y aquéllos que emitan de conformidad con las facultades que les correspondan;

VII. Proponer el ingreso, promoción, licencia y la terminación de la relación laboral del personal adscrito a la Dirección General a su cargo, así como extender las autorizaciones a que tenga derecho el personal, de conformidad con lo previsto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, las disposiciones presupuestarias y las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría;

VIII. Sugerir, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y la Dirección General del Servicio Exterior y de Personal, medidas para crear, reorganizar o suprimir unidades de la Dirección General a su cargo, y someterlos por conducto del Oficial Mayor, previa aprobación de su superior jerárquico, al acuerdo del Secretario;

IX. Elaborar, previa autorización de su superior jerárquico y en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y la Dirección General del Servicio Exterior y de Personal, proyectos de normas y manuales de organización y procedimientos, verificando su constante actualización;

X. Participar en las comisiones, comités u otros cuerpos colegiados cuando así se establezca por ley, lo señalen disposiciones aplicables o lo disponga el Secretario, con la personalidad que en cada caso se determine;

XI. Proporcionar la información y la cooperación técnica que les sea requerida por otras unidades administrativas de la Secretaría o por otras dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, de conformidad con las disposiciones aplicables y los lineamientos que establezca el Secretario;

XII. Participar en la negociación y, cuando corresponda, en la coordinación, ejecución y seguimiento de los tratados y acuerdos insterinstitucionales que estén dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones, y

XIII. Ordenar, vigilar y asumir la responsabilidad del ejercicio del presupuesto asignado a la Dirección General a su cargo, de conformidad con las disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 13. Corresponde a la Dirección General de Protocolo:

I. Vigilar y ser el conducto para la aplicación de las disposiciones relativas a las inmunidades y privilegios de las misiones diplomáticas y consulares acreditadas en México, así como de su personal, y hacer valer, en su caso, las reciprocidades que procedan;

II. Vigilar y ser el conducto para la aplicación de las disposiciones relativas a las inmunidades y privilegios de los organismos internacionales con sede o representación en México, basados en los acuerdos de sede correspondientes;

III. Ser el conducto para transmitir a las autoridades competentes, a solicitud de las representaciones extranjeras, la exención del pago de impuestos de los inmuebles de su propiedad, así como los requerimientos de placas de circulación para vehículos de Embajadas, Consulados, Organismos Internacionales y de sus funcionarios acreditados;

IV. Ser el conducto para transmitir los requerimientos de franquicias de importación y exportación de menajes de casa y vehículos de los funcionarios y personal técnico administrativo de las embajadas, consulados y organismos internacionales con sede o representación en México;

V. Mantener un registro del trato que reciben las representaciones de México en el exterior para efectos de aplicar un trato recíproco;

VI. Acreditar a los funcionarios y personal técnico administrativo adscritos a las embajadas, consulados y organismos internacionales con sede o representación en México, así como expedirles la documentación de identidad y otorgar las visas correspondientes;

VII. Revocar visas a los miembros del cuerpo diplomático y consular acreditado ante el Gobierno de México, a petición de las representaciones extranjeras y de acuerdo con la normatividad vigente;

VIII. Apoyar a la Dirección General de Enlace Federal y Estatal, en su trato con las representaciones extranjeras acreditadas en México y las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y los gobiernos de los estados y municipios;

IX. Publicar los directorios del cuerpo diplomático y consular y de los organismos internacionales con representación o sede en México;

X. Elaborar, para firma del Presidente de la República y del Secretario, el Exequátur que se otorga a los cónsules generales y cónsules honorarios a fin de que puedan cumplir con sus funciones, así como las autorizaciones definitivas y las cancelaciones correspondientes;

XI. Tramitar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** del Exequátur y de las Autorizaciones Definitivas y Cancelaciones en términos de la legislación aplicable;

XII. Gestionar los permisos requeridos por nacionales mexicanos para aceptar y usar condecoraciones otorgadas por gobiernos extranjeros, para prestar servicios en misiones diplomáticas y consulares acreditadas en México, y para fungir en México como cónsules honorarios de países extranjeros;

XIII. Participar en la coordinación de los viajes del Presidente de la República y los del Secretario al exterior, así como en aquellos eventos internacionales que se realicen en México y donde también participen;

XIV. Coadyuvar en la elaboración de visitas oficiales a México de los jefes de Estado y de Gobierno y los titulares de Relaciones Exteriores de otros países;

XV. Instrumentar lineamientos protocolarios aplicables a las particularidades de las visitas de Estado y de Gobierno;

XVI. Cuidar el oportuno envío de mensajes de carácter protocolario a jefes de Estado y de Gobierno;

XVII. Llevar el control de las nóminas de gabinete de los países con los que México mantiene relaciones diplomáticas;

XVIII. Organizar y atender los actos a los que asistan los cuerpos diplomático y consular, representantes de organismos internacionales y dignatarios extranjeros;

XIX. Organizar y participar en las ceremonias de presentación de cartas credenciales y copias, ante el Presidente de la República y el Secretario, respectivamente;

XX. Asesorar sobre temas de ceremonial mexicano a diferentes instancias de la Administración Pública Federal y de los gobiernos estatales que lo soliciten;

XXI. Proponer y tramitar la entrega de condecoraciones de la Orden Mexicana del Águila Azteca a diplomáticos acreditados en México y a personalidades extranjeras, llevando el registro correspondiente;

XXII. Resguardar las existencias y el buen estado de las joyas de la Orden Mexicana del Águila Azteca;

XXIII. Coordinar el resguardo y la entrega de la "Insignia Benito Juárez al Mérito Internacional";

XXIV. Utilizar el Gran Sello de la Nación;

XXV. Registrar y legalizar las patentes y despachos de ascenso y retiro de los integrantes de las Fuerzas Armadas de México;

XXVI. Coordinar y apoyar la preparación de reuniones que se efectúen en el Área de Conferencias de la Secretaría, y

XXVII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 14. Corresponde a la Dirección General de Asuntos Culturales:

I. Coordinar la negociación, suscripción y ejecución de los convenios básicos y acuerdos complementarios para establecer programas bilaterales y multilaterales de carácter educativo y cultural;

II. Suscribir los convenios y bases de colaboración en materia de cooperación educativa y cultural, que deriven de programas específicos;

III. Diseñar, impulsar y participar en la ejecución de la política de cooperación educativa internacional de acuerdo a las prioridades de desarrollo nacional y con base en los lineamientos de la política exterior y de la política educativa en México;

IV. Coordinar las labores de promoción y difusión cultural en las representaciones de México en el exterior;

V. Coordinar la evaluación de los programas y actividades educativas y culturales de la Secretaría;

VI. Coordinar las relaciones interinstitucionales de la Secretaría en materia educativa y cultural;

VII. Fomentar la difusión de información cultural entre las instituciones nacionales y extranjeras con actividades en la materia a nivel internacional;

VIII. Atender, en coordinación con la Dirección General de Enlace Federal y Estatal, los requerimientos de información sobre los ámbitos cultural y educativo que los sectores público y privado hagan a la Secretaría;

IX. Difundir entre los sectores público y privado las convocatorias para eventos y concursos internacionales de carácter educativo y cultural que haga la Secretaría;

X. Coordinar el Programa de Imagen Cultural de México en el Exterior, así como fomentar la presencia cultural y artística de México a nivel internacional, en coordinación con otras dependencias y entidades gubernamentales y otros actores internacionales;

XI. Dar seguimiento a los compromisos internacionales de México en materia educativa y cultural;

XII. Coordinar las donaciones de gobiernos extranjeros a instituciones mexicanas en materia educativa, artística y cultural y, en su caso, expedir la documentación correspondiente;

XIII. Proponer el nombramiento y coordinar las actividades de los funcionarios responsables de asuntos culturales en las representaciones de México en el exterior;

XIV. Preservar, difundir e incrementar el patrimonio artístico mueble de la Secretaría;

XV. Coordinar y facilitar las iniciativas mexicanas en materia de movilidad académica internacional;

XVI. Coordinar, elaborar y ejecutar los programas de becas para la formación de capital humano que México ofrece a extranjeros y los que los gobiernos extranjeros y organismos internacionales ofrecen a mexicanos por la vía diplomática, y

XVII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 15. Corresponde a la Dirección General de Enlace Federal y Estatal:

I. Fijar los lineamientos necesarios que permitan establecer una adecuada coordinación de la Secretaría con las áreas de asuntos internacionales en las deperidencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como con los estados y municipios;

II. Coordinar con las áreas competentes de la Secretaría, la atención de las solicitudes de gobiernos extranjeros para relacionarse con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y con los gobiernos de los estados y municipios;

III. Apoyar en la integración de las agendas de trabajo de los funcionarios federales, estatales y municipales en sus giras o misiones y visitas en el exterior, si así se le requiere;

IV. Brindar en coordinación con la Dirección General de Protocolo, las facilidades al Cuerpo Diplomático en las actividades que realice con los funcionarios de los gobiernos de los estados y municipios;

V. Atender las solicitudes de información y peticiones relacionadas con acciones de política exterior que formulen a la Secretaría, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y los gobiernos de los estados y municipios;

VI. Recabar la información estatal y municipal que involucre la imagen y la operación de la Secretaría;

VII. Promover la realización de eventos encaminados al estudio, difusión y comprensión de la política exterior mexicana, principalmente entre grupos académicos, políticos y empresariales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los gobiernos de los estados y municipios;

VIII. Promover y dar seguimiento a los acuerdos de hermanamiento que los gobiernos de los estados y municipios suscriban con el exterior, y

IX. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 16. Corresponde a la Dirección General de Enlace Político:

I. Organizar, previa aprobación del Secretario, el desarrollo de las acciones que correspondan a la Secretaría en atención a solicitudes y requerimientos del Poder Legislativo;

II. Actuar como instancia de coordinación en las comparecencias y presentaciones del Secretario y de otros servidores públicos de la Secretaría ante el Poder Legislativo;

III. Atender las solicitudes de información sobre los temas y acciones de política exterior que formulen a la Secretaría los miembros del Poder Legislativo y las organizaciones políticas del país;

IV. Informar y difundir el contenido y estrategia de la política exterior de México al Poder Legislativo, partidos políticos, así como a organismos y asociaciones civiles;

V. Promover y establecer los contactos necesarios que permitan identificar a diversas organizaciones de la sociedad civil involucradas en los diferentes temas de la política exterior del país;

VI. Proporcionar la asesoría que requiera el Congreso de la Unión sobre asuntos especializados de política exterior con miras a fomentar un permanente intercambio de opiniones sobre los tratados, acuerdos y convenios internacionales;

VII. Apoyar, cuando así lo requieran, a las delegaciones de legisladores y servidores públicos que realicen viajes oficiales al extranjero mediante el suministro de información, y coordinar las visitas que realicen congresistas y parlamentarios extranjeros al país;

VIII. Coordinar la presentación de información requerida por el Senado de la República respecto del nombramiento de Embajadores, Cónsules Generales y representantes de misiones permanentes de México en el exterior;

IX. Dar seguimiento a las disposiciones legislativas sobre temas de política exterior con el propósito de identificar aquéllas que pudieran tener repercusión en la Secretaría o en otras dependencias gubernamentales;

X. Fomentar el apoyo del Poder Legislativo y distintos órganos de gobierno y de la sociedad, en la ejecución de una política exterior de Estado;

XI. Establecer un intercambio de información, así como difundir el contenido de la política exterior de México entre todas las agrupaciones políticas del país;

XII. Diseñar los mecanismos de comunicación necesarios con los partidos políticos y organizaciones políticas representadas en el Congreso de la Unión, a fin de mantener un flujo permanente de información que permita conocer los objetivos que persigan éstas en materia de política exterior, y

XIII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 17. Corresponde a la Dirección General de Comunicación Social:

I. Captar, sistematizar, analizar y evaluar información concerniente a México originada en fuentes nacionales e internacionales, a fin de brindar apoyo a las distintas unidades administrativas, funcionarios y empleados de la Secretaría y a otras dependencias gubernamentales;

II. Establecer mecanismos de coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a fin de coadyuvar en las actividades de difusión de información y promoción en el exterior;

III. Elaborar el programa de comunicación social de la Secretaría en concordancia con los lineamientos que para ese efecto marque la Secretaría de Gobernación;

IV. Mantener relación permanente con los medios informativos nacionales e internacionales, y difundir a través de ellos la política exterior mexicana;

V. Analizar y evaluar el flujo de información sobre acontecimientos nacionales e internacionales e identificar tendencias de comunicación en los medios;

VI. Dar seguimiento, analizar y evaluar el trato que se dé a la Secretaría en los medios nacionales e internacionales de información, a fin de detectar eventos que puedan repercutir desfavorablemente sobre su labor e imagen y realizar acciones preventivas o campañas para evitar la desinformación;

VII. Crear archivos temáticos de información generada en los medios de comunicación, sobre eventos actuales en el ámbito nacional e internacional;

VIII. Conservar y actualizar el archivo de comunicados e información oficial que difunda la Secretaría;

IX. Preservar y actualizar el archivo fotográfico y de video de las actividades relevantes de la Secretaría;

X. Operar como unidad de enlace para el intercambio de información con otras dependencias gubernamentales;

XI. Distribuir material seleccionado de las principales publicaciones nacionales e internacionales entre las diversas áreas de la Secretaría;

XII. Desarrollar actividades, programas y sistemas destinados a promover y fortalecer la presencia de la Secretaría en el ámbito nacional y la imagen de México en el exterior;

XIII. Elaborar y distribuir permanentemente a las representaciones de México en el exterior y a las unidades administrativas de la Secretaría información sobre los programas y actividades del gobierno de México y los sucesos relevantes de la vida nacional;

XIV. Coordinar las actividades y atender las necesidades de los agregados de prensa en las representaciones diplomáticas y consulares, y

XV. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 18. Corresponde a las Direcciones Generales para América del Norte, para América Latina y el Caribe, para África, Asia – Pacífico y Medio Oriente, y para Europa:

I. Presentar opciones de política exterior y participar en el diseño de programas de acción internacional, específicos para un país de la región, o toda la región, a corto, mediano y largo plazo, basándose en los lineamientos generales de política exterior;

II. Elaborar análisis e informes políticos y económicos requeridos para la formulación de la política bilateral y multilateral con las regiones del área;

III. Participar en la formulación de políticas de cooperación bilateral y regional contra el narcotráfico, el crimen organizado, tráfico ilícito de armas y delitos conexos, así como en la negociación de acuerdos internacionales sobre estos temas;

IV. Contribuir en la formulación de políticas de cooperación bilateral y regional para atender de manera integral el fenómeno migratorio y participar en la negociación de acuerdos bilaterales y regionales en la materia;

V. Obtener información sobre la situación interna y posición internacional de los países de la región en sus aspectos político y económico, analizarla para uso interno de la Secretaría y transmitirla, en su caso, a otras dependencias o entidades de la Administración Pública Federal, así como a otras instancias nacionales;

VI. Servir de conducto institucional para transmitir instrucciones sobre asuntos de política bilateral a los titulares de las representaciones diplomáticas y consulares;

VII. Proponer la apertura o clausura de misiones diplomáticas y representaciones consulares en coordinación con las unidades administrativas correspondientes;

VIII. Evaluar sistemáticamente la aplicación de las directrices o instrucciones que giren a las misiones diplomáticas sobre política exterior o programas de acción, proponiendo los ajustes que sean aconsejables de acuerdo con las circunstancias;

IX. Atender los asuntos políticos y económicos de carácter bilateral con las Embajadas acreditadas ante el gobierno de México;

X. Planear, programar, desarrollar y evaluar en coordinación con las unidades administrativas correspondientes, las actividades relacionadas con la concertación, preparación, realización, coordinación y seguimiento de los convenios y de las visitas de alto nivel, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal competentes en la materia;

XI. Participar en seminarios, conferencias, simpodsios, coloquios y congresos sobre temas de su competencia, previa solicitud de otras instancias públicas o privadas;

XII. Preparar, organizar, dirigir, planear y dar seguimiento a las reuniones que en materia de consultas políticas gubernamentales, se realicen periódicamente con aquellos países con los que se tengan firmados mecanismos sobre la materia;

XIII. Tramitar ante las dependencias y entidades competentes de la Administración Pública Federal, los permisos de tránsito o visita para buques de armadas extranjeras y, a su vez, los permisos ante los gobiernos extranjeros que la Armada de México requiera para el mismo objeto. Asimismo, gestionar los permisos de sobrevuelo y aterrizaje para aeronaves oficiales mexicanas, así como los correspondientes a las aeronaves oficiales extranjeras que lo requieran;

XIV. Tramitar ante otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal los permisos que soliciten los gobiernos extranjeros para realizar investigaciones en el territorio nacional o en aguas jurisdiccionales de México;

XV. Tramitar las solicitudes de permiso de nacionales mexicanos para prestar sus servicios en las representaciones de los gobiernos acreditados ante el gobierno de México, y

XVI. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 19. A las Direcciones Generales para América del Norte y para América Latina y el Caribe, les corresponde además de las funciones señaladas en el artículo anterior, lo siguiente:

I. Asegurar la aplicación y cumplimiento de los tratados de límites y aprovechamientos de las aguas de los ríos internacionales en la frontera norte y frontera sur;

II. Supervisar las labores de las Secciones Mexicanas de las Comisiones Internacionales de Límites y Aguas México-Estados Unidos de América y México-Guatemala-Belice;

III. Emitir lineamientos sobre asuntos políticos bilaterales y servir de conducto institucional para transmitir instrucciones de esa naturaleza a las Secciones Mexicanas de las Comisiones Internacionales de Límites y Aguas México-Estados Unidos de América y México-Guatemala-Belice, y

IV. Participar en la formulación de políticas de cooperación fronteriza, incluyendo la seguridad y desarrollo de infraestructura en la frontera, así como en la negociación de acuerdos bilaterales y regionales en la materia.

ARTÍCULO 20. A la Dirección General para Europa, le corresponde además de las funciones señaladas en el artículo 18 del presente reglamento, dar seguimiento a la evolución de los acontecimientos políticos, así como al diálogo político con las instituciones de la Unión Europea y sus países miembros. Asimismo, atender la participación de México como Observador Permanente del Consejo de Europa en su dimensión política.

ARTÍCULO 21. Corresponde a la Dirección General de Protección y Asuntos Consulares:

I. Dictar los lineamientos y directrices que normen los programas integrales y acciones tendientes a garantizar la protección de la dignidad, los derechos humanos y otras garantías de los mexicanos en el exterior;

II. Recabar, analizar y sistematizar la información que permita el diseño de políticas de protección y la instrumentación de acciones preventivas que contrarresten situaciones lesivas a la dignidad, derechos humanos y otras garantías de los mexicanos en el exterior;

III. Participar en coordinación con las autoridades competentes, en el diseño e instrumentación internacional de la política migratoria de México;

IV. Prestar apoyo a las representaciones de México en el exterior y a las delegaciones en el interior de la República en el manejo de casos de protección que requieran trámites concertados con otras autoridades federales, estatales o municipales o en gestiones de otra clase que deban ser realizadas en México, en coordinación con las Direcciones Generales de Enlace Federal y Estatal y de Delegaciones;

V. Elaborar programas de protección y, en su caso, ordenar, revisar y aprobar los que deban ser preparados por las representaciones de México en el exterior, así como supervisar su buen desarrollo y cumplimiento;

VI. Instruir a las representaciones de México en el exterior y las delegaciones foráneas para el cumplimiento oportuno y eficaz de las acciones y programas de protección, y supervisar su buen desarrollo;

VII. Estandarizar los procedimientos y criterios de los programas integrales y acciones de protección;

VIII. Instrumentar acciones de capacitación y actualización para los servidores públicos que intervienen en las tareas de protección;

IX. Intervenir, de manera concertada con otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatal o municipal, en la negociación, ejecución y supervisión de tratados, acuerdos o programas laborales, para asegurar la instrumentación de medidas que garanticen el respeto a la dignidad, derechos humanos, laborales y otras garantías de los mexicanos en el exterior;

X. Realizar las funciones derivadas de su designación como autoridad ejecutora o central en tratados y acuerdos internacionales en materia de adopciones, sustracción de menores y pensiones alimenticias;

XI. Promover y realizar estudios, en coordinación con otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, respecto al análisis integral del fenómeno migratorio;

XII. Ser el conducto para entregar a los beneficiarios los bienes y valores obtenidos y recuperados a su favor, por las representaciones de México en el exterior;

XIII. Supervisar, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, el uso correcto y oportuno de las partidas de protección y ayuda a mexicanos en el exterior;

XIV. Atender, en coordinación con las demás unidades administrativas de la Secretaría, los casos de violación de los derechos humanos, laborales, civiles y otros de los mexicanos en el exterior o respecto al incumplimiento de convenios, o de tratados internacionales que deriven en perjuicio de nacionales mexicanos;

XV. Emitir instrucciones a las representaciones de México en el exterior respecto de asuntos técnico-consulares y coordinarse para los mismos efectos con las demás unidades administrativas de la Secretaría que fueren competentes en asuntos: políticos, culturales, de cooperación técnica y científica, comercial, turística y de imagen de México;

XVI. Supervisar, autorizar y normar la expedición en las oficinas diplomáticas y consulares de México en el exterior, de pasaportes, visas, autorizaciones de internación, certificados de matrícula consular, legalización de documentos públicos, certificación de documentos, actos del registro civil, actos notariales, cartillas del Servicio Militar Nacional, declaraciones de nacionalidad mexicana y demás actos jurídicos competencia de las oficinas consulares;

XVII. Participar en los trabajos de las áreas competentes y de otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en lineamientos y propuestas de México en materia de documentación migratoria;

XVIII. Ser el enlace de la Secretaría con la Secretaría de Gobernación y el Instituto Nacional de Migración en materia migratoria;

XIX. Opinar y, en su caso, proponer ante las autoridades administrativas competentes de la Secretaría, la apertura y cierre de oficinas consulares tanto de México en el exterior como de otros países en México y, por lo que hace a las primeras, opinar sobre la asignación de personal, de recursos materiales y financieros, así como supervisar el funcionamiento general de las mismas;

XX. Supervisar, en las materias que son de su competencia, que las oficinas consulares cumplan las obligaciones establecidas en la Ley del Servicio Exterior Mexicano, en su Reglamento y en otras disposiciones legales aplicables, girándoles instrucciones en coordinación con otras unidades administrativas de la Secretaría y dependencias de la Administración Pública Federal;

XXI. Llevar las estadísticas de los actos consulares y migratorios que efectúen las oficinas consulares, vigilar que los informes sean rendidos de conformidad con las disposiciones aplicables en la materia y notificar a estas últimas el tipo de cambio con que deberán operar para el cobro en moneda extranjera de los servicios que prestan;

XXII. Proponer la apertura o clausura de Consulados Honorarios de México, el nombramiento y término de funciones de los Cónsules y Vicecónsules Honorarios de México, elaborar las cartas patentes de dichos servidores públicos y, en general, supervisar todo lo relativo al funcionamiento de dichas oficinas;

XXIII. Normar y supervisar la elaboración y correcta expedición de las formas valoradas de su competencia, en coordinación con las demás unidades administrativas;

XXIV. Coordinar las medidas de simplificación, modernización tecnológica y desregulación administrativa tendientes a mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios consulares y migratorios que ofrecen las representaciones de México en el exterior; y

XXV. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 22. Corresponde a la Dirección General del Programa para las Comunidades Mexicanas en el Exterior:

I. Contribuir a mejorar el nivel y la calidad de vida de las comunidades mexicanas que radican fuera del país mediante proyectos de organización comunitaria, educación, cultura, salud, deportes, promoción de negocios e inversiones con y en México;

II. Reforzar en los mexicanos en el extranjero el apego por sus raíces, identidad, cultura e interés para estrechar sus relaciones con México y sus comunidades de origen;

III. Fortalecer los lazos entre las comunidades mexicanas y de origen mexicano en el exterior y personas e instituciones nacionales públicas y privadas para promover y facilitar la realización de proyectos conjuntos;

IV. Fomentar el respeto y el trato digno de los connacionales residentes en el exterior mediante la difusión de sus intereses, logros y manifestaciones culturales;

V. Recabar, analizar y sistematizar la información que permita diseñar políticas de fortalecimiento y ampliación de atención a las comunidades mexicanas en el exterior;

VI. Coordinar las actividades que realizan las representaciones consulares y los centros e institutos mexicanos en el exterior en materia de atención a comunidades mexicanas;

VII. Servir de enlace con organizaciones de mexicanos en el exterior a través de las representaciones consulares;

VIII. Fungir como enlace y representación de la Secretaría ante las instituciones públicas y privadas que se ocupen del tema, e intervenir de manera concertada con las mismas en la negociación, ejecución y supervisión de programas para las comunidades mexicanas en el exterior;

IX. Formular, en la esfera de su competencia, sugerencias, iniciativas, estudios y recomendaciones para coadyuvar al desarrollo de la política exterior en materia de atención a comunidades mexicanas en el extranjero;

X. Proponer, preparar y coordinar la publicación del material informativo para comunicar las actividades del Programa de las Comunidades Mexicanas en el Exterior y del Gobierno de México, así como constituir una fuente de información de la realidad nacional y sucesos relevantes, en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social;

XI. Atender, en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría, los temas relativos a la atención de los mexicanos en el exterior, incluyendo acciones de protección consular preventiva, tales como seguros legales e integrales de carácter específico y cobertura local;

XII. Participar en seminarios, conferencias, simposios, coloquios y congresos públicos, privados y académicos en materia de migración y atención a mexicanos en el exterior;

XIII. Instrumentar acciones de capacitación y actualización para los servidores públicos que se encargan de dar atención a los connacionales que residen en el exterior, con el propósito de que conozcan mejor los alcances de las actividades del Programa de las Comunidades Mexicanas en el Exterior;

XIV. Emitir ante la autoridad competente una opinión razonada en materia de donaciones de comunidades mexicanas en el extranjero a sus poblaciones y entidades de origen; y

XV. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 23. Corresponde a la Dirección General de Organismos y Mecanismos Regionales Americanos:

I. Formular e impartir, en coordinación con las diversas unidades de la Secretaría y otras dependencias gubernamentales, los lineamientos generales que normen la actuación de México en la Organización de Estados Americanos, en los organismos que conforman el Sistema Interamericano, en las organizaciones regionales de carácter autónomo, así como en los mecanismos de concertación multilateral y mecanismos permanentes de consulta y concertación política de la región;

II. Participar en las reuniones convocadas en el marco de la Organización de Estados Americanos, de otros organismos del Sistema Interamericano y de los mecanismos de concertación multilateral y mecanismos de consulta y concertación política de la región;

III. Proponer y concertar las acciones encaminadas a establecer la posición de México en los temas de carácter político, jurídico y social que se examinen en la Organización de los Estados Americanos y en los organismos y mecanismos regionales americanos;

IV. Supervisar y coordinar las labores de las representaciones de México ante los organismos regionales americanos, así como la oportuna acreditación y actuación de las delegaciones de México en cada caso;

V. Realizar los estudios y acciones necesarios para promover las iniciativas de México en los organismos y mecanismos regionales americanos;

VI. Presentar y promover las candidaturas de México en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, los organismos y mecanismos regionales de concertación de su competencia, así como considerar y otorgar el apoyo a las peticiones que formulen otros países a favor de sus candidatos;

VII. Ejecutar, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, los trámites necesarios para asegurar la contribución financiera oportuna de México a los organismos y mecanismos regionales americanos;

VIII. Coordinar, con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, con las áreas de asuntos internacionales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las representaciones de México en el exterior, los temas relativos al pago de contribuciones (aportaciones y cuotas) a los Organismos y Mecanismos Regionales Americanos, y

IX. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 24. Corresponde a la Dirección General para los Temas de la Nueva Agenda Internacional:

I. Promover, propiciar y asegurar la coordinación de las áreas de la Secretaría y de las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, involucradas en la ejecución de las estrategias de política exterior relativas a los temas de la nueva agenda internacional: el medio ambiente y los recursos naturales, la equidad de género, los asuntos indígenas, la protección civil, la cooperación internacional para la prevención del delito, el problema mundial de las drogas, la corrupción, el crimen organizado y la lucha contra el narcotráfico en el ámbito bilateral y multilateral;

II. Promover, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal competentes, el apoyo internacional para fortalecer los esfuerzos que el gobierno de México realiza para alcanzar el desarrollo sustentable;

III. Proponer y concertar las acciones encaminadas a establecer la posición de México en los temas de la nueva agenda internacional;

IV. Realizar los estudios y acciones necesarios para promover las iniciativas de México en materias de su competencia;

V. Someter a la consideración del Secretario propuestas conducentes para la atención de peticiones relacionadas con los temas de su competencia que formulen a la Secretaría las organizaciones no gubernamentales, con pleno respeto de las leyes mexicanas;

VI. Ser el enlace entre las organizaciones no gubernamentales y las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, para proporcionarles información sobre las acciones y contenidos de la política exterior que soliciten, con apego a lo dispuesto por las leyes mexicanas;

VII. Acordar las acciones necesarias para la aplicación de los programas nacionales en las materias de su competencia y las correspondientes al cumplimiento de los compromisos internacionales de México, en coordinación con las demás dependencias y entidades gubernamentales;

VIII. Participar en seminarios, conferencias, simposios, coloquios y congresos con temas de su competencia, previa solicitud e invitación de otras instancias públicas, académicas y privadas;

IX. Coordinar y proporcionar los lineamientos para la realización de las actividades de las representaciones de México en las reuniones relacionadas con los temas de su competencia, así como la oportuna acreditación y actuación de las delegaciones de México en cada caso;

X. Recopilar y difundir entre las áreas de la Secretaría y dependencias de la Administración Pública Federal, así como otras instancias nacionales interesadas, la información y documentación relativas a los resultados de las negociaciones internacionales en materias de su competencia;

XI. Dar seguimiento a la labor de los organismos internacionales de su competencia y coadyuvar al eficaz desempeño de las funciones de los mecanismos que tengan representación en México;

XII. Coordinar, con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, con las áreas de asuntos internacionales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las representaciones de México en el exterior, los temas relativos al pago de contribuciones (aportaciones y cuotas), y

XIII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 25. Corresponde a la Dirección General del Acervo Histórico Diplomático:

I. Dirigir y coordinar la gestión documental de la Secretaría con base en la normatividad vigente en la materia, así como la organización, concentración, depuración y guarda permanente de los documentos de las unidades administrativas y de las representaciones de México en el exterior;

II. Diseñar, planear y ejecutar los procesos de automatización de los acervos documentales y los procesos técnicos de conservación y restauración, así como organizar y coordinar la prestación de servicios en los archivos Histórico, para la Política Bilateral y de Concentraciones;

III. Realizar investigaciones sobre la historia diplomática de México utilizando fundamentalmente el acervo documental de la Secretaría, así como establecer vínculos de colaboración con instituciones académicas nacionales e internacionales para realizar proyectos conjuntos de investigación;

IV. Desempeñar las funciones de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Editorial;

V. Preparar y ejecutar el programa de publicaciones del Acervo Histórico Diplomático incluyendo su edición de "obras de la colección". Editar y publicar el Informe de Labores de la Secretaría, así como otras publicaciones oficiales, con base en los acuerdos de la Comisión Editorial;

VI. Dirigir, coordinar y supervisar los servicios de información bibliográfica, hemerográfica y fotográfica del Acervo Histórico Diplomático. Apoyar la organización de las bibliotecas de las representaciones diplomáticas y consulares en el exterior y mantenerlas actualizadas;

VII. Difundir las investigaciones históricas y las publicaciones del Acervo Histórico Diplomático entre instituciones educativas y centros de investigaciones nacionales e internacionales, así como proponer y coordinar las actividades de difusión, tales como: presentaciones, conferencias y exposiciones, y

VIII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 26. Corresponde a la Dirección General para el Sistema de las Naciones Unidas:

I. Formular e impartir, en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría y las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, las estrategias y los lineamientos generales que normen la actuación de México en la Organización de las Naciones Unidas, los organismos y mecanismos internacionales especializados y en otros foros o mecanismos de alcance mundial;

II. Diseñar, proponer y coadyuvar a la instrumentación de las estrategias de política exterior en las instancias internacionales de su competencia, en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría y las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal involucradas y con otras instancias nacionales cuando corresponda;

III. Preparar la participación de México en las reuniones convocadas por los mecanismos de la Organización de las Naciones Unidas y organismos y mecanismos internacionales especializados;

IV. Proponer y concertar las acciones encaminadas a establecer la posición de México en los temas de carácter político, jurídico, de desarme, social, económico y humanitario que se examinen en la Organización de las Naciones Unidas;

V. Realizar los estudios y acciones necesarios para promover las iniciativas de México ante la Organización de las Naciones Unidas y los organismos y mecanismos internacionales Especializados;

VI. Promover el apoyo internacional en la lucha contra el narcotráfico en la Organización de las Naciones Unidas y en los mecanismos en que se le solicite y contribuir al diseño de políticas para obtener dicho resultado;

VII. Supervisar y coordinar las labores de las representaciones de México ante los órganos de la Organización de las Naciones Unidas y organismos y mecanismos internacionales especializados de su competencia; así como la oportuna acreditación y actuación de las delegaciones de México en cada caso;

VIII. Coordinar el establecimiento de mecanismos de información y consulta con la Organización de las Naciones Unidas y los organismos y mecanismos internacionales especializados, así como con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en las materias de su competencia;

IX. Recopilar y difundir entre las áreas de la Secretaría y dependencias de la Administración Pública Federal interesadas, así como en otras instancias nacionales, la información y documentación sobre aquellos asuntos de interés específico que se encuentran en gestión y los resultados de las negociaciones internacionales;

X. Participar en la negociación de tratados, convenios y acuerdos internacionales promovidos por la Organización de las Naciones Unidas, los organismos y mecanismos internacionales especializados y otras instancias internacionales que sean de interés para el país;

XI. Dar seguimiento a la labor de la Organización de las Naciones Unidas, los organismos y mecanismos internacionales especializados y de otros foros u organismos internacionales, así como coadyuvar al eficaz desempeño de las funciones de los organismos que tengan representación en México;

XII. Participar en los mecanismos de coordinación entre las unidades administrativas competentes de la Secretaría en materia de candidaturas, cuotas y presupuesto, y

XIII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 27. Corresponde a la Dirección General de Derechos Humanos:

I. Proponer al Secretario y coordinar la política exterior de México en materia de derechos humanos;

II. Coordinar los trabajos de las áreas competentes de la Secretaría con otras dependencias de la Administración Pública Federal, en la definición e instrumentación de la acción internacional de México en el tema de los derechos humanos y derecho humanitario;

III. Coordinar, la relación interinstitucional de la Secretaría con las demás dependencias y entidades de la Administración Pública Federal competentes en materia de derechos humanos, a efecto de determinar las posiciones internacionales que adoptará el Gobierno de México en la materia;

IV. Preparar la participación de México en las reuniones convocadas por organismos y mecanismos internacionales sobre derechos humanos y en las reuniones bilaterales sobre el tema;

V. Supervisar y coordinar la actuación de las delegaciones de México en las reuniones relacionadas con el tema de los derechos humanos;

VI. Diseñar y promover las iniciativas internacionales de México en materia de derechos humanos;

VII. Recibir y procesar las quejas y denuncias presentadas en contra del Estado mexicano ante organismos internacionales de derechos humanos y representar al gobierno de México en los litigios o procedimientos derivados de los mismos, en coordinación con la Consultoría Jurídica. Asimismo, promover la adopción de las medidas necesarias para resolver favorablemente dichas quejas o denuncias;

VIII. Atender, en coordinación con las dependencias competentes de la Administración Pública Federal, las solicitudes de información provenientes de organizaciones no gubernamentales nacionales o internacionales, en relación con la política exterior de México en materia de derechos humanos o sobre los casos individuales objeto de atención internacional;

IX. Coordinar el análisis y preparar los informes del gobierno de México conforme a los compromisos internacionales adquiridos en materia de derechos humanos;

X. Promover y coordinar una relación efectiva entre la Secretaría y las organizaciones de la sociedad civil interesadas, con miras a tomar en cuenta sus observaciones y sugerencias en la definición y ejecución de la política exterior de México en materia de derechos humanos;

XI. Proponer al Secretario la suscripción y adhesión a instrumentos internacionales sobre derechos humanos ya existentes o, en su caso, promover la participación del Gobierno de México en las negociaciones de nuevos instrumentos, en coordinación con las demás áreas competentes de la Secretaría, así como dar seguimiento al cumplimiento de los mismos, y

XII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 28. Corresponde a la Dirección General de Negociaciones Económicas Internacionales:

I. Diseñar, proponer y coadyuvar a la instrumentación de las estrategias de negociación económica en las instancias internacionales de su competencia, en coordinación con las áreas de la Secretaría y las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal involucradas;

II. Coordinar, respetando plenamente las atribuciones de las distintas instancias competentes, las acciones tendientes a fortalecer las relaciones económicas de México con el mundo y promover los procesos de negociación internacional en materia económica, que contribuyan al logro de los objetivos nacionales de desarrollo;

III. Formular e impartir, en coordinación con las diversas áreas de la Secretaría y otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los lineamientos generales que normen la actuación de México en los organismos y mecanismos económicos internacionales;

IV. Coordinar, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, la participación de México en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, en los temas económicos del Consejo Económico y Social, así como en los demás organismos económicos del sistema y en las conferencias y reuniones que se convoquen en el seno de las mismas;

V. Representar a la Secretaría en las negociaciones de instrumentos bilaterales y multilaterales en materia de libre comercio y de promoción y protección recíproca de inversiones, acuerdos para impedir la doble tributación, y acuerdos de carácter sectorial;

VI. Recopilar y difundir, entre las áreas de la Secretaría y dependencias y entidades de la Administración Pública Federal interesadas, la información y documentación relativas a los resultados de las negociaciones internacionales;

VII. Mantener el seguimiento de los acuerdos económicos suscritos por el gobierno de México con diferentes bloques regionales;

VIII. Coordinar los trabajos que, en temas económicos, se lleven a cabo en el Consejo de Europa;

IX. Coordinar y apoyar los trabajos de enlace con la Unión Europea en su conjunto y, especialmente, en lo que se refiere al Acuerdo de Asociación Económica, Concertación Política y Cooperación. En el mismo sentido, realizar las mismas funciones en lo referente al Tratado de Libre Comercio México - Asociación Europea de Libre Comercio;

X. Proponer elementos para la negociación y participación en tratados, acuerdos y convenios económicos que se celebren en los mecanismos de su competencia, así como dar seguimiento al cumplimiento de los mismos;

XI. Representar a la Secretaría en las reuniones convocadas por organismos económicos internacionales, así como en las instancias donde se presenten los temas de su competencia;

XII. Coordinar las labores de las representaciones de México ante los organismos y mecanismos económicos de su competencia, así como la oportuna acreditación y actuación de las delegaciones de México en cada caso;

XIII. Supervisar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por México en los organismos económicos internacionales;

XIV. Coordinar, con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, con las áreas de asuntos internacionales de las dependencias de la Administración Pública Federal y las representaciones de México en el exterior, los temas relativos al pago de contribuciones (aportaciones y cuotas);

XV. Participar en la evaluación y el análisis de los proyectos de presupuesto de los organismos económicos internacionales de los que México sea miembro;

XVI. Contribuir, en el ámbito de su competencia, a la definición de una política de candidaturas a puestos en organismos económicos internacionales que favorezcan los objetivos de México, y

XVII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 29. Corresponde a la Dirección General de Promoción Económica Internacional:

I. Coordinar las actividades que realizan las representaciones de México en el exterior en materia de promoción económica, comercial, turística y de inversión;

II. Identificar oportunidades de negocios para empresas mexicanas en el exterior;

III. Fungir como enlace entre la Secretaría y las empresas y organismos del sector privado de México y entre éstos y sus contrapartes en el exterior, con el fin de identificar áreas susceptibles de promoción de negocios en el ámbito internacional;

IV. Coordinar la realización de misiones económicas y comerciales mexicanas en el exterior, y asistirlas en la consecución de sus objetivos generales y específicos;

V. Apoyar y coordinar los trabajos, en colaboración con las entidades públicas y privadas correspondientes, de las misiones económicas y comerciales que se organicen en México procedentes del extranjero;

VI. Participar en eventos públicos, privados y académicos, dirigidos a difundir y promover las relaciones económicas de México con el mundo, y

VII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 30. Corresponde a la Dirección General de Relaciones Económicas Bilaterales:

I. Establecer lineamientos sobre asuntos económicos bilaterales para las representaciones de México en el exterior, así como evaluar las acciones realizadas;

II. Evaluar la aplicación de las directivas que se dirijan a las misiones diplomáticas para dar pleno cumplimiento a los convenios y proyectos en materia económica adoptados en las reuniones bilaterales o visitas de alto nivel;

III. Recabar, analizar y sistematizar la información que permita diseñar políticas de fortalecimiento y ampliación de las relaciones económicas de México con otros países;

IV. Elaborar estudios y documentos informativos sobre las relaciones económicas bilaterales de México, con objeto de complementar el análisis realizado por las demás dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y organismos privados mexicanos;

V. Generar estudios, con el apoyo de las representaciones de México en el exterior, sobre la evolución económica de otros países y su grado de participación en las relaciones económicas de México en el contexto internacional;

VI. Preparar, concertar y realizar visitas de alto nivel, convenios y comisiones bilaterales de cooperación económica de México con el mundo, en coordinación con otras dependencias y entidades gubernamentales;

VII. Participar en el diseño e instrumentación de acciones de política exterior y programas específicos en materia económica en el ámbito bilateral;

VIII. Definir, conjuntamente con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y organismos privados correspondientes, estrategias específicas de cooperación económica bilateral, además de identificar sectores de interés para México en las relaciones económicas bilaterales;

IX. Dar seguimiento a las licitaciones internacionales que involucren a empresas mexicanas;

X. Apoyar las gestiones a favor de intereses mexicanos en el extranjero, en el caso de diferendos que afecten a empresas mexicanas, y

XI. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 31. Corresponde a la Dirección General de Organismos de Cooperación Económica y de Desarrollo:

I. Fortalecer el análisis, diseño, coordinación y difusión de la política mexicana en materia de cooperación y de desarrollo económico;

II. Coordinar el enlace con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, así como asegurar la participación adecuada del gobierno de México y la promoción de intereses del país en los foros internacionales de cooperación y de desarrollo económico;

III. Proporcionar a las representaciones diplomáticas y consulares, la información necesaria para llevar a cabo la promoción activa de los intereses de México en materia de cooperación y de desarrollo económico;

IV. Coordinar las relaciones interinstitucionales y con el sector privado para la promoción de sus objetivos en materia de cooperación y de desarrollo económico;

V. Promover el acceso del sector público mexicano al intercambio de información y a las labores de análisis comparativo, evaluación y diseño de políticas públicas en todos los ámbitos del quehacer gubernamental que tienen lugar en los foros de cooperación y de desarrollo económico;

VI. Elaborar estudios y analizar la viabilidad de proyectos en materia de cooperación y de desarrollo económico;

VII. Dar seguimiento a los compromisos internacionales de México en materia de cooperación y de desarrollo económico; integrar y sistematizar información sobre esta vertiente de la cooperación y llevar a cabo su difusión entre las instituciones nacionales y extranjeras correspondientes y al público en general;

VIII. Analizar los mecanismos de financiamiento y asesorar a los agentes involucrados en los proyectos de cooperación y de desarrollo económico en los que participan instituciones financieras multilaterales y otras fuentes de financiamiento, y

IX. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 32. Corresponde a la Dirección General del Servicio Exterior y de Personal:

I. Llevar a cabo la planeación de los recursos humanos y aplicar el sistema de administración de personal que establezca la Secretaría;

II. Vigilar el cumplimiento de la Ley del Servicio Exterior Mexicano y de su Reglamento;

III. Preparar las Cartas Credenciales de los Embajadores y las Patentes de los servidores públicos consulares;

IV. Utilizar el Gran Sello de la Nación;

V. Dar cuenta a la Comisión de Personal del Servicio Exterior de las propuestas que formulen los Subsecretarios y el Oficial Mayor en torno a las condiciones personales de los servidores públicos o empleados del propio Servicio, a efecto de que se consideren los casos de cambio o promoción;

VI. Realizar los trámites que correspondan como resultado de los acuerdos que adopte el Secretario en relación con las recomendaciones que le haga la Comisión de Personal del Servicio Exterior;

VII. Llevar a cabo las acciones y trámites necesarios para que la Subcomisión de Asuntos Disciplinarios de la Comisión de Personal del Servicio Exterior Mexicano, substancie los procedimientos administrativos disciplinarios a los miembros del Servicio Exterior Mexicano en términos de lo dispuesto por la Ley del Servicio Exterior Mexicano y su Reglamento, incluyendo el recurso de revocación;

VIII. Llevar el registro del personal del Servicio Exterior Mexicano adscrito a las misiones diplomáticas, consulares y ante organismos internacionales;

IX. Coordinar con las demás unidades administrativas competentes todo lo relacionado con el personal comisionado en el extranjero;

X. Mantener correspondencia con el personal comisionado en el exterior para conocer sus necesidades;

XI. Gestionar lo necesario para la adecuada radicación de los servidores públicos del Servicio Exterior y su familia en México cuando regresen a desempeñar una comisión en la Secretaría;

XII. Hacer llegar a las autoridades correspondientes las solicitudes de franquicias de importación y exportación de menajes de casa y de vehículos de los miembros del Servicio Exterior Mexicano;

XIII. Desempeñar la procuraduría de los miembros del Servicio Exterior ante otras autoridades u organismos de la Administración Pública Federal;

XIV. Certificar las firmas de los documentos que expidan los miembros del Servicio Exterior Mexicano en el ejercicio de sus funciones, adscritos en el extranjero;

XV. Estudiar y proponer políticas y normas para atender los requerimientos de personal de las unidades administrativas de la Secretaría y realizar las labores relativas al reclutamiento, selección, nombramiento, contratación, remuneración, incentivos, ubicación, reubicación y control de personal;

XVI. Conducir las relaciones laborales, determinar la conclusión de las mismas, así como intervenir en las cuestiones que sobre la materia se presenten, conforme a las disposiciones aplicables, los lineamientos y políticas que establezca la Oficialía Mayor con la participación de los titulares de las unidades administrativas correspondientes;

XVII. Vigilar la adecuada aplicación de las Condiciones Generales de Trabajo, del Reglamento de Escalafón, de la Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles, de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y demás disposiciones legales y administrativas aplicables;

XVIII. Participar, en colaboración con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, en la identificación de la correspondencia entre las actividades que realiza el personal y las que deriven del nombramiento o contrato respectivo;

XIX. Participar en la elaboración del anteproyecto de programas y presupuesto anual de la Secretaría en lo que corresponde al Capítulo de Servicios Personales, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto;

XX. Atender el cumplimiento de las disposiciones aplicables al manejo de cuentas y valores relativos al ejercicio del capítulo de Servicios Personales y rendir, previo acuerdo del Oficial Mayor, los informes internos y externos que sobre el particular se le requieran;

XXI. Tramitar, formular y supervisar la documentación relacionada con el Capítulo de Servicios Personales de la Secretaría y que afecte su ejercicio y, respecto del personal, llevar el control de expedientes, registros, constancias, solicitudes y demás documentos, así como cuidar de su permanente actualización y correcta clasificación y archivo;

XXII. Intervenir ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en lo relativo a las prestaciones que correspondan al personal de la Secretaría;

XXIII. Establecer los procedimientos y formas para la imposición de sanciones, aplicar al personal las que correspondan, registrar y tramitar administrativamente las mismas en los términos previstos en las Condiciones Generales de Trabajo y demás disposiciones aplicables;

XXIV. Asesorar a las unidades administrativas de la Secretaría en lo referente a la aplicación de disposiciones relativas al área de los recursos humanos;

XXV. Coordinar y promover los programas de servicio social de pasantes para las unidades administrativas de la Secretaría, así como los servicios asistenciales, culturales, deportivos y demás servicios sociales que ofrezca la Secretaría a su personal;

XXVI. Apoyar las actividades del grupo promotor voluntario de la Secretaría y administrar el Centro de Desarrollo Infantil "Rosario Castellanos";

XXVII. Organizar y realizar programas de capacitación para el personal de la Secretaría, proponer a la Oficialía Mayor los proyectos de normas sobre esta materia, vigilar su cumplimiento y evaluar los resultados de dichos programas;

XXVIII. Auxiliar y asesorar a los miembros representantes de la Secretaría ante la Comisión Mixta de Escalafón, así como a las demás comisiones previstas en las disposiciones aplicables que correspondan al área de personal;

XXIX. Expedir copias certificadas de los documentos que obren en sus archivos y proporcionar información al respecto, cuando así lo requieran el Ministerio Público, autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo, y

XXX. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 33. Corresponde a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto:

I. Coordinar, en colaboración con las unidades administrativas de la Secretaría y de conformidad con las normas y directrices fijadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la elaboración del programa operativo anual y del proyecto de presupuesto de la Secretaría;

II. Proponer, conforme a las normas y lineamientos fijados por las dependencias de la Administración Pública Federal, las directrices, normas y criterios técnicos para el proceso interno de programación y presupuestación de la Secretaría, así como coordinar y vigilar dichos procesos;

III. Llevar el control y seguimiento del ejercicio presupuestal de la Secretaría;

IV. Coordinar la asignación de recursos financieros de las representaciones de México en el exterior, así como el adecuado control y ejecución del ejercicio del gasto;

V. Apoyar a las unidades administrativas en la estructuración de sus programas y la correlación entre éstos y el ejercicio de previsiones presupuestarias;

VI. Tramitar las modificaciones presupuestarias que se requieren para el óptimo aprovechamiento de los recursos asignados a la Secretaría, previo acuerdo del Oficial Mayor;

VII. Sujetar la contabilidad presupuestaria y patrimonial de la Secretaría a las normas y procedimientos establecidos, así como verificar su cumplimiento; consolidar y mantener actualizados los registros contables; elaborar los estados financieros y demás informes internos y externos de su competencia que se requieran; y conciliar y depurar las cuentas que rindan las oficinas pagadoras, al igual que las que se deban rendir, de acuerdo con las disposiciones aplicables a otras dependencias de la Administración Pública Federal;

VIII. Proporcionar mensualmente información a las unidades administrativas responsables de programas y subprogramas, sobre el presupuesto ejercido durante ese periodo, de acuerdo con la asignación presupuestal que le corresponda y la calendarización de ministraciones respectiva;

IX. Vigilar que los ingresos consulares y por matrícula consular sean reportados y enviados en su oportunidad por las representaciones de México en el exterior, a fin de cumplir con los requerimientos de la Tesorería de la Federación;

X. Analizar y evaluar la estructura orgánica de la Secretaría y de sus unidades administrativas, así como los sistemas de organización, de trabajo y de servicios al público y presentar al Oficial Mayor las observaciones que procedan y los proyectos de organización que se requieran para el buen funcionamiento de la dependencia;

XI. Proponer, integrar, instrumentar, coordinar y evaluar los programas de modernización, simplificación y desconcentración administrativas de la Secretaría, de conformidad con las disposiciones legales y los lineamientos establecidos;

XII. Elaborar, en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría, los manuales de organización, procedimientos y de servicios y, por conducto del Oficial Mayor, someterlos a la aprobación del Secretario;

XIII. Llevar el control y registro de las modificaciones a la estructura orgánica y programática de la Secretaría y de sus unidades administrativas que hayan aprobado las dependencias competentes de la Administración Pública Federal;

XIV. Tramitar pasajes, viáticos, gastos de instalación y menajes de casa de los miembros del Servicio Exterior Mexicano y servidores públicos con motivo de las comisiones oficiales autorizadas por las autoridades de la Secretaría;

XV. Expedir copias certificadas de las constancias que obran en sus archivos, cuando se lo requiera el Ministerio Público, o bien autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo, y

XVI. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 34. Corresponde a la Dirección General de Asuntos Jurídicos:

I. Dictaminar sobre los asuntos relacionados con nacionalidad y naturalización, así como imponer las sanciones a que se refiere la Ley de Nacionalidad en términos de la legislación aplicable;

II. Expedir certificados de nacionalidad mexicana y declaratorias de nacionalidad mexicana por nacimiento, así como cartas de naturalización;

III. Conceder a los extranjeros las licencias o autorizaciones correspondientes para adquirir el dominio de tierras, aguas y sus accesiones o para obtener concesiones de explotación de minas, aguas o combustibles minerales en la República Mexicana; y para adquirir bienes inmuebles ubicados fuera de la zona restringida;

IV. Otorgar los permisos correspondientes para la constitución de sociedades mexicanas civiles o mercantiles y para reformar sus estatutos, por lo que se refiere al cambio de denominación o razón social;

V. Recibir y registrar los avisos a que se refiere el Reglamento de la Ley de Inversión Extranjera y del Registro Nacional de Inversiones Extranjeras;

VI. Autorizar la constitución o modificación de fideicomisos y llevar el registro de las licencias o autorizaciones concedidas, así como imponer las sanciones a que se refiere la Ley de Inversión Extranjera en términos de la legislación aplicable;

VII. Intervenir en los procedimientos de extradición y tramitar las solicitudes de detención provisional y formal correspondientes, conforme a lo que establece la Ley de Extradición Internacional, así como los tratados y convenios que nuestro país haya celebrado con otros Estados en la materia;

VIII. Tramitar las solicitudes de asistencia jurídica que requieran las autoridades de la República Mexicana o extranjeras;

IX. Tramitar, previo análisis y dictamen de su procedencia, los exhortos o cartas rogatorias que se reciben del extranjero o que las autoridades de la República Mexicana dirijan al extranjero;

X. Representar legalmente a la Secretaría en toda clase de juicios en que sea parte; e intervenir en los arbitrajes que puedan afectar sus intereses;

XI. Suscribir oficios, escritos y todas aquellas promociones que exija el trámite procesal de los juicios, incluyendo el de amparo o de cualquiera otra controversia, en representación o en ausencia del Secretario, Subsecretarios, Oficial Mayor y Directores Generales, según corresponda; así como desahogar los trámites y asistir a las audiencias y diligencias convocadas por los órganos jurisdiccionales;

XII. Interponer los recursos o cualquier otro medio de impugnación en contra de las resoluciones y sentencias dictadas por los Organos del Poder Judicial de la Federación, por el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, y por el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje;

XIII. Elaborar y proponer los informes previos y justificados que en materia de amparo deban rendir el Secretario y el Presidente de la República en los casos en los que se hubiere conferido la representación oficial, así como los relativos a los demás servidores públicos que sean señalados como autoridades responsables; asimismo, los escritos de demanda o contestación en las controversias constitucionales o acciones de inconstitucionalidad; intervenir cuando la Secretaría tenga carácter de tercero perjudicado, en los juicios de amparo, así como formular, en general, todas las promociones que a dichos juicios se refieran;

XIV. Representar al Secretario ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje en los conflictos que se susciten con motivo de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del artículo 123 Constitucional; formular dictámenes, demandas de ceses de sus empleados, contestación de demandas laborales, formulación y absolución de posiciones, desistimientos o allanamientos, y, en general, todas aquellas promociones que se requieran en el curso del procedimiento;

XV. Dictaminar sobre las bajas y demás sanciones que procedan respecto del personal de base o de confianza de la Secretaría, por las causas establecidas en las disposiciones aplicables en materia laboral;

XVI. Formular y presentar denuncias o querellas ante el Ministerio Público competente, de los hechos delictuosos por los que se afecta a la Secretaría, así como la prestación de los servicios públicos a su cargo. Otorgar el perdón legal cuando proceda, así como denunciar o querellarse ante el Ministerio Público de la Federación de los hechos que puedan constituir delitos de los servidores públicos de la Secretaría en el desempeño de sus funciones, allegándose los elementos probatorios del caso y dando la intervención que corresponde a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo;

XVII. Hacer del conocimiento del Procurador General de la República todos aquellos asuntos contenciosos que, como representante de la Federación, le competan, en los términos del artículo 102 Constitucional, proporcionándole opinión jurídica y elementos de juicio en cada caso;

XVIII. Tramitar los recursos administrativos que no sean competencia de otras unidades administrativas, formulando los proyectos de resoluciones para firma del Secretario;

XIX. Revisar y, en su caso, aprobar los reglamentos, decretos, acuerdos y demás disposiciones legales que deba suscribir o refrendar el Secretario;

XX. Formular proyectos de iniciativas de leyes o decretos, así como de reglamentos, acuerdos, circulares y demás disposiciones relacionadas con la competencia de la Secretaría o pronunciándose sobre las que propongan las demás unidades administrativas;

XXI. Emitir opinión sobre las disposiciones que deban ser publicadas en el Diario Oficial de la Federación y, en su caso, tramitar su publicación;

XXII. Revisar, aprobar, expedir y difundir los lineamientos y normas de carácter general establecidas en la ley y demás disposiciones relativas a las materias cuya aplicación corresponda a la Secretaría y que no estén expresamente conferidas a otra unidad administrativa;

XXIII. Opinar sobre los convenios, acuerdos y bases de coordinación y concertación, que en el ámbito nacional deban suscribir los servidores públicos competentes de la Secretaría, cuando así lo soliciten;

XXIV. Actuar como enlace en asuntos jurídicos con las áreas correspondientes de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;

XXV. Establecer los criterios que sean necesarios para el trámite y la resolución de los asuntos de su competencia que corresponda conocer a las delegaciones de la Secretaría;

XXVI. Expedir copias certificadas de las constancias que obran en los archivos de la Secretaría y proporcionar información al respecto, cuando así lo requiera el Ministerio Público, o bien autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo;

XXVII. Compilar y difundir leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, circulares y demás disposiciones de observancia general, así como la jurisprudencia establecida por los tribunales en los juicios relacionados con asuntos de la competencia de la Secretaría;

XXVIII. Asegurar la ejecución de los tratados bilaterales y multilaterales sobre cuestiones jurídicas y de cooperación judicial internacional, a través de proyectos para su reglamentación en la legislación nacional;

XXIX. En general, coordinar, y supervisar los asuntos jurídicos de la Secretaría;

XXX. Asesorar a las unidades administrativas de la Secretaría que lo soliciten en materia legal, y

XXXI. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 35. Corresponde a la Dirección General de Bienes Inmuebles y Recursos Materiales:

I. Llevar a cabo la planeación de los sistemas de administración de los bienes muebles e inmuebles, de ejecución de obras públicas y de servicios relacionados con las mismas, de adquisición de recursos materiales, de prestación de servicios generales y de seguridad de la Secretaría;

II. Aplicar en el ámbito de su competencia, las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas y normativas en materia de adquisiciones, servicios, obras públicas y bienes muebles e inmuebles;

III. Participar, conjuntamente con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, en la elaboración del anteproyecto de presupuesto anual de la Secretaría, en lo referente a los capítulos, conceptos y partidas de gasto relativos a materiales y suministros, servicios generales, bienes muebles e inmuebles, y obras públicas;

IV. Coordinar el funcionamiento de los Comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y de Enajenación de Bienes Muebles e Inmuebles, así como de la Unidad Interna de Protección Civil;

V. Conducir los procesos de licitaciones públicas, de invitaciones restringidas y de adjudicaciones directas, relativas a la adquisición de recursos materiales, a la prestación de servicios y a la realización de obras públicas y servicios relacionados con éstas, y efectuar los actos jurídicos y administrativos inherentes y derivados de ellos; así como conservar los originales de los contratos, pedidos y órdenes de trabajo y en general de toda la documentación que se genere;

VI. Proponer las políticas y criterios para la construcción, adquisición, arrendamiento, ocupación y aprovechamiento de inmuebles destinados a la Secretaría en territorio nacional, así como para la administración y el funcionamiento de los equipos e instalaciones con que cuenten;

VII. Registrar, controlar y salvaguardar el patrimonio inmobiliario de la Secretaría en el exterior, y proponer las políticas y criterios para la construcción, adquisición, arrendamiento, ocupación, aprovechamiento y enajenación de los inmuebles de que dispone en el extranjero;

VIII. Realizar el aseguramiento de los recursos humanos y bienes patrimoniales de la Secretaría, tanto de los ubicados en territorio nacional como de los que se encuentran en el exterior, así como efectuar las acciones conducentes en los casos de siniestros ante el asesor externo de seguros y la empresa aseguradora contratada;

IX. Realizar el mantenimiento, la conservación, la adaptación y el acondicionamiento de los bienes inmuebles que ocupa la Secretaría en territorio nacional, y normar y supervisar dichas actividades en los inmuebles de que dispone en el exterior;

X. Elaborar los proyectos de convenios y contratos entre la Secretaría y los diversos proveedores, contratistas, prestadores de servicios y arrendadores de bienes muebles e inmuebles que ocupa la Secretaría;

XI. Suscribir los contratos de donación en los que la Secretaría funja como donataria;

XII. Verificar que los convenios, contratos, pedidos y órdenes de trabajo que la Secretaría celebre con arrendadores, contratistas, proveedores y prestadores de servicios, sean cumplidos en los términos pactados o fijados; asimismo, que éstos presenten y mantengan vigentes las fianzas con que deben contar para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones con la Secretaría y en su caso, tramitar la cancelación de las fianzas;

XIII. Validar las facturas que presenten los contratistas, proveedores y prestadores de servicios, a efecto de que se gestionen los pagos correspondientes en la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y, en el caso de cantidades pagadas de más, requerir su devolución;

XIV. Iniciar los procedimientos de rescisión administrativa por incumplimiento de contratos, convenios y órdenes de trabajo así como proceder a la aplicación de penas convencionales y, en su caso, tramitar ante la Tesorería de la Federación, las garantías que deban hacerse efectivas en los términos de lo dispuesto por la legislación aplicable;

XV. Asesorar a las unidades administrativas de la Secretaría y a las representaciones en el exterior en lo referente a los trámites de requisición de bienes y servicios, y a las demás gestiones que realicen en relación con inmuebles, recursos materiales y servicios;

XVI. Llevar a cabo, conforme a las necesidades de cada unidad administrativa y a los recursos disponibles, la asignación de bienes de activo fijo y de consumo, la prestación en ellas de servicios generales, y la distribución y ocupación de espacios físicos de las mismas en los inmuebles de que dispone la Secretaría;

XVII. Tramitar en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto la autorización ante las instancias correspondientes para las adquisiciones de bienes, tanto en territorio nacional como en el exterior;

XVIII. Normar, controlar y dar seguimiento al inventario de bienes muebles y equipo de que dispone la Secretaría tanto en territorio nacional como en el extranjero;

XIX. Llevar a cabo las acciones para la baja y destino final de los bienes muebles y equipo, tanto en territorio nacional como en el extranjero, cuando ya no sean de utilidad para la Secretaría, de conformidad con las normas establecidas al efecto;

XX. Controlar el parque vehicular de la Secretaría, proponer políticas para la asignación de vehículos y de combustible a unidades administrativas y servidores públicos, y procurar su mantenimiento y reparación;

XXI. Proponer las políticas para la conformación del parque vehicular de las representaciones en el exterior, así como los criterios para la adquisición o el arrendamiento, y el mantenimiento de los vehículos de la Secretaría en el exterior;

XXII. Coordinar la prestación de los servicios de aseo y limpieza, de fotocopiado y reproducción, de almacén, de mensajería y carga, de transporte de personal, de mantenimiento y reparación de bienes muebles y equipos, y de comedores para los servidores públicos de la Secretaría;

XXIII. Coordinar los servicios de seguridad del personal y de vigilancia de los bienes muebles e inmuebles de la Secretaría, y controlar en estos últimos el flujo de personas y bienes;

XXIV. Elaborar, aplicar y dar seguimiento al Programa Interno de Protección Civil;

XXV. Expedir copias certificadas de los documentos que obren en sus archivos y proporcionar información al respecto, cuando así lo requiera el Ministerio Público, o bien autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo, y

XXVI. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 36. Corresponde a la Dirección General de Delegaciones:

I. Supervisar y autorizar la expedición de pasaportes mexicanos;

II. Organizar, dirigir y coordinar a las delegaciones de la Secretaría con objeto de que cumplan las políticas generales y específicas en materia de expedición de pasaportes y documentos de identidad y viaje;

III. Administrar el sistema de expedición de pasaportes, resguardar la información y generar estadísticas de los servicios que se presten a través de las delegaciones;

IV. Promover y coordinar el programa de desconcentración y simplificación administrativa de los servicios que presten las delegaciones de la Secretaría;

V. Coordinar con las unidades administrativas de la Secretaría acciones en los estados y municipios, a través de las delegaciones vinculadas con la protección a mexicanos en el extranjero;

VI. Proponer la creación de nuevas delegaciones y oficinas de enlace, su desaparición o modificación, así como el nombramiento o remoción de los delegados y subdelegados y demás servidores públicos bajo su competencia;

VII. Evaluar el funcionamiento y operación de las delegaciones y oficinas de enlace de acuerdo con los resultados de las visitas de supervisión que periódicamente se practiquen a las mismas;

VIII. Expedir los pasaportes diplomáticos, oficiales y ordinarios, así como el documento de identidad y viaje, de conformidad con las disposiciones vigentes y, en apoyo a las demás unidades administrativas de la Secretaría y de otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, elaborar las notas necesarias para la obtención de las visas correspondientes;

IX. Expedir copias certificadas de los documentos o fichas microfilmadas que obren en sus archivos y proporcionar información al respecto, cuando así lo requiera el Ministerio Público, o bien autoridades jurisdiccionales, administrativas o del trabajo;

X. Llevar el control e informar a las delegaciones sobre los arraigos e impedimentos que le comuniquen la Dirección General de Asuntos Jurídicos, las autoridades competentes o las personas que ejerzan la patria potestad sobre los menores o incapaces; y

XI. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 37. Corresponde a la Dirección General de Comunicaciones e Informática:

I. Proponer las medidas convenientes para, a través de las herramientas de informática y telecomunicaciones, apoyar el proceso de modernización, simplificación y desconcentración de las funciones a cargo de la Secretaría, e incrementar la productividad y eficiencia en el trabajo;

II. Formular, promover e instrumentar los planes, programas, estrategias, políticas y normas necesarias para encauzar la actividad y desarrollo de la informática y las telecomunicaciones, dentro de un margen de seguridad acorde con los estándares internacionales en el manejo de la información;

III. Procurar, administrar, mantener y operar los recursos de infraestructura de informática y telecomunicaciones de la Secretaría; así como, supervisar, vigilar y, en su caso, regular el adecuado y responsable uso de éstos por parte de los usuarios de la Secretaría;

IV. Desarrollar y, en su caso, coordinar y apoyar técnicamente las tareas de diseño, construcción, implantación y operación de los sistemas y aplicaciones de informática y telecomunicaciones que requieran las áreas de la Secretaría;

V. Desarrollar, promover y coordinar los programas de capacitación necesarios para el mejor uso y aprovechamiento de los recursos informáticos y de telecomunicaciones, así como brindar la asistencia técnica y asesoría necesarias a las áreas usuarias;

VI. Representar y promover a la Secretaría en los eventos relacionados con la informática y las telecomunicaciones en el país y en el extranjero;

VII. Establecer y operar los mecanismos necesarios para la investigación sistemática, actualización y difusión que el avance tecnológico en materia de informática y telecomunicaciones genere;

VIII. Proponer y, en su caso, coordinar los grupos técnicos y de decisiones que se requieran para el óptimo desarrollo de la informática y las telecomunicaciones, así como coordinar el adecuado funcionamiento del Comité de Informática de la Secretaría, a fin de detectar y satisfacer las necesidades que tengan las áreas usuarias de la infraestructura informática;

IX. Administrar la operación de la valija diplomática, estableciendo para ello las normas y procedimientos para su oportuno y correcto funcionamiento entre las representaciones de México en el exterior y las unidades administrativas de la Secretaría, y

X. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 38. Corresponde a las Delegaciones de la Secretaría expedir pasaportes ordinarios mexicanos, así como legalizar las firmas de los documentos públicos que deban surtir efecto en el extranjero.

ARTÍCULO 39. Corresponde a las Delegaciones localizadas fuera del Distrito Federal, además de las funciones señaladas en el artículo anterior, las siguientes:

I. Conceder permisos y otorgar las constancias, con las modalidades, condiciones y excepciones que fije la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la propia Secretaría para:

a) La constitución de asociaciones y sociedades civiles o mercantiles;

b) La modificación de los estatutos de asociaciones y sociedades, civiles o mercantiles, por lo que se refiere al cambio de denominación o razón social;

c) La adquisición de bienes inmuebles por parte de personas físicas y morales extranjeras;

d) La obtención de concesiones de explotación de minas, aguas, combustibles y minerales en la República Mexicana, a sociedades extranjeras o personas físicas extranjeras;

e) La constitución de fideicomisos para la adquisición de bienes inmuebles en zona restringida por parte de personas físicas o morales extranjeras o personas morales mexicanas con cláusula de admisión de extranjeros, y

f) La recepción y control de los avisos, a que se refiere el Reglamento de la Ley de Inversión Extranjera y del Registro Nacional de Inversiones Extranjeras.

II. Expedir declaratorias de nacionalidad mexicana por nacimiento y certificados de nacionalidad mexicana, con las modalidades, condiciones y excepciones que fije la mencionada Dirección General de Asuntos Jurídicos;

III. Intervenir, de acuerdo a las instrucciones que reciban de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, en los procedimientos de extradición y en los juicios en los que la Secretaría sea parte;

IV. Tramitar los exhortos y cartas rogatorias que reciban;

V. Presentar denuncias y querellas ante el Ministerio Público respecto de los hechos que así lo ameriten;

VI. Expedir copias certificadas de las constancias que obran en sus archivos cuando deban ser exhibidas en averiguaciones o en procedimientos jurisdiccionales o contencioso-administrativos;

VII. Coadyuvar en la atención de los casos de protección "a connacionales en el extranjero" que les encomiende la Dirección General de Protección y Asuntos Consulares o en su caso, las oficinas consulares de México en el exterior, así como los que se presenten en la propia Delegación;

VIII. En general, informar y orientar al público sobre cualquier asunto de la competencia de la propia Secretaría, y

IX. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

CAPÍTULO VII

De los Órganos Desconcentrados

ARTÍCULO 40. Para la eficaz atención y despacho de los asuntos de su competencia, la Secretaría contará con órganos desconcentrados que le estarán jerárquicamente subordinados, con la organización y las facultades específicas que se les otorguen para resolver sobre determinada materia o para la prestación de servicios, y dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, de conformidad con las normas señaladas en este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 41. De acuerdo con las disposiciones relativas, la Secretaría podrá revisar, confirmar, modificar, revocar o anular, en su caso, las resoluciones dictadas por el órgano desconcentrado.

ARTÍCULO 42. La Secretaría contará con las Secciones Mexicanas de las Comisiones Internacionales de Límites y Aguas para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en los diversos tratados y acuerdos que sobre la materia tiene celebrados. Corresponde a cada una de las Secciones:

I. Cumplir con las políticas, lineamientos y disposiciones que le hagan llegar las unidades administrativas, jerárquicamente superiores, competentes en la materia;

II. Vigilar el cumplimiento de los tratados internacionales celebrados por México relacionados con los límites y aguas internacionales;

III. Participar en las negociaciones diplomáticas para la firma de acuerdos internacionales sobre la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría;

IV. Atender los asuntos de límites y aguas internacionales en las fronteras de la República Mexicana;

V. Operar y mantener, en coordinación con otras dependencias y entidades federales o estatales que tengan atribuciones en estas materias, presas, estaciones hidrométricas y otras obras internacionales a cargo del gobierno de México en las fronteras;

VI. Contabilizar el agua por medio de estaciones hidrométricas con el fin de efectuar la distribución de las aguas asignadas por los acuerdos y tratados internacionales vigentes en la materia, sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;

VII. Planear, organizar, coordinar, dirigir y controlar las labores de las unidades administrativas adscritas a la Sección mexicana;

VIII. Llevar a cabo el control y actualización de los expedientes y documentos relativos a las actividades que desempeñen la Comisión y las unidades administrativas que se le adscriban;

IX. Participar en los asuntos de medio ambiente en las fronteras de la República Mexicana, en coordinación con otras dependencias y entidades federales o estatales que tengan atribuciones en esta materia, y

X. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTICULO 43. Corresponde al Instituto Mexicano de Cooperación Internacional:

I. Estructurar e instrumentar estrategias y políticas de convergencia entre las fuentes de cooperación técnica, tecnológica y científica, multilaterales y bilaterales, así como impulsar esquemas de diversificación que permitan equilibrar el desarrollo de las relaciones internacionales del país, aprovechando activos y capacidades de las instituciones mexicanas de los sectores público, privado, académico y social;

II. Definir, planear y formular las políticas de cooperación técnica, tecnológica y científica internacional para el desarrollo en concordancia con los lineamientos y metas del Plan Nacional de Desarrollo y de los programas que de éste se deriven;

III. Promover y difundir, en coordinación con las áreas competentes de la Secretaría, los mecanismos y ofertas de cooperación internacional para el desarrollo;

IV. Fomentar y apoyar la participación de las instituciones mexicanas de los sectores público, privado y social en los esquemas vigentes de cooperación internacional para el desarrollo;

V. Consolidar el Sistema Mexicano de Cooperación Internacional para el Desarrollo y su marco jurídico;

VI. Fungir como Secretaría Técnica de la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica;

VII. Supervisar, en coordinación con dependencias gubernamentales, gobiernos de los estados y municipios y los sectores privado y social, el cumplimiento de los objetivos y prioridades de los programas de cooperación técnica, científica y tecnológica internacional para el desarrollo;

VIII. Representar a la Secretaría en foros nacionales e internacionales en materia de cooperación técnica, científica y tecnológica internacional para el desarrollo;

IX. Formular, en coordinación con dependencias e instituciones nacionales competentes, los lineamientos que normen la participación de México en los foros multilaterales de cooperación técnica, científica y tecnológica internacional para el desarrollo, de conformidad con lo establecido en la fracción I del presente artículo;

X. Participar en la estructuración, negociación, aprobación, instrumentación y supervisión del cumplimiento de los convenios básicos y acuerdos complementarios, con base en los cuales se integren programas bilaterales y multilaterales de cooperación técnica, científica y tecnológica internacional;

XI. Diseñar, negociar y coordinar la ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de cooperación técnica, científica y tecnológica en los ámbitos multilateral y bilateral;

XII. Instalar y participar en los paneles sectoriales para la identificación y estructuración de proyectos y actividades que integren los programas de cooperación técnica, científica y tecnológica, bilaterales y multilaterales;

XIII. Mantener un registro de los expertos internacionales adscritos a programas y proyectos de cooperación que se realizan en México, basándose para ello en la información que le proporcionen las áreas correspondientes;

XIV. Participar en las comisiones, consejos y comités interinstitucionales de carácter técnico y científico, a los que sea invitado el Instituto;

XV. Convocar, organizar y celebrar las reuniones de las comisiones mixtas, bilaterales, y multilaterales de cooperación técnica, científica y tecnológica internacional para el desarrollo;

XVI. Participar con instituciones nacionales y con interlocutores extranjeros en la selección conjunta de los expertos y becarios que colaborarán en programas y proyectos de cooperación internacional para el desarrollo;

XVII. Proponer el nombramiento de funcionarios de la Secretaría como encargados de la cooperación técnica, científica y tecnológica en las representaciones de México en el exterior;

XVIII. Registrar y sistematizar información sobre la ejecución y administración de la cooperación internacional para el desarrollo, a fin de dar seguimiento a las actividades en marcha y formular recomendaciones para la toma de decisiones;

XIX. Diseñar y promover nuevos mecanismos de financiamiento para la ejecución de la cooperación internacional para el desarrollo, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal competentes;

XX. Fortalecer esquemas de cooperación internacional que promuevan la complementariedad institucional a nivel federal, estatal y municipal que favorezcan, asimismo, la descentralización de la cooperación internacional para el desarrollo;

XXI. Gestionar ante las autoridades aduaneras competentes la internación de materiales y equipo destinados a la ejecución de proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, y

XXII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

ARTÍCULO 44. Corresponde al Instituto Matías Romero:

I. Preparar recursos humanos de alto nivel analítico y técnico en materia de diplomacia, política internacional y política exterior de México, en beneficio del Servicio Exterior Mexicano, la Secretaría y otras instituciones de interés público;

II. Formar a los miembros del Servicio Exterior Mexicano en las habilidades de la negociación internacional y la capacidad de análisis necesarias para enfrentar los retos de la labor diplomática contemporánea;

III. Contribuir, a través de la Maestría en Estudios Diplomáticos y otros cursos, a la formación de personas con capacidad de crítica en materia de relaciones internacionales y política exterior de México;

IV. Ofrecer programas de educación continua, tales como diplomados y cursos especiales, que contribuyan a fortalecer el conocimiento en áreas estratégicas para la Secretaría y mantener actualizados a servidores públicos de la Secretaría y miembros del Servicio Exterior Mexicano;

V. Contribuir, mediante la Maestría en Estudios Diplomáticos y cursos especiales, a la formación de miembros de Ministerios de Relaciones Exteriores latinoamericanos y caribeños, así como de otros países de particular interés para la política exterior de México;

VI. Colaborar en la organización de cursos y otras actividades académicas, con otras entidades de la Administración Pública Federal y el Poder Legislativo;

VII. Promover, mediante la organización de seminarios conjuntos y programas de intercambio de profesores, conferencistas, estudiantes y publicaciones, vínculos con otras academias diplomáticas e instituciones nacionales y extranjeras de enseñanza e investigación en materia de relaciones internacionales y estudios diplomáticos;

VIII. Fungir como foro y punto de encuentro e intercambio entre las diversas instituciones mexicanas de educación superior que ofrecen estudios en relaciones internacionales;

IX. Diseñar programas de educación a distancia que, mediante la utilización de los recursos tecnológicos disponibles, satisfagan las necesidades de formación y actualización de los miembros del Servicio Exterior Mexicano;

X. Apoyar a la Comisión de Ingreso prevista en la Ley del Servicio Exterior Mexicano, en la organización y desarrollo de los concursos públicos generales para ingresar al Servicio Exterior de carrera previstos en las normas correspondientes;

XI. Coordinar foros de reflexión sobre problemas de coyuntura cuyo objetivo sea reunir servidores públicos y académicos de reconocido prestigio en el campo de los estudios internacionales, a fin de proporcionar al Secretario elementos para la toma de decisiones, y

XII. Realizar las demás atribuciones que las disposiciones legales confieran a la Secretaría, que sean afines a las señaladas en las fracciones anteriores y que le encomiende el Secretario.

CAPÍTULO VIII

De la Unidad de Contraloría Interna

ARTÍCULO 45. Al frente de la Unidad de Contraloría Interna habrá un Contralor Interno designado en los términos del artículo 37, fracción XII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, quien en el ejercicio de sus facultades, se auxiliará por los titulares de las áreas de Responsabilidades, Auditoría y Quejas, designados en los mismos términos.

Con sujeción a su presupuesto autorizado, los órganos desconcentrados contarán en su caso con una Unidad de Contraloría Interna, en los términos del párrafo anterior. En el supuesto de que algún órgano desconcentrado no cuente con dicha Unidad, las facultades a que se refiere este artículo se ejercerán por la Unidad de Contraloría Interna de la Dependencia.

Los servidores públicos a que se refieren los párrafos anteriores, ejercerán, de conformidad con su respectivas competencias en el ámbito de la Secretaría y de las representaciones de México en el exterio las facultades previstas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en la Ley Federal d Responsabilidades de los Servidores Públicos y en los demás ordenamientos legales y administrativo aplicables, conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrol Administrativo.

En el caso específico de los miembros del Servicio Exterior Mexicano, el Contralor Interno y el titular d área de responsabilidades únicamente actuarán en los términos que la propia Ley del Servicio Exteri Mexicano y su Reglamento determinen.

La Secretaría proporcionará al Contralor Interno los recursos humanos y materiales que requiera para atención de los asuntos a su cargo. Asimismo, los servidores públicos de la Secretaría y sus órgan desconcentrados están obligados a proporcionar el auxilio necesario al Titular de la Contraloría Interna pa el desempeño de sus facultades.

CAPÍTULO IX

De la Suplencia de los Servidores Públicos de la Secretaría

ARTÍCULO 46. El Secretario será suplido en sus ausencias temporales por el Subsecretario Relaciones Exteriores. En caso de ausencia temporal del Secretario y del Subsecretario de Relacior Exteriores, fungirán como encargados del despacho los Subsecretarios para América Latina y el Caribe; p África, Asia Pacífico, Europa y Naciones Unidas; y de Relaciones Económicas y Cooperación Internaciona bien, el Oficial Mayor, en el orden enunciado. En caso de ausencia temporal de todos los servidores públi mencionados, el Secretario, previa autorización del Presidente de la República, designará al servidor públ encargado del despacho.

En los juicios de amparo en que deba intervenir en representación del Presidente de la República o co Titular de la Secretaría, será suplido indistintamente por los servidores públicos antes señalados en el or indicado o por el Director General de Asuntos Jurídicos. Así mismo, para efectos del artículo 34, fracciones y XII del presente Reglamento, podrá ser suplido por el Director General de Asuntos Jurídicos.

ARTÍCULO 47. La ausencia temporal de los Subsecretarios o del Oficial Mayor será suplida po servidor público que designen respectivamente.

ARTÍCULO 48. El Consultor Jurídico será suplido en sus ausencias temporales por el Consultor Jurí Adjunto y a falta de éste también, por el servidor público que designe el primero; los titulares de Comisiones Internacionales de Límites y Aguas México-Estados Unidos y México-Guatemala-Belice, se suplidos en sus ausencias temporales por el servidor público que designen; los Directores Generales se suplidos en sus ausencias temporales por el Director General Adjunto o el Director de Área que aquél designen; y las ausencias temporales de los Directores de Área de una unidad administrativa serán supli por el Subdirector de Área que designe el Director General.

En los demás casos, en que por alguna razón no exista titular de las unidades administrativas cita quedará encargado del despacho provisionalmente el Director General Adjunto o el Director de Área designe el jefe superior jerárquico.

ARTÍCULO 49. Los Delegados serán suplidos en sus ausencias temporales por el Subdeleg respectivo o por el servidor público que designe el Oficial Mayor.

ARTÍCULO 50. Las ausencias temporales del Contralor Interno, así como las de los titulares de las á de Responsabilidades, Auditoría y Quejas, serán suplidas conforme a lo previsto por el artículo 54 Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

CAPÍTULO X

De la Comisión Consultiva de Política Exterior y de la Comisión de Personal del Servicio Exterior Mexicano

ARTÍCULO 51. La Comisión Consultiva de Política Exterior constituirá un órgano institucional de ase del Secretario; se regirá por los lineamientos que al efecto emita el Titular del Ramo y quedará integrad los Embajadores Eméritos y demás unidades y miembros que aquél designe. La comisión tendr atribuciones siguientes:

I. Asesorar al Secretario en materia de política exterior, y

II. Aquellas otras que le asigne el Secretario.

ARTÍCULO 52. La Comisión de Personal del Servicio Exterior Mexicano, conforme a lo dispuesto Ley del Servicio Exterior Mexicano, asesorará al Secretario en lo referente a ascensos, trasl disponibilidad, separación, retiro, medidas disciplinarias y casos excepcionales de licencia, vacaci ingresos, reincorporaciones, comisiones y cualquier otro asunto relacionado con los miembro servicio exterior.

La Comisión de Personal del Servicio Exterior Mexicano estará presidida por un Embajador de carre Servicio Exterior designado por el Secretario y, además, por el Oficial Mayor de la Secretaría, quien sup Presidente en sus ausencias temporales; por el Director General del Servicio Exterior y de Personal, fungirá como secretario de la Comisión; por el Director General de Asuntos Jurídicos y por otro servidores públicos de la Secretaría, designados por el Titular de la Dependencia, que sean miembr carrera del Servicio Exterior Mexicano. Serán convocados a las reuniones de la Comisión de Personal servidores públicos de la Secretaría cuando se ventilen asuntos que sean de su competencia.

La Comisión de Personal integrará una Subcomisión de Asuntos Disciplinarios en términos dispuesto por la Ley del Servicio Exterior Mexicano y su Reglamento, cuya función consistirá en subst los procedimientos administrativos disciplinarios a los miembros del Servicio Exterior Mexicano.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. El presente Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación **Diario Oficial de la Federación.**

ARTÍCULO SEGUNDO. Se abroga el Reglamento Interior de la Secretaría de Relaciones Ext publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 28 de agosto de 1998, el Decreto que reforma Reglamento publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 13 de noviembre de 1998; los acuerd los que se determinan los objetivos, las funciones y facultades del Instituto Matías Romero y del I Mexicano de Cooperación Internacional y de las direcciones generales que los integran, publicados **Diario Oficial de la Federación** el 15 y 17 de septiembre de 1999, respectivamente; y se derogan to disposiciones administrativas que se opongan al presente ordenamiento.

ARTICULO TERCERO. Los asuntos pendientes al entrar en vigor este Reglamento, que conforme al mismo deban pasar de una unidad administrativa a otra u otras, continuarán su trámite y serán resueltos por aquella o aquellas unidades a las que se les haya atribuido la competencia en este Reglamento.

ARTICULO CUARTO. Cuando la competencia de alguna unidad administrativa establecida con anterioridad a la vigencia de este Reglamento deba ser ejercida por alguna otra unidad de las que el mismo establece, pasarán a la unidad competente el archivo, mobiliario y, en general, el equipo que aquélla hubiera venido utilizando, así como los recursos humanos y presupuestales correspondientes.

ARTICULO QUINTO. Los derechos de los trabajadores serán respetados conforme a las disposiciones legales aplicables.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los ocho días del mes de agosto de dos mil uno.- **Vicente Fox Quesada.**- Rúbrica.- El Secretario de Relaciones Exteriores, **Jorge Castañeda Gutman.**- Rúbrica.

TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA FISCAL Y ADMINISTRATIVA

ACUERDO de creación de delegaciones administrativas de la Oficialía Mayor.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa.- Secretaría General.- Pleno de la Sala Superior.

ACUERDO G/41/2001

ACUERDO DE CREACION DE DELEGACIONES ADMINISTRATIVAS DE LA OFICIALIA MAYOR.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 15, 16 fracción X, 35 fracción V y 38 de la Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, el propósito de obtener un mejor funcionamiento del área administrativa y regularizar la operación de las Unidades que vienen actuando en auxilio de la Oficialía Mayor para la atención de las Salas Regionales y considerando:

I. Que en atención a la descentralización y crecimiento de este Tribunal, es necesario fortalecer los mecanismos de control y agilizar los trámites que permitan a las diversas unidades administrativas de las Salas Regionales Foráneas, de la Oficialía Mayor dotar de los servicios generales con mayor oportunidad.

II. Que en dichas Salas se requiere de contratos de Servicios Generales como son: de vigilancia, limpieza, fumigación, arrendamiento de inmuebles, comunicaciones de Internet, mantenimiento preventivo y correctivo de aire acondicionado, sanitarios y eléctrico, etc., mismos que deberán efectuarse atendiendo a lo dispuesto por las leyes de Adquisición, Arrendamiento y Servicios del Sector Público y de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las. Mismas; conforme a los montos establecidos en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación, previa autorización presupuestal de las partidas correspondientes.

III. Que en consecuencia, es conveniente agilizar este tipo de trámites y formalizar el funcionamiento de los actuales Enlaces Administrativos de la Oficialía Mayor.

El Pleno de este Tribunal, expide el siguiente Acuerdo Reglamentario:

PRIMERO.- Se crean las Delegaciones Administrativas de la Oficialía Mayor y se constituyen en todas y cada una de las Sedes de las Salas Regionales Foráneas de este Organo Colegiado, en substitución de los denominados Enlaces Administrativos.

SEGUNDO.- A las Delegaciones Administrativas compete:

I. Ejecutar las órdenes relacionadas con el ejercicio del presupuesto y elaborar los programas presupuestarios de acuerdo a los lineamientos de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto;

II. Proponer a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto las modificaciones presupuestarias que se requieran para el óptimo aprovechamiento de los recursos asignados;

III. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones laborales de los empleados administrativos de acuerdo con los demás lineamientos establecidos;

IV. Tramitar ante la Dirección General de Recursos Humanos las propuestas de movimientos de personal que propongan los Presidentes de las Salas;

V. Controlar los bienes del Tribunal, así como los resguardos de los asignados a los servidores públicos adscritos a las Salas y vigilar su conservación de acuerdo a la norma vigente;

VI. Llevar a cabo los procesos licitatorios así como efectuar el pago de servicios de agua, teléfono, tenencias, luz y los demás necesarios para la operación de las Salas, informando de ello oportunamente a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales;

VII. Elaborar y firmar los contratos de los servicios antes señalados de acuerdo a la norma vigente;

VIII. Vigilar los servicios de seguridad que se proporcionen en relación con el personal y con los bienes muebles e inmuebles del Tribunal y mantener el control de acceso del personal y de los bienes a los edificios;

IX. Observar lo dispuesto en los Lineamientos de Gestión de los Delegados Administrativos.

TERCERO.- Las Delegaciones Administrativas realizarán sus funciones bajo la supervisión e instrucciones de la Oficialía Mayor a través de sus Unidades Administrativas y el control administrativo del Presidente de la Sala que corresponda, cuyas instrucciones deberán atender ajustándose a la normatividad.

CUARTO.- Este Acuerdo entrará en vigor a partir del 1 de agosto de 2001.

Así lo acordó el Pleno de la Sala Superior del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, en sesión del día seis de julio de dos mil uno, ordenándose su publicación en el **Diario Oficial de la Federación.**- Firman la Magistrada **Ma. Guadalupe Aguirre Soria**, Presidenta del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y la licenciada **Graciela Buenrostro Peña**, Secretaria General de Acuerdos, quien da fe.- Rúbricas.

(R.- 148339)

RELACION de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Con fundamento en los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 3o. y 31 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1o., 2o.; 3o. y 12 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 3o. de su Reglamento, y 10 fracción X ter del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se procede a la publicación de la siguiente:

RELACION DE ENTIDADES PARAESTATALES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

SECRETARIA DE GOBERNACION

1. Instituto Mexicano de la Radio
2. Talleres Gráficos de México

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

3. Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

4. Casa de Moneda de México
5. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros
6. Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas
7. Instituto para la Protección al Ahorro Bancario
8. Lotería Nacional para la Asistencia Pública
9. Patronato del Ahorro Nacional
10. Pronósticos para la Asistencia Pública

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

11. Comisión Nacional de las Zonas Aridas
12. Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra
13. Instituto Nacional Indigenista

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

14. Comisión Nacional Forestal
15. Forestal Vicente Guerrero (en proceso de desincorporación)
16. Productos Forestales Mexicanos (en proceso de desincorporación)

SECRETARIA DE ENERGIA

17. Comisión Federal de Electricidad
18. Instituto de Investigaciones Eléctricas
19. Instituto Mexicano del Petróleo
20. Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares
21. Luz y Fuerza del Centro
22. Pemex-Exploración y Producción
23. Pemex-Gas y Petroquímica Básica
24. Pemex-Petroquímica
25. Pemex-Refinación
26. Petróleos Mexicanos

SECRETARIA DE ECONOMIA

27. Centro Nacional de Metrología
28. Consejo de Recursos Minerales
29. Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
30. Servicio Nacional de Información de Mercados (en proceso de desincorporación)

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACION

31. Colegio de Postgraduados
32. Compañía Nacional de Subsistencias Populares (en proceso de desincorporación)
33. Productora Nacional de Biológicos Veterinarios
34. Productora Nacional de Semillas

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

35. Aeropuertos y Servicios Auxiliares
36. Caminos y Puentes Federales de Ingresos y Servicios Conexos
37. Ferrocarriles Nacionales de México (en proceso de desincorporación)
38. Servicio Postal Mexicano
39. Telecomunicaciones de México

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

40. Centro de Enseñanza Técnica Industrial
41. Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial
42. Centro de Investigación Científica y Educación Superior de Ensenada, B.C.
43. Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional
44. Centro de Investigaciones en Química Aplicada
45. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
46. Colegio de Bachilleres
47. Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica
48. Comisión de Operación y Fomento de Actividades Académicas del Instituto Politécnico Nacional
49. Comisión Nacional de los Libros de Texto Gratuitos
50. Comité Administrador del Programa Federal de Construcción de Escuelas
51. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
52. Consejo Nacional de Fomento Educativo
53. El Colegio de la Frontera Sur
54. Fondo de Cultura Económica
55. Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora
56. Instituto Mexicano de Cinematografía
57. Instituto Mexicano de la Juventud
58. Instituto Nacional de Astrofísica, Optica y Electrónica
59. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
60. Patronato de Obras e Instalaciones del Instituto Politécnico Nacional

SECRETARIA DE SALUD

61. Hospital General de México
62. Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
63. Hospital Infantil de México Federico Gómez
64. Instituto Nacional de Cancerología
65. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
66. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
67. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
68. Instituto Nacional de la Senectud
69. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
70. Instituto Nacional de Pediatría
71. Instituto Nacional de Perinatología
72. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
73. Instituto Nacional de Salud Pública
74. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

75. Comisión Nacional de los Salarios Mínimos

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

76. Instituto Nacional de Ciencias Penales

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS NO SECTORIZADOS

77. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
78. Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
79. Instituto Mexicano del Seguro Social
80. Instituto Nacional de las Mujeres

SUBTOTAL: 80

EMPRESAS DE PARTICIPACION ESTATAL MAYORITARIA

SECRETARIA DE GOBERNACION

81. Notimex, S.A. de C.V.
82. Periódico El Nacional, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

83. Agroasemex, S.A.
84. Almacenes Nacionales de Depósito, S.A. (en proceso de desincorporación)
85. Aseguradora Hidalgo, S.A.
86. Banco de Crédito Rural del Centro, S.N.C.
87. Banco de Crédito Rural del Centro-Norte, S.N.C.
88. Banco de Crédito Rural del Centro-Sur, S.N.C.
89. Banco de Crédito Rural del Golfo, S.N.C.
90. Banco de Crédito Rural del Istmo, S.N.C.
91. Banco de Crédito Rural del Noreste, S.N.C.
92. Banco de Crédito Rural del Noroeste, S.N.C.
93. Banco de Crédito Rural del Norte, S.N.C.
94. Banco de Crédito Rural del Occidente, S.N.C.
95. Banco de Crédito Rural del Pacífico-Norte, S.N.C.
96. Banco de Crédito Rural del Pacífico-Sur, S.N.C.
97. Banco de Crédito Rural Peninsular, S.N.C.
98. Banco Nacional de Comercio Exterior, S.N.C.
99. Banco Nacional de Comercio Interior, S.N.C. (en proceso de desincorporación)
100. Banco Nacional de Crédito Rural, S.N.C.
101. Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.
102. Banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, S.N.C.
103. Exportadores Asociados, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
104. Financiera Nacional Azucarera, S.N.C. (en proceso de desincorporación)
105. Nacional Financiera, S.N.C.
106. Ocean Garden Products, Inc. (en proceso de desincorporación)
107. Productora de Cospeles, S.A. de C.V.
108. Servicios de Almacenamiento del Norte, S.A. (en proceso de desincorporación)
109. Terrenos de Jáltipan, S.A. (en proceso de desincorporación)

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

110. Diconsa, S.A. de C.V.
111. Incobusa, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
112. Liconsa, S.A. de C.V.

SECRETARIA DE ENERGIA

113. Compañía Mexicana de Exploraciones, S.A. de C.V.
114. I.I.I. Servicios, S.A. de C.V.
115. Instalaciones Inmobiliarias para Industrias, S.A. de C.V.
116. P.M.I. Comercio Internacional, S.A. de C.V.
117. Petroquímica Camargo, S.A. de C.V.
118. Petroquímica Cangrejera, S.A. de C.V.
119. Petroquímica Cosoleacaque, S.A. de C.V.
120. Petroquímica Escolín, S.A. de C.V.
121. Petroquímica Morelos, S.A. de C.V.
122. Petroquímica Pajaritos, S.A. de C.V.
123. Petroquímica Tula, S.A. de C.V.
124. Terrenos para Industrias, S.A. (en proceso de desincorporación)

SECRETARIA DE ECONOMIA

125. Exportadora de Sal, S.A. de C.V.
126. Transportadora de Sal, S.A. de C.V.

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACION

127. Bodegas Rurales Conasupo, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
128. Instituto Nacional de Capacitación del Sector Agropecuario, A.C.

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

129. Administración Portuaria Integral de Altamira, S.A. de C.V.
130. Administración Portuaria Integral de Coatzacoalcos, S.A. de C.V.
131. Administración Portuaria Integral de Ensenada, S.A. de C.V.
132. Administración Portuaria Integral de Dos Bocas, S.A. de C.V.
133. Administración Portuaria Integral de Guaymas, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
134. Administración Portuaria Integral de Lázaro Cárdenas, S.A. de C.V.
135. Administración Portuaria Integral de Manzanillo, S.A. de C.V.
136. Administración Portuaria Integral de Mazatlán, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
137. Administración Portuaria Integral de Progreso, S.A. de C.V.
138. Administración Portuaria Integral de Puerto Madero, S.A. de C.V.
139. Administración Portuaria Integral de Puerto Vallarta, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
140. Administración Portuaria Integral de Salina Cruz, S.A. de C.V.
141. Administración Portuaria Integral de Tampico, S.A. de C.V.
142. Administración Portuaria Integral de Topolobampo, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
143. Administración Portuaria Integral de Tuxpan, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
144. Administración Portuaria Integral de Veracruz, S.A. de C.V.
145. Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, S.A. de C.V.
146. Ferrocarril Chihuahua al Pacífico, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
147. Ferrocarril del Istmo de Tehuantepec, S.A. de C.V.
148. Grupo Aeroportuario de la Ciudad de México, S.A. de C.V.
149. Servicios Aeroportuarios de la Ciudad de México, S.A. de C.V.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

150. Centro de Capacitación Cinematográfica, A.C.
151. Centro de Investigación en Geografía y Geomática, Ing. Jorge L. Tamayo, A.C.
152. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
153. Centro de Investigación en Matemáticas, A.C.
154. Centro de Investigación en Materiales Avanzados, S.C.
155. Centro de Investigación y Asesoría Tecnológica en Cuero y Calzado, A.C.
156. Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco, A.C.
157. Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Electroquímica, S.C.
158. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.
159. Centro de Investigaciones Biológicas del Noroeste, S.C.
160. Centro de Investigaciones Científicas de Yucatán, A.C.
161. Centro de Investigaciones en Optica, A.C.
162. CIATEQ, A.C.
163. Colegio de la Frontera Norte, A.C.
164. Compañía Operadora del Centro Cultural y Turístico de Tijuana, S.A. de C.V.
165. Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S.A. de C.V.

166. Educal, S.A. de C.V.
167. El Colegio de Michoacán, A.C.
168. El Colegio de San Luis, A.C.
169. Estudios Churubusco Azteca, S.A.
170. Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V.
171. Instituto de Ecología, A.C.
172. Instituto Potosino de Investigación Científica y Tecnológica, A.C.
173. Televisión Metropolitana, S.A. de C.V.

SECRETARIA DE SALUD

174. Centros de Integración Juvenil, A.C.
175. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.

SECRETARIA DE TURISMO

176. Baja, Mantenimiento y Operación, S.A. de C.V.
177. Consejo de Promoción Turística de México, S.A. de C.V.
178. Nacional Hotelera de Baja California, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
179. Recro-Mex, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)
180. Terrenos Recreo, S.A. de C.V. (en proceso de desincorporación)

SUBTOTAL: 100

FIDEICOMISOS PUBLICOS

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

181. Fideicomiso para Construcciones Militares

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

182. Fideicomiso Liquidador de Instituciones y Organizaciones Auxiliares de Crédito
183. Fondo de Capitalización e Inversión del Sector Rural
184. Fondo de Garantía y Fomento para la Agricultura, Ganadería y Avicultura
185. Fondo de Garantía y Fomento para las Actividades Pesqueras
186. Fondo de Operación y Financiamiento Bancario a la Vivienda
187. Fondo Especial de Asistencia Técnica y Garantía para Créditos Agropecuarios
188. Fondo Especial para Financiamientos Agropecuarios

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

189. Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares
190. Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías

SECRETARIA DE ECONOMIA

191. Fideicomiso de Fomento Minero

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACION

192. Fideicomiso de Riesgo Compartido

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

193. Fideicomiso de Formación y Capacitación para el Personal de la Marina Mercante Nacional
194. Fideicomiso para la Comisión Nacional de Caminos Alimentadores y Aeropistas (en proceso de desincorporación)
195. Fondo Nacional para los Desarrollos Portuarios (en proceso de desincorporación)

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

196. Fideicomiso para la Cineteca Nacional
197. Fondo de Información y Documentación para la Industria
198. Fondo para el Desarrollo de los Recursos Humanos

SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

199. Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores

SECRETARIA DE LA REFORMA AGRARIA

200. Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento Ejidal

SECRETARIA DE TURISMO

201. Fondo Nacional de Fomento al Turismo

SUBTOTAL: 21

TOTAL: 201

Esta Relación se elaboró con la documentación disponible al 1 de agosto del año 2001, y no incluye a organismos expresamente previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como autónomos ni a los referidos en el artículo 3o. de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Tampoco incluye a los grupos aeroportuarios y las empresas en las que el Gobierno Federal mantiene participación accionaria, en virtud de los procesos existentes respecto a dicha tenencia.

Finalmente, se advierte que se han iniciado los trámites tendientes a la venta de la empresa de participación estatal mayoritaria denominada Aseguradora Hidalgo, S.A.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 8 de agosto de 2001.- El Procurador Fiscal de la Federación, **Gabriel Reyes Orona**.- Rúbrica.

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JULIO JOSE FRENK MORA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 6 fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 16 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece que los titulares de las secretarías de Estado podrán adscribir orgánicamente las unidades establecidas en el Reglamento Interior respectivo, en cuyo caso deberá publicarse el acuerdo correspondiente en el **Diario Oficial de la Federación**.

Que en virtud de que el Ejecutivo Federal ha expedido el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el cual fue publicado el 5 de julio del presente año en el **Diario Oficial de la Federación**, se ha modificado la estructura orgánica de la Secretaría y las atribuciones de las unidades administrativas.

Que en consecuencia y en función a las modificaciones mencionadas, es necesario actualizar la adscripción de las unidades administrativas de esta Dependencia, en la forma siguiente:

ARTICULO UNICO. Se adscriben orgánicamente las unidades administrativas que se mencionan, todas ellas establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en la forma siguiente:

I. Al Titular de la Secretaría:
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud.
Dirección General de Asuntos Jurídicos.
Dirección General de Comunicación Social.
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

II. A la Subsecretaría de Innovación y Calidad:
Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud.
Dirección General de Protección Financiera en Salud.
Centro Nacional de Trasplantes.
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

III. A la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud:
Dirección General de Promoción de la Salud.
Dirección General de Salud Reproductiva.
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA

IV. A la Subsecretaría de Relaciones Institucionales:
Secretariado del Consejo Nacional de Salud.
Dirección General de Relaciones Internacionales.
Dirección General para la Descentralización Hospitalaria.
Centro Nacional de Rehabilitación.
Hospital Juárez de México.

V. A la Subsecretaría de Administración y Finanzas:
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
Dirección General de Tecnología de la Información.
Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.
Dirección General de Recursos Humanos.
Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física.
Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

VI. Al Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones:
Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental.
Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones.
Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental.
Servicios de Salud Mental.

VII. Al Coordinador General de Planeación Estratégica:
Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.
Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

SEGUNDO. Se abroga el Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 31 de octubre de 2000.

Dado en la Ciudad de México, D.F., a 3 de agosto de 2001.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.

SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

ACUERDO mediante el cual se da a conocer la recalendarización de los recursos y la redistribución de la población objetivo por entidad federativa, para la operación del Programa de Becas de Capacitación para Desempleados (PROBECAT).

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER LA RECALENDARIZACION DE LOS RECURSOS Y LA REDISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO POR ENTIDAD FEDERATIVA, PARA LA OPERACION DEL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACION PARA DESEMPLEADOS.

CARLOS MARIA ABASCAL CARRANZA, Secretario del Trabajo y Previsión Social, con fundamento en los artículos 16 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 6 fracciones I y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; 63 y 64 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2001, y

CONSIDERANDO

Que en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, apartado 6, relativo al "Area de Crecimiento con Calidad" que busca impulsar una nueva cultura laboral y una reforma del marco laboral que amplíe las oportunidades de desarrollo de los trabajadores, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) opera el Programa de Becas de Capacitación para Desempleados (Probecat), en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, cuyo objetivo es incorporar a los buscadores de empleo a un esquema de capacitación, apoyados por una beca, con el fin de incrementar sus posibilidades de empleo, así como fortalecer las capacidades de las personas de escasos recursos que forman parte de un grupo productivo.

Que de acuerdo con las Reglas de Operación e Indicadores de Evaluación y de Gestión del Probecat vigentes, la asignación presupuestal a las entidades federativas se realiza en dos etapas, con objeto de lograr el mayor aprovechamiento de los recursos y el cumplimiento de las metas establecidas, así como estimular un mejor desempeño en la gestión de cada entidad: la primera al inicio del año y la segunda una vez evaluado el ritmo de ejercicio del primer semestre del año, considerando también sus acciones específicas de capacitación y sus expectativas de gasto para el resto del ejercicio.

Que con fundamento en los artículos 63 y 64 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2001, el 15 de mayo de 2001 se publicó en el **Diario Oficial de la Federación**, el Acuerdo mediante el cual se da a conocer la calendarización de los recursos y la distribución de la población objetivo por entidad federativa para la operación del Probecat, mismo que en su artículo primero, dio a conocer una primera autorización definitiva y una segunda autorización con carácter preliminar, para cada una de las entidades federativas, la cual estará sujeta a ajustes que deriven de la evaluación correspondiente. El monto global de la autorización de carácter preliminar publicado el 15 de mayo, asciende a $337,385,820.00 (trescientos treinta y siete millones, trescientos ochenta y cinco mil ochocientos veinte pesos 00/100 M.N.).

Que la STPS realizó, con la participación de los responsables de los Servicios Estatales de Empleo, a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, la evaluación del ejercicio presupuestal de cada una de ellas considerando, entre otros aspectos, el avance programático-presupuestal, la oportunidad en la comprobación del gasto, la pertinencia y el impacto de sus acciones, así como los compromisos asumidos para elevar la eficacia y eficiencia en el ejercicio del gasto.

Con base en lo anterior y con la finalidad de facilitar el cumplimiento de la meta de beneficiar a 333,281 personas durante el presente año, mediante la incorporación en procesos de capacitación y el otorgamiento de becas, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER LA RECALENDARIZACION DE LOS RECURSOS Y LA REDISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO POR ENTIDAD FEDERATIVA, PARA OPERACION DEL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACION PARA DESEMPLEADOS

PRIMERO.- De conformidad con las Reglas de Operación e Indicadores de Evaluación y de Gestión del Programa de Becas de Capacitación para Desempleados (Probecat), se da a conocer la segunda autorización presupuestal ajustada, así como la distribución de la población objetivo por entidad federativa:

NOTA: Conforme se indica en la publicación del **Diario Oficial de la Federación** del 15 de may 2001, en su artículo segundo "Para lograr el mayor nivel de ejercicio, equidad y aprovechamiento d recursos autorizados al Probecat en el ámbito nacional, la STPS realizará un ajuste en el segundo sem de acuerdo con la calidad de la ejecución en cada entidad federativa, así como las necesidades. población con el objeto de canalizar los recursos de aquellas entidades que no hubieran ejercido la tota de los mismos hacia aquellos con mayor ritmo de gasto en la ejecución del Programa. La seg autorización ajustada se publicará en el **Diario Oficial de la Federación** y se comunicará por escrito gobiernos estatales". En este sentido, la información correspondiente a la segunda asignación, pre variantes respecto a la publicación de referencia y, las cantidades que se asignan, podrán destina procesos de capacitación, así como al apoyo a grupos interesados en la instalación de Proy Productivos, Centros de Evaluación para Personas con Capacidades Diferenciadas y al Proyect Capacitación a Distancia.

Es importante señalar que el presupuesto total para el presente año, incluye, además de la cifra seña un monto para seguros, paquete de herramientas, apoyo de servicio médico, entre otros; así como pa gastos de operación del Programa presente y para la capacitación basada en competencia laboral operación; esta cifra asciende a un total de $275'309,922 pesos.

En los recursos del presente ejercicio fiscal se realizó un ajuste presupuestal por $58'863,258 pes que representa la contribución de este programa a las medidas de austeridad anunciadas el pasado m mayo por el Gobierno Federal.

SEGUNDO.- Para asegurar el máximo aprovechamiento de la presente asignación presupuesta entidad federativa, durante los meses restantes del año en curso se evaluará el ejercicio de cada Se Estatal de Empleo, y la STPS podrá ajustar las asignaciones de recursos de aquellos estados en los q se alcancen las metas previstas, hacia aquellas que, de acuerdo a su ritmo de gasto, se estime que pu rebasar sus compromisos originales.

TERCERO.- Los recursos para la operación del Programa continuarán enviándose por conduc Nacional Financiera, S.N.C.; el envío, ejercicio, comprobación y reintegro de los mismos, deberá obser dispuesto en las Reglas de Operación del Probecat y en los lineamientos que de éstas se deriven.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario O de la Federación**.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diez días del mes de agosto de dos mil El Secretario del Trabajo y Previsión Social, **Carlos María Abascal Carranza**.- Rúbrica.

ACUERDO mediante el cual se da a conocer la recalendarización de los recursos y la redistribución de la pob objetivo por entidad federativa para el Programa Calidad Integral y Modernización (CIMO).

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría del Tr y Previsión Social.

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER LA RECALENDARIZACION DE LOS RECURSOS REDISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO POR ENTIDAD FEDERATIVA PARA EL PROGRAMA CA INTEGRAL Y MODERNIZACION.

CARLOS MARIA ABASCAL CARRANZA, Secretario del Trabajo y Previsión Social, con fundamen los artículos 16 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 6 fracciones I y XX Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, los artículos 63 y 64 del Decre Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2001, y el oficio 511/01/1238 de fecha 18 de junio de 2001, suscrito por el Director General de Programación y Presupuesto Secretaría del Trabajo y Previsión Social, licenciado Fernando Urbiola Ledesma, y

AUTORIZACION PRESUPUESTAL, DISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO Y PAQUETE DE HERRAMIENTAS

	ENTIDAD FEDERATIVA	PRIMERA ASIGNACION	SEGUNDA ASIGNACION	TOTAL	POBLACION BENEFICIADA	PAQUETE DE HERRAMIENTAS
	TOTAL	1,000,000,000	337,385,820	1,337,385,820	333,281	15,000,000
1	AGUASCALIENTES	13,509,913	7,666,501	21,176,414	6,233	372,563
2	BAJA CALIFORNIA	18,771,573	8,618,441	27,390,114	5,033	131,421
3	BAJA CALIFORNIA SUR	8,199,304	2,255,887	10,455,191	2,357	206,606
4	CAMPECHE	10,567,996	3,983,708	14,551,704	4,123	315,715
5	COAHUILA	44,672,415	8,847,874	53,520,289	11,621	437,356
6	COLIMA	8,712,790	2,330,840	11,243,630	2,441	61,432
7	CHIAPAS	41,812,630	12,914,373	54,727,003	15,504	609,120
8	CHIHUAHUA	13,450,185	9,298,150	22,748,335	4,619	189,460
9	DISTRITO FEDERAL	81,964,986	16,315,905	98,280,891	17,404	834,083
10	DURANGO	16,759,444	10,155,889	26,915,333	7,859	217,808
11	GUANAJUATO	38,681,623	17,376,723	56,358,346	12,462	142,423
12	GUERRERO	20,309,026	16,264,269	36,573,295	9,182	472,198
13	HIDALGO	47,839,923	11,572,873	59,412,796	16,832	518,854
14	JALISCO	34,878,493	14,948,202	49,826,695	10,353	327,329
15	MEXICO	127,719,405	38,530,405	166,249,810	41,739	2,760,142
16	MICHOACAN	48,425,887	17,288,910	65,724,797	18,869	620,734
17	MORELOS	17,408,156	6,043,523	23,451,679	6,644	313,270
18	NAYARIT	12,445,687	3,687,732	16,133,419	4,571	257,851
19	NUEVO LEON	32,358,162	11,672,061	44,030,223	9,301	687,381
20	OAXACA	31,748,375	9,033,160	40,781,535	11,553	478,839
21	PUEBLA	49,183,688	14,877,018	64,060,686	18,149	401,903
22	QUERETARO	16,482,475	4,610,275	21,092,750	5,976	208,439
23	QUINTANA ROO	9,504,607	2,761,199	12,265,806	3,475	248,336
24	SAN LUIS POTOSI	20,083,985	9,338,498	29,422,483	8,335	213,330
25	SINALOA	18,286,384	5,707,385	23,993,769	5,210	212,718
26	SONORA	24,144,693	7,482,751	31,627,444	7,587	322,439
27	TABASCO	20,749,630	3,274,963	24,024,593	6,806	584,975
28	TAMAULIPAS	32,063,005	12,195,052	44,258,057	11,404	395,790
29	TLAXCALA	14,731,039	2,673,104	17,404,143	4,931	243,587
30	VERACRUZ	75,926,948	33,405,070	109,332,018	27,638	1,559,017
31	YUCATAN	23,132,528	6,982,321	30,114,849	8,532	283,319
32	ZACATECAS	25,043,952	5,062,760	30,106,712	6,637	372,868

CONSIDERANDO

Que los artículos 63 y 64 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2001 establecen la facultad de la STPS de autorizar, reducir, suspender o terminar los subsidios y transferencias que con cargo a su presupuesto se otorgan a las entidades federativas, sujetándose a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad.

Asimismo, el último párrafo del punto 6 del Acuerdo mediante el cual se establecen las reglas de operación e indicadores de evaluación y gestión del Programa Calidad Integral y Modernización (CIMO) establece la facultad de la STPS de realizar un ajuste a mitad del año de acuerdo con el nivel de ejecución en cada entidad federativa, tomando en cuenta su desempeño y gestión observada durante el primer semestre con el objeto de canalizar los recursos de aquellas entidades que no ejercerán la totalidad de los mismos hacia aquéllas con mayor ritmo de gasto en la ejecución del Programa, y tomando en consideración la reducción líquida prevista en el oficio 511/01/1238 in fine de fecha 18 de junio de 2001, suscrito por el Director General de Programación y Presupuesto de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, licenciado Fernando Urbiola Ledesma, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE DA A CONOCER LA RECALENDARIZACION DE LOS RECURSOS Y LA REDISTRIBUCION DE LA POBLACION OBJETIVO POR ENTIDAD FEDERATIVA PARA EL PROGRAMA CALIDAD INTEGRAL Y MODERNIZACION

PRIMERO.- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 63 y 64 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2001 y con base en los lineamientos generales de programación y presupuestación contenidos en el último párrafo del punto 6 del Acuerdo mediante el cual se establecen las reglas de operación e indicadores de evaluación y gestión del Programa Calidad Integral y Modernización (CIMO), y en el Acuerdo mediante el cual se da a conocer la calendarización de los recursos y la distribución de la población objetivo por entidad federativa para el Programa Calidad Integral y Modernización, se da a conocer la recalendarización de los recursos para la operación del programa, el monto de las autorizaciones presupuestales de recursos, así como la redistribución de la población objetivo por entidad federativa.

CUADRO 1

DIRECCION GENERAL DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD
PRESUPUESTO ASIGNADO A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

ENTIDAD	Total asignable 2001	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
AGUASCALIENTES	6,559,468	546,623	546,623	546,623	546,623	546,623	546,623	546,623	546,623	546,622	546,622	546,622	546,622
BAJA CALIFORNIA	5,538,907	419,463	419,463	419,463	419,463	419,463	419,463	503,355	503,355	503,355	503,355	503,355	503,355
BAJA CALIFORNIA SUR	2,779,355	308,818	308,818	308,818	308,818	308,818	308,818	154,408	154,408	154,408	154,408	154,409	154,409
CAMPECHE	2,782,552	178,355	178,355	178,355	178,355	178,355	178,355	285,367	285,367	285,367	285,367	285,367	285,367
COAHUILA	14,393,446	748,086	748,086	748,086	748,086	748,086	748,086	1,645,811	1,645,811	1,645,811	1,645,811	1,645,811	1,645,811
COLIMA	4,010,990	303,863	303,863	303,863	303,863	303,863	303,863	364,635	364,635	364,635	364,635	364,635	364,635
CHIAPAS	2,239,339	373,223	373,223	373,223	373,223	373,223	373,223	0	0	0	0	0	0
CHIHUAHUA	5,865,870	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823	488,823
DISTRITO FEDERAL	26,236,723	2,113,825	2,113,825	2,113,825	2,113,825	2,113,825	2,113,825	2,256,296	2,256,296	2,256,296	2,256,296	2,256,296	2,256,296
DURANGO	9,984,047	691,948	691,948	691,948	691,948	691,948	691,948	968,726	968,727	968,727	968,727	968,727	968,726
GUANAJUATO	7,912,977	599,468	599,468	599,468	599,468	599,468	599,468	719,361	719,361	719,361	719,361	719,361	719,362
GUERRERO	5,421,999	376,526	376,526	376,526	376,526	376,526	376,526	527,135	527,135	527,135	527,135	527,135	527,136
HIDALGO	5,086,041	353,405	353,405	353,405	353,405	353,405	353,405	494,769	494,769	494,769	494,769	494,769	494,769
JALISCO	4,708,547	713,418	713,418	713,418	713,418	713,418	713,418	71,341	71,341	71,342	71,342	71,342	71,342
MEXICO	11,533,588	1,281,507	1,281,507	1,281,507	1,281,507	1,281,507	1,281,507	640,753	640,753	640,753	640,753	640,753	640,753
MICHOACAN	4,194,206	411,205	411,205	411,205	411,205	411,205	411,205	287,844	287,844	287,844	287,844	287,844	287,846
MORELOS	2,259,157	188,263	188,263	188,263	188,263	188,263	188,263	188,263	188,263	188,263	188,264	188,264	188,264
NAYARIT	1,963,701	150,281	150,281	150,281	150,281	150,281	150,281	180,338	180,338	180,338	180,338	180,338	180,338
NUEVO LEON	4,592,619	510,291	510,291	510,291	510,291	510,291	510,291	255,145	255,145	255,145	255,146	255,146	255,146
OAXACA	2,719,903	302,211	302,211	302,211	302,211	302,211	302,211	151,105	151,105	151,105	151,106	151,106	151,106
PUEBLA	5,628,062	551,576	551,576	551,576	551,576	551,576	551,576	386,103	386,104	386,104	386,104	386,104	386,104
QUERETARO	3,118,247	305,514	305,514	305,514	305,514	305,514	305,514	213,860	213,861	213,861	213,861	213,861	213,861
QUINTANA ROO	2,009,459	257,623	257,623	257,623	257,623	257,623	257,623	77,287	77,287	77,287	77,287	77,287	77,287
SAN LUIS POTOSI	4,819,532	251,017	251,017	251,017	251,017	251,017	251,017	552,237	552,237	552,238	552,238	552,238	552,238
SINALOA	18,836,634	876,908	876,908	876,908	876,908	876,908	876,908	1,929,197	1,929,197	1,929,197	1,929,197	1,929,197	1,929,198
SONORA	8,846,344	614,329	614,329	614,329	614,329	614,329	614,329	860,061	860,061	860,062	860,062	860,062	860,062
TABASCO	2,535,597	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383	211,383
TAMAULIPAS	5,376,442	447,537	447,537	447,537	447,537	447,537	447,537	447,537	447,537	447,537	447,537	447,538	447,538
TLAXCALA	1,471,425	183,491	183,491	183,491	183,491	183,491	183,491	81,746	81,746	81,746	81,746	81,746	81,746
VERACRUZ	8,127,989	1,042,050	1,042,050	1,042,050	1,042,050	1,042,050	1,042,050	312,614	312,615	312,615	312,615	312,615	312,615
YUCATAN	7,829,593	577,999	577,999	577,999	577,999	577,999	577,999	693,599	693,599	693,599	693,600	693,600	693,600
ZACATECAS	1,024,409	155,214	155,214	155,214	155,214	155,214	155,214	15,520	15,521	15,521	15,521	15,521	15,521
	198,171,000	16,514,251	16,514,251	16,514,251	16,514,251	16,514,251	16,514,251	16,514,250	16,514,250	16,514,249	16,514,249	16,514,249	16,514,250

Nota: El total de recursos asignados a las entidades federativas es de $198'171,000 pesos.

Para la operación y administración de la capacitación a nivel central y estatal se cuenta con $85'463,858 pesos.

En los recursos del presente ejercicio fiscal se realizó un ajuste presupuestal por $49'104,142 pesos lo que representa la contribución de este programa a las medidas de austeridad anunciadas el pasado mes de mayo por el Gobierno Federal.

CUADRO 2

PROGRAMA CALIDAD INTEGRAL Y MODERNIZACION (CIMO), PMML Y PMETYC
POBLACION OBJETIVO PARA EL AÑO 2001

ENTIDAD	Total programado 2001	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
AGUASCALIENTES	13,255	0	441	441	1,065	767	1,689	1,109	897	1,010	2,124	1,501	2,211
BAJA CALIFORNIA	15,209	0	445	446	1,078	776	1,711	1,347	1,091	1,227	2,580	1,824	2,685
BAJA CALIFORNIA SUR	3,778	0	187	187	457	328	723	237	192	216	455	322	474
CAMPECHE	7,410	0	174	174	425	306	675	708	573	646	1,356	959	1,412
COAHUILA	41,168	0	762	762	1,837	1,321	2,913	4,202	3,403	3,831	8,055	5,695	8,387
COLIMA	6,862	0	200	200	487	350	772	608	493	555	1,164	823	1,212
CHIAPAS	4,257	0	426	426	1,030	741	1,634	0	0	0	0	0	0
CHIHUAHUA	18,928	0	630	631	1,522	1,095	2,413	1,582	1,281	1,442	3,032	2,143	3,156
DISTRITO FEDERAL	77,478	0	2,474	2,474	5,953	4,281	9,440	6,616	5,356	6,031	12,681	8,966	13,206
DURANGO	22,599	0	594	594	1,433	1,031	2,274	2,088	1,690	1,902	3,999	2,828	4,166
GUANAJUATO	26,277	0	774	772	1,863	1,340	2,955	2,325	1,883	2,119	4,455	3,151	4,639
GUERRERO	18,095	0	372	371	1,162	836	1,842	1,692	1,370	1,542	3,241	2,292	3,375
HIDALGO	16,172	0	425	425	1,026	738	1,626	1,494	1,210	1,362	2,862	2,024	2,981
JALISCO	11,536	0	965	964	2,323	1,671	3,684	241	196	220	463	327	482
MEXICO	33,066	0	1,657	1,657	3,989	2,869	6,326	2,074	1,680	1,891	3,975	2,810	4,140
MICHOACAN	12,778	0	533	532	1,284	924	2,036	935	758	852	1,792	1,266	1,866
MORELOS	7,248	0	238	240	583	420	924	606	491	552	1,162	821	1,211
NAYARIT	5,372	0	156	156	382	274	605	475	385	433	911	645	950
NUEVO LEON	13,185	0	658	659	1,591	1,144	2,523	827	670	754	1,585	1,121	1,651
OAXACA	7,770	0	387	388	938	674	1,487	488	395	444	935	661	974
PUEBLA	17,094	0	714	713	1,718	1,235	2,724	1,250	1,013	1,140	2,397	1,694	2,496
QUERETARO	5,533	0	229	229	556	400	883	405	328	369	776	549	808
QUINTANA ROO	3,119	0	352	353	416	299	660	130	106	119	249	176	259
SAN LUIS POTOSI	17,478	0	321	322	780	560	1,237	1,784	1,445	1,626	3,421	2,418	3,562
SINALOA	43,117	0	798	798	1,923	1,383	3,052	4,401	3,564	4,011	8,437	5,964	8,784
SONORA	23,573	0	621	620	1,494	1,074	2,370	2,175	1,762	1,982	4,185	2,948	4,343
TABASCO	8,174	0	272	272	657	472	1,042	684	553	623	1,310	926	1,364
TAMAULIPAS	14,721	0	491	491	1,183	851	1,877	1,230	996	1,121	2,359	1,667	2,455
TLAXCALA	3,845	0	190	191	464	334	736	241	196	220	463	327	482
VERACRUZ	17,372	0	1,089	1,089	2,620	1,885	4,157	817	662	745	1,567	1,108	1,632
YUCATAN	16,069	0	473	473	1,139	819	1,807	1,421	1,151	1,296	2,726	1,927	2,838
ZACATECAS	2,239	0	188	187	452	324	716	47	38	43	90	64	93
TOTAL	534,775	0	18,235	18,236	43,829	31,523	69,513	44,238	35,827	40,325	84,809	59,945	88,294

La redistribución presupuestal será complementada con materiales didácticos y con apoyos metodológicos que garanticen un servicio de capacitación integral y una distribución equitativa de los recursos.

SEGUNDO.- Para asegurar el máximo aprovechamiento de la presente asignación presupuestal por entidad federativa, durante los meses restantes del año en curso se evaluará el ejercicio de cada entidad federativa, y la STPS podrá ajustar las asignaciones de recursos de aquellos estados en los que no se alcancen las metas previstas, hacia aquellos que, de acuerdo a su ritmo de gasto, se estime que puedan rebasar sus compromisos originales.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación** y se mantendrá vigente hasta la publicación del Acuerdo de Calendarización de los Recursos y distribución de la población objetivo por entidad federativa aplicable al siguiente ejercicio fiscal, en tanto no se contraponga a lo establecido en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2002.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diez días del mes de agosto de dos mil uno.- El Secretario del Trabajo y Previsión Social, Carlos María Abascal Carranza.- Rúbrica.

DECRETO por el que se modifican diversos aranceles de la Tarifa de la Ley del Impuesto General de Importación.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 131 de la propia Constitución; 31 y 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 4o. fracción I, 12, 13 y 14 de la Ley de Comercio Exterior, he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTÍCULO ÚNICO.- Se modifican los aranceles de la Tarifa de la Ley del Impuesto General de Importación en lo que se refiere a las siguientes fracciones arancelarias:

FRACCIÓN	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	AD VALOREM
7207.11.01	De sección transversal cuadrada o rectangular, cuya anchura sea inferior al doble del espesor.	Kg	25
7208.27.01	De espesor inferior a 3 mm.	Kg	25
7208.36.01	De espesor superior a 10 mm.	Kg	25
7208.37.01	De espesor superior o igual a 4.75 mm pero inferior o igual a 10 mm.	Kg	25
7208.38.01	De espesor superior o igual a 3 mm pero inferior a 4.75 mm.	Kg	25
7208.39.01	De espesor inferior a 3 mm.	Kg	25
7208.51.01	De espesor superior a 10 mm.	Kg	25
7208.52.01	De espesor superior o igual a 4.75 mm pero inferior o igual a 10 mm.	Kg	25
7209.16.01	De espesor superior a 1 mm pero inferior a 3 mm.	Kg	25
7209.17.01	De espesor superior o igual a 0.5 mm pero inferior o igual a 1 mm.	Kg	25
7209.18.01	De espesor inferior a 0.5 mm.	Kg	25
7210.49.01	Láminas zincadas por las dos caras.	Kg	25
7210.61.01	Revestidos de aleaciones de aluminio y cinc.	Kg	25
7210.70.01	Láminas pintadas, zincadas por las dos caras.	Kg	25
7213.91.01	De sección circular con diámetro inferior a 14 mm.	Kg	25
7214.20.01	Varillas corrugadas o barras para armadura, para cemento u hormigón.	Kg	25
7214.91.01	Con un contenido de carbono inferior a 0.25% en peso.	Kg	25
7214.99.01	Con un contenido de carbono inferior a 0.25% en peso.	Kg	25
7214.99.02	Con un contenido de carbono superior o igual a 0.25% pero inferior a 0.6% en peso.	Kg	25
7216.10.01	Perfiles en U, en I o en H, simplemente laminados o extruidos (incluso estirados), en caliente, de altura inferior a 80 mm.	Kg	25
7216.21.01	Perfiles en L.	Kg	25
7216.31.01	Cuyo espesor no exceda de 23 cm, excepto lo comprendido en la fracción 7216.31.02.	Kg	25
7216.32.01	Cuyo espesor no exceda de 23 cm, excepto lo comprendido en la fracción 7216.32.02.	Kg	25
7216.32.02	Cuyo espesor sea igual o superior a 13 cm, sin exceder de 20 cm.	Kg	25
7216.32.99	Los demás.	Kg	25
7216.40.01	Perfiles en L o en T, simplemente laminados o extruidos (incluso estirados), en caliente, de altura superior o igual a 80 mm.	Kg	25
7217.20.99	Los demás.	Kg	25
7225.19.99	Los demás.	Kg	25
7225.92.01	Cincados de otro modo.	Kg	25
7228.30.99	Las demás.	Kg	25
7304.39.04	Laminados en caliente, sin recubrimiento u otros trabajos de superficie, con diámetro exterior igual o superior a 20 mm sin exceder de 460 mm, con espesor de pared igual o superior a 2.8 mm sin exceder de 35.4 mm con extremos lisos, biselados, recalcados y/o con rosca y cople.	Kg	25
7304.59.01	Laminados en caliente, sin recubrimientos u otros trabajos de superficie, con diámetro exterior igual o superior a 20 mm, sin exceder de 460 mm con espesor de pared igual o superior a 2.80 mm, sin exceder de 35.4 mm, con extremos lisos, biselados, recalcados y/o con rosca y cople.	Kg	25
7306.30.99	Los demás.	Kg	25
7306.60.99	Los demás, soldados, excepto los de sección circular.	Kg	25
7307.93.01	Accesorios para soldar a tope.	Kg	25
7313.00.01	Alambre de púas, de hierro o acero; alambre (simple o doble) y fleje, torcidos, incluso con púas, de hierro o acero, del tipo utilizado para cercar.	Kg	25
7314.41.01	Cincadas.	Kg	25
7315.82.02	De peso inferior a 15 Kg/m, excepto lo comprendido en la fracción 7315.82.01.	Kg	25
7317.00.99	Los demás.	Kg	25
9802.00.13	Mercancías para el Programa de Promoción Sectorial de la Industria Siderúrgica, cuando se trate de productores directos y se ajusten a los requisitos de la Regla 8a. de las Complementarias de la Ley del Impuesto General de Importación, para la interpretación y aplicación de la Tarifa.	Kg	Ex.
9802.00.26	Mercancías para el Programa de Promoción Sectorial de la Industria Siderúrgica, cuando se trate de productores indirectos y se ajusten a los requisitos de la Regla 8a. de las Complementarias de la Ley del Impuesto General de Importación, para la interpretación y aplicación de la Tarifa.	Kg	5

TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Decreto estará en vigor durante un año, contado a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los tres días del mes de septiembre de dos mil uno.- **Vicente Fox Quesada.**- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Francisco Gil Díaz.**- Rúbrica.- El Secretario de Economía, **Luis Ernesto Derbez Bautista.**- Rúbrica.

SECRETARÍA DE ECONOMIA

ACUERDO mediante el cual se da a conocer el Primer Protocolo Adicional al Acuerdo de Complementación Económica número 51 celebrado entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Cuba.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Economía.

LUIS ERNESTO DERBEZ BAUTISTA, Secretario de Economía, con fundamento en los artículos 34, fracciones I y IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 5o., fracción X de la Ley de Comercio Exterior; 5, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía, y

CONSIDERANDO

Que el 28 de diciembre de 1980 fue aprobado por el Senado de la República el Tratado de Montevideo 1980, cuyo Decreto de promulgación se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el 31 de marzo de 1981, con objeto de dar continuidad al proceso de integración latinoamericano y establecer a largo plazo, en forma gradual y progresiva, un mercado común, para lo cual se instituyó la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI);

Que en el marco del Tratado de Montevideo 1980, los gobiernos de los Estados Unidos Mexicanos y de la República de Cuba suscribieron el 16 de octubre de 2000 el Acuerdo de Complementación Económica No. 51;

Que el 16 de julio de 2001, los gobiernos de los Estados Unidos Mexicanos y de la República de Cuba suscribieron el Primer Protocolo Adicional al Acuerdo de Complementación Económica No. 51, y

Que es necesario informar a los operadores económicos sobre el resultado de las negociaciones entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Cuba mediante la publicación del texto íntegro del referido Protocolo Adicional, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

ARTICULO UNICO.- Se da a conocer el Primer Protocolo Adicional al Acuerdo de Complementación Económica No. 51 suscrito entre el gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el gobierno de la República de Cuba.

ACUERDO DE COMPLEMENTACION ECONOMICA No. 51
CELEBRADO ENTRE LA REPUBLICA DE CUBA
Y LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Primer Protocolo Adicional

Los Plenipotenciarios de la República de Cuba y de los Estados Unidos Mexicanos, acreditados por sus respectivos Gobiernos según poderes que fueron otorgados en buena y debida forma, depositados oportunamente ante la Secretaría General de la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI),

CONVIENEN:

Artículo 1o.- Ajustar la observación de la preferencia otorgada por México a Cuba en el Anexo I A del Acuerdo de Complementación Económica No. 51, para la importación del producto denominado "ron y demás aguardientes de caña", NALADISA 2208.40.00, en la forma que se indica en anexo.

Artículo 2o.- El presente Protocolo se aplicará a partir de la fecha en que los países signatarios comuniquen a la Secretaría General de la Asociación Latinoamericana de Integración que lo han incorporado a sus respectivos ordenamientos jurídicos internos y tendrá vigencia hasta el 27 de mayo de dos mil dos.

La Secretaría General de la ALADI será depositaria del presente Protocolo, del cual enviará copias debidamente autenticadas a los Gobiernos signatarios.

EN FE DE LO CUAL, los respectivos Plenipotenciarios suscriben el presente Protocolo en la ciudad de Montevideo, a los dieciséis días del mes de julio de dos mil uno, en un original en idioma español.

ANEXO

ANEXO I A. PREFERENCIAS ARANCELARIAS OTORGADAS POR LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS PARA EL MERCADO INTERNO

FRACCION		DESCRIPCION	OBSERVACIONES	PREFERENCIA ARANCELARIA PORCENTUAL
NALADISA 96	MEXICANA			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2208.40.00	2208.40.01	Ron y demás aguardientes de caña	Extracto de ron concentrado a granel Cupo anual: 3,250 HL	75
	2208.40.01		Ron embotellado Cupo anual: 1,350,000 litros	75

TRANSITORIO

UNICO.- La aplicación del Primer Protocolo Adicional al Acuerdo de Complementación No. 51 suscrito entre el gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el gobierno de la República de Cuba, se realizará de conformidad con el correspondiente Decreto que se publique en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 3 de septiembre de 2001.- El Secretario de Economía, **Luis Ernesto Derbez Bautista.**- Rúbrica.

SECRETARIA DE TURISMO

ACUERDO por el que se crea el Comité de Administración y Edición del Portal Oficial del Turismo en México.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Turismo.

BERTHA LETICIA NAVARRO OCHOA, Secretaria de Turismo, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1, 2 fracción I, 14, 16, 17, 26 y 42 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; y 1, 2, 4 y 5 fracción X del Reglamento Interior de la Secretaría de Turismo,

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 dispone que es necesario establecer nuevas estrategias y acciones para la modernización de la Administración Pública Federal y que es necesario, para tales efectos, buscar el máximo aprovechamiento de los recursos con que cuenta.

Que México ha experimentado un importante rezago competitivo, por lo que resulta necesario aprovechar el potencial de crecimiento, empleo y los recursos materiales y culturales del país mediante la instrumentación de acciones coordinadas entre el gobierno federal y las empresas dedicadas al turismo, a efecto de utilizar plenamente y de mantener satisfactoria la infraestructura turística en su totalidad, lo que implicaría mayor oportunidad de trabajo y la posibilidad de desarrollar nuevos proyectos relacionados con el turismo.

Que es necesario crear y fortalecer instrumentos y mecanismos de concertación y coordinación al interior del sector público, de éste con los otros poderes y niveles de gobierno y entre el sector público, privado y social, que tengan como objetivos fortalecer la demanda turística hacia el país; dirigir la promoción a segmentos y regiones emisoras más rentables, y reforzar los programas de promoción para distribuir mejor los flujos turísticos.

Que la Secretaría de Turismo es coordinadora de sector del Fondo Nacional de Fomento al Turismo y del Consejo de Promoción Turística de México, S.A. de C.V.

Que es imprescindible ejercer nuevas acciones tendientes a establecer, conducir y evaluar políticas, normas y criterios sobre la información oficial en materia de turismo que se ofrece a través de los medios electrónicos, así como unificar la que ofrecen las entidades paraestatales del sector, por lo que con base en lo expuesto y fundado, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITE DE ADMINISTRACION Y EDICION DEL PORTAL OFICIAL DEL TURISMO EN MEXICO

Artículo Primero.- Se crea el Comité de Administración y Edición del Portal Oficial del Turismo en México, como órgano de coordinación, asesoría y consulta de la Secretaría de Turismo, con objeto de promover, coordinar y establecer las políticas y medidas necesarias para la definición de procedimientos y lineamientos de diseño, contenido, funcionalidad, fuentes de información, administración y actualización del Portal Oficial del Turismo en México.

Artículo Segundo.- El Comité de Administración y Edición del Portal Oficial del Turismo en México tendrá las siguientes funciones:

I. Proporcionar a los representantes y organismos de los sectores público, social y privado, nacionales e internacionales, servicios de calidad a través de la coordinación institucional de la Secretaría de Turismo, el Fondo Nacional de Fomento al Turismo y el Consejo de Promoción Turística de México, S.A. de C.V., mediante el Portal Oficial del Turismo en México;

II. Coordinar los asuntos relacionados con la edición, operación, diseño, contenido, funcionalidad, fuentes de información, administración y actualización del Portal Oficial del Turismo en México y de las páginas de Internet del Fondo Nacional de Fomento al Turismo y del Consejo de Promoción Turística de México, S.A. de C.V.;

III. Promover la coordinación y la formulación de convenios y contratos con los sectores público, social y privado relacionados con la actividad turística, a fin de que éstos coadyuven oportuna y permanentemente en los procesos de alimentación y actualización de la información, determinación de contenido y la difusión del Portal Oficial del Turismo en México;

IV. Analizar las necesidades presupuestarias, informáticas y tecnológicas para la operación del Portal Oficial del Turismo en México y promover la asignación de recursos ante las instancias competentes para tales efectos;

V. Promover la capacitación técnica necesaria para el personal responsable de la integración de contenidos y operación del Portal Oficial del Turismo en México, y

VI. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objeto.

Artículo Tercero.- El Comité de Administración y Edición del Portal Oficial del Turismo en México se integrará de la siguiente manera:

I. Por el Subsecretario de Planeación Turística, quien lo presidirá;

II. Por el Director General del Centro de Estudios Superiores en Turismo, quien fungirá como Secretario Ejecutivo;

III. Por el Director de Tecnología del Centro de Estudios Superiores en Turismo, quien fungirá como Secretario Técnico;

IV. Por un representante de cada una de las áreas, unidades administrativas y entidades paraestatales que se enuncian a continuación, quienes fungirán como Vocales:

a) Subsecretaría de Operación Turística.
b) Subsecretaría de Innovación y Calidad.
c) Dirección General de Comunicación Social.
d) Dirección General de Mejora Regulatoria.
e) Dirección General de Información y Análisis.
f) Dirección de Servicios Informáticos.
g) Fondo Nacional de Fomento al Turismo.
h) Consejo de Promoción Turística de México, S.A. de C.V.

V. Por un representante de la Contraloría Interna en la Secretaría de Turismo y un representante de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de dicha dependencia, quienes fungirán como Asesores.

Por cada miembro propietario se nombrará un suplente.

Podrán ser invitados a participar en las sesiones del Comité los representantes de otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatal o municipal, así como de los sectores social y privado a propuesta de su Presidente o de cualquiera de los miembros, cuando sea necesaria su concurrencia para cumplir con los fines del propio Comité.

Los asesores e invitados contarán con voz pero sin voto.

Artículo Cuarto.- Para el mejor funcionamiento del Comité de Administración y Edición del Portal Oficial del Turismo en México, podrá contar con los subcomités y grupos de trabajo que estime convenientes.

Artículo Quinto.- El funcionamiento del Comité de Administración y Edición del Portal Oficial del Turismo en México se sujetará a las Bases de Organización y Operación que para tal efecto expida.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación.**

México, Distrito Federal, a los treinta días del mes de agosto de dos mil uno.- La Secretaria de Turismo, **Bertha Leticia Navarro Ochoa.**- Rúbrica.

PODER EJECUTIVO
SECRETARIA DE MARINA

ACUERDO mediante el cual se crea el Instituto de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Armada de México.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Marina.

ACUERDO No. 103

MARCO ANTONIO PEYROT GONZALEZ, Secretario de Marina, con fundamento en los artículos 9o., 12o. y 30o. de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; artículos 2o. fracción IX, 12o. fracción VI de la Ley Orgánica de la Armada de México; y artículos 4o. fracción X y 5o. fracciones I, VIII, X y XVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Marina, y

CONSIDERANDO

Primero.- Que la Armada de México cumple con las atribuciones de cooperar con el mantenimiento del orden constitucional del Estado Mexicano, preservando la soberanía de la Nación y la integridad territorial del país, mediante el ejercicio de la jurisdicción naval militar en nombre de la Federación en su área de responsabilidad en la franja costera a lo largo de ambos litorales, mar territorial y zona económica exclusiva, incluyendo los espacios aéreos correspondientes, aguas interiores, vías fluviales y lacustres.

Segundo.- Que como atribuciones paralelas, también lleva procesos de investigación y desarrollo para estudiar e integrar las necesidades de sistemas electrónicos de comunicaciones, detección, navegación, control de tiro e informática para apoyar las operaciones de las Fuerzas, Unidades y Establecimientos Navales.

Tercero.- Que actualmente se están llevando a cabo investigaciones para el desarrollo de diversos sistemas en coordinación con el Instituto Nacional de Astrofísica Optica y Electrónica.

He tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

Primero.- Con fecha dieciséis de septiembre del año dos mil uno, se crea el Instituto de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Armada de México, el cual dependerá técnica y administrativamente de la Dirección General de Investigación y Desarrollo, siendo su sede en las Instalaciones del Centro de Estudios Superiores Navales.

Segundo.- El Instituto de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Armada de México realizará las funciones de estudiar e integrar proyectos de investigación ya sea por sí solo o en coordinación con otras instituciones tanto públicas como privadas, a fin de apoyar las operaciones de las Fuerzas, Unidades y Establecimientos Navales.

Tercero.- El Instituto de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Armada de México estará integrado por una Dirección del Instituto de Investigación y Desarrollo Tecnológico y las siguientes Direcciones:

Dirección de Armamento.
Dirección de Comunicaciones.
Dirección de Materiales (técnica aplicada).
Dirección de Investigación de Operaciones, Equipos y Sistemas.
Laboratorios y Talleres.

Cuarto.- Las necesidades de personal (planilla orgánica) será determinada por la Jefatura de Investigación Tecnológica, siempre tomando en consideración la reorganización de la Armada de México que tiene como objeto principal la economía de fuerzas y la eficacia en el cumplimiento de la misión y funciones de esta Secretaría.

Quinto.- El establecimiento y operación del Instituto de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Armada de México, se llevará a cabo con los recursos de la Secretaría de Marina autorizados en el presupuesto de egresos para el año 2001 y sujeto a las disponibilidades existentes en el mismo; los gastos que se originen posteriormente deberán incluirse a partir del presupuesto para el año 2002.

Comuníquese y Cúmplase

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinte días del mes de agosto de dos mil uno.- El Secretario de Marina, **Marco Antonio Peyrot González.**- Rúbrica.

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

ACUERDO por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Desarrollo Social.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Desarrollo Social.

JOSEFINA EUGENIA VAZQUEZ MOTA, Secretaria de Desarrollo Social, con fundamento en los artículos 14, 16 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 5 fracción XI del Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Social, y con la finalidad de adscribir orgánicamente las unidades administrativas establecidas en el Reglamento Interior de esta Dependencia del Ejecutivo Federal, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE ADSCRIBEN ORGANICAMENTE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL.

ARTICULO UNICO.- Se adscriben orgánicamente las unidades administrativas a que se refiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Social, en la forma siguiente:

I. Al Secretario:
- Unidad de Coordinación de Delegaciones
- Unidad de Coordinación Sectorial
- Unidad de Comunicación Social
- Dirección General de Asuntos Jurídicos

II. A la Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano:
- Coordinación General de Microrregiones
- Dirección General de Desarrollo Social y Humano
- Dirección General de Políticas Sociales
- Dirección General de Eficiencia de Programas de Desarrollo Social
- Dirección General de Medición y Seguimiento de Programas de Desarrollo Social

III. A la Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio:
- Dirección General de Ordenación del Territorio
- Dirección General de Desarrollo Urbano y Regional
- Dirección General de Suelo y Reserva Territorial
- Dirección General de Atención Social a la Vivienda Urbana y Rural

IV. A la Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación:
- Coordinación General de Padrones de Beneficiarios de los Programas Sociales
- Coordinación General de Prospectiva y Planeación
- Dirección General de Evaluación de los Programas Sociales
- Dirección General de Relaciones Internacionales

V. A la Oficialía Mayor:
- Coordinación General de Administración
- Dirección General de Programación y Presupuesto
- Dirección General de Organización, Calidad e Innovación
- Dirección General de Informática, Telecomunicaciones y Desarrollo Tecnológico

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación.**

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los catorce días del mes de septiembre de dos mil uno.- La Secretaria de Desarrollo Social, Josefina Eugenia Vázquez Mota.- Rúbrica.

SECRETARIA DE ECONOMIA

ACUERDO por el que se delegan facultades en materia de negociaciones y asuntos comerciales internacionales.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Economía.

LUIS ERNESTO DERBEZ BAUTISTA, Secretario de Economía, con fundamento en los artículos 16 y 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2, 4 y 5 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía, y

CONSIDERANDO

Que la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el Reglamento Interior de la Secretaría de Economía prevén que el titular de la Secretaría podrá delegar facultades en servidores públicos subalternos;

Que los tratados internacionales en materia comercial de los cuales México es parte establecen mecanismos para la solución de controversias y que compete a la Secretaría de Economía conducir la defensa de los intereses del país en los procedimientos respectivos, y

Que de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía compete a la Dirección General de Consultoría Jurídica de Negociaciones coordinar la defensa en los procedimientos de solución de controversias instaurados conforme a los tratados comerciales internacionales de los que México sea parte, sin perjuicio de las atribuciones conferidas a la Unidad de Prácticas Comerciales Internacionales y a la Representación de México ante la Organización Mundial del Comercio, y participar en los procedimientos cuya coordinación corresponda a estas unidades, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE DELEGAN FACULTADES EN MATERIA DE NEGOCIACIONES Y ASUNTOS COMERCIALES INTERNACIONALES

ARTICULO UNICO.- Se delegan en el titular de la Dirección General de Consultoría Jurídica de Negociaciones de la Secretaría de Economía, las facultades que a continuación se indican:

I. Celebrar acuerdos o convenios que se deriven de los procedimientos de solución de controversias instaurados conforme a los tratados internacionales en materia comercial de los que México es parte.

II. Coordinar la participación de la Secretaría de Economía con las áreas, dependencias y entidades competentes para el debido cumplimiento de las resoluciones que deriven de esos procedimientos de solución de controversias, incluídos los acuerdos o convenios a que se refiere la fracción I de este artículo.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación.**

México, D.F., a 20 de septiembre de 2001.- El Secretario de Economía, Luis Ernesto Derbez Bautista.- Rúbrica.

ROGRAMA Nacional de Salud 2001-2006.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006.

Índice

Introducción

I. En dónde estamos.

La salud y los servicios de salud en México

El entorno

Los retos

- El reto de la equidad
- El reto de la calidad
- El reto de la protección financiera

El sistema de salud

- La historia
- Las funciones

II. A dónde queremos llegar.

El sistema de salud que México merece

La democratización de la salud

Valores y principios del Sistema Nacional de Salud

Visión

Misión

III. Qué camino vamos a seguir.

Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivos

Estrategias y líneas de acción

- Vincular a la salud con el desarrollo económico y social
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

IV. Cómo medimos los avances.

La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

Medición de resultados y evaluación del desempeño

- Evaluación del desempeño del sistema
- Evaluación de programas y servicios
- Sistema Nacional de Indicadores

Rendición de cuentas
- Informes al Congreso de la Unión
- Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud
- Asamblea Nacional de Salud
- Opinión ciudadana

Agradecimientos
Bibliografía
Apéndices
Apéndice estadístico
Consulta ciudadana
Programas de Acción
Glosario

Abreviaturas y acrónimos

ADEC	Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico
AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
AMGD	Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (IMSS)
AVISA	Años de Vida Saludable
CCA-TLCAN	Comisión de Cooperación Ambiental de Norte América
CCAPSA	Criterios de Calidad Ambiental Protectores de la Salud
CEE	Comunidad Económica Europea
CIDHAL	Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIM	Comisión Interamericana de Mujeres
CINVESTAV	Centro de Irivestigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA
CPOD	Índice de Dientes Permanentes Cariados, Perdidos y Obturados
CSG	Consejo de Salubridad General
DDF	Departamento del Distrito Federal
DDT	Diclorodifeniltricloroetano (insecticida halogenado)
DF	Distrito Federal
DGEI	Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENEC-93	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993
ENIGH	Escuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENN-88	Encuesta Nacional de Nutrición 1988
ENN-99	Encuesta Nacional de Nutrición 1999
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENUR-95	Encuesta Urbana del Distrito Federal 1995
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EUA	Estados Unidos de América
EUM	Estados Unidos Mexicanos
EVISA	Esperanza de vida saludable
EVN	Esperanza de vida al nacer
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
GI	Génericos intercambiables (medicamentos)
GDF	Gobierno del Distrito Federal
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-COPLAMAR	Instituto Mexicano del Seguro Social-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
IMSS-Solidaridad	Instituto Mexicano del Seguro Social régimen de Solidaridad Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
INI	Instituto Nacional Indigenista
IRC	Insuficiencia renal crónica
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISO	Organización Internacional para la Estandarización (por sus siglas en inglés)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGEEPA	Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente
LICONSA	Leche Industrializada CONASUPO
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrado de Atención a la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
OPD	Organismos Públicos Descentralizados de Servicios de Salud
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PEMSA	Programas Estratégicos de Manejo en Salud Ambiental
PETSAN	Política Estratégica de Integración del Trabajo a la Salud Nacional
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PROMSA	Programa Mujer y Salud
SECODAM	Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones
SEP	Secretaría de Educación Pública
SGMM	Seguro de gastos médicos mayores
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SM	Secretaría de Marina
SSA	Secretaría de Salud
SSF	Seguro de Salud para la Fam[illegible]
STC-Metro	Servicio de Transporte Colectivo-Metro
SUIVE	Sistema Unico de Información y Vigilancia Epidemiológica
TAES	Tratamiento Estrictamente Supervisado (TB)
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidades para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Introducción

La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006: La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud* busca responder a este desafío y contribuir así al cambio en el país. Cuatro premisas lo inspiran:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
- Dados el valor que en sí misma tiene y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; así, se requiere complementar las *políticas de salud con políticas saludables.*
- Finalmente, la protección de la salud es un valor compartido por prácticamente todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto, es un valor que puede fortalecer el tejido de nuestra sociedad.

Estas ideas se expresan en el mensaje central del *Programa Nacional de Salud 2001-2006:* para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la salud.

La democratización de la salud implica primeramente crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso al lugar donde habita. La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social. El acceso a los servicios de salud, por lo tanto, debe ser universal, haciendo especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no han sido plenamente reconocidos, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes.

En segundo lugar, la democratización de la salud significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. El acceso a la información es un asunto prioritario en este esquema. Los legisladores, los partidos políticos, las instituciones académicas y la sociedad en general deben contar con todas las facilidades para hacer uso de la información que se genera en la operación de los servicios públicos de salud, con excepción, por supuesto, de aquella información que pudiera violar la privacidad de los pacientes.

Por último, democratizar la salud implica desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano, que amplíe sus posibilidades de elección, que ponga a su disposición instancias sensibles y eficientes para presentar sus quejas y sugerencias, y que ofrezca a los prestadores de servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional.

¿De qué manera podemos traducir esta visión en un proyecto específico de desarrollo para nuestro sistema de salud durante los próximos años? El primer paso consiste en identificar los obstáculos que deben salvarse, porque si bien es mucho lo que se ha avanzado en materia de salud durante las últimas décadas, persisten tres grandes retos: la equidad, la calidad y la protección financiera.

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes. En las últimas décadas del siglo XX se produjo en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones) y las lesiones, lo que refleja un incremento en los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. A esto hay que agregar el surgimiento de nuevas infecciones –de manera muy notable el SIDA–, el resurgimiento de infecciones que parecían controladas –como la tuberculosis, el paludismo, el cólera y el dengue– y la aparición de padecimientos relacionados con la contaminación ambiental.

Al mismo tiempo, las infecciones comunes y las enfermedades de la nutrición y de la reproducción –que en conjunto conforman el rezago en salud– siguen representando una carga inaceptable para un país de ingresos medios como México. Este rezago en salud se concentra en las poblaciones más pobres y es el principal responsable de uno de los rasgos distintivos de nuestra transición epidemiológica: la desigualdad. Los daños a la salud en México siguen siendo mayores en el medio rural que en las zonas urbanas, en las entidades del sur del país que en los estados del norte, y en las familias de menores ingresos, sobre todo las familias indígenas, que en los hogares con mayores recursos. La carga de enfermedad se ha distribuido de manera tan desigual que en 1999, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en San Martín Huamelulpan, Oaxaca, fue de 103 por 1 000 nacidos vivos, mientras que en San Nicolás de los Garza García, Nuevo León, fue de sólo nueve. Así, algunos municipios de Oaxaca tienen hoy el nivel de mortalidad infantil que Nuevo León presentaba hace 60 años.

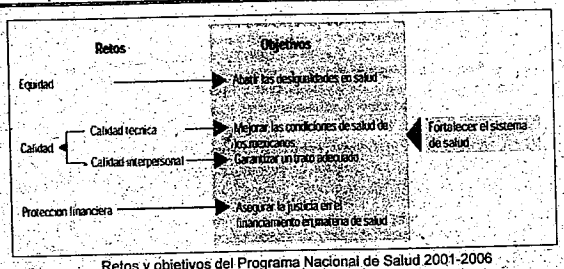
La calidad de la atención es otro de nuestros retos. Los largos tiempos de espera en la atención ambulatoria constituyen una causa frecuente de queja y un motivo de no utilización de los servicios públicos. En las unidades de primer nivel se observan comúnmente problemas de abastecimiento de medicamentos, mientras que en los hospitales el equipamiento es a menudo insuficiente y obsoleto. Es común también que se observe un uso deficiente de los expedientes clínicos, y una falta de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades.

Por último, los problemas financieros relacionados con la atención de la salud representan ya una seria carga para la población. Este complejo reto se debe en parte al aumento de los costos de la atención. Más importante aún es el hecho de que 52 por ciento de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias al momento de utilizar los servicios de salud. En Colombia, en contraste, este gasto representa 25 por ciento del total y en Gran Bretaña apenas alcanza el tres por ciento.

Dado que siempre existe un elemento irreductible de incertidumbre en la pérdida de la salud, el gasto de bolsillo expone a las familias al riesgo de enfrentar gastos catastróficos por atender su salud. Las cifras disponibles más conservadoras nos indican que cada año alrededor de dos millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más de 30 por ciento de su ingreso disponible en la atención de sus necesidades de salud. Estos gastos catastróficos son una causa frecuente de empobrecimiento.

Para enfrentar cada uno de los retos señalados, la presente administración se plantea cinco objetivos, consistentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas



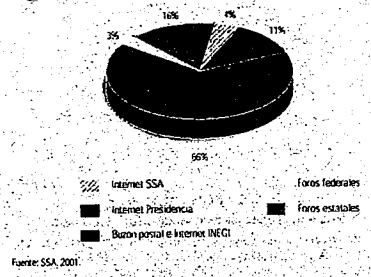
Retos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006

Actualmente México dedica 5.6 por ciento de su riqueza a la salud, cifra que se encuentra por debajo del 1 por ciento que promedia América Latina. Estos recursos deben incrementarse. Por un lado, todavía existen necesidades básicas insatisfechas y los costos de atender la salud serán cada vez mayores. Pero también la atención de la salud contribuye al desempeño de nuestra economía.

La inversión en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad influye positivamente sobre la actividad económica, ya que incrementa el capital humano, hace más eficientes las inversiones en educación, mejora la distribución del ingreso, y eleva la productividad y la competitividad. Una economía vigorosa, a su vez, genera los recursos para atender cada vez mejor las necesidades de salud de la población, dando lugar a una verdadera igualdad de oportunidades. Se crea así un círculo virtuoso entre el desarrollo económico y la buena salud. En contraste, el gasto improductivo en salud produce inflación, reduce la productividad y la competitividad, y genera desigualdad, dando lugar a un círculo vicioso que incide negativamente en las condiciones de salud de la población.

El presente *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es la guía para avanzar hacia el círculo virtuoso. Este programa sectorial es un instrumento de concertación de las acciones públicas y privadas del sector salud, y de coordinación de las tareas gubernamentales. Forma parte del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, en el que se expresan y justifican las acciones que habrá de desarrollar el Gobierno de la República durante su gestión, de conformidad con lo establecido en la Constitución y en la Ley de Planeación vigente en el país.

Esta última establece que las dependencias de la Administración Pública Federal tienen la obligación de elaborar los programas sectoriales tomando en cuenta las propuestas que presenten las entidades del sector y los gobiernos de los estados, así como las opiniones de los grupos sociales interesados. En el primer trimestre del presente año la Secretaría de Salud (SSA) convocó a una Consulta Ciudadana para la participación en la elaboración de este programa, recibiéndose más de 22 mil propuestas que fueron generadas de la siguiente manera (el tema, el lugar de procedencia y otras características se detallan en los apéndices de este documento) (véase figura 1):



Fuente: SSA, 2001

Canales de participación ciudadana en el Programa Nacional de Salud 2001-2006

- propuestas depositadas en buzones especiales que se colocaron en lugares públicos por todo el país y cuya recopilación coordinó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática;
- propuestas enviadas en los meses de febrero, marzo y abril a través de las páginas de Internet de la SSA y de la Presidencia de la República, y
- propuestas presentadas en diversos foros estatales y federales que se llevaron a cabo en la capital y diversas ciudades del país en marzo de 2001.

La consulta ciudadana ratificó el interés de la sociedad por participar en la vida pública, en especial en aquellos asuntos que afectan directamente su bienestar. Sus inquietudes, sus inconformidades y sus propuestas se incorporaron tanto a la visión y a los componentes diagnósticos de este programa como a las secciones sobre estrategias y líneas de acción.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 está dividido en cuatro capítulos:

I. En dónde estamos. La salud y los servicios de salud en México
II. A dónde queremos llegar. El sistema de salud que México merece
III. Qué camino vamos a seguir. Objetivos, estrategias y líneas de acción
IV. Cómo medimos los avances. La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

En el capítulo uno se discuten los tres principales retos a los que nos enfrentamos: la desigualdad en las condiciones de salud, los problemas de calidad de los servicios y los problemas en materia de protección financiera. En la primera parte, tras una breve descripción del entorno nacional e internacional, se describen las condiciones de salud prevalentes en el país y su distribución entre entidades federativas, áreas rurales y urbanas, y grupos socioeconómicos. En seguida se presenta una evaluación de la calidad con la que se están prestando los servicios de salud. En la tercera sección se hace un diagnóstico de los niveles de protección financiera con los que cuentan los mexicanos. Este capítulo concluye con un diagnóstico del sistema en sus cuatro funciones esenciales: prestación, financiamiento, generación de recursos y rectoría.

El capítulo dos ofrece una visión: las condiciones de salud y el sistema de salud que quisiéramos para el año 2025. Además de mejorar la esperanza y la calidad de vida, se anticipa la consolidación de un sistema de salud que ofrezca un trato adecuado y que proteja a los ciudadanos contra gastos excesivos por razones de salud. En este sistema las contribuciones serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios proporcionales a las necesidades.

En el tercer capítulo se presentan las estrategias y líneas de acción encaminadas a concretar los objetivos que se ha planteado esta administración.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* concluye con la discusión de dos elementos fundamentales de la democratización de la salud: la evaluación del desempeño y la rendición de cuentas. Aquí se presentan los criterios y mecanismos de evaluación, tanto del sistema mexicano de salud en su conjunto como de los diversos sistemas estatales y programas prioritarios. Se describen asimismo los principales instrumentos de rendición de cuentas: los informes al Congreso de la Unión, a la Asamblea Nacional de Salud –cuya creación habrá de proponerse en breve– y al Consejo Ciudadano de Seguimiento de este programa. Igualmente importantes serán los informes a los dos principales órganos colegiados para la conducción de las políticas de salud: el Consejo de Salubridad General –cuerpo de rango constitucional encargado de la cooperación intra e intersectorial– y el Consejo Nacional de Salud –órgano de coordinación entre los niveles estatal y federal.

Por último, la sección de apéndices ofrece información estadística general sobre el país y las entidades federativas, información sobre los indicadores de evaluación aprobados en 1998 y datos desagregados sobre la Consulta Ciudadana. En esta sección también se incluye la lista completa de los Programas de Acción que derivarán de este *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

I. En dónde estamos

La salud y los servicios de salud en México

El entorno

Los retos

- El reto de la equidad
- El reto de la calidad
- El reto de la protección financiera

El sistema de salud

- La historia
- Las funciones

I. En dónde estamos

La salud y los servicios de salud en México

Los principales desafíos del sistema de salud mexicano al comenzar el siglo XXI son alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de sus servicios y dotar de protección financiera a la mayoría de la población. En este capítulo se describen y discuten estos retos y se presenta un diagnóstico del sistema de salud. En la primera parte se hace un breve análisis del entorno en el que hoy se ubica el sistema. En seguida se discuten con algún detalle los retos que es necesario superar. Finalmente, en la tercera parte, se describe la manera en que se llevan a cabo en el momento actual las funciones específicas del sistema (prestación de servicios, financiamiento, generación de recursos y rectoría). El supuesto que subyace a este apartado es que mientras mejor se desempeñen estas funciones, y mientras más efectiva y eficiente sea la relación entre ellas, mayores posibilidades tendremos de mejorar las condiciones de salud de la población, la calidad de los servicios y la justicia financiera del sistema.

El entorno

La intensa transformación por la que atraviesa nuestro país en los tiempos actuales ejerce una presión sin precedentes sobre el sistema de salud. La dinámica demográfica y los cambios sociales, los retos económicos y los logros políticos, los avances científicos y tecnológicos, la influencia permanente de una comunidad internacional sujeta a su vez a grandes tensiones: todo esto exige de los servicios de salud un esfuerzo de grandes proporciones, en el presente más inmediato y en el futuro previsible.

En el terreno demográfico México experimenta dos procesos de enorme trascendencia. El primero es una disminución de la mortalidad general e infantil, que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad –el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi seis en 1975 a 2.4 en el año 2000–, ha producido el envejecimiento de la población; es decir, el aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional. Son justamente estas personas las que, además de demandar pensiones, experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención médica más compleja. El segundo proceso demográfico tiene que ver con la distribución espacial de la población. La acelerada y en ocasiones desordenada urbanización del país durante las últimas tres décadas ha generado nuevos riesgos a la salud, al tiempo que ha acercado a las personas a los núcleos de población en donde se concentran los recursos médicos. No obstante, la dispersión poblacional en las zonas rurales se ha mantenido.

En lo social debe destacarse el incremento de los años de escolaridad, que al generar mayores conocimientos y mejorar las prácticas sobre la salud determina una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios. Muy ligado al cambio educativo se encuentra la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral. Hasta hace pocos años, las instituciones de salud contaban con el auxilio de una vasta producción de servicios en el hogar, casi siempre a cargo de las mujeres. Una sociedad donde la mujer participa cada vez más activamente en el mercado de trabajo y dispone de menos tiempo para atender a sus hijos, tendrá que contar con un mayor apoyo de parte de las instituciones de salud y bienestar social.

En lo económico, nos enfrentamos al reto de hacer de la industrialización, la apertura comercial y la liberalización económica, instrumentos que ayuden a incrementar nuestro nivel de desarrollo y generar mejores ingresos, lo que sin duda influirá en la demanda de atención médica.

En el campo científico somos testigos de grandes avances en biotecnología, informática y telecomunicaciones, que prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver los problemas de salud.

En la arena política, como lo muestran las recientes elecciones, se está conformando una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda más y mejor información, más opciones de atención a su salud, y servicios de mayor calidad.

Los últimos años han sido testigos también de profundas transformaciones en el escenario mundial. El rápido crecimiento de los mercados internacionales y la revolución en las comunicaciones han erosionado las fronteras nacionales, estimulando el movimiento de personas, bienes y servicios de un país a otro. Esta dinámica está dando lugar a un nuevo orden en el campo de la salud caracterizado, entre otras cosas, por la transferencia internacional de riesgos. Esta transferencia está asociada a cambios ambientales globales, movimientos migratorios, exportación de estilos de vida e ideas, variaciones en los estándares ambientales y ocupacionales, comercio de sustancias nocivas, tanto legales como ilegales, y distribución de tecnologías médicas. Ejemplos dramáticos de esta internacionalización de riesgos son las pandemias de VIH-SIDA y tuberculosis, y la diseminación internacional de agentes patógenos resistentes a los antibióticos comunes.

La transferencia de riesgos a través de las fronteras ha adquirido una magnitud tal que los países desarrollados han incorporado este tema a su agenda de seguridad nacional y han puesto en marcha sistemas de alarma para contender con la propagación inesperada de enfermedades infecciosas y otros riesgos globales para la salud.

Además, la liberalización del comercio mundial ha expandido el mercado de productos y servicios de salud. Las exportaciones farmacéuticas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), por ejemplo, se incrementaron en más de 1 000 por ciento entre 1975 y 2000. El comercio de servicios de salud, por su parte, se ha multiplicado en todas sus formas, al grado que una cantidad importante de empresas de atención a la salud opera ya globalmente.

Los retos

El reto de la equidad

México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos. En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno-infantiles se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no transmisibles y las lesiones, problemas que, con diferente magnitud, predominan en todos los países desarrollados.

Los problemas del rezago se concentran en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza y su solución definitiva depende de la posibilidad de incrementar el nivel de bienestar general de estas poblaciones. Sin embargo, existe información que demuestra que aun en presencia de estas condiciones de pobreza es posible reducir considerablemente el peso de estos padecimientos a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.

Los problemas emergentes, por su parte, se deben en su mayoría a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud. El sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia en el hogar, y el deterioro de las redes familiares y sociales han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país. Su control depende de la implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida.

Pero la complejidad de la actual situación de salud va más allá de la yuxtaposición de problemas. Aunque los avances científicos de los últimos años han permitido elevar considerablemente los niveles promedio de salud en el país, la distribución del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales sigue siendo muy desigual. Los pobres presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población y, además de sufrir de las mismas enfermedades que otros grupos sociales, padecen de problemas propios para los que ya existen soluciones probadas y de bajo costo. El abatimiento de estas desigualdades sanitarias es un asunto que no puede postergarse más.

POBREZA Y ENFERMEDAD

La mala salud genera, profundiza y ayuda a perpetuar la pobreza

El hecho de que la pobreza contribuye directamente a enfermar y morir es ampliamente reconocido. El ciclo pobreza-enfermedad inicia desde la gestación, cuando la insuficiente nutrición de la madre, las características de su aparato reproductivo (edad al procrear, número y frecuencia de los hijos) y la inapropiada atención prenatal y del parto provocan elevadas tasas de mortalidad infantil, alto riesgo de bajo peso del recién nacido y otras afecciones perinatales.

El arranque desigual en la vida por motivos de salud se expresa en las siguientes cifras: entre las mujeres embarazadas no pobres, sólo una de cada 20 no recibe atención prenatal; y entre quienes la reciben, tres cuartas partes lo hacen desde el primer trimestre de embarazo. En todos estos casos se trata de atención profesional. En contraste, una de cada cuatro embarazadas pobres nunca llega a recibir atención prenatal y la mitad de las que la reciben lo hacen después del cuarto mes de embarazo. Al término de éste, sólo la mitad recibe atención profesional en una institución de salud; el resto se atiende en su hogar.

La alimentación deficiente en la infancia deja huellas irreversibles. El crecimiento y desarrollo defectuosos provocan baja estatura, mayores riesgos de enfermedad y un bajo desempeño escolar. Durante la edad adulta los bajos niveles de energía que resultan de una dieta insuficiente y de la presencia de enfermedades más frecuentes de lo ordinario, producen un rendimiento laboral mermado, en especial entre quienes desarrollan trabajos de alta demanda física.

Una persona enferma sin acceso a servicios de salud tarda más en curarse o no se cura. Su vida familiar se vuelve tortuosa, no puede reincorporarse a sus actividades productivas y se precipita en una dinámica de empobrecimiento que no tiene fin. Deja de generar ingresos a la vez que debe enfrentar, por lo común de manera súbita, costos elevados y prolongados para procurarse tratamiento. Estos gastos llamados catastróficos constituyen la forma más grave de expresión del ciclo enfermedad-pobreza.

Es difícil identificar las condiciones que requieren del apoyo de la sociedad. Para muchos, los pobres son una población perfectamente delimitada a la que se pueden proporcionar servicios o subsidios de manera clara; son todos aquellos que no satisfacen en forma mínima sus necesidades básicas debido a que sus ingresos no superan un umbral denominado línea de pobreza. No obstante, existen personas que, incluso estando por arriba de la línea de pobreza, son potencialmente pobres debido a la falta de acceso a ciertos servicios, como los servicios de salud. No es inusual que la enfermedad en las personas más vulnerables se acompañe de gastos monetarios suficientemente altos como para precipitar una pobreza hasta entonces latente. Los gastos no planeados en materia de salud, de hecho, pueden ser lo suficientemente importantes como para generar pobreza incluso en hogares de ingresos medios.

Es necesario, por lo tanto, identificar a las personas pobres para, en consecuencia, destinar a ellos los beneficios de los programas. Esta definición no puede establecerse en los niveles centrales del gobierno, como se ha hecho hasta ahora. Si bien es cierto que el gobierno federal debe impulsar y financiar el combate a la pobreza, el problema sólo puede conocerse con suficiente detalle en los niveles estatales y, sobre todo, locales. Además es preciso establecer indicadores que permitan anticipar la aparición de gastos que precipitan la pobreza. De nuevo, son las autoridades locales y estatales las que están en mejor posición que nadie para medir de manera integral estos riesgos.

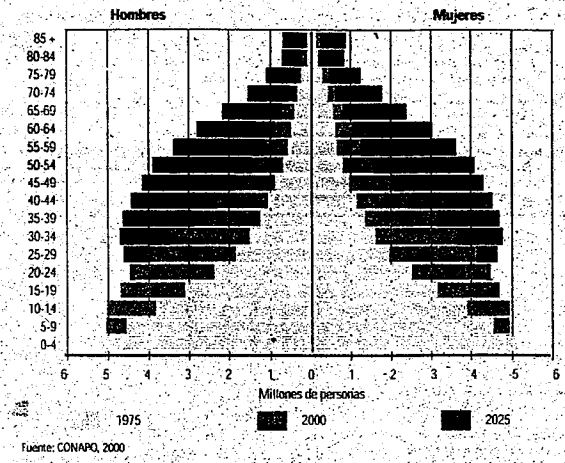
Dinámica de la población

La población mexicana creció más de siete veces en el siglo XX, al pasar de 13.5 millones en 1900 a 97.5 millones en el año 2000. En este mismo periodo, la tasa de mortalidad general descendió de 35 a 4.5 muertes anuales por 1000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil de más de 200 decesos por 1000 nacidos vivos registrados a sólo 26.

La esperanza de vida al nacer se incrementó considerablemente en el siglo, al pasar de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73 y 77 años en 2000, respectivamente. Además, la brecha en este rubro entre estados disminuyó, al pasar de casi 23 años entre los estados extremos en 1950 a poco más de cinco en 2000.

La natalidad empezó a descender a partir de los años setenta. El promedio de hijos por mujer en edad fértil pasó de seis en 1976 a 2.4 en el momento actual, cifras que nos hablan del enorme impacto de los programas de planificación familiar. En el año 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil ascendió a 70 por ciento.

Como resultado de la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, se han generado dos fenómenos que caracterizan a nuestro crecimiento poblacional reciente: un descenso de la velocidad de reproducción de nuestra población y su envejecimiento. La población mexicana, que se duplicó entre 1958 y 1981, volverá a duplicarse hasta 2030. Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando. De representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores) (figura 1.1).



Fuente: CONAPO, 2000

Figura 1.1 Los adultos tienen una presencia cada vez mayor en la estructura poblacional de México

LOS ADOLESCENTES Y LOS ADULTOS JÓVENES.
LA ATRACCIÓN POR LAS CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

Las principales causas de daños a la salud en estos grupos de edad son el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, los accidentes, el sobrepeso, los homicidios, los suicidios y las enfermedades de transmisión sexual

En todo el mundo los adolescentes y los adultos jóvenes son el grupo sano más sano. En este grupo ocurren relativamente pocas muertes y pocos casos de enfermedad. En estas edades, sin embargo, también se consolidan hábitos de vida que conducen a enfermedades degenerativas posteriormente.

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento: 9.7 millones de jóvenes y 10.5 millones de adolescentes. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.

La mayoría de los adolescentes y jóvenes son personas solteras, aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre, y poco más de 240 mil cuentan en su haber con una unión disuelta. Quienes inician la vida marital más tempranamente son las mujeres de localidades rurales: entre los 15 y los 19 años una de cada cinco está casada o libremente unida.

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en apenas siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (6.1%), Guanajuato (6.1%) y Michoacán (4.4%). Alrededor de 49 por ciento son hombres, y 51 por ciento, mujeres. Esto significa que en el país hay 96 hombres adolescentes por cada 100 mujeres de esa misma edad. La razón de mortalidad hombre-mujer es de 7:1, muy por arriba del promedio latinoamericano (3:1), y sólo inferior a las cifras de Colombia y Venezuela. Esto se explica por la mayor propensión de los hombres a las conductas de alto riesgo: mala nutrición, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, exposición a ambientes peligrosos y violentos, y relaciones sexuales sin protección.

La mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en nuestra población adolescente. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, 27 por ciento de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad.

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10 por ciento de los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3 a 1. De este total, 61.4 por ciento reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años. El consumo de drogas ilegales también es relativamente común. Se calcula que alrededor de cuatro por ciento de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga en su vida. Las drogas más consumidas es la mariguana, y le siguen en orden de importancia los inhalables y la cocaína.

Los accidentes y las lesiones intencionales, un alto porcentaje de los cuales están asociados al consumo de alcohol y drogas, son las primeras causas de muerte a esta edad. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, los accidentes de tráfico de vehículos de motor constituyen la primera causa de defunción. En 1999 cometieron 15 por ciento de las muertes; los homicidios representaron 14.6 por ciento y ocuparon el segundo sitio; se presentaron además 468 suicidios, que representaron seis por ciento de las muertes totales.

El inicio temprano de la actividad sexual en ausencia de protección expone a los adolescentes al riesgo de enfermedades que se transmiten por esa vía, y en el caso de las mujeres al riesgo de embarazarse. Las cifras más recientes hablan de alrededor de 366 mil embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad.

Estos cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios. El incremento absoluto de la población constituye en sí mismo un reto para el sistema de salud, pero el cambio en la estructura por edades podría llegar a ser todavía más trascendente, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años), y sobre todo de la población adulta mayor (65 años y más), son más costosos y difíciles de atender.

ENVEJECIMIENTO Y SALUD

La población mayor de 64 años está creciendo de manera acelerada. Este grupo de edad utiliza servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población y los servicios que requiere son muy costosos

La población mexicana vive un proceso acelerado de envejecimiento que traerá cambios en las relaciones sociales, la demanda de servicios de salud y pensiones, y los requerimientos asistenciales. En los próximos 20 años los niños y adolescentes representarán una menor proporción en la estructura poblacional del país, mientras que las personas madoras y los viejos incrementarán su presencia en términos porcentuales y absolutos. Los índices de dependencia sobre las edades intermedias, por lo tanto, serán cada vez menores de parte de los niños y los jóvenes, y cada vez mayores de parte de la población de 64 años y más. En el año 2020 México tendrá una estructura poblacional con características semejantes a la del mundo postindustrial, con la desventaja de que se habrá establecido en un periodo de tiempo mucho más corto (véase figura). La oportunidad para reunir los recursos necesarios para la atención de la vejez se limitará a las próximas dos o tres décadas, periodo en el cual el segmento de la población en edad productiva alcanzará su máximo crecimiento.

La atención de los viejos representará uno de los mayores retos para los servicios de salud, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Además, los servicios que requieren estas personas son por lo general muy costosos.

La demanda de servicios de salud por parte de este grupo de población ha tido un aumento. El porcentaje de ingresos hospitalarios correspondiente a los mayores de 65 años pasó de 8.3 por ciento en 1993 a 12 por ciento en 1999. En este último año 10.5 por ciento de esta población se hospitalizó, en contraste con sólo 4.5 por ciento de la población de 15-64 años. Asimismo, las personas mayores de 65 años contribuyeron con 43 por ciento a la mortalidad intrahospitalaria.

Las principales causas de ingreso hospitalario en los adultos de más edad son actualmente las neumonías y las complicaciones de la arteriosclerosis, en particular las cardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares. Poco se sabe sobre la magnitud de otras afecciones al parecer comunes en este grupo de edad, como los traumatismos, la desnutrición, la demencia y la depresión. Esto se debe tanto a insuficiencias en el diagnóstico como a la falta de un adecuado sistema de registro de los padecimientos que no son causa de muerte pero sí de discapacidad.

La transición de un predominio de los padecimientos infecciosos y las enfermedades de la nutrición y la reproducción, al predominio de las lesiones y las condiciones crónicas, obligará al sistema de salud a modificar sus prioridades. Las acciones deberán dirigirse a modificar la incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles y, en particular, de sus consecuencias no letales, que ponen en riesgo la autonomía e independencia de las personas.

La crisis de la seguridad social ha afectado a la mayoría de las naciones del mundo, y México no es la excepción. El déficit financiero de las instituciones de seguridad social dificulta el pago de pensiones dignas y limita la oferta de prestaciones sociales. Además, una proporción significativa de los mayores de 65 años de nuestro país –alrededor de 45 por ciento– no tiene acceso a los beneficios de la seguridad social. Esto es particularmente grave en el caso de las mujeres y las personas mayores del medio rural.

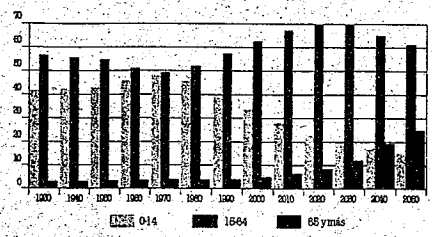
La responsabilidad de proteger la vejez, por lo tanto, seguirá recayendo en la familia, y sobre todo en las mujeres. La familia otorga apoyo a través de transferencias monetarias y materiales, arreglos de domicilio, y cuidados directos ante problemas de salud. Sin embargo, su capacidad para responder a este problema ha sido disminuyendo, debido a las crisis económicas recientes y a la adaptación que exigen las nuevas realidades laborales y sociales.

Otro rasgo interesante de esta dinámica demográfica es que el envejecimiento es en mayor medida un fenómeno femenino, debido a la mayor mortalidad de los hombres en casi todos los grupos de edad. Con el agravante añadido de que las mujeres tienen mayor incidencia de enfermedades crónicas y una alta prevalencia de discapacidades. Además, como grupo, presentan tasas de analfabetismo más elevadas que los hombres, carecen de empleos formales, y una buena parte de sus últimos años la pasan solas, por viudez, separación y abandono de los hijos.

Por todas estas razones, el envejecimiento de nuestra población tiene un importante potencial de crisis. Por fortuna, el conocimiento gerontológico ha demostrado que la vejez tiene una gran plasticidad y que es posible llegar a edades avanzadas en un estado saludable a través de acciones de promoción de la salud y prevención de discapacidades. Es en este ámbito donde deben enfocarse las intervenciones sobre este grupo etario, desde la perspectiva de que la salud en las etapas tardías de la vida es el resultado de hábitos de toda una existencia. Los objetivos de estas intervenciones son los siguientes:

- Minimizar la incidencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes.
- Conservar altos grados de funcionalidad física y mental.
- Mantener una buena interacción social y familiar.
- Propiciar una cultura de la vejez activa y sana.

Distribución porcentual de la población total por grandes grupos de edad. México, 1930-2050



Fuente: CONAPO, 1998

Cuadro 1.1

Indicadores demográficos para México, 1950-2000 y proyecciones para 2010 y 2025

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Población*	25.1	34.9	48.2	66.8	81.2	97.5	112.2	126.0
Crecimiento anual %	2.6	3.3	3.1	2.5	2.0	1.4	1.0	0.5
Grupos de edad %								
0-14	42	44	46	43	39	34	27	21
15-65	55	52	50	53	57	61	67	69
65 y +	3	3	4	4	4	5	6	10
Muertes**	418	402	485	434	422	447	472	652
Nacimientos*	1.1	1.6	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.6

* Millones
** Miles
Fuente: 1930-2000, INEGI; 2010-2025, CONAPO

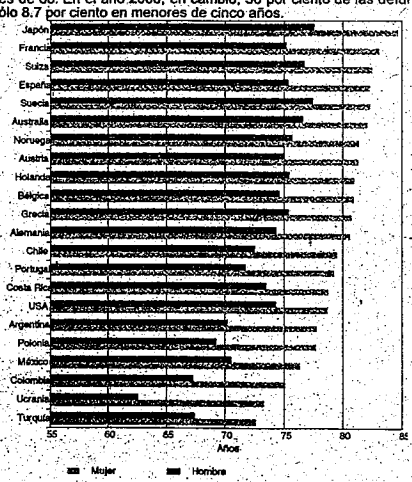
Esto no debe llevarnos a menospreciar la magnitud de los problemas de otros grupos de edad. Sirvan como ejemplo los nacimientos. A pesar de que la tasa de fecundidad seguirá descendiendo, el número absoluto de nacimientos se mantendrá elevado como resultado del alto número de mujeres que nacieron en la etapa de alta fecundidad. Se calcula que en los próximos cinco años el sistema de salud tendrá que hacer frente a 14 millones de embarazos, con sus respectivos partos y puerperios.

Daños a la salud

Uno de los avances recientes más importantes en el país es el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. En la década de 1930 uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de los hombres adultos morían antes de los 35 años. Actualmente 97 por ciento de los recién nacidos alcanza su primer aniversario y la mayoría de los hombres puede aspirar a vivir 75 años o más. Por lo que se refiere a las mujeres, en 1930 la mitad moría antes de cumplir 38 años de edad. Hoy, al comenzar el siglo XXI, la mayoría puede aspirar a vivir casi 80 años (figura 1.2).

Como resultado de la caída de la mortalidad, la esperanza de vida al nacer se incrementó de manera muy consistente durante la segunda mitad del siglo XX. En el cuadro 1.2 se observa que entre 1950 y 2000 el país ganó 25.7 años en este indicador.

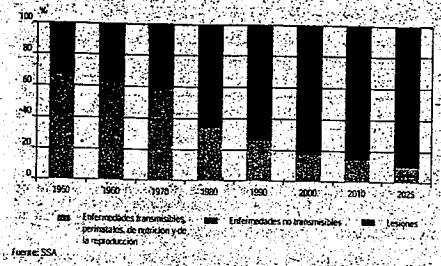
La contribución de los diferentes grupos de edad a la mortalidad general también se modificó (cuadro 1.1). En 1950 casi la mitad de las muertes ocurrieron en la población menor de cinco años y sólo 15 por ciento en los mayores de 65. En el año 2000, en cambio, 50 por ciento de las defunciones ocurrieron en mayores de 65 años y sólo 8.7 por ciento en menores de cinco años.



Fuente: OMS, 2001

Figura 1.2 La esperanza de vida al nacer de México muestra cifras inferiores a las de países con un nivel de desarrollo similar

Las principales causas de muerte también cambiaron. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones (figura 1.3). Entre 1950 y 2000 el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces (14.3 a 1%), mientras que las muertes por enfermedades del corazón cuadruplicaron su participación (4 a 16%).



Fuente: SSA

Figura 1.3 Desde los años ochenta las enfermedades no transmisibles en México concentran la mayor parte de muertes

En el cuadro 1.2 también se observa que entre 1950 y 2000 la mortalidad bajó casi siete veces en la infancia, dos y media veces en los hombres adultos y casi cuatro veces en las mujeres adultas. También se observa que en 1950 una de cada dos muertes se debía a enfermedades propias del rezago epidemiológico, mientras que en la actualidad estas causas provocan sólo una de cada siete defunciones. En contraste, los decesos relacionados con los padecimientos no transmisibles aumentaron de 44 a 73 por ciento, dejando a las lesiones con una contribución más o menos constante de 13 por ciento.

Cuadro 1.2

Indicadores de mortalidad para México, 1950-2025

Indicadores de mortalidad	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Esperanza de vida al nacer (años)	49.6	57.9	61.7	67.0	71.4	75.3	78.1	81.2
Mortalidad en la infancia (0-4 años)*	167	109	98	54	36	28	19	12
Hombres adultos (15-59 años)*	380	292	257	246	186	158	122	100
Mujeres adultas (15-59 años)*	319	235	193	145	107	91	66	50
Mortalidad todas las causas *	16.0	11.5	10.0	6.7	5.0	4.5	4.2	5.0
Enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción **	49.8	46.3	57.3	34.4	26.2	14.0	12.5	10.1
Enfermedades no transmisibles**	43.7	47.1	34.7	49.8	59.8	73.3	73.0	77.8
Lesiones accidentales e intencionales**	6.2	6.5	10.6	15.7	13.9	12.7	12.5	12.1

* Por 1 000, calculado con base en tablas de mortalidad
** Por ciento
Fuente: Estimaciones basadas en CONAPO y OMS

Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en los datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de los daños a la salud no se traducen en muerte sino en discapacidad. En un intento por incorporar a las evaluaciones epidemiológicas tanto las muertes como la discapacidad producida por las enfermedades y las lesiones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la utilización de dos indicadores relativamente nuevos. El primero es la esperanza de vida saludable (EVISA), que mide el número de años en *buena salud* que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. El segundo indicador, los años de vida saludable (AVISA), evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad. Así, este indicador facilita la presentación de la información sobre las principales necesidades de salud, que incluyen las causas de enfermedad, las causas de muerte y los factores de riesgo.

LA ATENCIÓN DE LOS DISCAPACITADOS

La discapacidad constituye un serio problema de salud pública. Se estima que 2.3 por ciento de los mexicanos sufren de discapacidad grave

No se dispone de información precisa sobre incidencia, pero se calcula que al año se producen 125 mil discapacidades como resultado de fracturas graves, ocurren 67 mil malformaciones congénitas, se generan 43 mil secuelas de enfermedad vascular-cerebral, 20 mil secuelas de trauma cráneo-encefálico y 12 mil casos de parálisis cerebral infantil.

Las discapacidades son el producto de enfermedades o lesiones, pero también son resultado de los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Se ha reducido la mortalidad por hipoxia cerebral perinatal, pero los niños que sobreviven sufren de parálisis cerebral con trastornos del movimiento, alteraciones del lenguaje y epilepsia. También se ha incrementado la sobrevivencia de los niños con defectos del tubo neural, pero los sobrevivientes sufren de parálisis de las extremidades, falta de control de esfínteres, hidrocefalia, y trastornos del lenguaje y del aprendizaje. Se ha logrado que los adultos sobrevivan a los traumatismos raquimedulares, pero muchos de ellos quedan parapléjicos o cuadripléjicos, con incontinencia de esfínteres, impotencia sexual y alteraciones del habla.

En México hay cerca de cuatro millones de personas con diabetes mellitus y 15 millones de hipertensos. Los primeros con frecuencia requieren de amputaciones o sufren de ceguera y nefrocirosis. Los segundos pueden llegar a sufrir enfermedad vascular-cerebral, que se asocia a una gran diversidad de discapacidades.

La esperanza de vida se ha alargado considerablemente, y una de las consecuencias ha sido el incremento de diversas condiciones discapacitantes, como la osteoporosis, la osteoartritis, la hipoacusia y los trastornos mentales. Las discapacidades son causa de desajuste psicosocial, desintegración familiar, analfabetismo, desempleo y mendicidad.

Los discapacitados sufren asimismo una falta de equidad en la distribución de recursos. El ejemplo más claro es que de los casi mil hospitales públicos, sólo 182 cuentan con servicios de rehabilitación, que además tienden a estar subequipados y atendidos por personal no especializado.

Las personas con discapacidad enfrentan gastos catastróficos con frecuencia. Las enfermedades y accidentes graves generan gastos mayores y secuelas que requieren de rehabilitación de largo plazo, además de prótesis, órtesis, sillas de ruedas y ayuda técnica de alto costo.

Para poder atender a esta población de manera integral es necesario promover acciones multisectoriales en colaboración con el sector privado y la sociedad civil. Estas acciones deben dirigirse a:

- Prevenir, tratar, limitar y rehabilitar las discapacidades.
- Ampliar la infraestructura pública destinada a facilitar la movilización y la atención de las necesidades especiales de los discapacitados.
- Promover y facilitar la reincorporación de la persona a la vida social y laboral.

En el cuadro 1.3 se presentan las estimaciones de la esperanza de vida saludable al nacer, para hombres y mujeres en México en 1998. Dado que en ese año México tenía una esperanza de vida general de 74 años y una esperanza de vida saludable de 64, se puede concluir que los mexicanos pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad. De acuerdo con el ejercicio realizado por la OMS usando este indicador, México está ubicado en el lugar 55 en el mundo, sitio similar al de países como la República de Corea, Venezuela y Bulgaria. En nuestro país se pierden más años de vida saludable en las áreas rurales que en las urbanas, lo que agrava la baja expectativa de vida que puede alcanzarse en las regiones pobres.

Cuadro 1.3

Años de esperanza de vida saludable en áreas rurales y urbanas en México, 1998

Area	Hombres	Mujeres	Ambos
Rural	58.5	63.9	61.3
Urbana	61.8	67.5	64.6
México	61.1	66.9	63.9

Fuente: SSA, 2000

El análisis de los años de vida saludable indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales, las infecciones respiratorias, la cirrosis y la desnutrición siguen jugando un papel importante (cuadro 1.4). También intervienen diversos problemas que afectan sobre todo a los jóvenes y que no necesariamente llevan a la muerte –violencia, accidentes de vehículo de motor, atropellamientos, depresión y consumo de alcohol– y la demencia, que es particularmente común en las personas mayores. La diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica generan individualmente una gran parte del peso de la enfermedad en el país.

Cuadro 1.4

Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998

Orden	Causas	%
1	Afecciones perinatales	7.7
2	Diabetes mellitus	5.8
3	Homicidios y violencias	4.8
4	Cardiopatía isquémica	4.5
5	Accidentes de vehículos de motor (choques)	4.0
6	Infecciones respiratorias bajas	3.0
7	Enfermedad cerebrovascular	2.9
8	Cirrosis hepática	2.9
9	Atropellamiento	2.3
10	Desnutrición proteico-calórica	1.9
11	Enfermedades diarreicas	1.8
12	Demencias	1.7
13	Consumo de alcohol	1.6
14	Trastornos depresivos	1.6
15	Nefritis y nefrosis	1.5

Fuente: SSA, 2000

Como muestran los cuadros 1.4 y 1.5, la mortalidad resume las transiciones demográfica y epidemiológica del país, con un predominio de muertes ocasionadas por problemas del corazón y tumores malignos que son padecimientos propios de poblaciones envejecidas. El orden de los problemas según los AVISA perdidos indica, en cambio, la importancia de padecimientos que ocurren en todos los grupos de edad.

Cuadro 1.5

Principales causas de mortalidad general en México,1999

Orden	Causas	Defunciones	%
	Total	443,950	100.0
1	Enfermedades del corazón	69,278	15.6
	- Enfermedades isquémicas del corazón	44,070	9.9
2	Tumores malignos	53,662	12.1
3	Diabetes mellitus	45,632	10.3
4	Accidentes	35,690	8.0
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	11,659	2.6
5	Enfermedades del hígado	27,040	6.1
	- Enfermedad alcohólica del hígado	13,417	3.0
6	Enfermedades cerebrovasculares	25,836	5.8
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19,268	4.3
	- Dificultad respiratoria del recién nacido y otros transtornos respiratorios originados en el periodo perinatal	10,042	2.3
8	Influenza y neumonía	14,068	3.2
9	Homicidios	12,249	2.8
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11,319	2.5
	- Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	9,474	2.1
	- Las demás causas	120,434	27.1

Fuente: INEGI/SSA, 1999

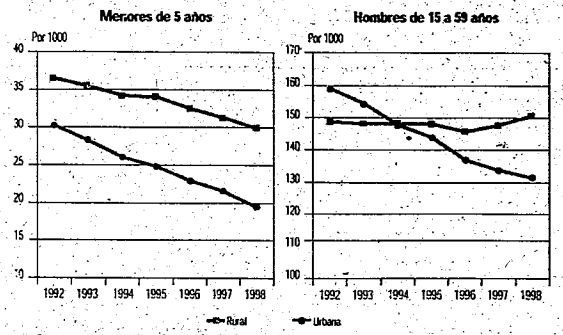
Desigualdades en los daños a la salud

Aunque son muy útiles, los niveles promedio de salud no bastan para medir el rendimiento de un sistema. Es necesario analizar también la distribución de las condiciones de salud.

En este rubro el panorama de México deja mucho que desear. De hecho, uno de los rasgos distintivos de nuestras condiciones de salud es su desigualdad. Mientras que los daños a la salud en las regiones y grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al de algunos países europeos, en las regiones y grupos sociales empobrecidos el cuadro es el de un país de escaso desarrollo.

La mortalidad en menores de cinco años sigue siendo un indicador muy sensible a las desigualdades sociales. En el Distrito Federal o el área urbana del Estado de México el riesgo de muerte en los menores de cinco años es similar al de Chile o Costa Rica; en las zonas rurales de Oaxaca y Chiapas este riesgo es parecido al de Perú, Guatemala o Nicaragua. El caso extremo lo presentan los niños del área rural de Guerrero, que presentan un riesgo de morir parecido al de Bolivia.

En los últimos diez años estas diferencias, además, se han acentuado. La tendencia a la baja de la mortalidad en menores de cinco años disminuyó en las zonas rurales, lo que provocó que el riesgo de morir en este grupo, que en 1992 era 20 por ciento más alto que en las urbanas, se incrementará en términos relativos a 55 por ciento en 1998 (figura 1.4).

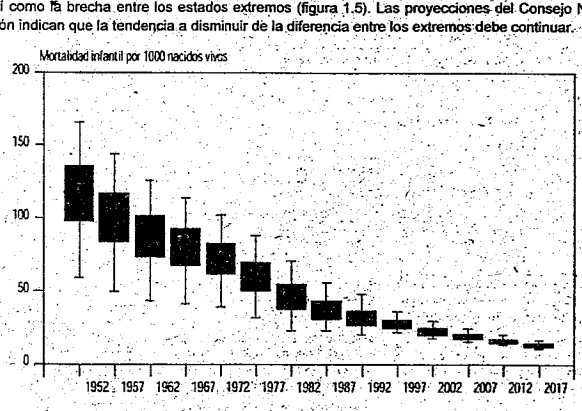


Rural: localidades <15000 habitantes
Urbana: localidades de 15000 y más habitantes

Fuente: SSA, 2000

Figura 1.4 La brecha en la probabilidad de morir en niños y adultos de los medios rural y urbano se está incrementando

La mortalidad en menores de un año en México también tiene una distribución muy desigual. En Guerrero, la tasa ajustada de mortalidad infantil es de 52 por 1 000 nacidos vivos, mientras que en Nuevo León es de 14. Aun así, la tasa de mortalidad entre los menores de un año ha descendido constantemente en el país, así como la brecha entre los estados extremos (figura 1.5). Las proyecciones del Consejo Nacional de Población indican que la tendencia a disminuir de la diferencia entre los extremos debe continuar.



Fuente: CONAPO, 1999

Figura 1.5 La mortalidad infantil en México está disminuyendo, lo mismo que la diferencia en este rubro entre los estados extremos

Las desigualdades en salud también están presentes en la población adulta. Mientras que en las áreas urbanas de Nuevo León, Baja California Sur y Quintana Roo la probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años es parecida a la de varios países europeos o los Estados Unidos, en las áreas rurales de Guerrero, Puebla y Oaxaca es similar a la de El Salvador, Nicaragua u Honduras. Estas diferencias, además, se están ahondando. Entre 1992 y 1998 la mortalidad en adultos varones del medio rural no experimentó ningún cambio, mientras que en las zonas urbanas disminuyó 17 por ciento. En las mujeres este fenómeno es todavía más dramático, pues en el mismo periodo la mortalidad aumentó cinco por ciento en el medio rural y disminuyó 12 por ciento en el medio urbano.

LA SALUD DE LOS INDÍGENAS

La tasa de mortalidad de los niños indígenas es 58 por ciento más alta que la de la infancia del resto del país. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena

Los principales indicadores de salud muestran un rezago importante en las personas más pobres: la población no asegurada, la que vive en los estados del sur y sobre todo los habitantes de municipios altamente marginados. Entre los pobres hay también los más pobres, que presentan las peores cifras: los 63 grupos indígenas que son también el país.

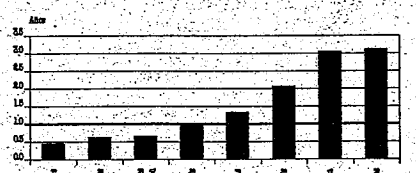
Uno de los desafíos que enfrenta nuestro sistema de salud es reducir esta brecha: llevar la mortalidad de los niños indígenas a los niveles nacionales, abatir la desnutrición que padecen y acabar para siempre con las muertes maternas.

La esperanza de vida al nacer de la población indígena es de 66 años, contra 74 de la población nacional. La tasa de mortalidad es 58 por ciento más alta entre los niños indígenas que en la infancia del resto del país. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena.

Los indígenas siguen muriendo de problemas para los cuales existen intervenciones costo-efectivas. Dos de las cinco principales causas de muerte en estos grupos son las infecciones intestinales, y la influenza y la neumonía. Los condicionantes básicos de estas enfermedades son el saneamiento básico nulo o deficiente, y las condiciones microambientales de la vivienda, en especial el humo por combustión de leñas. Asimismo, las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar son dos veces más altas en esta población que en la población general.

La información sobre el estado nutricional también habla de enormes rezagos. El principal problema de salud de los niños indígenas menores de cinco años es la desnutrición crónica, que se manifiesta por retraso en el crecimiento (talla baja). La prevalencia de esta condición es de 44 por ciento, contra 17.7 por ciento en el ámbito nacional. Otros problemas nutricionales son la anemia, que afecta alrededor de 58 por ciento de los niños indígenas, y las deficiencias de hierro, zinc, vitamina C y vitamina A, que afectan a entre 12 y 50 por ciento de esta población. La deficiencia de estos micronutrimentos en los niños genera una menor capacidad para la actividad física y limitaciones en las funciones mentales, en particular en la exploración y la atención, lo que a su vez trae como consecuencia una menor capacidad de aprendizaje. La respuesta del organismo a las infecciones se ve disminuida, lo que ocasiona una mayor gravedad de las enfermedades y, por lo mismo, un mayor riesgo de muerte.

Riesgo de morir en la población indígena en relación con el riesgo nacional, según causas seleccionadas. México, 1999



Las deficiencias de estos micronutrimentos también son muy importantes en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia: 40 por ciento de las mujeres indígenas presentan anemia, en contraste con 26.4 por ciento en la población general. Esto condiciona que las primeras tengan mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo o dar a luz a niños con bajo peso al nacer o prematuros.

Por lo que se refiere a la infraestructura en salud, en los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo por poner al alcance de los grupos indígenas mayores recursos. En 1991 existían 557 unidades médicas de primer nivel y cuatro de segundo nivel en las comunidades mayoritariamente indígenas. En 1997 estas cifras se elevaron a 2 095 y 31, respectivamente.

Aun así, todavía existe un déficit importante en ciertos rubros. En las zonas indígenas de Oaxaca, por ejemplo, el número de médicos por 1000 habitantes indígenas es de 0.13, contra 0.94 en el estado en su conjunto y 1.38 a nivel nacional. Lo mismo sucede con las camas censables. La cifra nacionales de 0.79 por 10 000 habitantes, contra 0.07, 0.11 y 0.19 en las zonas indígenas de Oaxaca, Veracruz y Puebla, respectivamente.

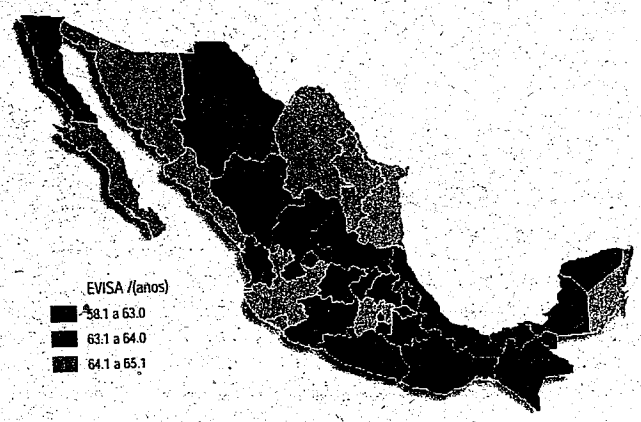
Para combatir las inequidades en salud que padece la población indígena, el gobierno ha implantado diversos programas destinados a beneficiar de manera prioritaria a estas personas. Destacan el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), y el Programa IMSS-Solidaridad. Este último cubre de manera regular a 30 por ciento de la población indígena (alrededor de tres millones de personas). Aunque dichos esfuerzos han permitido mejorar las condiciones de salud de algunas regiones indígenas, todavía están muy lejos de responder de manera integral a todas las necesidades.

Para enfrentar este desafío, la SSA creó la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas. Dentro de las acciones que implantará se incluyen las siguientes:

- Ampliación y fortalecimiento de la cobertura de servicios básicos.
- Capacitación de los prestadores de servicios de salud con una perspectiva intercultural.
- Acciones de saneamiento ambiental a escala familiar y comunitaria.
- Esfuerzos de complementariedad de la medicina tradicional con la medicina alópata.
- Campañas masivas de comunicación educativa en salud de acuerdo con las características sociocultural es de cada grupo étnico.
- Desarrollo de modelos para la prevención y rehabilitación del alcoholismo.
- Dotación de multivitaminicos para los niños menores de dos años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

Las diferencias en la esperanza de vida al nacer también son considerables. Entre 1992 y 2000 se registraron ganancias promedio de 2.7 años en este indicador en las áreas urbanas, en contraste con sólo 0.2 años en áreas rurales. En este momento, las áreas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas presentan una esperanza de vida 10 años menor que las áreas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal.

La distribución de la esperanza de vida saludable muestra tendencias similares, disminuyendo conforme se incrementa la pobreza de los estados (figura 1.6).



Fuente: SSA, 2000

Figura 1.6 La esperanza de vida saludable en México se distribuye de manera desigual

Importancia del rezago en salud

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al llamado rezago epidemiológico. Entre ellas destacan, como ya se señaló, los padecimientos relacionados con la desnutrición, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva.

La desnutrición proteico-calórica constituye una huella distintiva e irreversible de la pobreza. La más reciente Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, mostró que 18 por ciento de los niños mexicanos menores de cinco años (alrededor de 1.5 millones de niños) presentan una talla para la edad menor a la ideal. Según esta misma fuente, el retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur del país que en las zonas no pobres de los estados del norte. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12 y 15 por ciento de su potencial intelectual, corren un riesgo de contraer enfermedades infecciosas ocho a 12 veces mayor que un niño sano y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas.

LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS MIGRANTES Y DE SUS FAMILIAS

A pesar de la enorme importancia económica de los migrantes, las necesidades de salud de estos trabajadores y de sus familias han sido poco atendidas

La población de origen latinoamericano representa 11.4 por ciento de la población total de los Estados Unidos, proporción que la convierte en la segunda minoría nacional, después de los afroamericanos, que conforman 12.2 por ciento de la población total. De acuerdo con proyecciones de la Oficina del Censo de ese país, la población que llaman "latina" se convertirá en la primera minoría del país en el año 2005 y en 2050 representará 24.5 por ciento de la población nacional.

Las cifras de esa misma oficina indican que en los Estados Unidos residen más de 24 millones de personas de origen mexicano, ocho millones de las cuales nacieron en México. Esta población representa poco más de 70 por ciento de la población de origen latinoamericano.

Las remesas enviadas por los migrantes mexicanos, residentes temporales o permanentes, constituyen la segunda fuente de divisas de la economía mexicana: más de siete mil millones de dólares anuales. A pesar de su enorme importancia, las necesidades de salud de esta población se han atendido muy poco. Se calcula que sólo 46 por ciento cuenta con seguro de salud, en contraste con 86 por ciento de la población blanca. Algunos grupos específicos presentan problemas todavía más graves. Un estudio reciente sobre trabajadores agrícolas en California, de los cuales 90 por ciento nacieron en México, mostró que 70 por ciento carecen de seguro de salud. Ese mismo estudio indica que casi 20 por ciento de los hombres presentan entre dos y tres factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas: colesterol alto, hipertensión, obesidad. Estas cifras son muy altas para un grupo compuesto principalmente por hombres jóvenes con una edad promedio de 34 años.

La mayor parte de los migrantes dejan a la familia en su lugar de origen, sin ningún tipo de seguro de salud. Las excepciones son quienes se incorporan a los esquemas alternativos de seguridad social que ofrece el IMSS a través del Seguro de Salud para la Familia o el que ofrece a los trabajadores mexicanos en el extranjero. Este último seguro contaba en diciembre del año 2000 con 3 080 titulares y cubría a una población aproximada de 13 500 personas.

A las iniciativas dirigidas a atender a las familias de los migrantes mexicanos residentes en el extranjero, será necesario adicionar iniciativas dirigidas a atender específicamente las necesidades de atención a la salud de los migrantes mismos. Dentro de las actividades prioritarias en este sentido destacan las siguientes:

- un diagnóstico integral de las necesidades de salud de la población binacional de origen mexicano;
- un diagnóstico de la cobertura de servicios de salud de esta población y de sus familias, y
- el diseño de alternativas de seguros de salud con la participación tanto de las agencias públicas como de agencias privadas de ambos países interesadas en atender a esta población.

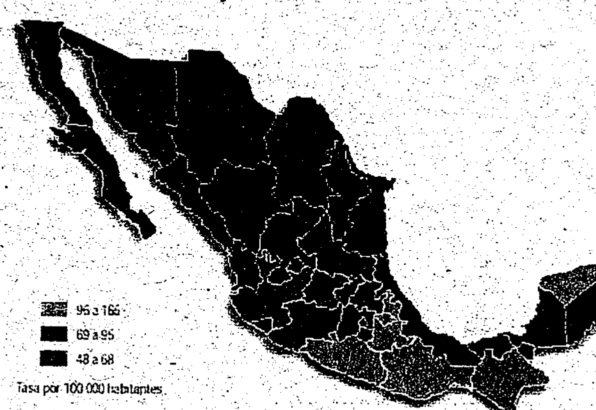
Estas actividades deberán discutirse e impartirse en colaboración con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Oficina de la Presidencia para la Atención del Migrante, las Oficinas Estatales de Atención a Migrantes en México, los representantes de los "Clubes de Orientes" de mexicanos en los Estados Unidos, las "Casas de Gobierno" de los principales estados emisores de migrantes y las diversas iniciativas binacionales de salud.

La anemia también constituye un grave problema carencial en México. En 1999 su prevalencia fue de 27 por ciento en menores de cinco años (60% superior a la prevalencia en los países desarrollados), 20 por ciento en mujeres no embarazadas y 26 por ciento en mujeres embarazadas.

Por lo que toca a las infecciones comunes, los padecimientos transmisibles que más contribuyen a la carga de enfermedad son, en orden de importancia: las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual. A escala nacional, estas enfermedades son responsables de la pérdida de uno de cada seis años de vida saludable.

Entre 1980 y 2000 la mortalidad por infecciones intestinales registró una caída de 91 por ciento. El descenso más importante se dio en los menores de cuatro años, grupo de edad en el que se presentaron 27 mil muertes menos que las registradas en 1980. Sin embargo, el rezago a este respecto en las zonas rurales todavía es considerable. El riesgo de morir por diarrea en el área rural para la población general es cinco veces mayor que en las zonas urbanas. Esta diferencia es de ocho veces en los menores de cinco años. Por su parte, la influenza y la neumonía son responsables de cuatro por ciento de las muertes en México. Este problema es también particularmente grave en los menores de cinco años.

Dado que no hay indicios de que la carga ocasionada por estos padecimientos vaya a disminuir en el corto plazo, es previsible que los servicios de salud sigan recibiendo una importante demanda para su atención. Se estima que antes de cumplir los cinco años de edad, cada niño mexicano padecerá, en promedio, dos episodios de diarrea y cinco de infecciones respiratorias al año. Esto representa, si todos estos casos de enfermedad se atienden en unidades del sistema de salud, 100 millones de consultas por estas causas por año, equivalentes al 30 por ciento de la demanda de consultas de la población enferma.



Fuente: SSA 2000

Figura 1.7 Las muertes por padecimientos característicos del rezago epidemiológico se concentran en la zona sur del país

La tuberculosis pulmonar también sigue contribuyendo de manera importante al peso de la enfermedad en México. Aunque la mortalidad por esta causa ha descendido en los últimos años, este padecimiento todavía constituye la segunda causa de muerte ocasionada por un agente único. En el año 1999 ocupó el lugar 19 en la lista de principales causas de muerte.

En el momento actual, más de 25 por ciento de los casos de tuberculosis están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y SIDA. Además, el crecimiento poblacional, la pobreza, los movimientos migratorios y el mal manejo de los pacientes han favorecido la aparición de cepas resistentes a los medicamentos antituberculosos, lo que ya constituye un problema de naturaleza global.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud. En la última década este indicador mostró una tendencia relativamente estable, con razones de mortalidad de 5.4 y 5.1 por 10 000 nacidos vivos registrados en 1990 y 1999, respectivamente. Igualmente, esta mortalidad tiende a concentrarse en la región centro y sur del país. Alrededor de 70 por ciento de las muertes maternas registradas en 1999 ocurrieron en diez entidades ubicadas en estas dos regiones y, como en otros casos, los municipios indígenas presentaron una situación particularmente grave. En Guerrero, los municipios con 40 por ciento y más de población indígena presentaron una razón de mortalidad materna de 28.3 por 10 000 nacidos vivos.

EL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNA

El porcentaje de partos atendidos en unidades de salud en las poblaciones indígenas de Oaxaca asciende apenas a 8.9 por ciento

La mortalidad materna sigue siendo uno de los grandes problemas de salud en muchos países del mundo y un indicador de desigualdad social. La OMS ha calculado que al año mueren más de 500 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. De estas defunciones, 98 por ciento suceden en los países en vías de desarrollo, algunos de los cuales presentan tasas de mortalidad materna hasta 100 veces superiores a las que se observan en las naciones industrializadas.

En el periodo 1990-1999, la tendencia de la mortalidad materna en México se mantuvo estable; en el último de esos años la cifra fue de 5.1 muertes maternas por 10 000 nacidos vivos. Esto ubica al país en un nivel intermedio en este rubro. Sin embargo, las diferencias entre estados y grupos poblacionales siguen siendo considerables. La tasa de mortalidad materna en los municipios indígenas (municipios con 40% o más de población indígena) de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca es de 11, 28.3, 9.1 y 12 por 10 000 nacidos vivos. Las cifras estatales para estas mismas entidades, en contraste, son de 7, 7, 5.4 y 5.8, respectivamente (véase cuadro).

Mortalidad materna por entidad federativa, 1999

Entidad federativa	Defunciones	Tasa 1/	Peso relativo 2/	Entidad federativa	Defunciones	Tasa 1/	Peso relativo 2/
Nacional	1400	5.1	5.1	Morelos	17	4.5	4.1
Aguascalientes	15	5.9	7.5	Nayarit	11	4.3	5.2
Baja California	37	2.8	2.4	Nuevo León	27	3	3.3
Baja California Sur	2	1.9	2.1	Oaxaca	66	5.8	8.5
Campeche	7	3.6	4.6	Puebla	80	4.5	4.9
Coahuila	17	2.8	2.9	Querétaro	18	4.4	5.2
Colima	3	2.3	2.7	Quintana Roo	12	8.1	6.2
Chiapas	95	7	6.5	San Luis Potosí	35	5.1	6
Chihuahua	35	3.8	3.8	Sinaloa	20	2.7	3.7
Distrito Federal	119	6.6	4.7	Sonora	17	3	2.9
Durango	16	3.3	4.5	Tabasco	34	6.6	6.7
Guanajuato	61	4.4	7.5	Tamaulipas	55	5.3	5.2
Guerrero	61	7	10	Tlaxcala	18	6.5	6.6
Hidalgo	50	5.4	5.9	Veracruz	124	5.8	5.9
Jalisco	55	3.5	3.5	Yucatán	14	3.8	3.7
México	238	6.9	6.6	Zacatecas	14	3.6	4.8
Michoacán	56	4.3	5.2	Extranjero	3		1.3

1/ Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados en base a la población estimada por el CONAPO.

2/ El peso relativo se refiere al porcentaje respecto al total de defunciones de mujeres de 15 a 49 años.

Las diferencias entre grupos atendidos por las diversas instituciones públicas también son de llamar la atención. La mortalidad materna en el IMSS en el mismo periodo 1990-1999 mostró un descenso importante, pasando de 4.3 muertes por 10 000 nacidos vivos a 3.6. Esta diferencia con respecto a las cifras nacionales se debe a que la población derechohabiente tiene un nivel socioeconómico más elevado y homogéneo que la población general, ya que está integrada por familias de trabajadores que disfrutan de un ingreso fijo y prestaciones de ley que les garantizan el acceso regular a servicios prenatales, a una atención adecuada del parto y a una vigilancia competente del puerperio. En contraste, las poblaciones no aseguradas frecuentemente no acceden ni siquiera a una atención adecuada del parto. El porcentaje de partos atendidos en unidades de salud en las poblaciones indígenas de Oaxaca asciende a 8.9 por ciento.

Entre las acciones que será necesario desarrollar para disminuir las muertes maternas en nuestro país destacan las siguientes:

- Garantizar el acceso de las poblaciones rurales y urbanas marginadas a servicios pre y perinatales.
- Capacitar al personal que vigila los embarazos y atiende los partos en las áreas marginadas.

Las cifras de mortalidad materna están subestimadas, ya que en el momento actual sólo seis de cada diez partos se atienden en las instituciones del sector público y más del 20 por ciento se atienden en los hogares, con frecuencia por personal no calificado. En los municipios indígenas de Chiapas y Guerrero, por ejemplo, sólo 21.0 y 17.1 por ciento de los nacimientos, respectivamente, se atienden en unidades del sector.

A pesar de que en la última década la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino mostró una moderada tendencia al descenso, en la actualidad el volumen absoluto de muertes en el país debidas a esta causa es ligeramente más alto que en 1990. En el año 2000 la tasa nacional de muertes por cáncer cérvico-uterino fue de 19.4 por 100 000 mujeres de 25 años y más. En Chiapas, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán se registraron cifras superiores. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino crece con la edad. En la edad productiva este padecimiento es el más común de los tumores malignos en mujeres y la primera causa de muerte. Dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable.

Los problemas perinatales siguen constituyendo una prioridad sanitaria. La mayor parte de las muertes debidas a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento: la mitad sucede en el primer día de vida y las demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes. Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre –hipertensión, infecciones, traumatismos–, los problemas del embarazo y del parto –placenta previa, parto podálico–, las alteraciones en el recién nacido –ictericia, hemólisis, hemorragia– y los problemas de membrana hialina y asfixia neonatal.

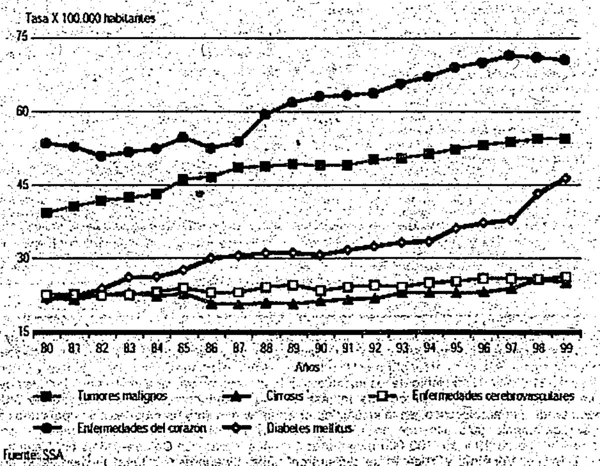
Los problemas de salud derivados de las emergencias y los desastres también constituyen un problema relacionado con el rezago en salud. En los últimos cinco años, los desastres naturales ocurridos en México –huracanes, temblores, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas– generaron más de cinco millones de damnificados, alrededor de 2 mil muertes directas, y un número indeterminado de muertes indirectas, debidas en su mayoría a infecciones, insuficiencia de alimentos y falta de servicios básicos. Lo que provoca la muerte de las personas en estas circunstancias no son los acontecimientos naturales en sí mismos, sino el hecho de que se presentan en condiciones poco adecuadas para enfrentarlos. Por esta razón, los desastres naturales causan más muertes entre la población pobre que entre la población con mayores recursos.

Problemas emergentes

En el año 2000 cinco tipos de enfermedades –enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares– concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país (52%). Estos padecimientos, que se califican de emergentes, lo son porque incrementan a tal grado su magnitud relativa que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Este desplazamiento puede ser directo, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH-SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus). Pero también puede ser indirecto, como sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares, que mantuvieron tasas estables al tiempo que la mortalidad por problemas transmisibles perdía importancia.

Es común creer que estos problemas son privativos de las áreas urbanas y de la población de mayores recursos. Sin embargo, cada día es más frecuente que estos problemas se presenten en las áreas rurales y en las poblaciones pobres.

En el año 2000 las enfermedades del corazón fueron la primera causa de mortalidad general, al concentrar 16 por ciento del total de muertes. La tasa muestra un incremento de 32.2 por ciento respecto a 1980 (figura 1.8). La cardiopatía isquémica es responsable de 63 por ciento de los decesos ocurridos en este grupo de enfermedades.



Fuente: SSA

Figura 1.8 Las enfermedades del corazón, los tumores y la diabetes han aumentado de manera consistente en México

La mortalidad por tumores malignos también va en ascenso. Las tasas aumentaron de manera muy importante entre 1980 y 2000, lo mismo que el peso relativo. Destaca en particular el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como los tumores cérvico-uterino y de mama.

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es la primera causa individual de muerte por tumores malignos en la población posproductiva. La tendencia de esta neoplasia asociada al tabaquismo es hacia el aumento, por lo que si no se establecen firmes políticas de control seguramente seguirá siendo un problema de salud pública por muchos años.

Según datos preliminares de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000), alrededor de 11 por ciento de la población mayor de 20 años padece diabetes mellitus. Las cifras oficiales indican que la diabetes mellitus creció, en términos absolutos, más de 30 veces en la segunda mitad del siglo. En 1955 se registraron 1 500 muertes por esta causa, mientras que en el año 2000 se presentaron 47 814 decesos. En términos relativos su contribución proporcional a la mortalidad pasó de 0.4 por ciento a más de diez por ciento en este periodo, para constituirse en la tercera causa de muerte en el país. La diabetes mellitus es el mejor ejemplo de enfermedad emergente directa: es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

En teoría la diabetes mellitus debería ser un padecimiento con baja carga de enfermedad, ya que existen medicamentos y recomendaciones higiénicas que pueden reducir al mínimo sus complicaciones. Sin embargo, se estima que en México de cada 100 diabéticos 14 desarrollan nefropatías, diez, neuropatías, siete a diez, pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación) y dos a cinco, problemas de ceguera. A esto debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, que es 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población.

La hipertensión arterial es un padecimiento de alta prevalencia en el adulto y, según datos de la ENSA 2000, más de 30 por ciento de la población mexicana mayor de 20 años de edad presenta esta patología. Lo que es más grave es que por cada diez mexicanos que se saben hipertensos, 13 lo ignoran. El peso de enfermedad atribuible a la hipertensión asciende a 3.1 por ciento del total de años de vida saludable perdidos en el país, pero en los mayores de 60 años esta cifra se eleva hasta 13 por ciento.

En términos absolutos el número de muertes por enfermedades cardiovasculares ha crecido de manera muy importante en los últimos 50 años. En 1955 se registraron 32 mil, y desde 1999 se registran alrededor de 100 mil defunciones anuales por esta causa. En términos relativos, esta patología ha pasado de concentrar ocho por ciento de las muertes a concentrar 26 por ciento.

En los últimos 50 años las muertes por enfermedades cardiovasculares han presentado cambios en la estructura por edades, cambios en la composición de las causas, y una combinación entre expansión y compresión de la morbilidad. En 1955 los hombres morían por esta causa a los 56.6 años, en tanto que en 1998 lo hacían a los 71. En las mujeres el cambio es más dramático, ya que la edad promedio de muerte por esta razón aumentó de 58 a 75.6 años en el mismo periodo. Más interesante aún resulta el cambio en la estructura de causas que componen este capítulo de enfermedades. A mediados de los cincuenta, por ejemplo, de cada 100 defunciones atribuibles a los problemas del aparato circulatorio siete se debían a causas isquémicas y 59 a "otras causas del corazón". Al finalizar el siglo la relación se ha invertido y de cada 100 de estas muertes 45 son secundarias a isquemia cardiaca y sólo 16 se deben a "otras causas del corazón".

Las muertes por problemas vasculares se han mantenido relativamente estables en el último medio siglo, contribuyendo en promedio con 30 por ciento del total de decesos en este grupo. El principal aporte proviene de las enfermedades cerebrovasculares. Las cardiopatías reumáticas han disminuido de seis a 1.4 por ciento, mientras que las cardiopatías hipertensivas aumentaron de dos a nueve por ciento.

La cirrosis hepática se ha mantenido con una tasa promedio de 11.5 por 100 000 habitantes desde 1990. Aún así, en el año 2000 la enfermedad alcohólica del hígado provocó más de 13 mil muertes (3% del total de defunciones) y contribuyó con la mitad de los casos de enfermedad del hígado, grupo que ocupa la quinta posición como causa general de muerte en el país. Dado que la cirrosis hepática sin mención de alcoholismo ha tenido un ligero incremento (8.7 a 10.8 casos por 100 000 habitantes entre 1990 y 2000), no puede descartarse la probabilidad de que exista un aumento de casos de cirrosis como consecuencia de un ascenso en la incidencia de hepatitis B y C, por lo que estos padecimientos requieren vigilancia epidemiológica permanente.

Dentro de los problemas emergentes que no causan gran mortalidad pero sí la pérdida de un importante número de años de vida saludable, alteraciones de la dinámica familiar y una carga económica considerable, destacan los padecimientos neuro-psiquiátricos. El número absoluto de muertes registradas anualmente por demencia, por ejemplo, se ha incrementado 20 veces en las dos últimas décadas, al pasar de menos de 40 a más de 800 por año. Independientemente de los problemas de registro que pudieran existir, es claro que las demencias comienzan a ser un problema emergente de salud pública, como sucede en todos los países demográficamente envejecidos.

Los trastornos depresivos siguen siendo un problema poco explorado, pero se sabe que en las próximas décadas serán la principal causa de pérdida de vida saludable en el planeta, ya que su prevalencia mundial global es de diez por ciento en la población adulta y tiende a aumentar. Actualmente en México hay casi cuatro millones de personas con depresión, por lo que debe considerarse un problema emergente. Hay que asumir como estratégicas las acciones encaminadas a su estudio y prevención.

Desde que la epidemia de VIH-SIDA ingresó al país y hasta el 31 de diciembre del año 2000, en México se registraron de manera acumulada 47, 617 casos. Sin embargo, debido al retraso en la notificación y el subregistro, se considera que en realidad pueden existir alrededor de 64 mil casos. Se calcula, asimismo, que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas con VIH.

VIH-SIDA EN MÉXICO

Hasta diciembre del año 2000 se habían registrado en México 47 617 casos de SIDA. Se estima que en el momento actual hay alrededor de 150 mil personas infectadas con el VIH

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un problema de salud pública con enormes impactos biológicos y psicológicos, y repercusiones sociales, éticas, económicas y políticas de gran alcance. La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de esta epidemia, por lo que todas las acciones en este campo deberán vincularse al desarrollo social y económico del país, e implantarse atendiendo a la equidad, calidad de vida y protección financiera en materia de salud de las personas y comunidades afectadas por el VIH.

En México hay una epidemia concentrada de VIH-SIDA que se caracteriza por una prevalencia de VIH en estudios centinela de hasta 18 por ciento en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seis por ciento entre usuarios de drogas inyectables (UDI) y 0.09 por ciento en mujeres embarazadas. Hasta diciembre del año 2000, en México se habían registrado 47 617 casos acumulados de SIDA y se estima que hay alrededor de 150 mil personas infectadas con el VIH.

La epidemia es predominantemente sexual. Esta forma de transmisión ha sido la causante de casi 90 por ciento de los casos. En ausencia de vacunas efectivas no sólo contra el SIDA sino contra la mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la forma más efectiva de evitar el riesgo de infección en personas sexualmente activas es el uso correcto y constante del condón, cuya eficividad oscila entre 90 y 98 por ciento. En nuestro país, aunque existen evidencias de un incremento en el uso del condón entre HSH, sexo-servidoras y jóvenes, es urgente continuar con su promoción.

La transmisión parental constituye la principal causa de infección por VIH-SIDA en menores de 15 años, con 88.7 por ciento de los casos de SIDA acumulados y 93.3 por ciento de los casos diagnosticados en el año 2000. Para prevenir este tipo de transmisión se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada, lo cual es imposible sin personal capacitado, atención prenatal oportuna, e información precisa y accesible sobre la infección y el riesgo de transmitirla a los hijos.

Desde 1988 existen en nuestro país disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y exigen su análisis riguroso antes de transfundirse. Como resultado, los casos de SIDA debidos a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988, y en los últimos dos años no se ha diagnosticado ningún caso de este tipo. La prevalencia de VIH en donadores voluntarios se ha mantenido en 0.04 por ciento. Es necesario mantener el Programa de Sangre Segura e impulsar los programas de reducción de riesgo en usuarios de drogas inyectables, incluyendo acciones tales como proporcionar información sobre SIDA, dotarlos de cloro y jeringas esterilizadas, incorporarlos a programas de tratamiento, y distribuir condones entre ellos.

Actualmente 85 por ciento de las personas con SIDA reciben tratamiento antirretroviral gracias a las instituciones del sector salud, pero importante lograr que se cubra a toda la población afectada.

La epidemia de VIH-SIDA ha generado reacciones de rechazo a estilos de vida asociados en la imaginación popular con esta epidemia, y reacciones producto del miedo infundado al contagio. Esto se ha manifestado en actos de discriminación, como la negación de servicios médicos, los despidos injustificados y la estigmatización de personas. Para atacar esta problemática se desarrollarán campañas orientadas a evitar la violación de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH-SIDA.

Se requiere ampliar la respuesta y fortalecer las acciones preventivas en las poblaciones más afectadas: HSH, trabajadores y trabajadoras sexuales, y usuarios de drogas inyectables. Es necesario concentrar las actividades de combate a la epidemia en los contextos que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad. Se han establecido como estrategias clave para la prevención: aumentar el uso del condón, evitar el contagio producido por el uso de drogas inyectables, interrumpir la transmisión vertical, disminuir el número de parejas sexuales y tratar de manera adecuada las ITS.

México es comprometido deberá ser la epidemia de VIH-SIDA para el año 2015 como firmante de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Para poder alcanzar esta meta se requiere de una coordinación intersectorial y de una mayor participación social. El reto es lograr que los diversos sectores e instituciones del sector salud, y los grupos de la sociedad civil organizados alrededor de esta epidemia, enriquezcan las iniciativas del Programa Nacional para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA.

La transmisión sexual ha sido la causa de casi 90 por ciento de los casos acumulados de VIH-SI México. Sin embargo, debido al estigma y discriminación aún prevalecientes en el país asociados enfermedad y al comportamiento sexual, se considera que en realidad la transmisión sexual de hom hombre sigue altamente subregistrada. Por estas razones puede afirmarse que la epidemia se con fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con un peso superior por ciento en el total de casos acumulados. Sin embargo, al clasificar los casos por año de diagnóst VIH-SIDA de transmisión sexual muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos años HSH, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual crece de manera importante.

A escala nacional, el VIH-SIDA ocupa el lugar 16 como causa de muerte, con una tasa de 4.2 por 10 habitantes. La población más afectada son los jóvenes de ambos sexos de 25 a 34 años de edad. E grupo, la tasa de mortalidad en hombres pasó de 3.2 defunciones por cada 100 000 habitantes en 1 17.2 en 1998. A partir de 1989 el SIDA se situó dentro de las primeras diez causas de muerte en homb 25 a 34 años, y en 1998 ya constituía la cuarta causa de muerte en este grupo de edad. Durante el periodo la tasa de mortalidad por SIDA en mujeres pasó de 0.4 a 2.8 muertes por 100 000 habitant 1994 se colocó dentro de las diez primeras causas de muerte en mujeres de 25 a 34 años, para ocup 1998, la séptima posición.

Riesgos para la salud

Tabaquismo

A pesar de que se conocen los efectos nocivos del tabaco, su uso en México es generalizado y e muy pocos obstáculos para su consumo. En los últimos años ha aumentado la producción de tabaco país sin que se haya presentado un aumento paralelo en su exportación, lo que permite suponer consumo interno se ha incrementado.

Sin embargo, las cifras publicadas por el Banco Mundial registran una tendencia decreciente tabaquismo durante la última parte del siglo. Según esta fuente, el consumo de tabaco en México des de 1.4 kg por adulto en 1975 a 1.0 kg en 1990. De acuerdo con información oficial, este consumo haber disminuido hasta 0.7 kg per cápita en el año 2000.

De acuerdo con los datos publicados en 1998 por la Encuesta Nacional de Adicciones, 28 por ciento s habitantes del país de entre 12 y 65 años de edad son fumadores (43% de los varones y 16% de l ujeres). En otras palabras, 8.8 millones de los hombres mexicanos y 4.4 millones de las mujeres fuma demás, 1.1 millones de adolescentes (11.6% de la población de 12 a 17 años) son fumadores activos, y llos más de la mitad inició el consumo de tabaco antes de los 14 años de edad. Entre la población de 18 5 años, la prevalencia total es de 32 por ciento, lo que equivale a 12 millones de fumadores adultos. nterior de este grupo etáreo, el mayor consumo se ubica entre los 19 y 29 años, con una prevalencia de por ciento. Esta proporción desciende a 25 por ciento en la siguiente década de vida y se mantiene alrededel 13 por ciento en las siguientes. Conforme avanza la edad, la frecuencia en el consumo tiende a disminui

Está demostrado que el abuso en el consumo de tabaco se asocia con muerte y discapacid secundarias a tumores malignos –boca, esófago, hígado, páncreas, cérvix, vejiga y pulmón–, afecciones cardiovasculares –hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular padecimientos respiratorios –enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones– y bajo peso al nace por lo que sin duda constituye uno de los factores de riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte m mportantes del país.

TABAQUISMO

El gasto en publicidad a favor del consumo de tabaco es más de mil veces superior al gasto del sector público en actividades de combate al tabaquismo

El tabaquismo se ha convertido en una verdadera pandemia. En nuestro país ya constituye uno de los principales problemas de salud pública. La tendencia al alza de esta adicción y de los daños a la salud a ella asociados, obligan a la implantación de acciones multisectoriales dirigidas a modificar los hábitos de consumo de este producto.

El número de fumadores aumentó en nuestro país de 9.2 a 14.5 millones entre 1988 y 1998. En este último año había en el país 4.2 millones de fumadores jóvenes y se estima que cada año se incorporan 100 mil jóvenes más.

La evidencia científica sobre la relación tabaco-enfermedad es indiscutible. El consumo de tabaco se relaciona con al menos 40 causas de muerte, dentro de las que destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema pulmonar, el cáncer de pulmón y de la laringe, y varias enfermedades del corazón y cerebrovasculares. Los fumadores mueren prematuramente, perdiendo, en promedio, de 20 a 28 años de vida productiva.

En México se registran al año más de seis mil muertes por cáncer pulmonar y más de 12 mil por cardiopatías relacionadas con el consumo de tabaco. Por otra parte, debido a la ausencia de reglamentos efectivos, la exposición pasiva al humo de tabaco en el hogar, sitios de trabajo y escuelas sigue siendo causa frecuente de enfermedades en no fumadores, sobre todo en mujeres embarazadas, niños y personas mayores.

Más del 90 por ciento de la comercialización y la promoción del tabaco es controlada en nuestro país por dos empresas. Su actividad comercial genera al año más de ocho mil millones de pesos en ingresos fiscales, hecho que en parte explica las reservas de la autoridad hacendaria a contender con los daños provocados por esta industria.

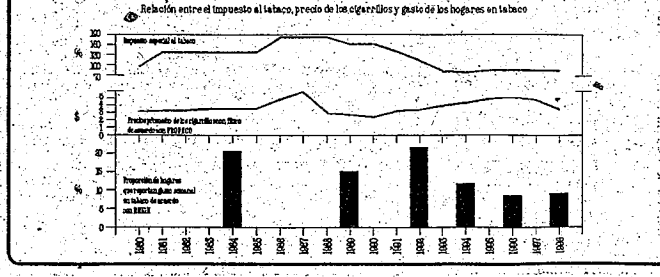
Los impuestos al tabaco y sus productos constituyen una de las estrategias de lucha más efectivas contra el tabaquismo. Sin embargo, en México se ha mantenido una política fiscal errática y poco equitativa (véase figura). Los impuestos advalorem al tabaco se incrementaron de 100 a 180 por ciento entre 1980 y 1986, para después disminuir a 80 por ciento en 1993 y a partir de 1994, mantenerse relativamente estables en 100 por ciento. Esta política fiscal no ha sido equitativa porque favorece la adicción a la nicotina de los sectores de más bajos ingresos, que consumen cigarrillos populares sin filtro, que son más dañinos y tienen un impuesto de sólo 20 por ciento.

El análisis de los datos nacionales e internacionales sugiere que el consumo de tabaco es sensible al aumento de precios, sobre todo entre los jóvenes. El aumento de los impuestos se asocia con una disminución en el porcentaje de hogares que reportan gasto en este tipo de productos.

Es probable que una de las razones por las que no se ha mantenido una política agresiva de impuestos al tabaco sea la percepción, errónea, de que estas medidas se acompañan de un desacuerdo importante en la recaudación fiscal cosechado por el contrabando, la venta ilegal de cigarrillos y la disminución en el consumo de tabaco. Debe decirse, debido a que los fumadores crónicos disminuyen sólo temporalmente la cantidad de cigarrillos que consumen en respuesta a un incremento en los precios, un aumento vía impuestos terminará por generar, en el corto plazo, un incremento en la recaudación fiscal. Se calcula que por cada diez por ciento de aumento en los impuestos al tabaco se incrementaría la recaudación en 5.6 por ciento.

Por último, cabe señalar que los recursos nacionales destinados al combate al tabaquismo son muy limitados en comparación con los que la industria dedica a su promoción. En México, en 1998, las compañías tabacaleras invirtieron cerca de tres mil millones de pesos en publicidad, cifra muy superior a la etiquetada en el gasto público para combate al tabaquismo.

Relación entre el impuesto al tabaco, precio de los cigarrillos y gasto de los hogares en tabaco



Abuso en el consumo de alcohol

Si se analizan los cambios recientes en el perfil de mortalidad en México, se puede constatar la creciente importancia del abuso en el consumo de alcohol. Baste recordar que la cirrosis hepática y las lesiones accidentales e intencionales se han contado entre las principales causas de muerte en el país en los últimos 30 años. La relación entre cirrosis y consumo de alcohol es directa, mientras que la relación entre lesiones y alcohol es indirecta, pues éste funciona como mediador en los homicidios, suicidios y accidentes de vehículo de motor. Se sabe también que el abuso en el consumo de alcohol participa, aunque en menor grado, en las muertes por cáncer de boca, esófago, estómago, hígado y pulmón, y en lesiones accidentales como caídas, envenenamientos, quemaduras y ahogamiento.

Los datos derivados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 indican que en 1987 el 12.5 por ciento de la población masculina y el 0.6 por ciento de las mujeres de entre 18 y 65 años de edad presentaban síndrome de dependencia al alcohol. Si esta situación se mantuvo hasta la fecha, puede afirmarse que en el momento actual hay tres millones de hombres y 150 mil mujeres consumidores consuetudinarios de etanol. Sin embargo, existen pocos elementos para suponer que esas cifras se han mantenido estables, y lo lógico es suponer que han aumentado.

Un argumento en apoyo a la hipótesis de un posible incremento en el consumo de alcohol es el volumen de su consumo per cápita a escala nacional. En 1972, éste ascendía a 35 litros por persona para la población general, y 66 litros considerando sólo a los mayores de 15 años. En 1984 el consumo se había incrementado a 39 y 72 litros, respectivamente, lo cual representa un incremento de diez por ciento en 12 años.

En México el abuso en el consumo de alcohol es responsable de la pérdida de más de un millón de años de vida saludable, es decir, 9.3 por ciento del total (14% en hombres y 2.4% en mujeres). En términos relativos, la diferencia entre los medios rural y urbano es mínima; sin embargo, en términos absolutos la pérdida es mayor por 80 mil años de vida saludable en el medio rural.

Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida provocan son las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la cirrosis hepática (39%), los homicidios (10%) y la dependencia alcohólica (18%). El 15 por ciento restante se distribuye entre otras 20 enfermedades. Si se considera el abuso de alcohol como el principal componente de riesgo en algunos de los más importantes problemas de salud pública –lesiones, violencia, cirrosis, depresión, algunos cánceres, etc.–, puede concluirse que es el factor que más contribuye a la pérdida de años de vida saludable a escala nacional.

EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

El consumo de cocaína en la población joven de la Ciudad de México se incrementó ocho veces en los últimos 20 años

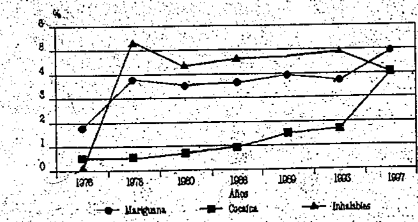
La oferta y el consumo de drogas ilegales en el país han crecido y los grupos de población que las utilizan se han diversificado. La cocaína, el *crack*, la heroína y las metanfetaminas son ahora las sustancias preferidas de los consumidores, aun cuando la mariguana y los inhalables mantienen todavía un mercado considerable.

En el ámbito nacional el consumo de cocaína aumentó significativamente: de 0.33 por ciento en 1988 pasó a 1.45 por ciento en 1998. En la Ciudad de México, la prevalencia de consumo de esta misma droga entre los usuarios de drogas ilegales pasó de cuatro por ciento en 1986 a 39 por ciento en 1997. De igual forma, el porcentaje de casos atendidos en los Centros de Integración Juvenil que utilizaron esta sustancia aumentó 3.8 veces entre 1990 y 1997. La cocaína como droga de experimentación inicial también aumentó notablemente entre 1991 y 1997, al pasar de seis a 16 por ciento.

El consumo de esta droga en la población joven es preocupante. A partir de los años ochenta el predominio de los disolventes inhalables como sustancias de abuso fue disminuyendo a expensas de un incremento en el uso de la cocaína. Entre 1993 y 1998 el consumo de esta droga "alguna vez en la vida" se triplicó entre los jóvenes mexicanos. Tijuana, Ciudad Juárez y la Ciudad de México son las ciudades con la mayor prevalencia de uso de cocaína. En esta última, la prevalencia del consumo entre los estudiantes de 12 a 18 años se multiplicó por ocho en 20 años, al pasar de 0.5 por ciento en 1976 a 3.9 por ciento en 1997.

Hasta hace poco tiempo, el uso de cocaína y algunas otras drogas era casi exclusivo de las clases económicamente más favorecidas. Sin embargo, en la actualidad la mayor parte de los usuarios son de nivel socioeconómico bajo. El 50 por ciento de los consumidores de *crack*, una de las formas de cocaína con mayor poder adictivo, tienen menos de 18 años y la mayoría son pobres.

Consumo de cocaína entre los estudiantes de educación media y superior de la Ciudad de México



Fuente: SSA. 1998

Obesidad

Un índice de masa corporal mayor al ideal sugiere sobrepeso u obesidad, condiciones que indican exceso de grasa en el cuerpo (veáse recuadro de Sobrepeso y Obesidad). Un índice de entre 25 y 29.9 indica sobrepeso, y uno mayor de 30 indica obesidad. El sobrepeso y la obesidad se asocian con un riesgo más alto de padecer diversas enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, alrededor de 30.8 por ciento de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso y 21.7 por ciento obesidad. Estas cifras revelan un incremento de 49.6 por ciento en los últimos 10 años.

SOBREPESO Y OBESIDAD

México presenta una de las prevalencias de sobrepeso y obesidad más altas del mundo

País de contrastes, México enfrenta hoy problemas de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso. El desmedro y la anemia siguen causando estragos en la población más pobre, al tiempo que se vuelven cada vez más frecuentes el sobrepeso y la obesidad, y los padecimientos crónicos a ellos asociados.

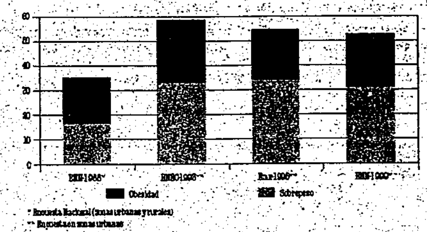
Las Encuestas Nacionales de Nutrición I y II (ENN-1988 y ENN-1999) revelan un incremento considerable de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de México. En las mujeres de 12 a 49 años de edad las cifras de prevalencia aumentaron de 35.1 por ciento en 1988 a 52.5 por ciento en 1999.* Esto supone que en el momento actual hay más de 11 millones de mujeres en edad reproductiva obesas o con sobrepeso. El problema de México es parecido al de los Estados Unidos, Perú y Turquía, países tradicionalmente considerados como de muy alta prevalencia. En Estados Unidos la "mala nutrición" produce más de 300 mil muertes al año y ya constituye la segunda causa de muerte después del tabaco.

Estos problemas son más comunes en la región norte de nuestro país, pero no son exclusivos de las poblaciones de mayores recursos. La evaluación del Programa de Educación, Salud y Alimentación mostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de casi 40 por ciento en mujeres pobres en edad reproductiva.

También se han documentado altas prevalencias de sobrepeso en niños y adolescentes. Las cifras disponibles indican que 5.5 por ciento de los menores de cinco años y 27.5 por ciento de los niños de entre 5 y 11 años de edad presentan sobrepeso u obesidad. Esto sugiere que los problemas de peso en adultos pueden llegar a ser todavía mayores en el futuro cercano.

No es de extrañar, por lo mismo, que en años recientes se haya presentado un incremento de la mortalidad por enfermedades asociadas a la obesidad. La diabetes mellitus pasó de ser la novena causa de muerte en México en 1980 a ser la tercera causa en el año 2000. La tasa de mortalidad pasó de 21.8 por 100 000 habitantes a 48.3 en ese periodo de tiempo.

Sobrepeso y obesidad de acuerdo con las Encuestas Nacionales de 1998 y 1999, la Encuesta Urbana del D.F. en 1998 y la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993



* Encuesta Nacional (zonas urbanas y rurales)

** Encuesta en zonas urbanas

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad obedece a diversos factores, entre los que destacan dietas con un alto y creciente contenido calórico, la reducción en los niveles de actividad de la población, y un acelerado incremento del sedentarismo. El consumo per cápita de refrescos embotellados se ha incrementado en los últimos años y nuestro país ya ocupa en este rubro el primer lugar en el mundo.

Frente a esta situación es indispensable implantar acciones tendientes a desechar estilos de vida que favorecen el sobrepeso y la obesidad, influyen en la aparición de diversas enfermedades crónicas asociadas a estos riesgos (diabetes y enfermedades cardiovasculares), e impactan de manera considerable el costo de los servicios de salud. Dentro de estas acciones se incluyen las siguientes:

- Promover la actividad física y las dietas bajas en calorías. Estos hábitos deben difundirse no sólo entre los adultos sino también entre los escolares y adolescentes, ya que es en estas edades en las que se definen los patrones de actividad y los hábitos alimenticios. Las escuelas son sitios ideales para la promoción de estilos de vida más saludables.
- Proporcionar a la población información sobre la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella. El enorme impacto del control del peso en la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión debe enfatizarse.
- Regular estrictamente la promoción publicitaria de los alimentos ricos en calorías, incorporando a la publicidad información sobre los riesgos asociados al consumo de estos productos.
- Implantar estrategias para la identificación de factores de riesgo y para el diagnóstico temprano de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad.

* El sobrepeso en mujeres en edad reproductiva se define aquí como el índice de masa corporal (peso/talla²) mayor de 25 y menor de 30 kg/m². La obesidad en este mismo grupo se define como el índice de masa corporal mayor de 30 kg/m².

Vías públicas y seguridad personal

En algunas ciudades del país la vía pública ha dejado de ser un lugar de convivencia y comunicación entre las personas para convertirse en un espacio que condensa una amplia gama de factores de riesgo para la salud de la población. En la vía pública suceden actos violentos y accidentes que provocan enormes pérdidas en términos de salud. Las lesiones accidentales son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en México. En la última década, cada año murieron alrededor de 60 mil mexicanos por efecto de lesiones accidentales o intencionalmente provocadas.

Las lesiones se han convertido en un problema de salud pública muy serio. En el momento actual constituyen la tercera causa de ingreso a clínicas y hospitales, después de la atención del parto y las afecciones obstétricas. Su magnitud ocasiona la presencia de seis mil pacientes diarios en los servicios de urgencia, de los cuales 600 terminan hospitalizados y 170 fallecen. Las principales causas de internamiento son las fracturas, los traumatismos cráneo-encefálicos y las heridas en tejidos blandos. La mayor parte de estas lesiones proviene de accidentes de vehículo de motor (22%), caídas (36%) y agresiones a terceros (15%). Los estudios realizados en el país sobre este tema indican que las lesiones son la principal causa de muerte entre los hombres de cinco a 45 años, siendo la edad promedio de muerte por lesión accidental de 30 años y de 33 en el caso de los homicidios. Los lugares en donde con mayor frecuencia se producen estas lesiones son la vía pública, el trabajo, el hogar y, en menor proporción, la escuela o los centros de recreación.

VIALIDAD INSEGURA

Diariamente mueren en el país 40 personas por accidentes de vehículo de motor

Muchas de las actividades que despliegan los distintos sectores tienen repercusiones sobre las condiciones de vida y de salud de la población. Este es el caso de los sectores educación, vivienda, alimentación, y comunicaciones y transportes, entre otros. La SSA, en este sentido, tiene una función clara de abogacía que desempeñar: promover la implantación de políticas sectoriales saludables.

Una buena parte de las actividades del sector comunicaciones y transportes se relaciona directamente con el riesgo de enfermar y morir de miles de personas. El uso de cinturones de seguridad, la incorporación de mecanismos de protección anti-choque a los nuevos vehículos, el mantenimiento de la superficie asfáltica de las carreteras y la correcta señalización de las vías públicas, contribuyen a preservar la vida de todos aquellos que por diversos motivos hacen uso de la infraestructura vial.

De acuerdo con estimaciones recientes, anualmente mueren alrededor de 800 mil personas en el mundo por accidentes de tráfico. En la tercera parte de los casos están involucrados los peatones. En México, las lesiones provocadas por accidentes de tráfico ocupan el tercer sitio dentro de las principales causas de muerte. El total de muertes por esta causa registrada en el país en 1997 fue de 14 843, lo que representó la muerte diaria de 40 personas y la pérdida de 484 903 años potenciales de vida. El 77 por ciento de estas muertes ocurrieron en zonas urbanas y carreteras, y la población más afectada fueron los varones de entre 18 y 29 años de edad.

Entre 1993 y 1997 la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor mostró un ligero descenso, al pasar de 16.2 por 100000 habitantes en 1993 a 15.4 en 1997. Sin embargo, el riesgo de morir por esta causa entre entidades federativas fue muy desigual. Los estados de Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Jalisco y Zacatecas presentaron una tasa de mortalidad superior a 20 por 100 000 habitantes, mientras que los estados de Chiapas, Nuevo León y Veracruz mostraron tasas inferiores a 10 por 100 000 en el mismo periodo.

A las muertes por accidentes de tráfico habría que agregar otros daños a la salud –como las paraplegias, cuadriplegias, lesiones cerebrales, laceraciones faciales y fracturas–, así como los costos económicos y sociales. Dentro de los costos económicos cabe destacar los costos indirectos generados por la pérdida de productividad, sobre todo tomando en consideración que la población más afectada por los accidentes de vehículo de motor es la población joven.

En cuanto a la carga de enfermedad, se calcula que el riesgo de perder un año de vida saludable por lesiones es dos veces más alto en México que el promedio en los países desarrollados, y que esta diferencia varía según la edad, siendo mayor en el caso de los escolares y los adultos jóvenes. Del total del peso por lesiones accidentales 65% es secundaria a la muerte prematura y 35% a discapacidad.

El reto de la calidad

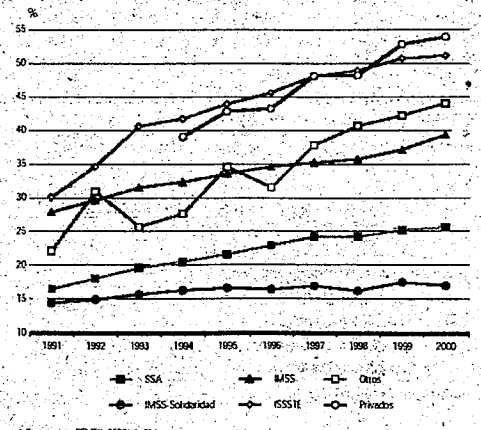
Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social.

El sistema mexicano de salud enfrenta a este respecto problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana.

Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado en 1 952 centros de salud urbanos y rurales, y 214 hospitales generales de la SSA entre 1997 y 1999 son muy ilustrativos. En las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El porcentaje de apego a la norma de atención de diabetes mellitus, hipertensión e infecciones respiratorias agudas, por ejemplo, era de 33, 44 y 20 por ciento, respectivamente. En los hospitales el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. La calificación global en 89 por ciento de estas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100. En ambos tipos de instalaciones, además, el nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral era muy bajo: menos de 40 por ciento de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto.

Las evaluaciones de las unidades hospitalarias solicitadas por la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales apuntan en el mismo sentido. De los casi 4 mil hospitales que existen en el país, sólo han sido evaluados y dictaminados por esta comisión 518 (13%). Esto significa que en más del 85 por ciento de las unidades hospitalarias se carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una atención adecuada.

Otro indicador que refleja problemas de calidad es el porcentaje de cesáreas. A escala nacional esta cifra se ha incrementado de 23.5 en 1991 a 32 por ciento en el momento actual (véase figura 1.9). El caso más extremo es el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en donde 51 por ciento de los nacimientos son cesáreas.



* Otros incluye PEMEX, SEDENA, SM, universitarios y estatales
Fuente: SSA, 1991-2000

Figura 1.9 El porcentaje de nacimientos por cesárea en México se incrementó de manera muy importante en los últimos años

Los problemas de calidad no son privativos del sector público. De las cerca de 3 mil unidades hospitalarias con las que cuenta el sector privado, sólo 60 han solicitado su certificación, y en el proceso de evaluación obtuvieron calificaciones promedio de 75 puntos, para ubicarse en un nivel similar al de los hospitales de la SSA y en un nivel inferior al de los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Un caso especial son las 1 500 unidades hospitalarias privadas que cuentan con cinco camas o menos y que funcionan sin regulación. Estas unidades suelen estar mal equipadas, tienden a estar atendidas por médicos no certificados, no cuentan con médicos de tiempo completo y tienen un servicio de enfermería a cargo de pasantes o auxiliares. Por lo que se refiere a las cesáreas, el problema es todavía más grave en este sector. En Nuevo León, por ejemplo, 74 por ciento de los nacimientos hospitalarios (más de 12 mil) fueron atendidos por cesárea. En países como Japón y el Reino Unido el porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 15 por ciento.

PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS AMBIENTALES

El uso de leña en la cocina provoca concentraciones promedio de partículas respirables hasta cinco veces superiores a las recomendadas

La misión de la salud ambiental es proteger a la población de la exposición involuntaria, innecesaria o excesiva a agentes físicos, químicos o biológicos que pudieran dañar su salud. Los logros del país a este respecto son limitados.

Alrededor de 38 millones de mexicanos viven expuestos a un aire de mala calidad. Se producen entre 2 000 y 4 000 defunciones anuales debidas a la inhalación de partículas de la atmósfera urbana. En las áreas rurales de México el uso de la leña en las cocinas expone sobre todo a las mujeres y a los niños a concentraciones promedio de partículas respirables hasta cinco veces por encima de las recomendadas para la ciudad. Otro problema que afecta a los campesinos es la intoxicación por plaguicidas, de la cual se presentan en el país 6 000 casos anuales. Se calcula que 38 por ciento de la carga total de enfermedad en el país tiene un origen ambiental.

Para atender estos problemas se requiere emprender cuatro líneas de acción: modernización de la normatividad; instrumentación de sistemas de vigilancia de los riesgos y sus efectos; fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante emergencias ambientales en todos los niveles, y diseminación de información ambiental a la población.

Uno de los retos más importantes es el control del plomo ambiental, que es uno de los contaminantes que más ha afectado a los niños mexicanos durante años, disminuyendo su coeficiente intelectual y por lo mismo, su desempeño escolar y su eventual productividad laboral. La eliminación del plomo de las gasolinas, latas y pinturas ha permitido disminuir la carga corporal de este metal, aunque aún falta llevarla por debajo del nivel recomendado. La implantación de innovaciones tecnológicas en la producción de loza artesanal, que utiliza sílicas ricas que contienen plomo para el vidriado, seguramente ayudará a lograr este objetivo.

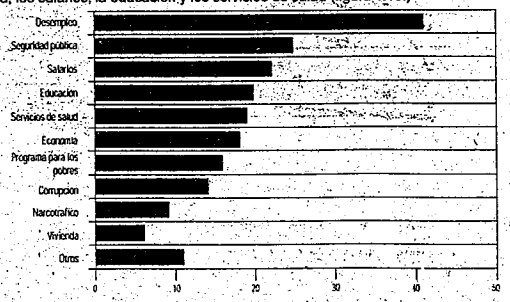
Especial atención merece la calidad del agua que bebemos. Se debe actualizar el límite permisible para organismos infecciosos coliformes totales y fecales, arsénico, fenoles, plaguicidas, plomo y radioactividad. Es también necesario incorporar nuevos criterios para la *Escherichia coli*, yodo residual libre, hidrocarburos aromáticos (benceno, etil-benceno, tolueno y xileno).

La calidad del aire que respiramos es pobre, sobre todo en las áreas urbanas. La red de limitación de los niveles seguros de contaminantes en el aire (partículas suspendidas y gases) permitirá replantear las acciones ante contingencias ambientales en las grandes ciudades del país, en donde se concentra la cuarta parte de la población nacional.

Por su parte, promover la utilización de estufas mejoradas será fundamental para la protección de las familias del campo. El registro y la vigilancia de actividades relacionadas con los plaguicidas y otros agroquímicos, así como la capacitación de los aplicadores y la comunicación de riesgos a la población general, son indispensables para prevenir las intoxicaciones accidentales y los efectos ocasionados por las exposiciones de largo plazo.

La capacitación del personal de salud y la participación activa de todos los actores y sectores involucrados en acciones de salud ambiental, son estrategias fundamentales para limitar los daños ocasionados por los riesgos del ambiente.

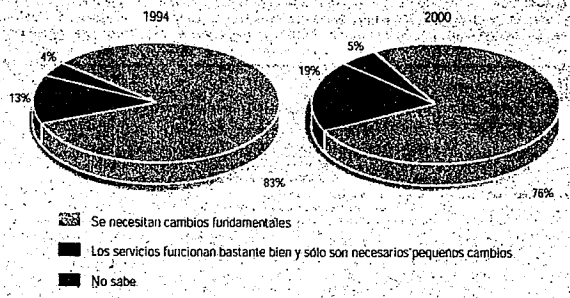
No es de sorprender, por lo tanto, que el usuario de los servicios de salud en México se muestre insatisfecho con la calidad de estos servicios. De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, los mexicanos piensan que, en este momento, la atención del gobierno debe centrarse en el desempleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud (figura 1.10.)



Fuente: FUNSALUD, 2000

Figura 1.10 Los mexicanos piensan que el gobierno debería centrar su atención en el empleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud

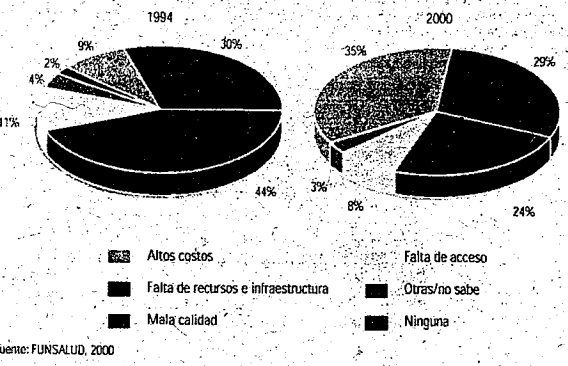
Los entrevistados también opinaron que son necesarios cambios fundamentales en los servicios de salud (figura 1.11) e identificaron como dos de los principales problemas los altos costos de la atención y la falta de recursos e infraestructura en las unidades (figura 1.12). Esta opinión fue particularmente frecuente entre aquellos individuos que habían utilizado servicios hospitalarios en el último año. Asimismo, dos de cada diez mexicanos reportan haber tenido que posponer la atención de su salud por lo menos una vez en el año por no disponer de recursos financieros.



Fuente: FUNSALUD, 2000

Figura 1.11 Los mexicanos siguen pensando que el sistema de salud requiere de cambios fundamentales

Por otro lado, existe un grado aceptable de satisfacción de los usuarios con la atención ambulatoria recibida, tanto en los servicios públicos como privados. Pero éste no es el caso de los servicios de urgencia: seis de cada diez mexicanos reportaron no haber obtenido la atención que necesitaron con la rapidez esperada. Este problema fue más común en la región sur, entre la población de bajos ingresos, y entre los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE. Asimismo, 22 por ciento de la población presentó problemas para obtener atención domiciliaria. Este problema fue más frecuente en la región sur del país, entre las mujeres y entre los no asegurados.



Fuente: FUNSALUD, 2000

Figura 1.12 Los principales problemas de los servicios de salud, según los usuarios, son los altos costos, la falta de recursos y la mala calidad

Por lo que se refiere a la mejoría en el estado de salud, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, 65 por ciento de los usuarios de servicios públicos y privados reportaron haber mejorado con la atención ambulatoria recibida. En el resto de los casos, la salud no mejoró o incluso empeoró. Los porcentajes, en el caso de mejoría, fueron mayores entre quienes acudieron a servicios privados de salud (81%), seguidos por los usuarios de la seguridad social (64%) y finalmente por quienes hicieron uso de los servicios de la SSA (55%).

Entre diversos grupos dedicados al estudio de los servicios de salud, existe la percepción de que en México hay problemas de respeto a los derechos humanos de los pacientes. Se piensa que a los usuarios de los servicios públicos de salud se les trata con poco respeto –sobre todo a los indígenas, las mujeres y los pobres– y se les impide el acceso a sus redes sociales de apoyo, más que nada cuando están hospitalizados. El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de queja más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. Uno de los motivos de queja más frecuentes ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico.

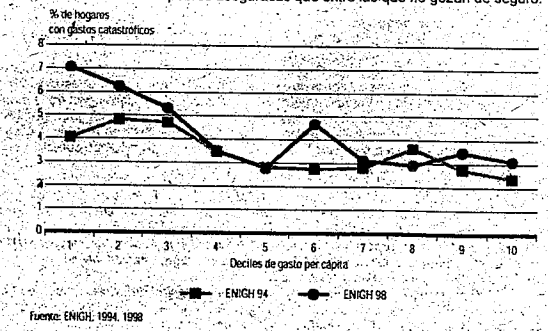
Por lo que se refiere a los tiempos de espera, en promedio la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto, 9.5 días para ver a un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital. En el caso de los pobres, el promedio en todos los casos se incrementa en un día. Algunas esperas alcanzan los 90 días, y la principal razón para no volver a utilizar los servicios de la última atención ambulatoria son los largos tiempos de espera.

Por lo que toca a las cirugías, cinco de cada 100 mexicanos reportan que necesitaron una cirugía en el último año. Sin embargo, sólo uno de ellos fue operado, reportando haber esperado 15 días para la intervención; dos estaban en lista de espera, y el resto no contaba con ninguna información sobre las posibilidades de ser atendido.

El reto de la protección financiera

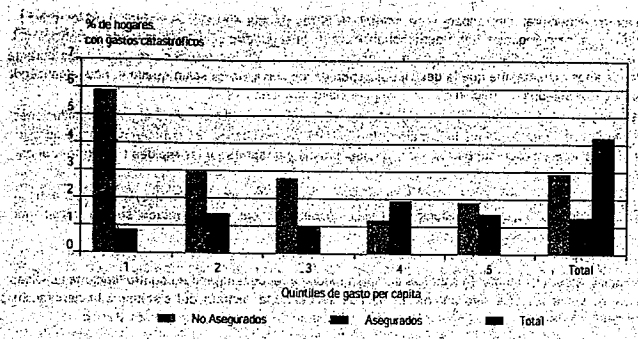
Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. En este rubro, el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de empobrecerse para acceder a la atención que requieren.

Las cuentas nacionales de salud indican que más del 50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal (en adelante "gasto de bolsillo"). También se sabe que este último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Asimismo, se calcula, conservadoramente, que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es más común entre los hogares pobres comprendidos en los deciles de ingreso 1, 2 y 3, como se muestra en la figura 1.13. Sin embargo, el aseguramiento ofrece protección financiera, especialmente a los hogares pobres. Como se observa en la figura 1.14, los gastos catastróficos son menos comunes en las familias pobres aseguradas que entre las que no gozan de seguro.



Fuente: ENIGH, 1994, 1998

Figura 1.13 Los hogares pobres de México incurren con mayor frecuencia en gastos catastróficos por motivos de salud



Fuente: ENIGH, 1998, INEGI

Figura 1.14 La seguridad social protege contra los gastos catastróficos

No es de sorprender que dos de cada diez mexicanos posterguen la atención de su salud cuando la requieren y que incluso deban renunciar a ella. Entre los discapacitados y enfermos crónicos esta cifra llega a ser mayor. Asimismo, según la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 20 por ciento de las personas reportaron haber tenido problemas para pagar las cuentas del médico y del hospital, y para pagar por las medicinas prescritas. Un alto porcentaje reportó haber tenido que disminuir sus gastos en otros rubros para cubrir sus gastos de salud. Este último fenómeno fue particularmente frecuente entre los entrevistados de menores ingresos.

El sistema de salud

La historia

El sistema de salud actual tiene casi 60 años de existencia. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia –hoy Secretaría de Salud (SSA)–, el IMSS y el Hospital Infantil de México, el primero de los diez Institutos Nacionales de Salud. Con este despliegue de nuevas instituciones, verdaderos cimientos de nuestro sistema, surgió la *primera generación de reformas* en salud, que buscaban responder a las demandas del desarrollo industrial a través del cuidado prioritario de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social (primero el IMSS, y a partir de 1960, el ISSSTE). La SSA, por su parte, se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana. Desde sus orígenes, el sistema de salud quedó marcado por la escisión entre los derechohabientes de la seguridad social y la población no asegurada, que debía acogerse a la acción asistencial del Estado.

A finales de los años sesenta este modelo llegó a sus límites. El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, centrada en el espacio hospitalario, y el sistema, que tenía pretensiones de universalidad, seguía sin atender a grandes capas de la población más pobre. Un alto porcentaje de las familias dependía nada más de los recursos propios para atender su salud, accediendo con frecuencia a servicios de mala calidad. La expresión más clara de la crisis fue que mientras millones de personas no tenían acceso a servicios básicos de salud, miles de médicos carecían de empleo.

Hacia el final de los años setenta surge la *segunda generación de reformas*, que busca construir un sistema nacional de salud. Su énfasis fue la atención primaria y su punto de partida, diversos esfuerzos de ampliación de cobertura. En 1979 se crea el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a los pobres del campo, y unos años después se implanta un programa paralelo de la SSA para las zonas de miseria urbana (Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, 1981). Si bien estos programas realizaron innovaciones importantes, la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad.

En la búsqueda de fórmulas que contribuyeran a la eventual integración de los servicios de salud, a partir de 1983 se instrumentaron diversas iniciativas, entre las que destacan el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En el marco de estas reformas comenzó la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA. Estas iniciativas fueron apoyadas por una política de formación de recursos humanos dirigida a remediar los desequilibrios de la década previa y una política de impulso a la investigación.

El cambio estructural, sin embargo, se enfrentó a la resistencia de quienes habían sido los principales beneficiarios de la segregación entre derechohabientes de la seguridad social y el resto de la población. Uno de los efectos más lamentables de dicha resistencia, sumado al de los recortes presupuestales durante la crisis de los años ochenta, fue que la descentralización de los servicios de salud quedó trunca, alcanzándose solamente en 14 estados –situación que se mantuvo inalterada hasta 1995.

Si bien es de simple justicia histórica reconocer que durante el último medio siglo las instituciones de salud contribuyeron importantemente a mejorar la salud de los mexicanos, es también necesario admitir que nuestras instituciones deben superar sus innegables atrasos y adaptarse a las rápidas transformaciones que experimenta el país.

Son estas consideraciones las que en el momento actual dan impulso a una *tercera generación de reformas*, que apunta hacia la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, participativo y plural.

Las funciones

Los objetivos de un sistema de salud se cumplen mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. En esta sección se describirá brevemente su situación actual en México.

Prestación de servicios

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada –alrededor de 40 por ciento del total de la población–, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las agencias más importantes de este componente son la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad. El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más del 50 por ciento de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía; el ISSSTE atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores de PEMEX. El tercer componente es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago. Este componente está formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que trabajan, en su mayoría, sobre una base lucrativa, en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional (figura 1.15). En teoría, este sector debería atender al 10 por ciento de la población. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21 por ciento de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor de 28 por ciento de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.

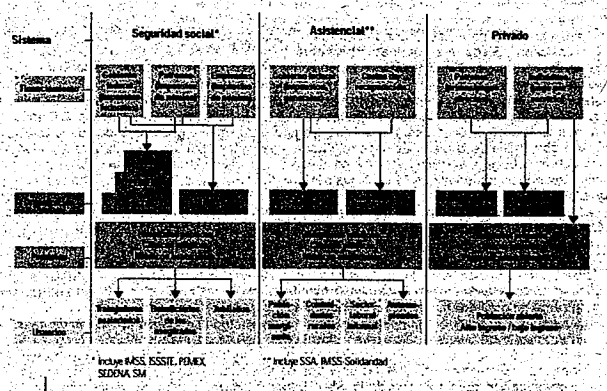
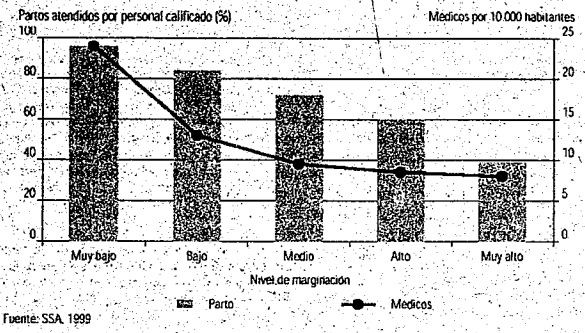


Figura 1.15 Organización del sistema mexicano de salud

Los componentes públicos del sistema de salud generan anualmente 168 millones de consultas generales, 34 millones de consultas de especialidad, 24 millones de consultas de urgencia, 13 millones de consultas odontológicas, 1.5 millones de partos, 2.7 millones de intervenciones quirúrgicas y poco más de 4 millones de egresos hospitalarios. Por lo que se refiere a los servicios auxiliares de diagnóstico, el sector público genera 4 millones de estudios de anatomía patológica, 167 millones de análisis de laboratorio y 18 millones de estudios radiológicos.

Estos servicios, sin embargo, están distribuidos de manera muy desigual. Así, por ejemplo, el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal temprana es de 41 por ciento en Sonora y Jalisco, y de sólo 28 por ciento en el Estado de México. El porcentaje de nacimientos en hospitales generales es de más de 92 por ciento en Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Quintana Roo, Sonora y Tamaulipas, pero menor de 50 por ciento en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Las diferencias son todavía más dramáticas si se utiliza como criterio el nivel de marginación. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado del sector salud es casi de 100 por ciento en los municipios de muy baja marginación, mientras que en los municipios de marginación muy alta es de apenas 40 por ciento (figura 1.16). Se calcula que al año quedan sin atenderse por personal calificado alrededor de 370 mil partos, que provocan la muerte de 1400 mujeres.



Fuente: SSA, 1999

Figura 1.16 Mientras mayor es la marginación menor es el acceso a los médicos y a la atención institucional del parto

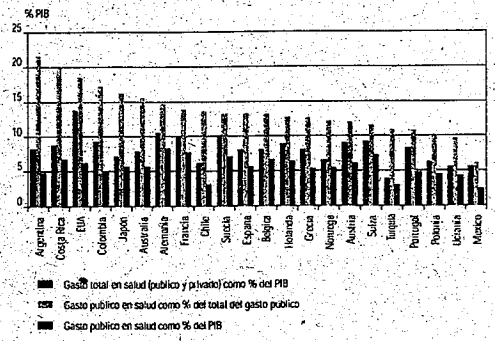
Los servicios se producen además con una productividad muy heterogénea. El porcentaje de ocupación hospitalaria en el sector público de México es de 69 por ciento, pero con diferencias enormes entre agencias. El porcentaje de ocupación en la SSA es de 62 por ciento, mientras que en el IMSS es de 84 por ciento. El número de consultas diarias por médico es de 7.9 para las agencias públicas en conjunto, pero de 6.3 para la SSA, 5.8 para el ISSSTE y 12.2 para el IMSS. Finalmente, el número de intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano para todo el sector público es de 2.8, contra 3.9 para el IMSS, 2.5 para el ISSSTE y 2.2 para la SSA.

Financiamiento

El financiamiento de un sistema de salud consiste en la movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales), su acumulación en fondos (seguro social, presupuestos públicos, ahorros familiares) y su distribución subsecuente para la producción o compra de servicios.

En 1998, los recursos destinados a atender la salud en México ascendieron a más de 23 mil millones de dólares, lo que representó 5.6 por ciento del PIB (2.5% correspondió a recursos públicos y 3.1 por ciento a recursos privados). Se trata de un porcentaje similar al del gasto que se ejerció en educación (5.8% del PIB en 1998).

Comparado con otros países de ingresos medios de la región latinoamericana, el gasto en salud en México, tanto por persona como porcentaje del PIB, es superior al de Venezuela pero inferior al de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. México, además, dedica, comparativamente, un porcentaje muy bajo del gasto público total a la salud (figura 1.17).

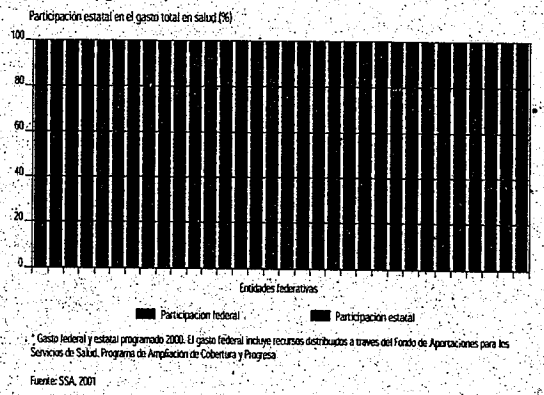


Fuente: OMS, 2000

Figura 1.17 El gasto en salud en México como porcentaje del PIB es muy bajo

Los recursos de las instituciones públicas de México provienen de tres fuentes principales. Las agencias para la población no asegurada están financiadas en su mayor parte con recursos del presupuesto federal y en menor medida por el financiamiento directo que realizan los usuarios a través de las cuotas de recuperación. La seguridad social para los empleados del Estado, las fuerzas armadas y otros grupos relacionados con el gobierno se financia con contribuciones de los propios afiliados y del gobierno federal. La institución encargada de la atención de los trabajadores del sector privado, el IMSS, obtiene sus recursos de contribuciones de empleados, empleadores y el gobierno federal. El Seguro de Salud para la Familia del IMSS, que está dirigido a los trabajadores del sector informal, se financia con recursos de los afiliados y un subsidio del gobierno federal.

El gasto de las entidades federativas en salud es, además de reducido –sólo da cuenta de tres por ciento del gasto total–, muy heterogéneo: 27 estados aportan menos del 20 por ciento de su presupuesto, siendo los casos más extremos Chiapas, Durango, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas, que no llegan al cinco por ciento. Las cinco entidades que aportan más del 20 por ciento son Aguascalientes, el Distrito Federal, Morelos, Sonora y Tabasco (figura 1.18).

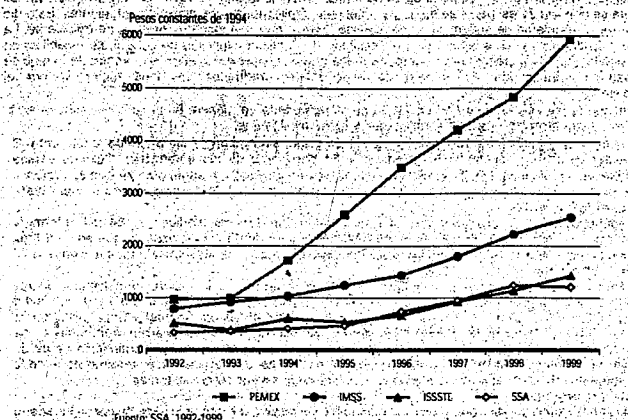


* Gasto federal y estatal programado 2000. El gasto federal incluye recursos distribuidos a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, Programa de Ampliación de Cobertura y Progresa

Fuente: SSA, 2001

Figura 1.18 La contribución de los estados al gasto en salud en México es muy desigual

Un problema del gasto en salud es su inequitativa distribución entre instituciones, entidades federativas y grupos de ingreso. El gasto por persona en servicios médicos de PEMEX, por ejemplo, es dos a seis veces mayor que el gasto de otras instituciones (figura 1.19).



Fuente: SSA, 1992-1999

Figura 1.19 El gasto per cápita de las distintas instituciones de salud en México es muy desigual

El gasto público por persona de los estados también varía considerablemente: en 19 se sitúa por encima del promedio y en 13 está por debajo, siendo los casos más extremos Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz.

Lo mismo sucede con el gasto por persona de los municipios, que tiende a ser mayor en los de baja marginación. En Hidalgo, por ejemplo, en 1997, el gasto por persona del Programa IMSS-Solidaridad fue tres veces superior en los municipios de muy baja marginación que en los considerados de muy alta marginación.

En un intento por reducir estas brechas, en 1996 la SSA diseñó una fórmula para asignar recursos entre entidades tomando en consideración las necesidades de salud. Esta fórmula, sin embargo, se utiliza únicamente para distribuir los recursos excedentes –es decir, los recursos disponibles después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación regulares–, por lo que sólo muy lentamente ha promovido la equidad.

Por su parte, desde 1997, el IMSS adoptó una estrategia para hacer explícitas las reglas de asignación presupuestal, con el fin de mejorar la distribución de los recursos entre sus delegaciones y facilitar la rendición de cuentas.

Otra característica del gasto público es su concentración en la atención curativa, sobre todo en la de especialidad. En el IMSS los hospitales de segundo y tercer nivel absorben cerca del 75 por ciento del presupuesto de la institución. En el ISSSTE esta cifra es de 69 por ciento.

La mayor parte del gasto privado en salud es gasto directo del bolsillo, muy fragmentado y sujeto a una regulación casi nula. Sólo un porcentaje muy pequeño del gasto total (2%) se dedica a seguros médicos privados. Dado que el gasto de la seguridad social representa 35 por ciento del total, el país está desaprovechando la posibilidad de agregar riesgos –y con ello contribuir a la eficiencia en la producción de salud– con aproximadamente 63 por ciento del gasto.

En conclusión, la actual organización financiera del sistema de salud es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud. Una familia trabajadora, por ejemplo, paga impuestos que se utilizan en servicios públicos, contribuye al seguro social y frecuentemente utiliza los servicios privados, como lo indica la Encuesta Nacional de Salud 2000.

Generación de recursos

Profesionales de la salud

La capacitación de profesionales de la salud ha tenido un comportamiento reciente muy irregular. En los años setenta se crearon 27 escuelas de medicina en el país, triplicándose el número de estudiantes. Esto dio origen a un grave problema de subempleo y desempleo médico que a la fecha no termina de resolverse. La matrícula descendió en los años ochenta como resultado de políticas explícitas de control, se estabilizó en los años noventa y tiende a crecer nuevamente, de modo que en los próximos años el mercado de trabajo se verá nuevamente presionado. El número de especialistas graduados en años recientes, por el contrario, disminuyó.

La matrícula de las escuelas de enfermería se ha incrementado de manera lenta pero consistente en la última década, hasta alcanzar una cifra aproximada de ocho mil alumnos.

La capacidad de reclutamiento de nuevo personal de salud, sin embargo, sigue siendo insuficiente. En 1999, alrededor de 27 por ciento de los médicos y 43 por ciento de las enfermeras titulados estaban subempleados, desempleados, inactivos o trabajaban en actividades que no tenían que ver con su profesión. Este problema es más agudo entre las mujeres, que presentan una tasa de desempleo tres a cuatro veces mayor que la de los hombres.

En el momento actual las instituciones públicas cuentan con 135 mil médicos y 184 mil enfermeras contratados. En el sector privado se calcula que trabajan alrededor de 63 mil médicos, lo que en total arroja una tasa de dos médicos por 1000 habitantes. En Argentina, Uruguay y Venezuela esta tasa asciende a 2.7, 3.7 y 2.4, respectivamente.

Esta disponibilidad, que parece satisfactoria, tiene que analizarse a la luz de una distribución muy desigual. Mientras que los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos de instituciones públicas por cada 1 000 habitantes, respectivamente, el Distrito Federal y Baja California Sur contaban con 3.2 y 2.5 respectivamente. Las diferencias por nivel de marginación son todavía más alarmantes. La tasa de médicos por 1000 habitantes en los municipios de muy alta marginación es de 0.7, mientras que en los municipios de muy baja marginación es de casi 2.5. El caso más extremo es el de los municipios indígenas de Oaxaca, que cuentan con sólo 0.13 médicos por 1000 habitantes.

Recursos materiales

Las instituciones públicas de México contaban con 987 hospitales, 17 348 unidades de consulta externa, 49 913 consultorios, 6 607 salas de expulsión, 77 314 camas y 2 723 quirófanos (cuadro 1.6). Estas cifras representaron tasas de 0.5 consultorios, 0.8 camas y 0.07 salas de expulsión por 1000 habitantes. Las diferencias entre estados y municipios, sin embargo, aquí también son importantes. Mientras que el Distrito Federal, Sonora y Baja California Sur contaban con 1.9, 1.1, 1.5 camas por 1000 habitantes, respectivamente, Chiapas y Tlaxcala sólo contaban con 0.4 y 0.5. En los municipios indígenas de Chiapas, Oaxaca, Puebla y Veracruz se contaba ese mismo año con apenas 0.22, 0.07, 0.19 y 0.11 camas por 1000 habitantes.

Por lo que toca a las unidades privadas de atención, las cifras disponibles más recientes, que corresponden a 1999, indicar que había en el país 2 950 hospitales privados, con un total de 31 241 camas. Sólo quince por ciento de estas unidades contaban con más de 15 camas, y alrededor de 27 por ciento eran clínicas con menos de cinco camas. La gran mayoría se concentraba en las grandes zonas urbanas.

La industria farmacéutica mexicana ocupa el sitio número 15 en el volumen de producción mundial. En 1998 tuvo ventas por cinco mil millones de dólares. Cerca de 80 por ciento de estas ventas se hicieron en el mercado privado y 20 por ciento fueron ventas al gobierno. El 72 por ciento de los medicamentos fueron productos de empresas extranjeras y 28 por ciento de compañías mexicanas. Sólo 15 por ciento de estos productos fueron medicamentos genéricos.

Cuadro 1.6

Recursos físicos y humanos del sistema de salud mexicano, 1999

Recursos	Instituciones Públicas para no asegurados	Seguridad social	Privada	Total
Hospitales	509	478	447[a]	1,434
Camas de hospital	35,616	41,698	16,094[a]	93,408
Clínicas y centros de salud	13,912	3,436	2,355[b]	19,703
Médicos contratados [c]	59,200	75,959	27,501[d]	162,660
Enfermeras contratadas	80,154	104,110	29,365	213,629

[a] Sólo se incluyen unidades con más de 15 camas

[b] Se incluyen las unidades con menos de 15 camas, que en su conjunto suman 15,147 camas

[c] Las cifras de médicos se refieren a 1999, que informaron las instituciones del Sistema Nacional de Salud

[d] La cifra de médicos privados incluye sólo los contratados en la unidad médica y que forman parte del personal de la misma, el total de médicos incluyendo los que tienen acuerdo especial en el sector privado es de 62,951

Fuente: SSA, 1999

El acceso a estos insumos es muy variable. Los derechohabientes de la seguridad social reciben los medicamentos que requieren sin pago de bolsillo. En las unidades de las instituciones para población no asegurada hay un problema crónico y serio de abasto de medicamentos. En la Encuesta Nacional de Salud de 1994 se menciona que la principal causa de no utilización de los servicios de la SSA fue la no disponibilidad de medicamentos. A esto debe agregarse la barrera económica: una investigación reciente indica que el costo promedio de las recetas surtidas en las farmacias privadas y en las farmacias de la SSA es de aproximadamente 100 pesos, equivalentes a 2.5 salarios mínimos. Además, 55 por ciento de las familias entrevistadas habían consumido algún tipo de fármaco en las dos semanas previas. Este problema espera mitigarse con el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables.

Conocimiento

De acuerdo con datos del CONACYT, el gasto público en investigación en salud representa en nuestro país el 2.3 por ciento del gasto total en ciencia y tecnología, 0.01 por ciento del PIB y 0.45 por ciento del gasto total en salud. Aunque el incremento real en el volumen de recursos destinados a este campo de la ciencia entre 1994 y 1999 fue de 25 por ciento, el país ni siquiera se ha acercado a los estándares mínimos propuestos por los organismos internacionales para los países de ingresos medios. Los países industrializados dedican más del 0.1 por ciento del PIB y más del 1.5 por ciento de su gasto público en salud a la investigación.

Así, no es de sorprender que la tasa de investigadores en el área de la salud por cada 1000 trabajadores activos esté en México muy por debajo de las tasas correspondientes a los otros países de la OCDE. Tampoco es de extrañar que sólo 20 por ciento de los investigadores en esta área se dediquen de tiempo completo a su actividad.

Ciertas cifras inclusive han empeorado. En 1999 el 13 por ciento de los trabajadores activos empleados en el campo de la investigación científica lo hicieron en el ámbito de las ciencias de la salud, lo que representó un pérdida de dos puntos porcentuales con respecto al principio de la década. Asimismo, la contribución relativa de los doctorados en salud respecto del total de doctorados en el país disminuyó de 15.4 a 11 por ciento entre 1990 y 1999.

Llama la atención que, pese a lo escaso de los recursos, los investigadores de las llamadas ciencias de la vida y de las disciplinas clínicas generan más del 50 por ciento de la producción científica nacional, destacando la inmunología y las neurociencias.

Otro problema de la investigación en salud es su concentración sectorial, institucional, geográfica y disciplinaria. La casi totalidad se concentra en el sector público, en cuatro instituciones –CINVESTAV, IMSS, SSA y UNAM– y en centros ubicados en la zona metropolitana de la Ciudad de México. La mayor parte es investigación biomédica y clínica, mientras que la investigación en salud pública, a pesar de su alto impacto y creciente productividad, se encuentra relegada.

Finalmente, debe señalarse que aún queda mucho por hacer en México en materia de creación y fortalecimiento de mecanismos capaces de garantizar la incorporación sistemática de los resultados de investigación a la enseñanza, la práctica clínica y las actividades de salud pública.

Información

Los antecedentes del actual sistema de información en salud se remontan a principios de los años ochenta. En 1983 se creó el Grupo Interinstitucional de Información, con la participación de la SSA, IMSS, ISSSTE y del entonces Sistema Nacional de Desarrollo Integral. Posteriormente se incorporaron otras instituciones del sector, y las instituciones federales responsables de la información pública y de las políticas de población (figura 1.20).

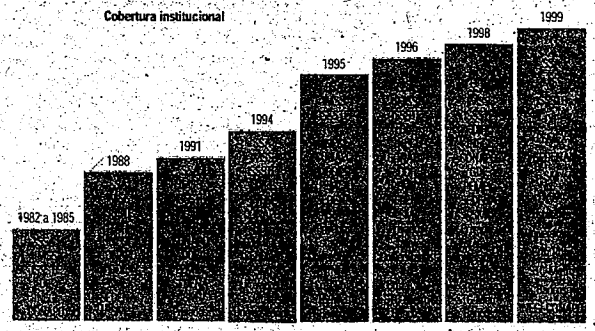


Figura 1.20 El sistema está conformado por un gran número de instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales se han ido integrando paulatinamente

Con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 se creó el Programa Nacional de Información, coordinado por la SSA como cabeza de sector. Este programa contaba inicialmente con tres componentes: estadísticas vitales, estadísticas sociodemográficas, y servicios y recursos. En el momento actual, el Sistema Nacional de Información cuenta con cuatro subsistemas: i) población y cobertura; ii) recursos; iii) servicios otorgados, y iv) daños a la salud.

Aunque ha habido notables avances, puede afirmarse que en México todavía no se cuenta con un verdadero Sistema Nacional de Información en Salud. Lo que existe es un conjunto de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que además generan poca información sobre salud positiva, riesgos y desempeño. El sistema está desvinculado del aparato administrativo de las instituciones de salud y casi no recopila información del sector privado. En algunos casos, la falta de desglose por edad y sexo impide llevar a cabo análisis suficientemente precisos.

Rectoría

Regulación

Las actividades de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios de la economía que tienen un impacto sobre la salud son desempeñadas por la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, y sus contrapartes a nivel estatal. Hasta hace pocos años estas actividades todavía se desarrollan en un marco caracterizado por la ausencia de profesionales especializados, una burocratización extrema, poca certidumbre jurídica para los particulares y espacios propicios para la corrupción.

La eliminación gradual de las autorizaciones ha disminuido considerablemente la corrupción y le ha permitido a la SSA pasar del control administrativo en esta materia a la supervisión sustantiva, es decir, a la vigilancia sanitaria de establecimientos, productos y servicios. A esto también ha contribuido la adopción de un modelo de vigilancia que elimina la discrecionalidad en la selección de los establecimiento a través de la selección aleatoria de las visitas. Asimismo, la emisión del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y de cerca de 50 Normas Oficiales Mexicanas en esta materia han propiciado una mayor certeza jurídica.

Un campo, sin embargo, que sufre de rezagos añejos y graves y que requiere de atención es el de la regulación de agroquímicos.

La regulación de la atención a la salud –diseño y seguimiento de las reglas para los distintos actores involucrados en la atención a la salud– ha quedado en buena medida en manos de organismos no gubernamentales.

La acreditación de las escuelas de medicina está en una fase incipiente. De las 78 escuelas que existen en el país, 54 forman parte de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), pero sólo se han acreditado 23. México cuenta también con más de 300 escuelas y facultades de enfermería, pero sólo cinco de ellas están acreditadas.

Desde 1943 las licencias profesionales de la salud han sido responsabilidad de las instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. En 1994, además, se creó el Centro Nacional para la Evaluación de la Educación, que diseñó el Examen Nacional de Calidad Profesional para diversas profesiones. Este examen se está aplicando ya en varias escuelas de medicina como requisito para graduarse. También existe un mecanismo para la certificación de médicos generales, que coordina el Consejo Nacional de Medicina General.

La certificación de especialistas es controlada por los consejos de las diversas especialidades médicas, que para esta tarea específica funcionan bajo la coordinación de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía. Esta certificación está siendo utilizada por instituciones públicas y privadas, así como por las compañías de seguros, en calidad de requisito para la contratación de médicos especialistas.

En 1996 el Colegio Nacional de Enfermeras y la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería crearon el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación de Enfermería. Este sistema de validación, sin embargo, todavía no entra plenamente en funciones.

Otra tarea pendiente en esta área es la regulación de los practicantes de medicinas alternativas –parteras, acupuntura, reflexología, homeopatía, quiropráctica, osteopatía, naturismo, iridología y otras– que, con excepción de los homeópatas, por lo general no pasan por procedimientos formales de capacitación ni por procesos de certificación.

En materia de unidades de salud, en marzo de 1999 se puso en marcha un proceso destinado a la elaboración de un programa nacional de certificación y autorización de funcionamiento de los hospitales, que culminó con la conformación de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales dependiente del Consejo de Salubridad General. A la fecha se han evaluado y dictaminado 518 hospitales públicos y privados, de los cuales 422 ya fueron certificados. En el futuro próximo se espera extender el ámbito de competencia de esta comisión a los centros de trasplante de órganos, laboratorios y centros de imagenología.

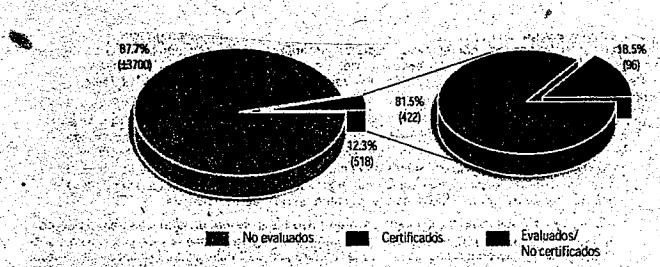


Figura 1.20 Sólo una pequeña proporción de los hospitales en México están certificados

México cuenta con mecanismos probados para regular y vigilar la seguridad y eficacia de los medicamentos, si bien es necesario actualizarlos continuamente. Un área que requiere atención urgente es la información para los consumidores y prescriptores, promoviendo el uso racional de los medicamentos. También deben fortalecerse los procedimientos de evaluación de medicamentos y tecnologías utilizados por la medicina alternativa.

Evaluación

A pesar de que la SSA y el IMSS han contado con áreas de evaluación, esta cultura todavía no ha podido incorporarse plenamente al funcionamiento del sistema. De hecho, a finales de los años noventa desapareció la Subsecretaría de Planeación de la SSA y con ella la Dirección General de Evaluación y Seguimiento.

No obstante, ha habido algunos esfuerzos recientes que deben reconocerse. Este es el caso del sistema de evaluación del desempeño de los estados, que cuenta con 46 indicadores. Aquí también cabe mencionar las evaluaciones del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), del PAC y del PROGRESA.

Protección de los pacientes

Hasta hace poco, en México los pacientes contaban con pocas instancias para presentar quejas sobre los servicios de salud y, en su caso, levantar querellas. Para remediar esta grave laguna jurídica, en 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que contribuye a la solución de controversias entre usuarios y proveedores públicos y privados de servicios de salud, a través de procedimientos más simples que las demandas legales. Desde su creación ha atendido más de 22 mil asuntos y su desempeño ha sido aceptable. Será importante evaluar su impacto en la calidad de la atención, medir el nivel de satisfacción de los usuarios con sus servicios, ampliar la participación de las mujeres en su Consejo –que son las mayores usuarias de los servicios de salud y hasta hace poco no estaban representadas en ese cuerpo– y seguir promoviendo la creación de comisiones con funciones semejantes en el nivel estatal.

II. A dónde queremos llegar
El sistema de salud que México merece

La democratización de la salud
Valores y principios del Sistema Nacional de Salud
Visión
Misión

II. A dónde queremos llegar
El sistema de salud que México merece

La democratización de la salud

El futuro de la salud de nuestro pueblo depende en buena medida de la construcción de reglas, vehículos y espacios que propicien la responsabilidad explícita de los funcionarios y estimulen la participación ciudadana. De hecho, el mensaje central del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es que existe un vínculo profundo entre salud y democracia.

El término ciudadano se asocia al ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución. Estos derechos y obligaciones no son exclusivamente civiles y políticos. Las concepciones modernas de ciudadanía consideran que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones ambiguas a menos de que todos los habitantes hayan alcanzado un nivel digno de vida. Puede incluso afirmarse que el desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales, los cuales se hacen realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud.

El disfrute de los derechos sociales con frecuencia va precedido del ejercicio de los derechos individuales y políticos. Los mejores ejemplos son las democracias de Europa occidental. En la primera mitad del siglo XX, los ciudadanos de estos países exigieron con éxito a sus autoridades un mayor acceso a los servicios de salud, la educación y la seguridad social. Pero éste no ha sido siempre el caso. Los regímenes autoritarios de Europa oriental del siglo pasado, por ejemplo, pudieron garantizar un acceso equitativo a una cantidad razonable de servicios sociales, pero en ausencia del respeto a los derechos individuales y políticos básicos. Este último modelo resultó insostenible. En realidad lo que se requiere es el refuerzo mutuo de estos derechos.

Los cambios históricos que nuestro país está viviendo nos ofrecen oportunidades para avanzar en ambos sentidos. Podemos aprovechar los nuevos espacios de participación ciudadana para hacer de México un país más próspero y equitativo. Pero al ampliar los ámbitos de prosperidad y reducir las brechas sociales, podremos a la vez contribuir a consolidar nuestra democracia. En el caso específico de la salud, podemos afirmar que al democratizar la atención de la salud, los mexicanos elevaremos nuestros niveles de bienestar y al mismo tiempo estaremos contribuyendo a mejorar la salud de nuestra democracia.

El 2 de julio del año 2000 los mexicanos dimos un gran paso hacia la maduración de nuestros derechos políticos, y al darlo abrimos también, irremediablemente, una nueva agenda para la vida pública de nuestro país: el ejercicio pleno de los derechos sociales. Tras la maduración de la ciudadanía política, es necesario ahora dar el paso definitivo hacia una verdadera *ciudadanía social*.

Valores y principios del Sistema Nacional de Salud

Todos los sistema de salud se diseñan, construyen y desarrollan sobre supuestos éticos: valores, principios o cualidades consideradas como deseables o dignas de perseguirse. Los mexicanos, entonces, debemos empezar por preguntarnos qué valores y principios deseamos que sustenten a nuestro sistema de salud.

En consonancia con su propósito central de democratizar la atención de la salud, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* conformará un sistema de salud guiado por los siguientes valores: justicia, autonomía y corresponsabilidad social.

En un país de contrastes tan profundos, el sistema de salud debe constituirse en una instancia en donde impere la justicia en sus dos acepciones básicas: garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes y búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades.

Dado el carácter tan íntimo que el proceso salud-enfermedad adquiere en sus manifestaciones individuales, nuestro sistema de salud debe garantizar también la autonomía de las personas, entendida ésta como la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene.

Finalmente, es necesario reconocer que toda libertad tiene límites y, por lo tanto, conlleva responsabilidades. En el caso de las enfermedades infecciosas, por ejemplo, la libertad de los individuos está restringida por la obligación de no contagiar a los demás. Por otra parte, el carácter casi siempre involuntario de las pérdidas de salud impone a los que están sanos la obligación moral de cuidar de los enfermos.

Estos valores, a su vez, tomarán cuerpo en los tres principios rectores del sistema mexicano de salud: ciudadanía, solidaridad y pluralismo.

El principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica, y demanda el diseño y puesta en operación de mecanismos para hacerlo valer (rendición de cuentas, instancias para la vigilancia y corrección de las faltas profesionales y administrativas, acceso a la información). La protección de la salud deja de ser una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia para constituirse en un derecho social. Los servicios de salud, así vistos, ayudan a que cada generación entre a la vida con oportunidades similares: a que haya en la sociedad un arranque parejo.

Para poder llevar a la práctica este principio de ciudadanía en el campo de la salud es necesario compartir la responsabilidad de la atención de los grupos más vulnerables. Al principio de ciudadanía se sumará, por lo tanto, como segundo principio rector, la solidaridad: que los que cuentan con mayores recursos se solidaricen con los que menos tienen. Así se dará paso a un sistema de salud en el que la contribución será proporcional a la capacidad de pago, y los beneficios, proporcionales a las necesidades.

Pero la solidaridad no se detendrá allí. Los sanos habrán de solidarizarse con los enfermos y los jóvenes con los niños y los adultos mayores. Como todos habremos de enfermar y envejecer en algún momento, este tipo de solidaridad resulta esencialmente justa, pues implica que la totalidad de los miembros de la sociedad se beneficiarán eventualmente de ella.

Por último, el sistema mexicano de salud debe también ofrecer opciones a los usuarios, sobre todo en el primer nivel de atención. Dado el carácter tan personal de la relación médico-paciente, los usuarios de los servicios deben tener la posibilidad de ejercer su derecho a elegir a quien se hará cargo de su salud y la de su familia. Esta libertad tiene la ventaja adicional de generar una sana competencia que incide positivamente en la calidad de la atención.

Visión

En conformidad con los valores y principios descritos:

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

En el año 2025 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. Este seguro, a su vez, le garantizará el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud.

En la búsqueda de mejores condiciones de salud para todos los mexicanos, se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población.

Las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago, y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población. Este proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros en fondos predominantemente públicos. Los seguros privados, en este escenario, jugarán un papel complementario.

Al igual que en casi todos los países desarrollados, habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud, y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir al prestador de su preferencia.

En materia de salud las necesidades son siempre mayores que los recursos. En vista de esto, el sistema mexicano de salud promoverá el uso eficiente de estos últimos. Para garantizar esto se contará con mecanismos de planeación, se definirán prioridades y se favorecerá el uso de intervenciones de bajo costo y alta efectividad.

Los servicios públicos y privados que se ofrecerán serán de alta calidad técnica y deberán satisfacer las expectativas de los usuarios. Los habrán de proporcionar prestadores bien capacitados que harán uso de intervenciones basadas en evidencias científicas. Estos servicios, además, se proveerán en ambientes dignos y bajo una cultura institucional que promueva el desarrollo profesional de los prestadores, la satisfacción de los usuarios y el respeto a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la información.

El sistema en su conjunto se organizará para anticiparse a las necesidades de salud en todas las esferas en que se requiera: capacitación de recursos humanos, desarrollo de equipamiento e infraestructura, movilización de recursos financieros y concertación intersectorial, entre otras.

La descentralización hasta el nivel municipal será la norma. Los recursos y las decisiones estarán ubicados en las instancias locales de operación de los servicios personales y no personales de salud. Al mismo tiempo, se estimulará la cooperación entre las entidades federativas para el logro de los objetivos compartidos. El financiamiento será solidario en el nivel nacional. El pacto federal se expresará en la rectoría del sistema, que ofrecerá una normatividad común en favor de la equidad, la calidad y la eficiencia. En suma, el sistema de salud estará basado en un *federalismo cooperativo*.

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, estarán involucrados en todas las decisiones que afecten su salud: representados en los cuerpos directivos de las unidades de salud; participando en los foros de discusión del sector; sumando inquietudes a las agendas estatales y nacionales de salud; opinando sobre las grandes decisiones de políticas. Además, contarán con acceso a la información pública y con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas y sugerencias.

El sistema de salud estará estrechamente vinculado a otros sectores afines (desarrollo social, educación, ambiente, seguridad). Con ellos se implantarán de manera creciente políticas integrales dirigidas a mejorar el bienestar de la población.

Por último, el tema de la salud será, como lo es actualmente en los países desarrollados, un tema de alta relevancia en la agenda política. En consecuencia, el sistema nacional de salud será uno de los sectores más analizados pero también más apreciados por la ciudadanía. Las familias mexicanas se podrán sentir orgullosas de un sistema de salud que, con base en la excelencia de sus profesionales y la cobertura universal de la población –principal elemento redistribuidor de oportunidades y ejemplo de cohesión social–, respetará sus derechos, resolverá sus problemas de salud y proporcionará seguridad, buena calidad técnica y trato personalizado.

Misión

Una vez identificados los valores y principios rectores, y teniendo en mente la visión antes descrita, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* asume como misión la siguiente:

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

III. Qué camino vamos a seguir

Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivos

Estrategias y líneas de acción

- Vincular a la salud con el desarrollo económico y social
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

III. Qué camino vamos a seguir

Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivos

En concordancia con los objetivos rectores del área de desarrollo social y humano del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, que buscan mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

Estrategias y líneas de acción

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

ESTRATEGIA 1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

Una de las premisas centrales de este programa es que existe una estrecha relación entre salud y desarrollo económico y social. La salud, de hecho, depende de múltiples factores cuyo control escapa al sistema de salud. La mejoría en las condiciones de salud de la población deperide, por lo tanto, de la colaboración con otros sectores. En otras palabras, las *políticas de salud* deben complementarse con *políticas saludables*.

La inversión en salud incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo. Los servicios de salud, además, son ellos mismos un vigoroso sector de la economía.

Adicionalmente a este efecto multiplicador en el plano económico, la experiencia internacional demuestra que la atención de la salud de los ciudadanos fortalece la cohesión y el desarrollo sociales.

Las acciones que dan cuerpo a esta primera estrategia son consistentes con los siguientes dos propósitos generales: i) promover que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas saludables, y ii) promover actividades multisectoriales sobre los determinantes de la salud, en especial sobre el crecimiento y distribución de la población, educación –sobre todo de las mujeres–, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente, seguridad vial, seguridad pública, salud en el trabajo, recreación y deporte.

1

ESTRATEGIA

Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

Líneas de acción

1.1. Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud
1.2. Promover la educación saludable
1.3. Promover la perspectiva de género en el sector salud
1.4. Impulsar políticas fiscales saludables
1.5. Fortalecer la salud ambiental
1.6 Mejorar la salud laboral

Línea de acción 1.1. Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud

La promoción de la salud está orientada a incrementar la conciencia sobre la salud, impulsar estilos de vida saludables y fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud. Estas actividades deben desempeñarse brindándole oportunidades a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades. El fin último de la promoción de la salud es ayudar al desarrollo de comunidades saludables en las que los diferentes actores participen corresponsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

El Programa de Acción de Comunidades Saludables se define como el conjunto de acciones destinadas a generar y fortalecer actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado de la salud. La meta de estas actividades podrá alcanzarse siempre y cuando las diversas instituciones –públicas, privadas y sociales– que realizan acciones de promoción de la salud se coordinen alrededor de este objetivo común.

Este programa se justifica en tanto que las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país están vinculadas con múltiples factores –ambientales, económicos, políticos, culturales y sociales– que requieren, por lo mismo, de acciones en múltiples ámbitos.

Bajo el término de "comunidades saludables" se incluyen los municipios, centros de trabajo, escuelas, mercados, centros de reunión y, en general, cualquier lugar en donde un grupo se reúne para actuar en común.

Dentro de las principales actividades de este programa se incluyen: i) la participación de las autoridades municipales, las autoridades sanitarias, las instituciones educativas y los grupos organizados de la sociedad en actividades de promoción de la salud; ii) la capacitación del personal del sector salud en la promoción de la salud, en particular de quienes trabajan en las comunidades rezagadas; iii) la certificación, en coordinación con los responsables de los programas prioritarios de prevención y protección de la salud, de aquellas comunidades que, de acuerdo con los criterios establecidos por los comités respectivos, reúnan los requerimientos para ser consideradas "comunidades saludables", y iv) el diseño y puesta en operación de un modelo de seguimiento y evaluación de los programas municipales de promoción de la salud.

Las metas de este programa para los próximos seis años son las siguientes:

- Capacitar a los responsables de programas y al personal de las 224 jurisdicciones sanitarias del país en actividades de promoción de la salud y en las tareas del Programa de Acción de Comunidades Saludables.
- Apoyar los proyectos de promoción de la salud que favorezcan a por lo menos 40 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.
- Crear programas municipales de promoción de la salud en por lo menos 80 por ciento de los municipios.
- Certificar como comunidades saludables a cuando menos 25 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.

Línea de acción 1.2. Promover la educación saludable

El recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación. La escuela, en todas sus modalidades, constituye un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. Permite también la creación y mantenimiento de ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables.

Los programas escolares deben incluir actividades que promuevan la adopción de estilos de vida sanos y eviten conductas de riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de sustancias adictivas y las relaciones sexuales sin protección. Asimismo, debe proporcionarse información sobre los riesgos biológicos, físicos y químicos del ambiente general y ocupacional, y la forma de contender con ellos.

La educación formal contribuye de manera directa a producir salud. Prácticamente todos los indicadores positivos de salud se relacionan con los niveles educativos. La educación de las mujeres se asocia consistentemente con mejores niveles de salud durante el periodo reproductivo y durante la etapa de crecimiento y desarrollo de los hijos.

El sector educativo representa para la SSA un ámbito prioritario para la acción intersectorial coordinada. El Programa de Acción en Educación Saludable es su expresión más clara e incluye las siguientes actividades:

- Incorporación a los libros de texto de educación primaria y secundaria de contenidos que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y el autocuidado de la salud, atendiendo a los diagnósticos epidemiológicos regionales y respetando la diversidad sociocultural del país.
- Capacitación de los responsables de los programas de las 224 jurisdicciones sanitarias del país en las actividades de promoción de la salud familiarizándolos con los objetivos y tareas del Programa de Acción en Educación Saludable.
- En coordinación con la SEP, la orientación al personal docente de los niveles preescolar, primaria y secundaria sobre los objetivos y tareas de este programa.
- En coordinación con la SEP, creación de la Red Nacional y las Redes Estatales de Escuelas Promotoras de la Salud, para consolidar el concepto de "escuela saludable" y definir los criterios para su certificación en colaboración con el Programa de Acción de Comunidades Saludables.

Línea de acción 1.3. Promover la perspectiva de género en el sector salud

El Programa Mujer y Salud (PROMSA) es una iniciativa destinada a aplicar la perspectiva de género a la salud, para así dar respuesta a las necesidades de la mujer como usuaria de los servicios de salud y como prestadora de estos servicios en el ámbito institucional, comunitario y del hogar. En estos tres espacios las mujeres juegan un papel fundamental.

El PROMSA es un programa multisectorial de definición y diseño de políticas sin funciones operativas. Pretende incidir en la manera de abordar los problemas de salud de la mujer a todos los niveles: desde la planeación y la asignación presupuestal hasta la prestación de servicios, la seguridad social, la enseñanza, la informática y la investigación, a través de la creación del Consorcio Nacional Mujer y Salud.

Los objetivos del programa son los siguientes: i) crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres; ii) reducir las inequidades entre hombres y mujeres en el terreno de la salud; iii) mejorar la calidad de la atención a las necesidades de salud de las mujeres, y iv) fortalecer la protección financiera de las mujeres en materia de salud.

Para lograr sus objetivos el PROMSA plantea actividades de vinculación entre instituciones e integración intersectorial en tres campos: i) promoción y abogacía; ii) investigación, y iii) cooperación técnica.

Las principales actividades del PROMSA serán las siguientes:

- Realización de un diagnóstico de la situación que guardan los tres ejes articuladores del programa -mujer, salud y equidad de género- en la planeación, asignación presupuestal, prestación de servicios, seguridad social, enseñanza, informática e investigación.
- Realización de un diagnóstico sobre la formación y el mercado laboral de las profesionales de la salud.
- Sensibilización de funcionarias y funcionarios del sector para que promuevan la equidad de género en sus campos de competencia.
- Oferta de asesoría y capacitación técnica a planificadores y proveedores de salud en la formulación e implantación de políticas y programas con perspectiva de género.
- Fortalecimiento del acceso de las mujeres a los servicios de salud durante todo el ciclo de vida.
- Impulso a programas de prevención de enfermedades, incorporando a las mujeres al proceso de toma de decisiones en la materia.
- Incorporación de las actividades del PROMSA a todas aquellas líneas de acción del presente programa que están dirigidos a las mujeres como cuidadoras de salud de la familia y promotoras de salud de la comunidad (véase línea de acción 8.1).

Línea de acción 1.4. Impulsar políticas fiscales saludables

Las políticas fiscales saludables pueden clasificarse en dos grupos: políticas fiscales que promueven la salud y políticas de salud con implicaciones fiscales.

Los objetivos de estas políticas son: i) incrementar la recaudación fiscal a través de la eliminación de algunas excepciones al pago de impuestos que son contrarias a una política de salud efectiva; ii) alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención de la salud, la "premiación" de la inversión en prevención y salud pública, y la eliminación de incentivos al consumo de bienes nocivos para la salud o cuyo beneficio para la salud pudiera ser dudoso; iii) incrementar el capital humano en salud con el fin de garantizar que los hogares cuenten con capacidades para mejorar sus ingresos, salir de la pobreza y contribuir al desarrollo económico del país a través del incremento de su productividad laboral, rendimiento escolar y contribución al fisco y a la seguridad social, y iv) alinear el financiamiento de la salud con la recaudación fiscal al promover la formalización de la economía a través del prepago público por la salud y la seguridad social.

Enseguida se presentan las actividades en materia fiscal vinculadas con la salud. Las de políticas de salud con implicaciones fiscales se describirán en aquellas secciones en las que se presentan las acciones de salud con las que están relacionadas.

Las actividades en materia fiscal vinculadas con la salud, que se promoverán en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ante el poder legislativo, son las siguientes:

- El desaliento del gasto médico de bolsillo y la promoción del prepago de seguros de salud. Cabe señalar que el gasto de bolsillo es la forma más ineficaz e inequitativa de financiar los servicios de salud. La política fiscal actual promueve este tipo de financiamiento y no favorece el prepago, ya que permite deducir sin tope máximo los gastos de bolsillo y sólo autoriza la deducibilidad del prepago a personas morales. El prepago promueve una utilización más racional de los servicios de salud, ya que los servicios de salud prepagados operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria.
- La promoción de un aumento en la tasa máxima del impuesto al tabaco labrado y la homologación de la tasa del tabaco obscuro, a fin de contar con una tasa única. Se promoverá que los ingresos adicionales en la recaudación se apliquen a programas de prevención y tratamiento de los daños asociados al tabaquismo. El esquema actual de impuestos al tabaco no sólo aplica una tasa relativamente baja para los estándares internacionales, sino que además grava en porcentaje diferente a los distintos tipos de tabaco. Los tabacos obscuros, que consume la población más pobre y que son más nocivos, son los que tienen un trato fiscal preferente. Debe contemplarse además la implantación de una política similar para las bebidas alcohólicas (véase recuadro sobre Políticas Fiscales Saludables).

Línea de acción 1.5. Fortalecer la salud ambiental

La rigurosa protección de la salud poblacional contra los riesgos ambientales, además de ser deseable en sí misma, conduce al incremento de la competitividad y al desarrollo sustentable. En México se han dado pasos importantes en este sentido. Sin embargo, muchos sectores de la población siguen expuestos a contaminantes urbanos, industriales y agroindustriales. Si bien se ha desinfectado el agua de bacterias, todavía no hemos garantizado su potabilidad, entendida ésta como la ausencia de contaminación bacteriana, viral, parasitaria, química y física. Un alto porcentaje de los trabajadores, industriales y agrícolas, siguen expuestos a ambientes inseguros de trabajo. Los criterios de contaminación atmosférica se modifican en ocasiones sin razones convincentes.

Las autoridades sanitarias enfrentan el reto de adaptar o desarrollar métodos para estimar la exposición humana a los diversos riesgos ambientales, hacer diagnósticos integrales de exposición y priorizar las intervenciones.

Las actividades que habrán de implantarse en este campo en esta administración incluyen:

- Elaboración de diagnósticos de salud ambiental en los niveles federal, estatal y jurisdiccional.
- Medición de la exposición a riesgos ambientales y su impacto en las condiciones de salud tanto de la población general como de la población expuesta, para dar lugar a los Criterios de Calidad Ambiental Protectores de la Salud.
- Diseño, implantación y/o modernización de políticas y acciones regulatorias y no regulatorias para el manejo de riesgos en establecimientos, comunidades y regiones dando lugar a Programas de Acción en Salud Ambiental.
- Creación de un registro nacional de intoxicaciones y un sistema de vigilancia epidemiológica de los efectos de los riesgos ambientales sobre la salud.
- Fortalecimiento de la capacitación de recursos humanos en salud pública ambiental.

Estas actividades permitirán alcanzar las siguientes metas:

- Reducir 70 por ciento la prevalencia de niveles de plomo alto en sangre en los niños menores de cinco años.
- Reducir en 30 por ciento la incidencia de enfermedades respiratorias por exposición atmosférica y en 60 por ciento las enfermedades respiratorias por exposiciones intramuros en la infancia.
- Asegurar al 70 por ciento de la población la provisión de agua física, química y microbiológicamente potable.
- Reducir 15 por ciento la exposición promedio de contaminantes atmosféricos en la población general.
- Vigilar el ciclo de vida de 50 por ciento de los agentes químicos manufacturados de uso común en el mercado.

Línea de acción 1.6. Mejorar la salud laboral

Para mejorar las condiciones de salud de la población es necesario proteger los ambientes de trabajo, tanto de los trabajadores formales como de los informales, mediante medidas preventivas y de promoción de la salud, atención integral de los accidentes laborales, y modernización del marco legal en materia de trabajo.

En México ocurre una defunción por accidentes laborales cada seis horas, y una invalidez laboral cada 30 minutos; los incidentes de trabajo producen 26 000 ausencias diarias. Estas cifras sólo muestran una parte de la magnitud del problema ya que no incluyen los daños en trabajadores agrícolas ni en trabajadores del sector informal.

Frente a esta situación, la presente administración se propone implantar una Política Estratégica de Integración del Trabajo a la Salud Nacional (PETSAN) basada en los siguientes tres componentes:

- Fortalecimiento de la legislación laboral.
- Establecimiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional con la participación de la industria, organismos sociales, entidades gubernamentales federales y estatales, y servicios de salud, que entre otras cosas permita la generación periódica de un Diagnóstico de las Condiciones de Salud de los Trabajadores Mexicanos.
- Fortalecimiento de la capacitación –y eventual profesionalización– de recursos humanos y de la investigación especializados en salud en el trabajo.

Las metas que se pretenden alcanzar son las siguientes:

- Atender y resolver 65 por ciento de las enfermedades de origen ocupacional.
- Resolver 75 por ciento de los accidentes laborales.
- Incrementar en 40 por ciento el personal certificado médico y no médico en el área.
- Integrar un cuerpo normativo en salud laboral moderno.

POLÍTICAS FISCALES SALUDABLES: EL CASO DEL TABACO

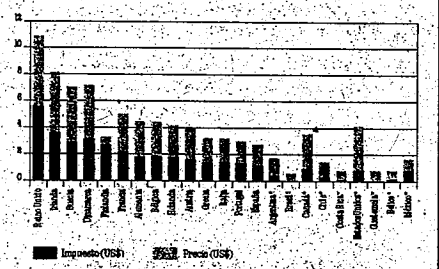
Un estudio de la OMS y el Banco Mundial mostró que un incremento de 10 por ciento en el precio de los cigarrillos podría motivar a 42 millones de personas, en particular pobres y adolescentes, a dejar de fumar

El tabaco es un "mal" de consumo. De hecho, el tabaquismo se ha convertido en la epidemia más peligrosa en el mundo después del VIH-SIDA. Las cifras sobre los daños a la salud que provoca esta adicción son alarmantes y diversos organismos internacionales se han propuesto conjuntar esfuerzos para abatir el daño del tabaco sobre las poblaciones más vulnerables: los pobres, las mujeres y los adolescentes.

La experiencia internacional indica que los aumentos en el precio del tabaco reducen su demanda. Diversos estudios han demostrado que en los países de ingresos medios y bajos la respuesta de la demanda a un incremento del precio es mayor que en los países de ingresos altos. En los Estados Unidos, por ejemplo, un incremento del precio de 10 por ciento en el paquete de cigarrillos produjo un descenso de la demanda de alrededor de cuatro por ciento (elasticidad de -0.4). En China un aumento similar redujo la demanda en mayor proporción. Los cálculos de elasticidad oscilaron entre -0.6 y -1.0. En estudios realizados en Brasil y Sudáfrica se encontraron resultados similares.

Varias razones explican que la población de los países de ingresos bajos responda en mayor medida a la elevación en los precios de los cigarrillos que la población de los países de ingresos altos. Las poblaciones de los países de menores ingresos son, en su mayoría, más jóvenes, y este grupo de edad resulta más afectado que las personas de edad madura a la variación de los precios. Esto se debe a que sus ingresos son menores, pero también a que su adicción a la nicotina es menos fuerte, su comportamiento está más orientado al presente y son más sensibles a las influencias de sus pares. De diversos estudios se ha podido inferir que cuando los precios suben, no sólo es más probable que dejen de fumar los jóvenes ya fumadores, sino que también disminuyan las posibilidades de que los jóvenes fumadores potenciales adquieran el hábito.

Precios e impuestos (totales en dólares) de un paquete de 20 cigarrillos de la marca más popular de la Unión Europea



* En el caso de los países de América, la referencia es un paquete de 20 cigarrillos de una marca de producción nacional

De lo anterior se pueden extraer dos conclusiones básicas:

- que los impuestos constituyen una forma sumamente efectiva de reducir el consumo de tabaco, y
- que el efecto de un aumento impositivo será más marcado en los países de ingreso medio y bajo.

ESTRATEGIA 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas que tienen un costo razonable.

Una característica importante del rezago es su concentración en ciertos espacios geográficos, grupos socioeconómicos, grupos de edad y enfermedades. En México, una parte considerable se concentra en los menores de cinco años y en las mujeres en edad reproductiva de la población pobre de cuatro estados: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Dentro de los daños a la salud que presentan estas poblaciones se incluyen la desnutrición, la anemia, las parasitosis, las diarreas, las infecciones respiratorias, la tuberculosis, las muertes maternas y el cáncer cérvico-uterino.

Para los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios básicos de salud mediante la focalización de ciertos programas (PROGRESA, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas) en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables.

2
ESTRATEGIA
Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

Líneas de acción

2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida
2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas
2.3. Controlar la tuberculosis
2.4. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo
2.5. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino
2.6. Atender otros problemas relacionados con el rezago

Línea de acción 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida

La desigualdad se gesta en el seno materno. Una mala atención prenatal, un parto no atendido profesionalmente o un déficit nutricio en los primeros años de vida predisponen a la pobreza. En un niño desnutrido la inversión en educación tendrá un rendimiento muy bajo.

Es indispensable garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos, y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país. Esto es lo que significa un arranque parejo en la vida. En esta administración se pondrá en marcha un programa de acción que atenderá de manera prioritaria estas necesidades, en particular en las poblaciones de menores recursos.

Dentro de las actividades de este programa se incluyen:

- Consultas de orientación preconcepcional a mujeres que acuden a servicios de planificación familiar.
- Promoción, durante las consultas prenatales, de la lactancia materna, los métodos de planificación familiar post-evento obstétrico y los cuidados perinatales.
- Dotación a toda embarazada de ácido fólico y sulfato ferroso, y la aplicación de toxoide tetánico y diftérico.
- Inclusión, en el cuidado prenatal, de acciones que reduzcan el contacto dietético, ambiental y ocupacional al plomo, y la dotación suficiente de calcio.
- Atención institucional y por personal capacitado del parto normal y de los partos complicados.
- Atención de urgencias obstétricas.
- Atención integral del recién nacido.
- Seguimiento de la puérpera y del recién nacido, y traslado para su atención especializada en caso de presentarse cualquier complicación.
- Aplicación de las vacunas del esquema básico a todos los niños y la administración de megadosis de vitamina A a los niños que radiquen en áreas de riesgo.
- Capacitación de las madres en la identificación de los signos de alarma de neumonía, deshidratación por diarreas y desnutrición.
- Promoción de la lactancia materna.

Las metas para el año 2006 en este rubro son las siguientes:

- Incrementar en 70 por ciento la cobertura de atención del parto por personal capacitado en las instituciones del sector público.
- Incrementar en 70 por ciento la cobertura de atención prenatal de calidad en las instituciones del sector público.
- Reducir en 35 por ciento la tasa de mortalidad materna con relación a la tasa de 2000.
- Reducir en 20 por ciento la tasa de mortalidad neonatal con relación a la tasa de 2000.
- Reducir en 30 por ciento la tasa de mortalidad en menores de un año con relación a la tasa de 2000.
- Reducir 30 por ciento la tasa de mortalidad en menores de cinco años con relación a la tasa de 2000.
- Reducir las concentraciones de plomo en sangre en recién nacidos a menos de cinco microgramos por decilitro.
- Mantener por arriba de 95 por ciento las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños de un año de edad.
- Incrementar a 90 por ciento la cobertura de vacunación con dosis de refuerzo en los niños de dos años.
- Alcanzar una cobertura de 100 por ciento de vacunación con toxoide tetánico en embarazadas que viven en zonas de riesgo.
- Registrar el peso y talla de todos los niños menores de dos años que acudan a la consulta en las unidades de salud.
- Administrar por lo menos dos megadosis de vitamina A al año a todos los niños de seis meses a dos años de edad que radiquen en áreas de riesgo.
- Incorporar al 100 por ciento de los niños con desnutrición moderada o grave a un programa de recuperación nutricia.
- Otorgar atención integrada a todos los menores de dos años que acuden a consulta por diarrea, infección respiratoria aguda, desnutrición o control de niño sano.

Línea de acción 2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas

México es el país de América que tiene la población indígena más numerosa. De acuerdo con el INEGI, esta población comprende ocho millones de personas distribuidas en 63 grupos étnicos.

Los indígenas presentan los peores indicadores de salud de todo el país: alta mortalidad general, alta mortalidad infantil, alta mortalidad materna y alta prevalencia de desnutrición. Es una población, además, con elevada fecundidad y periodos intergenésicos cortos.

Con el objetivo de mejorar los niveles de salud y nutrición de estos grupos, y abatir la brecha en salud existente en relación con el resto de la población del país, la presente administración desarrollará el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas.

Las principales metas de este programa son las siguientes:

- Coordinar las acciones que realizan las instituciones de salud en los municipios indígenas.
- Crear programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición en por lo menos 30 por ciento de los 531 municipios con más de 40 por ciento de población hablante de lengua indígena.
- Capacitar al 80 por ciento de los médicos, 70 por ciento de las enfermeras y 80 por ciento del personal comunitario que trabaja en los municipios indígenas en el manejo de un enfoque transcultural que permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones, para así proporcionar una mejor atención.
- Crear programas de saneamiento ambiental en por lo menos 60 por ciento de los municipios con más de 40 por ciento de población hablante de alguna lengua indígena. Estos programas se enfocarán a la protección de las fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa, y disposición sanitaria de excretas.
- Reducir el uso de loza vidriada, manufacturada a baja temperatura, para preparar y almacenar alimentos en el hogar, con la finalidad de disminuir los niveles de plomo en sangre y huesos.
- Proporcionar al 100 por ciento de los niños de seis a 24 meses de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia suplementación con multivitamínicos y minerales.
- Promover el autocuidado de la salud, la salud reproductiva y la elección informada de los métodos de planificación familiar.

Línea de acción 2.3. Controlar la tuberculosis

La pobreza, el hacinamiento, la nutrición insuficiente, la migración, las enfermedades inmunodepresoras como el VIH-SIDA, la diabetes y las adicciones han favorecido el repunte de la tuberculosis. Los malos manejos terapéuticos y la falta de apego a los tratamientos prescritos han dado origen al surgimiento de resistencias.

Las actividades de combate a la tuberculosis están dirigidas a reducir la transmisión del bacilo tuberculoso mediante su detección oportuna, notificación temprana, tratamiento estrictamente supervisado, seguimiento bacteriológico y atención de los casos de farmacoresistencia.

Con la intención de alcanzar estos objetivos la presente administración implantará las siguientes actividades:

- Estratificación de las áreas y grupos de riesgo para intensificar y hacer más eficientes las actividades de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de los casos de tuberculosis.
- Integración y fortalecimiento de la Red Sectorial de Laboratorios de Salud Pública.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y de la mortalidad por tuberculosis.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud en las unidades médicas y comunidades.
- Atención integral y especializada de los casos resistentes de tuberculosis.

Las metas en este rubro serán las siguientes:

- Garantizar la cobertura de tratamientos estrictamente supervisados (TAES) en el 100 por ciento de los municipios prioritarios.
- Garantizar la oferta de tratamiento supervisado en 100 por ciento de los casos diagnosticados.
- Garantizar el estudio epidemiológico del 100 por ciento de los casos detectados.
- Garantizar el estudio y seguimiento del 100 por ciento de los casos resistentes.
- Garantizar el registro de 100 por ciento de los casos de tuberculosis detectados.
- Reducir la mortalidad anual por tuberculosis pulmonar en por lo menos cinco por ciento.
- Crear cinco laboratorios de diagnóstico de farmacoresistencia.

Línea de acción 2.4. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo

Dengue

El dengue es un problema infeccioso emergente relacionado con el saneamiento doméstico para el cual no existen vacunas ni medicamentos específicos. Por lo tanto, su control depende de la disminución y eventual eliminación de las larvas del mosquito vector, *Aedes aegypti*, que se reproducen en los criaderos domésticos ubicados en altitudes menores de 2 000 metros sobre el nivel del mar.

Dentro de las actividades a realizar en este campo se contempla:

- Fortalecimiento de las intervenciones, regulares o intensivas, realizadas para controlar al vector.
- Mejoramiento de los sistemas municipales de recolección de basura doméstica y distribución de agua entubada.
- Promoción de la participación de las comunidades en las actividades de descacharrización.
- Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud en el manejo clínico de casos.

Estas actividades nos permitirán lograr las siguientes metas:

- Mantener la morbilidad por dengue clásico por debajo de 20 por 100 000 habitantes.
- Mantener la letalidad por dengue hemorrágico por debajo de tres por 100 casos.

Paludismo

Entre 1991 y 2000 el paludismo mostró una tendencia descendente en México, con excepción de 1998, año en el que se registraron brotes en Oaxaca y Chiapas. Estos dos estados concentraron 58 por ciento del total de casos detectados en la década.

Las acciones de control han estado orientadas a la curación radical de los enfermos, la eliminación de las etapas larvarias de los principales vectores, y la prevención y el control de brotes. En 1999 se incorporó con éxito a las comunidades a estas actividades de control y se empezaron a promover los conceptos de espacio, comunidad y municipio saludable mediante el desarrollo de actividades de saneamiento ambiental.

México ha sido el único país endémico que ha disminuido en los últimos diez años el uso de insecticidas para control de vectores, además de haber eliminado el uso del DDT. Desde 2000 se utiliza en el país un insecticida piretroide que se aplica mediante técnicas rápidas que hacen más eficiente y económica esta actividad.

Dentro de las metas que se busca alcanzar con las actividades de control en los próximos años se incluyen:

- Concentrar los esfuerzos de control del paludismo en Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Campeche.
- Reducir en 60 por ciento la transmisión del paludismo en los focos persistentes de transmisión en Oaxaca, Sinaloa, Sonora, Chihuahua y Durango.
- Eliminar los focos residuales de transmisión en Michoacán, Jalisco y Nayarit.
- Prevenir y controlar los brotes ocasionados por la migración, con énfasis en los estados de Guerrero, Veracruz y Puebla.

Línea de acción 2.5. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino

El cáncer cérvico-uterino constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. Es la primera causa de mortalidad por cáncer en el grupo de mujeres de 25 años y más.

Las muertes por cáncer cérvico-uterino en un país con los recursos que tiene México son inaceptables, ya que los conocimientos científicos y tecnológicos actuales, así como la historia natural de la enfermedad, permiten no sólo la detección temprana de las lesiones precancerosas sino también el tratamiento curativo.

Las actividades en este campo estarán orientadas a ampliar e intensificar la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años, particularmente entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou, lo que contribuirá a disminuir la mortalidad por este padecimiento.

Las metas en este campo son:

- Alcanzar y mantener en 80 por ciento la cobertura de detección temprana de cáncer cérvico-uterino en el grupo de mujeres de 25 a 64 años de edad, particularmente entre las que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou.
- Disminuir en 2006 la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más en 15 por ciento respecto a la de 2000.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento del 90 por ciento de los casos detectados de displasias y cáncer *in Situ*.
- Garantizar en 2006 el manejo y tratamiento de 80 por ciento de los casos de cáncer invasor.

Línea de acción 2.6. Atender otros problemas relacionados con el rezago

Cólera

El cólera reingresó a México en junio de 1991, después de cien años de ausencia, y tuvo un comportamiento variable hasta 1997, con un incremento de casos en los años nones. En 1995 se registró el mayor número de casos de la actual epidemia (16 430). Sin embargo, en el año 2000 sólo se registraron cinco. La letalidad a partir de 1995 no ha alcanzado el uno por ciento y la última defunción por esta enfermedad ocurrió en octubre de 1997.

No obstante lo anterior, es necesario mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica para evitar un repunte de esta enfermedad. Con este fin se proponen las siguientes actividades:

- Intensificación de la vigilancia de los niveles de cloro residual libre en toda la red de distribución de agua para uso y consumo humano.
- Concientización de las autoridades municipales sobre la importancia de realizar las acciones de desinfección del agua proporcionada en sus comunidades.
- La intensificación de la búsqueda activa de casos sospechosos y mejoría en la oportunidad de la notificación.

Oncocercosis

La oncocercosis es una enfermedad crónica que puede llegar a ocasionar ceguera en etapas avanzadas. En nuestro país afecta a 25 770 personas que habitan en tres zonas bien definidas en los estados de Chiapas y Oaxaca, donde radican cerca de 200 mil habitantes.

México es el país con mayores avances en la eliminación de la oncocercosis a escala mundial, meta que estableció la Organización Mundial de la Salud en 1991. Desde el establecimiento de la estrategia de eliminación, el número de casos nuevos en nuestro país se ha reducido de más de 1 000 por año a menos de 200 en 2000.

Las actividades que incluirá el programa de oncocercosis son: i) los tratamientos masivos con *mectizan* a la población de alto riesgo (cerca de 180 mil personas); ii) la extirpación sistemática de nódulos entre la población afectada, y iii) la vigilancia epidemiológica.

Para continuar en este camino se propone:

- La eliminación de los casos nuevos en los focos de Oaxaca y del norte de Chiapas.
- La disminución en 30 por ciento cada año de los casos nuevos del foco sur de Chiapas.
- El mantenimiento de una cobertura de 95 por ciento en los tratamientos anuales en las poblaciones seleccionadas.

Lepra

Hasta 1990 la prevalencia de lepra en México se mantuvo estable, con 16 000 casos anuales. Ese año dio inicio la poliquimioterapia, que modificó la epidemiología del padecimiento al facilitar la curación clínica de los casos y su negativización bacteriológica, con lo que se interrumpió la transmisión. Gracias a esto, en 1994 México alcanzó la meta internacional de menos de un caso por 10 000 habitantes, con excepción de los estados de Sinaloa y Colima.

La actual administración se ha propuesto la eliminación de la lepra en los seis años mediante las siguientes actividades:

- Concentración de las acciones en áreas geográficas y grupos de riesgo.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud en este ámbito en las unidades médicas y en las comunidades de alto riesgo.
- Fortalecimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica.

Rabia

Los casos de rabia humana transmitida por perros y animales silvestres han descendido consistentemente en los últimos años. En el momento actual se registran menos de cinco casos anuales. El número de casos de rabia en perros también ha disminuido y en este momento se registran menos de 250 casos al año. Esto es resultado sobre todo de la vacunación de perros durante las Semanas Nacionales de Salud, que alcanzan coberturas mayores al 90 por ciento. No obstante, es importante mantenerse alerta debido que cada año se registran 115.5 agresiones de animales a humanos por 100 000 habitantes.

Los principales objetivos de las actividades en este rubro son eliminar el riesgo de contraer rabia humana mediante el control de la rabia canina y la atención médica antirrábica oportuna de las personas agredidas.

Las metas específicas para la presente administración son las siguientes:

- Mantener en cero los casos de rabia humana transmitida por perro.
- Mantener en menos de cuatro los casos anuales de rabia humana transmitida por fauna silvestre.
- Reducir progresivamente el número de casos de rabia canina confirmada por laboratorio hasta llegar a menos de 50 casos anuales.

Con estos fines, se propone:

- Mantener la vacunación antirrábica canina en fases intensivas en todo el país.
- Trasladar a la autoridad municipal la responsabilidad y recursos para regular el crecimiento y convivencia con los perros.
- Concertar acciones intersectoriales a escala federal para reducir la población de perros callejeros.
- Delegar la vacunación y las acciones de control de perros callejeros a las autoridades públicas en los ámbitos locales.
- Fortalecer la vigilancia, seguimiento y control de los murciélagos hematófagos.

Salud bucal

México es un país con alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales. Destacan dentro de ellas la caries dental y la enfermedad periodontal, que afectan a 90 y 70 por ciento de la población, respectivamente. Para su atención se han diseñado las siguientes actividades:

- Promoción de la salud bucal de la población.
- Fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional.
- Intensificación de las actividades de salud bucal durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal.
- Promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal.
- Ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el Tratamiento Restaurativo Atraumático.
- Fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa.

Con estas actividades se espera ampliar la cobertura a la población y alcanzar las metas de alto impacto, que son:

- Disminuir la prevalencia de caries a los seis años de edad al 50 por ciento.
- Obtener un índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de tres a los 12 años de edad.

Atención de Desastres

Históricamente México ha sufrido epidemias, accidentes químicos y desastres naturales que han producido daños a la salud y generado situaciones adicionales de riesgo, como desplazamientos y hacinamientos poblacionales, carencia de agua apta para uso y consumo humano, y falta de saneamiento básico. Estos factores pueden favorecer la aparición de brotes epidémicos.

La ocurrencia de desastres es relativamente común en nuestro país. México, de hecho, está ubicado en el grupo de diez países con mayor número de fenómenos de este tipo y entre los 20 primeros lugares por lo que se refiere al número de víctimas asociadas a estas emergencias. Asimismo, anualmente se registran alrededor de 530 emergencias químicas, la mitad asociadas al transporte y el resto asociadas con actividades del sector público.

La experiencia ha demostrado que durante los desastres, las intervenciones tempranas a través de estrategias preestablecidas (vigilancia epidemiológica, control de vectores, control de la calidad del agua, saneamiento básico) evitan el incremento de los factores de riesgo que influyen de manera negativa sobre la salud humana.

Las principales actividades que se desplegarán en este rubro son:

- Provisión de atención médica a la población afectada con el objeto de prevenir, preservar y restaurar la salud.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para detectar y atender con oportunidad los posibles brotes de enfermedades transmisibles.
- Información y capacitación de la población afectada sobre las medidas básicas de prevención de enfermedades transmisibles.

Estas actividades se realizarán de manera coordinada con todas las instituciones del sector salud y otros sectores de la administración pública y privada, y estarán orientadas a evitar el mayor número posible de daños a la salud en la población afectada y evitar brotes de enfermedades.

Planificación Familiar

La información y los servicios de planificación familiar que se otorgan a la población de nuestro país tienen como propósito contribuir a garantizar el derecho de los individuos y las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de sus hijos.

En el año 2000 el total de usuarias de métodos anticonceptivos en el país ascendió 11.3 millones, lo que representa una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 70.8 por ciento del total de mujeres unidas en edad fértil.

A pesar de los avances, el impacto de las acciones en planificación familiar no ha sido homogéneo. En ocho entidades federativas la prevalencia de uso de anticonceptivos es inferior a 65 por ciento. Destacan entre ellas Puebla, Guanajuato, Oaxaca, Chiápas y Guerrero, que presentan un rezago de casi 10 años respecto a la cifra nacional. Las áreas rurales del país presentan un rezago de aproximadamente 16 años respecto de las áreas urbanas.

El propósito de las actividades de planificación familiar es promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población y, a partir de ello, contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos modernos y la prestación de servicios de buena calidad. Los grupos prioritarios de este programa son las poblaciones rurales y urbano-marginadas, los adolescentes y las comunidades indígenas.

Las metas de este programa para los siguientes seis años son:

- Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 74 por ciento del total de mujeres unidas en edad fértil.
- Disminuir la tasa global de fecundidad a 2.1 hijos por mujer.
- Reducir por lo menos en una tercera parte la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil.

PROGRAMA VIGIA

Frente a los riesgos de resurgimiento de las enfermedades prevenibles por vacunación la consigna debe ser "no bajar la guardia"

Los acontecimientos de salud pública han tenido un gran impacto en los niveles de salud de la población mexicana. Entre ellos destacan la vacunación, la prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, la planificación familiar, y el control de la lepra, el paludismo, el dengue y el cólera.

México fue el primer país en el continente americano que erradicó la viruela, el mal del pinto, el tifus epidémico y la fiebre amarilla. Los efectos de estos logros de los últimos 20 años se pueden ver en la salud de nuestros niños y niñas. La mortalidad infantil descendió de 85 defunciones por 1000 nacidos vivos registrados en 1980 a 28.9 en 1999. La mortalidad en niños de uno a cuatro años pasó de 3.4 por 1000 a 0.89 en ese mismo período. Estos avances se deben específicamente al descenso de la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias agudas.

Otro logro significativo es el control de las enfermedades prevenibles por vacunación, que eran la principal causa de enfermedad y muerte en los niños hasta hace poco tiempo. En este terreno destacan la erradicación de la poliomielitis desde 1990, la eliminación de la difteria desde 1991 y una importante contracción en el número de casos y defunciones por sarampión, tos ferina y tétanos.

En el rubro de vacunación nuestro país siempre ha estado a la vanguardia y actualmente cuenta con el esquema más completo de América Latina. Además de las vacunas tradicionales, en México se están aplicando biológicos para prevenir la rubéola, la parotiditis y las infecciones por *Haemophilus influenzae*.

Esto se ha conseguido gracias a estrategias como las Semanas Nacionales de Salud, que en forma intensiva complementan las acciones regulares de las unidades de salud y de los programas prioritarios. En la actualidad el país cuenta con un programa de vacunación que atiende, además de los niños, a los adolescentes, adultos y adultos mayores.

Debemos sentirnos orgullosos de estos éxitos, pero también debemos seguir alertas, ya que muchos de estos padecimientos no han sido totalmente controlados, y existen condiciones que facilitan su transmisión. Pero además, las enormes movilizaciones de poblaciones y bienes asociados a la globalización no suman a los mecanismos tradicionales de diseminación de estos padecimientos. En pocas palabras, no debemos "bajar la guardia" en la aplicación de estos programas. Por el contrario, los programas de vacunación y las actividades de vigilancia epidemiológica deben fortalecerse para evitar sorpresas.

Recordemos que recientemente se presentó en Haití y República Dominicana un brote de poliomielitis en niños. Las investigaciones epidemiológicas detectaron muy bajas coberturas de vacunación. Incluso en países más desarrollados, como Canadá, se han detectado cepas salvajes de poliovirus circulantes.

Otro ejemplo son los brotes de sarampión en diversas naciones de Centro y Sudamérica, Irlanda y Alemania. En todos los casos la causa fue el descuido de los programas de inmunización. Lo mismo sucedió con la tos ferina en Rusia y Islandia.

Los desastres naturales también favorecen el repunte de enfermedades como el cólera, el dengue, el paludismo y la leptospirosis. El intenso intercambio comercial relacionado con la globalización también ha facilitado la aparición de epizootias de fiebre aftosa y encefalopatía espongiforme bovina, así como brotes continentales de salmonelosis.

La vigilancia epidemiológica es la herramienta más efectiva para detectar tempranamente los eventos inusuales. Asimismo, es necesario que la información recabada a través de esta vigilancia se procese oportunamente se envíe a los responsables de los programas de salud pública en los estados, para que éstos actúen oportuna y eficazmente.

ESTRATEGIA 3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

El perfil epidemiológico del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles las lesiones, tanto accidentales como violentas. A diferencia del rezago, estos problemas no están concentrados y afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos y medios como a los pobres.

Los problemas emergentes exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vid saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente los principales padecimientos de este grupo La discapacidad generada por estos problemas debe atenderse con la participación de otros sectores de l administración pública y la sociedad. Los objetivos, en este caso, además de contribuir a la rehabilitación d los discapacitados, incluyen la oferta de infraestructura y servicios públicos especiales, y la puesta en march de programas para suprimir la discriminación de esta población y favorecer su integración social y laboral.

3

ESTRATEGIA

Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

Líneas de acción

3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes

3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión

3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica

3.4. Promover el transplante como una alternativa accesible

3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales

3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas

3.7. Atender los problemas de salud mental

3.8. Atender las neoplasias malignas

3.9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

3.10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura

3.11. Fortalecer la prevención y rehabilitación de discapacidades

En este frente se propone: i) promover estilos de vida saludables –el ejercicio y la adopción de hábitos nutricios razonables, entre otras cosas; ii) colaborar con otros sectores en la construcción de una nueva cultura vial que atienda de manera prioritaria los accidentes de tráfico; iii) promover el diagnóstico temprano del sobrepeso, la diabetes y la hipertensión; iv) adoptar medidas para desalentar el consumo de alcohol y tabaco; v) diseñar programas para la prevención de los problemas de salud mental y de las adicciones en general; v) desarrollar intervenciones costo-efectivas y protocolos clínicos para atender los daños de los padecimientos emergentes, y vi) fortalecer los programas de rehabilitación e integración laboral y social de los discapacitados.

Línea de acción 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes

En México, alrededor de 11 por ciento de la población mayor de 20 años padece diabetes. Asimismo, según datos de la ENSA 2000, se calcula que en el momento actual hay 5.5 millones de personas diabéticas, de las que sólo 1.6 millones han sido diagnosticadas. Este hecho impide que los individuos acudan a los servicios de salud en búsqueda de tratamiento.

Por tratarse de un padecimiento que requiere de atención durante toda la vida, una gran parte de los diabéticos manifiestan bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de éstos entre 25 y 40 por ciento logran el control metabólico deseado.

Se ha demostrado que la aparición de la diabetes puede retrasarse. Sin embargo, esto requiere del control de ciertos factores de riesgo, como la obesidad y la inactividad física. Distintas evidencias indican que el control de estos factores es más efectivo cuando se realiza en forma grupal, bajo un programa mínimo y con la participación de los propios pacientes y sus familiares.

Las actividades de detección en los próximos años estarán encaminadas a promover estilos de vida saludables, identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar de manera temprana los casos de enfermedad. Otra acción fundamental en esta administración será la realización de campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y los factores de riesgo relacionados con ella.

Las metas fundamentales de esta administración son:

- Alcanzar el control metabólico del 40 por ciento de los pacientes en tratamiento.
- Desplazar la edad promedio de muerte de los diabéticos de 66.7 años a 69.5 años.
- Realizar, en forma coordinada con todas las instituciones del sector salud, 23 millones de pruebas de detección de diabetes mellitus al año en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual según su edad.
- Establecer 10 000 grupos de autoayuda mutua para diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, lo que significa la existencia de un grupo en 80 por ciento de las unidades de salud.

Línea de acción 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión

Las enfermedades del corazón constituyen un serio problema de salud pública en México. Hay además otras enfermedades, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y la obesidad, que constituyen factores que elevan el riesgo de presentación de los padecimientos cardiovasculares, específicamente de las enfermedades isquémicas del corazón y las afecciones cerebrovasculares. Por esta razón el combate contra las enfermedades cardiovasculares debe comprender el desarrollo de intervenciones destinadas a abatir otras condiciones patológicas.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en México y es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad isquémica y cerebrovascular. Más de la cuarta parte de la población adulta sufre hipertensión arterial, y la mitad de ellos no lo sabe. Se calcula que en el momento actual hay 19 millones de hipertensos entre la población mayor de 20 años, de los cuales 55 por ciento desconocen su condición.

Las actividades que se implantarán para atender este problema están encaminadas a identificar a las personas en riesgo o que ya padecen la enfermedad. Dado que está demostrado que los factores de riesgo pueden controlarse e incluso prevenirse, se propone privilegiar el trabajo preventivo con grupos de autoayuda, en coordinación con los programas de prevención y control de la diabetes mellitus y la obesidad. También será indispensable realizar campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y de los factores de riesgo relacionados con ella.

Las principales metas para los próximos seis años en este rubro son:

- En coordinación con todas las instituciones del sector salud, realizar anualmente 27 millones de acciones de detección de los principales factores de riesgo en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual según grupos de edad.
- Lograr que 60 por ciento de los hipertensos en tratamiento alcancen cifras de presión arterial controladas.
- Desplazar la edad promedio de muerte por enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares de 72.7 a 75 años.

Línea de acción 3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica (IRC) o falla renal irreversible representa un problema de salud pública de grandes proporciones en los países desarrollados y de importancia creciente en México. Las nefropatías constituyen la primera causa de egresos hospitalarios (3.12%) y la tercera causa de muerte hospitalaria (5%) en el IMSS.

La IRC es la vía final común de una gran variedad de padecimientos. El advenimiento de la terapia sustitutiva para la IRC (hemodiálisis, diálisis peritoneal crónica y trasplante renal) ha mejorado dramáticamente la esperanza de vida de estos pacientes.

Para fortalecer la prevención y tratamiento de la IRC se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Implementación de programas de detección temprana de enfermedades renales.
- Creación del Registro Mexicano de Pacientes en Diálisis.
- Modificación paulatina del balance diálisis peritoneal/hemodiálisis.
- Promoción de la mejoría del tratamiento con base en un registro nacional y una Norma Oficial Mexicana asociados a un sistema de certificación de la calidad y eficiencia de los servicios médicos prestados.
- Creación de la Norma Oficial Mexicana para la diálisis peritoneal.
- Fortalecimiento de la formación de recursos humanos en nefrología, tanto a nivel profesional como técnico.

Línea de acción 3.4 Promover el transplante como una alternativa accesible

Una parte importante de los casos de enfermedad generan la insuficiencia de algún órgano o sistema que pone en peligro la vida de los pacientes. El transplante de órganos y tejidos no sólo resuelve algunas de estas fallas orgánicas o tisulares sino que conserva la vida del sujeto en condiciones casi normales a un costo muy inferior al de otro tipo de tratamientos, que además no ofrecen la misma calidad de vida.

En el campo de los transplantes se han realizado en el país importantes avances a nivel nacional. En 1999 se creó el Consejo Nacional de Transplantes, un órgano rector y supervisor de la SSA que en el corto plazo coordinará los esfuerzos de todos los componentes del Sistema Nacional de Salud destinados a este fin.

En este rubro, las actividades que la presente administración llevará a cabo incluyen:

- Poner en marcha un Programa de Acción en Materia de Transplantes que incluirá la creación de los instrumentos normativos y los reglamentos correspondientes.
- Construir una cultura de donación altruista de órganos y tejidos que eleve la tasa de donación y trasplante en nuestro país y promueva la donación de fondos para apoyar las fases pre y post transplante de pacientes con escasos recursos.
- Consolidar la Organización Nacional de Trasplantes que permitará integrar y vincular de manera congruente a todos los componentes del Sistema Nacional de Salud.
- Establecer un órgano consultivo con carácter intersecretarial que regule, apoye y promueva acciones en materia de trasplantes.

Estas acciones tienen como objetivo incrementar, en particular, el número de trasplantes de riñones y córneas: de 1 342 a 3 500 en el primer caso y de 1 426 a 4 000 en el segundo.

Línea de acción 3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales

Desde 1970 las lesiones han aparecido entre los primeros lugares de mortalidad en México, y aunque la evolución de su tasa de mortalidad muestra una tendencia al descenso, año con año siguen provocando la muerte de 50 mil personas en promedio. Debido a que la muerte por esta razón se ubica entre la juventud y la edad adulta, y a que las lesiones frecuentemente culminan con la discapacidad de los sobrevivientes, las lesiones constituyen una de las causas más importantes de pérdida de años vida saludable en el país.

El objetivo general de las actividades en este rubro es disminuir el impacto de este grupo de patologías mediante la promoción de una cultura de la prevención de lesiones, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las lesiones accidentales e intencionales, y el mejoramiento de los servicios dedicados a atender este tipo de problemas.

Dentro de las principales actividades se incluyen las siguientes:

- Prevención de las lesiones accidentales (respetar las señales de tránsito, usar cinturón de seguridad, no conducir vehículos automotores en estado de ebriedad, cuidado en el manejo de materiales y sustancias peligrosas, apoyar a ancianos y discapacitados) e intencionales (evadir condiciones de inseguridad pública, seguir reglas de seguridad personal, detección temprana y corrección de conductas autoagresivas).
- Creación de un Sistema de Atención Médica de Urgencias en las grandes urbes que garantice la atención médica oportuna de las lesiones graves las 24 horas de los 365 días del año.
- Reducción de los tiempos promedio de atención de las lesiones graves en las salas de los servicios de urgencias.
- Búsqueda de acceso inmediato a los servicios de urgencia hospitalaria al 100 por ciento de lesionados graves que lo soliciten, independientemente de su condición de aseguramiento.
- Unificación del sistema de comunicación de las unidades móviles de atención pre-hospitalaria y de las unidades hospitalarias en materia de atención de lesiones accidentales e intencionales.
- Creación de programas permanentes de capacitación de personal médico, paramédico y afines en la atención médica de urgencias.

Las metas de esta administración para este rubro son las siguientes:

- Reducir 17 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en general.
- Reducir 25 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- Reducir 13 por ciento la tasa de mortalidad por accidentes en el hogar.

Línea de acción 3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas

La urbanización y la industrialización experimentadas por el país en las últimas décadas han provocado un notable incremento en el uso de sustancias que alteran la mente (alcohol, tabaco y otras drogas), con repercusiones en la salud individual, la dinámica familiar y la convivencia social. El incremento en el número de personas que usan y abusan de estos productos se ha reflejado, a su vez, en mayores índices de mortalidad entre la población en edad productiva y en una mayor frecuencia de conductas violentas en el hogar y las vías públicas.

La estrategia de combate a las adicciones debe incluir acciones en materia de: educación, prevención, tratamiento, control de la publicidad, prohibiciones de venta de cigarros a menores, restricciones de los espacios públicos a fumadores, y modificaciones fiscales para elevar los impuestos al tabaco y al alcohol para desalentar su consumo.

Las actividades que se llevarán a cabo en este campo incluyen:

- Cumplimiento del marco normativo para el control de las adicciones, para disminuir la disponibilidad de las sustancias adictivas y limitar su oferta, sobre todo entre los adolescentes.
- Establecimiento de un código de conducta global en materia de publicidad, gravámenes y comercialización de tabaco y alcohol.
- La asignación a las entidades federativas de mayores elementos para atender los problemas de adicciones mediante la descentralización de recursos y la dotación de herramientas normativas y apoyo técnico.
- Fomento de una mayor inversión de otras dependencias del Ejecutivo Federal en el combate a las adicciones, en especial de aquellas que forman parte del Consejo Nacional contra las Adicciones, para impulsar estilos de vida saludables tendientes a desalentar el consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes y retardar la edad de inicio de su consumo.
- Promoción de la participación de organizaciones sociales, privadas y gubernamentales en el financiamiento y apoyo de los programas contra las adicciones por medio de la creación de fideicomisos para la realización de proyectos prioritarios de investigación y demostración.

Dentro de las metas en esta materia se incluyen:

- Reducir el consumo de tabaco del 9.2 a 7.9 por ciento en el grupo poblacional de 10 a 16 años.
- Crear por lo menos 100 clínicas de tabaquismo en las instituciones de salud.
- Asegurar el cumplimiento de la NOM 028-SSA2-199 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Reglamentar la protección de los no fumadores en todas las entidades federativas.
- Aumentar la percepción de riesgo sobre el consumo excesivo de alcohol del 10 al 20 por ciento entre la población de jóvenes del país.

Línea de acción 3.7. Atender los problemas de salud mental

Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en nuestro país. Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentarán depresión; medio millón sufrirán esquizofrenia; medio millón padecerá epilepsia, y la demencia la padecerán diez por ciento de los mayores de 65 años. En unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

Dentro de las actividades que se habrán de desarrollar en esta administración en este terreno se incluyen:

- Actualización y fortalecimiento de los modelos de atención a la salud mental.
- Establecimiento de programas de acción para la atención integral de la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, trastornos por déficit de atención y del desarrollo infantil, así como para la atención psicológica en casos de desastre.
- Incremento de la oferta de servicios ambulatorios a la población que sufre estos padecimientos.
- Desarrollo de una intensa labor de capacitación en salud mental en las escuelas de medicina, programas de posgrado y entre los profesionales activos.
- Fortalecimiento del abasto, disponibilidad y acceso a los medicamentos necesarios para la atención de los problemas prioritarios de salud mental.
- Creación de redes comunitarias en apoyo a la atención de la salud mental.
- Realización de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental.

Las metas que se pretenden alcanzar en este rubro son las siguientes:

- Incrementar en 20 por ciento los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
- Ampliar en un 20 por ciento la capacidad y los recursos para la atención de salud mental.
- Mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.

Línea de acción 3.8. Atender las neoplasias malignas

Como consecuencia del envejecimiento de la población y de la adopción de hábitos poco saludables, la mayoría de los tumores malignos muestran una tendencia ascendente. Por esta razón las intervenciones dirigidas a su combate deben encaminarse a la promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de los enfermos.

Las acciones que serán desplegadas en este campo incluyen:

- Realización de campañas permanentes de comunicación social y educativa para la prevención de la aparición de conductas y hábitos de riesgo de cáncer, enfocadas a la población en general, pero en especial a los niños y adolescentes.
- Detección temprana de cáncer para incorporar a los pacientes al tratamiento, así como la identificación de las personas con factores de riesgo y sintomatología sospechosa.

Las metas que se pretenden alcanzar para el año 2006 son las siguientes:

- Evitar que la tasa de mortalidad por cáncer de mama supere las 17 defunciones por 100 000 mujeres de 25 años y más.
- Establecer en todas las instituciones de salud protocolos obligatorios de tratamiento para cáncer de acuerdo al estadio clínico de la enfermedad.
- Garantizar el tratamiento de 90 por ciento de los casos detectados de cáncer.
- Aplicar un millón de encuestas anuales dirigidas a la detección de factores de riesgo para neoplasias malignas.

Línea de acción 3.9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

El VIH-SIDA es un problema complejo que no sólo tiene que ver con la salud y la educación. Para detener su crecimiento es necesario incorporar a las campañas de control al mayor número de actores.

En México la epidemia todavía está concentrada en algunos grupos, lo que facilita su control. Una epidemia concentrada requiere de estrategias enfocadas hacia los grupos con prácticas de más alto riesgo y vulnerabilidad. En nuestro caso estos grupos son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, los usuarios de drogas inyectables (UDI) y las poblaciones móviles.

La promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención siguen siendo las formas más eficaces para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general y de VIH-SIDA en particular.

Las metas que se ha planteado la presente administración en este rubro son las siguientes:

- Reducir 15 por ciento la prevalencia de ITS y VIH-SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.
- Reducir 25 por ciento la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad.
- Garantizar que 100 por ciento de las personas con VIH-SIDA y otras ITS tengan acceso a servicios de atención integrales y al tratamiento antirretroviral.
- Garantizar que 100 por ciento de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas para trasplantes se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados.

Para cumplir con estas metas se propone:

- Orientar las estrategias educativas a las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Promover el uso del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, pruebas de detección y tratamiento.
- Ampliar el acceso a servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados para las ITS y VIH-SIDA.
- Fortalecer y ampliar los esfuerzos de negociación de la SSA con las empresas farmacéuticas con el fin de lograr descuentos significativos en los precios de los medicamentos antirretrovirales.
- Establecer mecanismos de sanción a los individuos, empresas o instituciones que violen las disposiciones contenidas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH-SIDA.
- Desarrollar campañas contra la discriminación de las personas afectadas por el VIH-SIDA y aquellas que pertenecen a los grupos sociales con mayor riesgo de adquirir la infección.

Línea de acción 3.10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) tiene como misión garantizar un abasto suficiente y seguro de sangre y sus derivados conforme a lo establecido en la legislación sanitaria.

Con el fin de poder cumplir con sus propósitos, el CNTS llevará cabo las siguientes actividades en el periodo 2001-2006:

- Estudio y análisis del 100 por ciento de las unidades de sangre captadas.
- Prevención de las posibles complicaciones debidas a la transfusión de sangre.
- Creación de una base de datos fidedigna y permanentemente actualizada que incluya donadores de fenotipo poco común.
- Validación de 180 000 plasmas y su envío a la industria procesadora de hemoderivados.
- Actualización de la legislación, normatividad y su reglamentación respectiva.
- Fortalecimiento de la capacitación en el ámbito de la medicina transfusional en todo el país.
- Organización de campañas de donación altruista de sangre en todo el país.

Línea de acción 3.11. Fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades

La prevención de las discapacidades debe comenzar en las etapas iniciales de la enfermedad, el accidente o el defecto al nacimiento. Se orienta a evitar o aminorar las deficiencias y limitaciones físicas y mentales que resultan de estos acontecimientos.

La discapacidad es un problema de salud pública que en los últimos años se ha incrementado considerablemente. De acuerdo con la encuesta aplicada durante el censo del 2000, 2.3 por ciento de la población mexicana sufre de alguna discapacidad grave. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en un estudio realizado en 1997, encontró que más de dos millones de niños en edad escolar sufrían de alguna discapacidad leve, moderada y grave.

Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente padece desajustes psico-sociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una pérdida económica que se ha calculado en 75 mil millones de pesos anuales.

Entre las metas que se ha planteado esta administración en este rubro se incluyen:

- Implantar y desarrollar un Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacitados.
- Diseñar e implantar una campaña de prevención de discapacidades.
- Crear un Sistema Nacional de Registro de Discapacidades.
- Realizar anualmente la detección temprana (en los tres primeros meses de vida) de 10 000 casos de parálisis cerebral infantil, 1 000 casos de hipotiroidismo congénito, 2 500 casos de mielomeningocele, 2 400 casos de sordera congénita, 2 600 casos de pie equino varo congénito y 3 000 casos de luxación congénita de la cadera.
- Rehabilitar dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión discapacitante a 20 mil casos de traumatismo craneoencefálico, 40 mil casos de enfermedad vascular cerebral, 120 mil casos de fracturas graves y dos mil casos de lesiones medulares.
- Promover y realizar la certificación anual de 100 servicios de rehabilitación médica y de 500 técnicos en rehabilitación.
- Establecer un servicio de rehabilitación médica hospitalaria por cada entidad federativa.
- Gestionar el apoyo financiero a 20 000 personas con discapacidad para la adquisición de prótesis, órtesis y ayudas técnicas.
- Instalar la Comisión de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades en el marco del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.
- Promover la participación de la Comisión y del Consejo Consultivo en los órganos directivos de las instituciones del sector salud, las instituciones académicas, y los organismos y representaciones de la sociedad civil, para atender los factores causales de las discapacidades y promover la mejora en los servicios.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL ENFERMO CRÓNICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El IMSS está tratando en el hogar a enfermos con complicaciones de diabetes, secuelas de hipertensión, padecimientos del corazón, cirrosis hepática y enfermedades reumáticas

Con el fin de proporcionar atención médica ambulatoria y extender los servicios hospitalarios, en 1990 el IMSS puso en operación el Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC). Este programa se basa en la integración temprana del enfermo crónico a su núcleo familiar, la realización de procedimientos básicos de atención en el hogar y la participación activa de los familiares en el cuidado del paciente.

La atención domiciliaria del enfermo crónico ha mostrado ser benéfica para los pacientes al favorecer el compromiso de la familia, mejorar la relación con el médico y facilitar la realización de acciones focalizadas de educación para la salud en el ambiente en el que se llevarán a cabo.

El programa está dirigido a los pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, la mayoría adultos mayores. En el IMSS, las personas de 65 años o más constituyen aproximadamente 3.8 millones de los derechohabientes, lo que equivale a 7.5 por ciento de la población adscrita total.

Las enfermedades más frecuentes que deben ser atendidas a través de este programa son las complicaciones de la diabetes mellitus, las secuelas de la presión alta (trombosis o hemorragia cerebral), los padecimientos del corazón, la cirrosis hepática y las enfermedades reumáticas y otros padecimientos crónico-degenerativos.

A diferencia de la atención que brinda el médico familiar en el domicilio del paciente, el Programa ADEC se caracteriza por atender enfermos cuyas condiciones clínicas requieren de servicios hospitalarios en forma frecuente. La labor del equipo de salud del ADEC consiste en proporcionar atención médica, recetas y materiales para la curación del paciente; enseñar al paciente y sus familiares el adecuado manejo del problema (por ejemplo, movilizaciones corporales para evitar ulceraciones de miembros, aspiración de secreciones, curaciones, etc.), tomar muestras para laboratorio, asesorar sobre los servicios que proporciona el IMSS, y decidir cuándo el paciente debe ingresar al hospital o continuar su control por el médico familiar.

En la actualidad el programa se encuentra funcionando en 128 hospitales generales de zona de más de 100 camas, con un equipo de salud integrado por un médico, una enfermera general, una trabajadora social y un oficial de transporte. Cada equipo cuenta con un vehículo. A la fecha los niveles de satisfacción obtenidos son muy altos, tanto entre los pacientes y familiares como entre el personal que presta los servicios, por lo que constituye un ejemplo de organización de servicios ambulatorios de excelencia.

En el futuro inmediato se tendrá que incorporar a este programa también a pacientes con padecimientos agudos y subagudos; ampliarlo a hospitales generales de zona de más de 60 camas, con lo que se cubrirán más de 200 hospitales, e incorporar dietistas, psicólogos y/o especialistas en rehabilitación al equipo básico, según lo requiera cada caso.

ESTRATEGIA 4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos, al prestar los servicios de salud de acuerdo con las mejores normas de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar "calidez" de la atención, supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.

Como se señaló antes, uno de los principales retos de las organizaciones de atención a la salud y una de las principales preocupaciones de los usuarios de los servicios, es la calidad de la atención. Si los servicios de salud se ofrecen con calidad podrán satisfacerse las necesidades de los usuarios y cumplirse uno de los propósitos del sistema.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios se propone: i) mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención; ii) garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionándoles información completa y atención oportuna, y iii) ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a los médicos, enfermeras y todos aquellos trabajadores de la salud que participan en los procesos de atención. Un componente fundamental de esta cruzada es lograr que las mejoras en la calidad de la atención sean claramente percibidas por la población.

Línea de acción 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud

Los códigos de ética de los profesionales de la salud constituyen lineamientos de comportamiento que buscan garantizar un desempeño efectivo y honesto, y un trato digno a los pacientes. Gracias a los lineamientos de un código de este tipo, el trabajador de la salud puede conocer los fines, características y límites de su actividad profesional, y los derechos y expectativas de los usuarios de los servicios. Además, constituye una herramienta y un estándar muy valioso para garantizar la autovigilancia del desempeño.

Dentro de las actividades que se habrán de implantar en este rubro destacan:

- La generación de códigos de ética por tipo de profesional de la salud.
- La difusión de dichos códigos en las instituciones prestadoras de servicios, los colegios profesionales y los centros de capacitación.

4

ESTRATEGIA

Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

Líneas de acción

4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud

4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos

4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias

4.4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño

4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores

4.6. Promover el uso de guías clínicas

4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud

4.8. Reforzar el arbitraje médico

- La difusión del contenido básico de los códigos de ética a través de los medios masivos de comunicación.

Línea de acción 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos

La atención de la salud supone el ejercicio de ciertos derechos por parte de los pacientes. Destacan el derecho a servicios integrales de salud; el derecho a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados a él o su tratamiento; el derecho a la información sobre las características generales de las unidades en las que recibe atención y de los profesionales que laboran en ellas, y el derecho al manejo confidencial de la información que se genera en la relación médico-paciente.

Estos derechos deben definirse de manera precisa, difundirse entre los usuarios de los servicios de salud, y acompañarse de mecanismos que permitan hacerlos efectivos en caso de no poderse ejercer.

Dentro de las principales actividades que habrán de desarrollarse en relación con el ejercicio de los derechos de los usuarios se incluyen:

- El diseño y difusión de una "carta" de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
- La promoción de una cultura del "consentimiento informado" en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Línea de acción 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias

Uno de los instrumentos fundamentales para hacer valer los derechos de los usuarios y promover la calidad de la atención son los sistemas de quejas y sugerencias. Este tipo de instrumentos proporciona al sistema de salud información básica sobre las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de recursos materiales, y la actitud y calidad técnica de los prestadores de los servicios. Estos instrumentos, cuando funcionan de manera eficiente, ayudan a generar una relación de confianza con los usuarios.

El diseño y el fortalecimiento de estos mecanismos debe partir de dos supuestos básicos: i) que toda reclamación es una oportunidad para mejorar la calidad de la atención, y ii) que toda reclamación constituye un acto legítimo de participación ciudadana.

Dentro de las actividades a desarrollar en este rubro en esta administración se incluyen:

- Fortalecimiento de los sistemas de quejas mediante: i) la ampliación de los canales para la recepción de quejas –incluyendo sobretodo los medios electrónicos– y el rediseño de los existentes (buzones, módulos de atención personalizada).
- Seguimiento estrecho de la oportunidad y pertinencia de las respuestas a las quejas y sugerencias.

Línea de acción 4.4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño

El diseño de incentivos adecuados es una condición necesaria para mejorar el desempeño de las organizaciones y de los profesionales de la salud. Además de las recompensas materiales, la conducta humana es influida poderosamente por los valores. En consecuencia, ninguna estrategia de desarrollo de las organizaciones puede estar completa si no incluye la creación de una cultura que promueva los valores deseados. Así, las estrategias de mejoría de la calidad deben hacer énfasis en los logros y reconocer de manera explícita el buen desempeño. Este último debe ser visto como un proceso continuo que involucra a todos los actores que intervienen en él.

Dentro de las actividades que la presente administración desarrollará en esta área se incluyen:

- Diseño e implantación secuencial de modelos de incentivos al desempeño técnicamente sólidos y económicamente factibles para las instituciones públicas de salud.
- Desarrollo de sistemas de información para el seguimiento del desempeño y la generación de incentivos.

Línea de acción 4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores

Toda intervención para resolver una demanda de atención médica conlleva el empleo de recursos que representan un costo, por lo que se deben analizar los procedimientos para racionalizar los insumos, procesos y productos que se obtienen.

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) son los instrumentos más comunes para clasificar pacientes y gestionar productos hospitalarios. Esta técnica agrupa a los pacientes alrededor de diagnósticos que comparten un mismo tipo de insumos y procedimientos, lo que facilita el cálculo de costos y productividad, la evaluación de la calidad y la comparación del desempeño administrativo de las unidades de salud. Los GRD también facilitan la estandarización de la información, lo que a su vez simplifica la compra de insumos, la evaluación del desempeño, la supervisión de los prestadores y el seguimiento regulatorio (véase línea de acción 6.1).

Dentro de las actividades que se desarrollarán en este rubro se incluyen:

- Generación de "Guías de Práctica Clínica" (véase más adelante).
- Modernización de los sistemas de información y registro en las unidades de salud.
- Desarrollo de sistemas de costos unitarios para la contabilidad hospitalaria, los centros de salud y las unidades de medicina familiar.
- Capacitación de codificadores, médicos, enfermeras y personal técnico y administrativo en la clasificación del producto hospitalario.
- Desarrollo de mecanismos para la clasificación de pacientes ambulatorios.

Línea de acción 4.6. Promover el uso de guías clínicas

Aunque existe poca información sobre la variabilidad en las prácticas clínicas en México, en general se acepta que esta variabilidad es amplia, lo que en términos generales no es deseable. También hay problemas de sobre-utilización, sub-utilización o mala utilización de los recursos.

Con el fin de promover un uso racional de los recursos clínicos, se propone la promoción y adopción de guías clínicas adoptadas por consenso y basadas en las evidencias científicas.

Entre las principales actividades a desarrollar en este rubro se encuentran:

- Diseño y promoción de uso de guías clínicas basadas en evidencias científicas.
- Diseño y uso de indicadores explícitos de calidad técnica que favorecerán el uso racional de los recursos y la infraestructura.

Línea de acción 4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud

Una adecuada atención requiere de profesionales capacitados y unidades de atención que cumplan con ciertos estándares. Para garantizar estas dos condiciones se han establecido procedimientos de certificación de los profesionales de la salud y de las unidades de atención.

Los procesos de certificación de los médicos especialistas funcionan razonablemente bien no así los procesos de certificación de los médicos generales y de otros profesionales de la salud. La certificación de las unidades de atención todavía no se ha extendido lo suficiente, como lo demuestra el hecho de que menos del 10 por ciento de los hospitales públicos y privados han sido certificados.

Con el fin de fortalecer estas áreas, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de los procesos de certificación y recertificación de los médicos especialistas.
- Promoción de la certificación y recertificación de los médicos generales.
- Promoción de la certificación de otros profesionales de la salud (enfermeras, odontólogos).
- Promoción de políticas de contratación en los sectores público y privado que estimulen la certificación de los profesionales de la salud.
- Ampliación de la certificación de las unidades de atención y la extensión de este procedimiento a los proveedores de otros servicios (laboratorios, gabinetes, unidades de cirugía de corta estancia, ambulancias).
- Promoción de políticas de contratación de servicios de salud que estimulen la certificación de las unidades, laboratorios y gabinetes.

Línea de acción 4.8. Reforzar el arbitraje médico

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se creó para tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a la población. Estos objetivos se cumplen a través de la resolución de las controversias que surgen entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud a nivel nacional.

En sus cinco años de operación, la CONAMED ha ido conformando un modelo de atención que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, ha permitido a los usuarios y prestadores dilucidar en forma gratuita, voluntaria y de buena fe los conflictos generados en la prestación de dichos servicios.

A pesar de la difusión que han tenido las actividades de la CONAMED, un porcentaje importante de la sociedad todavía desconoce los servicios que presta. A nivel estatal, sólo 17 entidades cuentan con comisiones de este tipo. El resto de los estados tiene como única opción en esta materia a la Comisión Nacional.

CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Los programas de certificación de la práctica profesional y de las unidades de salud mejoran el cuidado de los pacientes, incrementan la confianza de la comunidad en las instituciones y fortalecen la capacitación del personal de salud

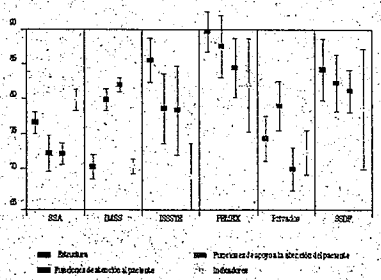
El tema de la certificación de los profesionales de la salud se introdujeron en México los consejos médicos de certificación de especialidades hace 38 años. En aquella época estos consejos se dieron a la tarea de verificar periódicamente los conocimientos de los médicos especialistas con la finalidad de garantizar la homogeneidad académica de sus agremiados.

Con el consentimiento de las autoridades de salud y bajo la vigilancia de la Academia Nacional de Medicina, los procedimientos de certificación se han extendido paulatinamente a los médicos generales, dejando atrás el sello gremialista y dando lugar a una verdadera verificación externa de la calidad. Paralelamente, otros profesionales de la salud –enfermeras, psicólogos y dentistas, entre otros– han emprendido adoptar esquemas similares de certificación a través de sus propios colegios y asociaciones.

La diversidad formativa que resulta de la existencia de múltiples programas académicos contribuye a fomentar una práctica profesional heterogénea. Por esta razón es necesario verificar los estándares de calidad de la práctica profesional desde la formación de los recursos humanos. Buscando fortalecer la calidad de la educación médica en México, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina desarrolló recientemente un programa formal de acreditación para las escuelas y facultades de medicina del país.

El Programa de Certificación de Hospitales, por su parte, dio inicio formalmente en el país en abril de 1999. Para diciembre del 2000 se habían inscrito al programa 722 hospitales, de los cuales se evaluaron alrededor de 600, tanto públicos y privados. A la fecha, el total de camas censables certificadas asciende a 39 189 y de no censables, a 12 253. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido la institución que más ha participado en este proceso, contribuyendo con casi la mitad de las camas actualmente certificadas.

Dispersión de las calificaciones por capítulo en los hospitales evaluados hasta el fin de año



Fuente: SSA, 1999

En esta primera etapa, el programa de certificación de hospitales fue acogido con entusiasmo por la mayoría de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y los principales y más prestigiados hospitales mexicanos. No obstante, la participación aún es relativamente baja, por lo que deberán hacerse esfuerzos para incrementar el número de instituciones evaluadas y certificadas, en especial difundiendo adecuadamente los beneficios que el proceso provoca en la práctica médica y el bienestar de los pacientes.

Dada la importancia que tienen las unidades de diagnóstico (gabinetes, laboratorios clínicos y de patología, unidades de imagenología) y otros servicios (ambulancias) en el proceso de atención a la salud, recientemente se iniciaron acciones orientadas a establecer programas de certificación en estas áreas similares al diseñado para los hospitales.

Con el fin de consolidar sus actividades, la CONAMED se ha propuesto para los próximos seis años los siguientes objetivos: i) consolidar el modelo de atención de inconformidades y constituirse en el Centro Nacional de Referencia; ii) lograr una óptima resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios; iii) influir en la mejoría de la práctica de la medicina a través de la emisión de recomendaciones, y iv) proyectar en los contextos nacional e internacional el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social.

Las metas para el periodo 2001-2006 incluyen:

- Mantener la eficiencia global en la resolución de los asuntos en 85 por ciento.
- Implantar un modelo único de atención de inconformidades a nivel nacional.
- Obtener como institución la certificación ISO 9001/2001.
- Promover la creación de comisiones de arbitraje médico en todas las entidades federativas.
- Difundir las funciones y actividades de la CONAMED en los ámbitos nacional e internacional.
- Vincular la emisión de recomendaciones con el ejercicio profesional de la práctica de la medicina.
- Participar en los programas de pre y posgrado de medicina para prevenir la mala práctica de la profesión.

ESTRATEGIA 5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre. Nadie sabe cuándo va a enfermar. Si estos acontecimientos impredecibles se enfrentan sin un seguro de salud o sin ahorros suficientes, se corre el peligro de incurrir en gastos catastróficos. Pagar del bolsillo en el momento mismo en que se necesita la atención es la peor forma de financiar los servicios de salud, debido a la incapacidad para tomar decisiones bien informadas y a la imposibilidad de generar recursos por efecto de la misma enfermedad. No obstante, más de la mitad del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo.

La transición del país hacia una economía moderna con instituciones sólidas requiere de un sistema de salud financieramente más justo y que proteja a la población contra pagos excesivos y potencialmente catastróficos. Esto puede lograrse invirtiendo *anticipadamente* en servicios de salud.

Para fortalecer el aseguramiento y desalentar el pago de bolsillo en México, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se propone actuar en tres frentes:

1. La consolidación de la protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.

5
ESTRATEGIA
Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Líneas de acción

5.1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular
5.2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social
5.3. Ordenar y regular el prepago privado
5.4. Articular el marco de aseguramiento en salud

2. La ampliación de la afiliación al seguro social.
3. El reordenamiento y la regulación de los seguros privados como medida complementaria de las dos anteriores.

Estas tres formas de prepago pueden garantizarle a todo mexicano en los próximos años protección financiera en materia de salud y acceso a servicios de salud integrales y de calidad. El concepto de *población abierta* podrá entonces desecharse ya que todos los mexicanos tendrán la categoría de derechohabiente.

El seguro popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento. Los seguros sociales, financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones del gobierno, comprenden a las instituciones creadas *ex profeso* para ello, como el IMSS o el ISSSTE. Los seguros privados se financian voluntariamente con gasto de las familias y empresas, y en este esquema se asumen como mecanismos complementarios al aseguramiento público.

Línea de acción 5.1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular

Los programas para ampliar la cobertura de servicios de salud a poblaciones marginadas, como el PROGRESA, el Programa de Ampliación de Cobertura y el IMSS-Solidaridad, se han centrado en la provisión de intervenciones básicas. Estos programas ofrecen servicios preventivos y curativos para las llamadas enfermedades del rezago, pero todavía no incluyen servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir, por ejemplo, de atención hospitalaria. Para consolidar esta protección básica es necesario avanzar en el doble frente de la cobertura geográfica y la integralidad de la atención. Por un lado habrá que redoblar los esfuerzos parar llegar a todas aquellas comunidades marginadas del país que aún carecen de atención. Simultáneamente habrá que fortalecer la oferta de mejores servicios de primer nivel y los mecanismos de referencia de pacientes para ampliar la gama de servicios dirigidos a las poblaciones marginadas dentro del nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (véase Estrategia 8).

Si bien la protección básica representa un avance importante, el objetivo último es incorporar a la totalidad de la población a un esquema de aseguramiento estructurado. Para ello se promoverá un seguro popular que, como una de las opciones, permitirá a los hogares de bajos ingresos acceder al Seguro de Salud de la Familia del IMSS mediante un subsidio escalonado según la capacidad de pago del hogar. Este subsidio, en determinados casos, podría llegar a cubrir casi la totalidad de la cuota familiar.

La identificación de los hogares pobres se hará con base en los padrones de los programas sociales a cargo de SEDESOL. La SSA será la encargada de coordinar el esfuerzo de promoción de este seguro en el que también participarán los servicios estatales de salud y las instituciones de seguridad social.

La implantación de este esquema de aseguramiento será gradual y los avances dependerán de la disponibilidad de recursos en los presupuestos anuales a partir de 2002. Otros factores importantes a considerar en el proceso de implantación son la existencia de infraestructura hospitalaria suficiente y la existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del seguro popular.

Dentro de las principales metas de esta acción se incluyen:

- Extender paulatinamente la cobertura del seguro popular para garantizar que en 2006 esté cubierta con este esquema toda la población que no cuente con capacidad económica para adquirir un seguro médico privado y no esté afiliada a alguna institución de seguridad social. Para cumplir con esta meta se requerirá de un esfuerzo adicional de los estados y municipios, que deberán seguir extendiendo la oferta de servicios en el marco de la federalización del sistema de salud.
- Esta forma de aseguramiento permitirá reducir los gastos catastróficos en salud. Se estima que en 2006 los gastos de este tipo se habrán reducido en 75 por ciento, sobre todo en los hogares no asegurados de bajos ingresos. Al reducir significativamente los pagos de bolsillo y sustituirlos gradualmente por prepagos de salud, las familias podrían liberar recursos para atender otras necesidades básicas.

Línea de acción 5.2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social

En los años ochenta la seguridad social empezó a perder terreno en materia de aseguramiento de la población trabajadora. Dos factores estructurales explicaban este hecho: la alta carga impositiva de las cuotas obrera-patronales sobre la nómina, que desalentaba la creación de empleos asalariados formales, y el acelerado crecimiento del sector terciario de la economía (principalmente comercio y servicios), que generaba fuentes de empleo atomizadas, y por lo tanto difíciles de fiscalizar, y modalidades de remuneración no asalariadas, no sujetas al régimen obligatorio de la Ley del Seguro Social.

A principios de los noventa se hizo evidente que la situación del IMSS era financieramente insostenible en el mediano y largo plazos. Con el propósito de incrementar la cobertura sobre bases más sólidas se introdujeron modificaciones a la legislación que rige al IMSS. Estas modificaciones, aprobadas por el Congreso de la Unión en 1995, respondían al diagnóstico de dos maneras: al reducir la carga fiscal sobre la nómina y al diseñar instrumentos de afiliación más flexibles y autofinanciables para ofrecer aseguramiento a los numerosos grupos sociales que no contaban con la posibilidad de integrarse a los beneficios que la institución proporciona.

El incremento en las aportaciones del Estado en casi siete veces se tradujo en una disminución de alrededor del 33 por ciento en las contribuciones de los trabajadores y las empresas al Seguro de Enfermedades y Maternidad, lo que fomentó la generación de empleos y el incremento en el ingreso disponible del trabajador. Paralelamente se acordó la creación del Seguro de Salud para la Familia (SSF) para que cualquier trabajador no asegurado pudiera establecer un contrato con el IMSS con el fin de que él y su familia tuvieran derecho a las prestaciones médicas que el Instituto otorga. En la actualidad el IMSS es la única institución pública que tiene un seguro de afiliación voluntaria con estas características.

Con el fin de ampliar las afiliaciones al seguro social, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Promoción del crecimiento de la cobertura medio punto porcentual cada año sobre la base de la población total del país.
- Promoción de los esquemas voluntarios de afiliación a la seguridad social dirigidos a trabajadores no asalariados y a las familias con capacidad de pago.

Línea de acción 5.3 Ordenar y regular el prepago privado

La promoción del prepago privado entre los segmentos de la población con capacidad económica suficiente es otra acción dirigida a la protección financiera de las familias. Esta acción se constituirá en complemento del seguro popular y de la seguridad social.

Si bien los seguros de gastos médicos mayores cuentan con redes de prestadores de servicios, esto obedece no tanto a la finalidad de articular de manera eficiente la prestación sino a la búsqueda de ahorros. Esta situación debe evolucionar. La promoción de la cultura del aseguramiento se enfocará en los planes integrales de salud, que cubren una gama más amplia de servicios, incluyendo servicios preventivos.

Entre 1998 y 1999 las autoridades de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y la SSA definieron un marco jurídico que dio origen a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que en los próximos años constituirán una opción atractiva de prepago privado en el país.

Para los próximos años se proponen las siguientes actividades en esta materia:

- La introducción en el corto plazo de la articulación de servicios de salud dentro del marco normativo de la SSA para así poder supervisar la operación de todos los planes integrales de salud, independientemente de que las empresas que los ofrezcan incurran en riesgo financiero (como lo hacen las ISES) o únicamente se dediquen a la articulación de servicios. De esta manera se ordenará el mercado de prepago privado, garantizando a los usuarios un nivel de calidad mínimo en la administración de servicios de salud.

PAGO ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD
El prepago disminuye el riesgo de enfrentar gastos catastróficos

La promoción del prepago privado entre los segmentos de la población con ingresos medios y altos, como complemento del aseguramiento social es otra de las acciones vinculadas a la protección financiera de las familias.

Cuando una familia opta por recibir atención médica privada, el prepago le ofrece la ventaja de disminuir su riesgo de enfrentarse a gastos catastróficos, como sucede con cualquier tipo de seguro. En asuntos de salud la opción de pagar antes de enfrentar el problema de salud resulta extraordinariamente benéfica en la medida en que cuando la enfermedad es grave no sólo puede ser costosa, sino que puede dejar al enfermo sin la posibilidad de contribuir percibiendo ingresos económicos.

No obstante, en la actualidad sólo dos por ciento del gasto total en salud se realiza mediante esta forma de aseguramiento, primordialmente a través de la compra de seguros de gastos médicos mayores (SGMM). Dentre de las razones que explican la baja difusión del prepago se encuentran: i) la escasa cultura del aseguramiento en el país; ii) los altos costos de los SGMM derivados de una población selecta; iii) el hecho de que estos seguros no cubren todas las necesidades de atención, lo que implica pagos adicionales (usualmente en consultas y medicamentos), y iv) el que los trámites para hacer uso de los servicios sean complejos y los pagos de las primas no sean deducibles de impuestos.

El fomento del prepago privado puede extender la cultura del aseguramiento y reducir las primas al ampliar la base de asegurados, en especial de aquellos seguros que cubren de manera amplia las necesidades de salud y ofrezcan una atención integral con acciones preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación, prestadas en forma oportuna y eficiente. Entre los beneficios directos de este tipo de planes están:

- la reducción de la frecuencia del pago directo de bolsillo (que disminuye el riesgo de gastos catastróficos);
- la libre elección de prestadores de servicios por parte del paciente;
- la mejoría en el nivel de salud de los asegurados (ya que la atención se ofrece sin segmentaciones, haciendo uso eficiente de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y prestando atención temprana a padecimientos que en fases tardías requieren de atención más sofisticada), y
- el aumento de los recursos de las instituciones públicas para atender las necesidades de la población quien puede realizar un prepago privado (por efecto de la disminución de la demanda de servicios públicos por aquellos que optaran por el sistema de prepago privado).

Existen diferentes estrategias para promover la cultura del prepago, pero la más efectiva es la difusión de las ventajas que proporciona la agregación de fondos y riesgos. Otra estrategia puede ser la deducibilidad de los seguros de salud. Esto permitiría hacer compatible las políticas de salud con una política fiscal saludable.

Paralelamente, las autoridades del país deberán actualizar la regulación de estas formas de financiamiento y atención de la salud para garantizar su viabilidad financiera, impedir la selección de riesgos y evitar aquellas prácticas dirigidas al control de costos que pudieran afectar de manera negativa la calidad y oportunidad de la atención. En particular la SSA habrá de desarrollar mecanismos regulatorios que eviten la interferencia injustificada en la relación médico paciente.

- El fortalecimiento del papel regulatorio de la SSA en la supervisión de las ISES para que la administración de la salud no sea vista sólo como un negocio financiero, sino también como un vehículo para garantizar mejores servicios de salud, cada vez más accesibles en precio y con una oferta de servicios acorde con el perfil epidemiológico de los mexicanos.
- Fomento de los esquemas de prepago privado mediante la deducibilidad de los seguros de salud. El objetivo es promover la cultura del aseguramiento y, en particular, la adquisición de seguros de salud que ofrecen servicios integrales (véase línea de acción 1.4).

Línea de acción 5.4. Articular el marco de aseguramiento en salud

El Programa de Acción para la Protección Financiera en Salud contempla la oferta gradual de alguna modalidad de seguro de salud a todos los hogares del país, sin importar su condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago. En los primeros dos años se concentrará en las familias urbanas con énfasis en los hogares de más bajos ingresos. A partir del segundo año el programa empezará a extenderse a la población rural con el reto de alcanzar una cobertura total para finales del año 2006.

Dentro de las actividades de coordinación y articulación del marco de aseguramiento se incluyen:

- La vinculación directa de las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la salud con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana, sin importar la institución o dependencia, pública, social o privada, que presta el servicio.
- La vinculación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios. La portabilidad de beneficios y derechos, propiciará que los recursos sigan al paciente y sus necesidades para con ello reducir las duplicidades y el doble pago de coberturas.
- La ampliación de la solidaridad del sistema mediante la articulación de planes de aseguramiento y la diversificación de riesgos entre grupos de población cada vez más grandes. La regulación de aseguramiento se enfocará a la promoción de planes anticipatorios del daño, a la detección y atención temprana de enfermedades crónico-degenerativas, a la promoción de planes integrales que sustituyan en lo posible el gasto de bolsillo por el prepago, y a la protección de los derechos de los ciudadanos asegurados mediante la diseminación de información y la participación ciudadana en las instancias de decisión (véase Estrategia 9).

GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD

En las familias de bajos ingresos, una simple infección de oído o la atención de un parto normal pueden dar lugar a gastos catastróficos

Toda familia, pobre o rica, puede enfrentar en cualquier momento la enfermedad de alguno de sus miembros. A menudo esto implica realizar gastos que podrían poner en riesgo su patrimonio.

Cuando la familia se ve obligada a pagar directamente el costo de los servicios médicos su capacidad para cubrir otras necesidades básicas, como la alimentación, la educación o la vivienda, puede verse sustancialmente mermada. Para las familias de ingresos relativamente altos la decisión puede implicar vender sus bienes o gastar sus ahorros para cubrir el costo de tratamientos costosos. Pero en el caso de las familias pobres esta situación implica la posibilidad de arruinarse materialmente y perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones generalmente se presentan en casos de enfermedades que podrían combatirse o incluso curarse con intervenciones a las que es fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, público o privado.

Se ha estimado que, al año, entre dos y tres millones de familias sufren gastos catastróficos por motivos de salud. La mayoría de estas familias tienen un ingreso menor a dos salarios mínimos y casi ninguna cuenta con seguridad social. Estas familias se arruinan después de cubrir gastos que podrían considerarse relativamente modestos.

De acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda, 58 por ciento de la población mexicana recibe ingresos inferiores a dos salarios mínimos. Después de cubrir sus necesidades básicas, en especial la compra de alimento, el ingreso disponible es casi nulo. En estas familias, un gasto catastrófico puede originarse en una situación tan simple como la indicación de antibióticos para un niño con infección de oído o la atención de un parto normal. Cubrir la prescripción en el primer caso costaría entre 200 y 500 pesos, y la atención del parto entre 1000 y 1500 pesos. Un gasto de esta magnitud puede ser desproporcionado para una familia que vive con un salario mínimo, porque los montos que deben cubrir representan entre 25 y 75 por ciento de sus ingresos totales disponibles en un mes después de la compra de alimentos. A estos gastos deben sumarse las pérdidas de ingresos que provoca la enfermedad, ya que cuando el padecimiento es grave el enfermo –o el padre o la madre del enfermo– tiene que dejar el trabajo. En ausencia de seguridad social, la desprotección financiera en salud se convierte en un problema de ética social y de salud pública.

ESTRATEGIA 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

Consolidar el federalismo es una prioridad del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Con esto se busca llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades entre los distintos niveles de gobierno.

En las últimas dos décadas, México realizó un notable avance en materia de federalización. No obstante, todavía existe una amplia agenda de pendientes en este rubro que incluye desde temas de financiamiento y rectoría hasta asuntos operativos y de coordinación. Para atender esta agenda se propone fortalecer el federalismo bajo un enfoque de cooperación que preserve los principios de solidaridad y corresponsabilidad.

Desde la perspectiva de la salud, el federalismo cooperativo busca articular un sistema que dé fuerza y solidez a la Federación en un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes niveles de gobierno y mediante un proceso de revisión dinámica en la que la distribución equilibrada de facultades responda a las necesidades cambiantes del Sistema Nacional de Salud. Esto supone establecer arreglos de cooperación entre las entidades y la Federación.

Las líneas de acción que se proponen van dirigidas a uno o más de los cuatro niveles de gobierno en el que se enmarca el federalismo cooperativo: federal, estatal, municipal y regional.

El tema del financiamiento se aborda desde una perspectiva federal, ya que sólo así puede garantizarse una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución proporcional a las necesidades de salud. Adicionalmente se considera el financiamiento de los servicios otorgados por los organismos descentralizados, cuyo ámbito de acción es regional. La descentralización de la SSA y la desconcentración de las instituciones de seguridad social buscan consolidar y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal. Las acciones de cooperación interestatal en el ámbito regional se dirigen a los servicios de alta especialidad y de salud pública. La necesidad de enfrentar riesgos que rebasan las fronteras estatales y aprovechar economías de escala requiere que éstos operen bajo esquemas de colaboración horizontal. Finalmente, se propone llevar la prestación de servicios hasta el plano municipal, siempre en función de la capacidad económica y organizativa de los gobiernos municipales.

Línea de acción 6.1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos

Las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y estados exigen la revisión de los criterios y mecanismos para distribuir los recursos públicos, así como del análisis de alternativas de presupuestación que garanticen una mejor correspondencia entre recursos y necesidades de salud. Las reglas claras dan, además, mayor certidumbre a quienes manejan los recursos y prestan los servicios en los niveles regional, estatal y municipal, y facilitan las actividades de planeación y evaluación del gasto.

6
ESTRATEGIA
Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

Líneas de acción

6.1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos

6.2. Culminar la descentralización de la SSA

6.3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

6.4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad

6.5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud

6.6. Municipalizar los servicios de salud

En esta materia, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Definición de una nueva fórmula de captación ajustada para asignar recursos para la población no asegurada. Para ello se propondrá la revisión de los lineamientos de la Ley de Coordinación Fiscal para distribuir los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para población no asegurada entre los estados, en particular el componente que se asigna a través de una fórmula cuyo objetivo principal es fomentar la equidad en el financiamiento. El diseño y uso de esta fórmula representó un paso adelante en la federalización de la atención a la salud. Sin embargo, su uso se limita a la distribución de los recursos remanentes, es decir, los recursos que quedan una vez asignado el gasto de personal y operación. Como parte del rediseño de esta fórmula se evaluará su impacto a través del tiempo y la posible inclusión de otras variables que la complementen o le den mayor solidez. En particular se analizarán alternativas que permitan medir las diferencias entre entidades en lo que se refiere a necesidades de salud, esfuerzo estatal (aportaciones) y desempeño. Al considerar el desempeño de los servicios se promoverá una mayor eficiencia en el uso de los recursos. Sin embargo, será importante garantizar que la promoción de la eficiencia no distorsione el impacto de las variables utilizadas para promover la equidad.
- Diseño de una política de aplicación de la fórmula que considere una fase de transición gradual hacia la equidad presupuestal. Esta será acordada con los estados a través del Consejo Nacional de Salud. En particular se propone incrementar la porción del presupuesto asignado de acuerdo a criterios de equidad.
- Definición de criterios explícitos para la asignación del presupuesto global de inversión que reflejen las necesidades de expansión de la infraestructura en correspondencia con la demanda de servicios. Estos criterios deberán ser consistentes con los criterios de equidad utilizados para la asignación de los recursos operativos.
- Utilización de mecanismos de presupuestación o pago en las instituciones descentralizadas cuyo ámbito de operación es regional consistentes con la demanda observada de servicios, tanto en la SSA como en otras instituciones públicas.
- Utilización de información sobre el volumen y complejidad de la actividad hospitalaria para estimar los costos de atención en las unidades hospitalarias. Esto requiere la implantación de sistemas de información del producto hospitalario, como los GRD. El instrumento idóneo para llevar a la práctica en el ámbito regional mecanismos de presupuestación o pago por servicios es la gestión por contrato, a la que se hace referencia en la estrategia "Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud".
- Implantación de mecanismos de presupuestación acompañados de un mínimo de definiciones, criterios y sistemas de programación, presupuestación y registro del gasto que sean homogéneos y permitan consolidar la información de gasto a escala nacional. Esta acción apoyará la implantación del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud así como las actividades de evaluación del desempeño y de planeación (véanse líneas de acción 7.7 y 7.8).
- Promoción al interior de los Organismos Públicos Descentralizados de Servicios de Salud (OPD) y otros organismos descentralizados (Institutos Nacionales y de Seguridad Social) de una asignación de recursos más objetiva y transparente, que busque reducir la inequidad entre delegaciones, comunidades y municipios, y que preserve el principio de solidaridad.

Línea de acción 6.2. Culminar la descentralización de la SSA

El proceso de federalización en la SSA da inicio en los años ochenta, cuando se ponen en marcha las estrategias de descentralización de los servicios de salud para población abierta. En los años noventa, a través de la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud de las entidades federativas se reforzó el pacto federal en esta materia con la creación de los OPD, que cuentan con personalidad jurídica, patrimonio y órganos de gobierno propios. La Ley de los Institutos Nacionales de Salud, por su parte, emitida en 2000, ha dotado a estos organismos de un marco legal más acorde con sus actividades y les ha proporcionado mayor autonomía de gestión.

Como resultado de estos esfuerzos se ha avanzado en la transferencia de recursos operativos, actividades sustantivas y recursos financieros. Con la descentralización de los recursos operativos se transfirieron a los estados bienes muebles e inmuebles mediante acuerdos firmados por las dependencias federales involucradas en el proceso, los gobiernos estatales y los representantes sindicales. En materia de recursos humanos, además, se entregaron a los estados plazas que dependían directamente de la SSA en el nivel federal y se homologaron plazas estatales. En el componente sustantivo, se descentralizaron los procesos de programación, supervisión y evaluación en materia de salubridad general, así como diversas actividades de regulación y fomento sanitario. Finalmente, en materia financiera, se transfirió el presupuesto autorizado correspondiente a servicios personales, gasto de operación y gasto de inversión.

Sin embargo, todavía quedan asuntos pendientes. Con el fin de atenderlos, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Incorporación de elementos de equidad, rendición de cuentas y evaluación en la asignación presupuestal, con base en los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud planteados en el artículo 9 de la Ley General de Salud.
- Finiquito de la cesión de bienes muebles e inmuebles.
- Descentralización de la nómina y el recurso de pago a los trabajadores.
- Transferencia a los estados del PAC en todos sus componentes.
- Culminación de la transmisión de funciones y atribuciones en materia de regulación sanitaria estatal.
- Conclusión de la transferencia de los procesos administrativos a las entidades federativas.
- Transferencia de las instalaciones de atención médica que aún tengan dependencia directa de la SSA al Gobierno del Distrito Federal.
- Fortalecimiento del proceso de autonomía y asignación de recursos de los Institutos Nacionales de Salud como centros de referencia y excelencia docente e investigación para todo el país.
- Desconcentración de las funciones administrativas y de salud pública al nivel jurisdiccional, vinculándolas con los municipios.

Línea de acción 6.3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

Como parte de una estrategia de modernización y fortalecimiento, en 1995 el IMSS modificó su estructura orgánica mediante la definición de cuatro diferentes niveles de operación: central, regional, delegacional y la unidad de atención.

Bajo el principio de autonomía de gestión, en 1998 dio inicio un programa de desconcentración presupuestal y de procesos y facultades cuyo eje ha sido la constitución de siete direcciones regionales que agrupan a las 37 delegaciones, y el inicio de la conformación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). Los objetivos de este programa son los siguientes: i) resolver en forma expedita los problemas que se presentan cotidianamente en las unidades de servicio; ii) facultar la toma de decisiones en el nivel local evitando elementos innecesarios de control; iii) favorecer el desarrollo directivo; iv) separar el financiamiento de la provisión de servicios, y v) mejorar la calidad y oportunidad de la atención a la salud.

En la presente administración el IMSS buscará definir, mediante acuerdos presupuestales y de gestión, los compromisos y facultades explícitos y formales de las diversas instancias normativas y operativas en los cuatro niveles ya señalados. La creación de nuevos modelos presupuestales que toman en cuenta elementos de equidad en la asignación de recursos servirán de apoyo para este cambio de modelo organizacional.

Actualmente los presupuestos que se negocian con las delegaciones, con algunas AMGD y con los hospitales de tercer nivel tienen como objetivo:

- acercar la toma de decisiones a la problemática de la prestación de los servicios de salud;
- adecuar la asignación de recursos a las necesidades locales;
- otorgar mayor certidumbre sobre las posibilidades presupuestales y financieras de la región y sus delegaciones;
- mejorar el conocimiento de la operación presupuestal y financiera de los servicios que prestan las unidades operativas;

- desarrollar la función de planeación para la cobertura de los servicios a nivel regional y delegacional;
- fortalecer los sistemas de información, así como los procedimientos para solicitar información y desarrollar acciones de evaluación y control, y
- apoyar la gestión médica, social y administrativa a partir de las metas de calidad en los diversos ámbitos delegacionales.

Con el propósito de consolidar el proceso de desconcentración del IMSS, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Elaboración de la normatividad para la ampliación de la autonomía técnica presupuestal y de gestión de las delegaciones, AMGD y hospitales de tercer nivel.
- Desarrollo de acciones de control, seguimiento y evaluación correspondientes al proceso de desconcentración.

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS: LECCIONES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

La asignación presupuestal sigue basada fundamentalmente en el gasto histórico, que no necesariamente refleja las necesidades de salud de la población ni garantiza la redistribución de los recursos entre entidades

Entre 1995 y 2000 se dieron enormes avances en la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no-asegurada: la toma de decisiones y el control de los recursos humanos, materiales y financieros de la SSA pasó a manos de las entidades federativas.

En el momento actual, los recursos federales asignados a los estados se transfieren mediante un fondo específico denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) ubicado en el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación. La SSA distribuye los recursos según los lineamientos establecidos en la Ley de Coordinación Fiscal, que establece que esta distribución debe considerar, en términos generales:

- el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal;
- las previsiones para el pago de servicios personales;
- el gasto de operación e inversión, y
- los recursos destinados expresamente a promover la equidad en los servicios de salud.

Los primeros tres componentes se determinan básicamente a partir del presupuesto asignado en el ejercicio fiscal inmediato anterior y el número de plazas existente, más los ajustes e incrementos que se autorizan cada año en el nivel federal. Esto significa que la asignación presupuestal sigue basada fundamentalmente en el gasto histórico, que no necesariamente refleja las necesidades de salud de la población ni garantiza de manera explícita la redistribución del gasto entre entidades.

Los recursos del cuarto componente se distribuyen mediante una fórmula que toma en cuenta las necesidades de salud de los estados. Esta fórmula tiene como objetivo explícito reducir las desigualdades en el gasto, ya que otorga recursos adicionales a aquellos estados que presentan "rezagos" o "déficits" presupuestales con respecto a un "gasto mínimo aceptable". Este gasto mínimo depende, a su vez, del volumen de la población no asegurada en cada estado y de un gasto mínimo per cápita ajustado por dos variables que sirven para igualar las necesidades de salud locales: la razón de mortalidad estandarizada y el índice estandarizado de marginación.

Este mecanismo de asignación presupuestal, sin embargo, se usa únicamente para distribuir los remanentes del FASSA, es decir, los recursos excedentes después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación e inversión. Si bien este monto, en principio, promueve la equidad al beneficiar sólo a los estados en situación de "déficit presupuestal", en la práctica representa una fracción mínima del total distribuido mediante el FASSA. De seguirse utilizando esta fórmula para distribuir los recursos, las diferencias entre los estados tardarían décadas en desaparecer.

Los mecanismos de asignación actual, además, no contemplan ciertos aspectos metodológicos relevantes, como los criterios para establecer el gasto mínimo per cápita que sirve como punto de partida. Por otra parte, las necesidades de salud que se reflejan en las variables usadas son aquellas que tienen impacto sobre la tasa de mortalidad y se relacionan con la pobreza y el rezago en salud.

Sin embargo, hay necesidades de salud que podrían estar subrepresentadas, como algunos padecimientos emergentes que producen más discapacidad que mortalidad. La fórmula tampoco considera la contribución del gasto estatal a los servicios de salud, que es un elemento fundamental en el combate a las desigualdades entre estados.

La transferencia de recursos hacia las entidades federativas y el consecuente cambio de responsabilidad en la operación de los programas de salud ha crecido, sumemos, de instrumentos para evaluar la operación descentralizada de los servicios. Esto se explica, en parte, por la existencia de sistemas de programación-presupuestación diferentes entre los gobiernos federal y estatales. En estas condiciones resulta difícil establecer un vínculo entre el presupuesto asignado y el adecuado ejercicio del gasto.

Si bien la fórmula actual de asignación de recursos constituye un gran avance, aún no es suficiente para reducir las desigualdades entre las entidades federativas. Para garantizar que las diferencias se cierren será necesario distribuir un mayor porcentaje del presupuesto con base en criterios de equidad. Por esto es importante que la fórmula se re-evalúe y valide metodológicamente, a fin de que refleje con mayor precisión las necesidades de salud en cada estado y genere los incentivos adecuados para promover la equidad, sin menoscabo de otros objetivos del sistema de salud. No obstante, tampoco es suficiente contar con una fórmula metodológicamente bien fundamentada. Es necesario también que la fórmula cuente con legitimidad, consenso y aceptación en los estados.

Línea de acción 6.4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad

No todas las entidades federativas cuentan con infraestructura de alta complejidad. Asimismo, la racionalidad en la aplicación de los recursos presupuestales no justifica la creación de unidades de este tipo cuando se anticipa una baja demanda. Más aún, en el caso de los padecimientos de alta complejidad se requiere de la atención concentrada de un número suficiente de casos a fin de desarrollar la experiencia y habilidades clínicas necesarias para su manejo.

Por otra parte, el uso de los servicios de primer nivel de atención o de mayor complejidad por habitantes de estados circunvecinos es una práctica habitual, condicionada por la cercanía geográfica y los flujos de población relacionados con la actividad comercial y económica de las diversas regiones. Asimismo, la atención necesaria para realizar actividades de salud pública rebasa en muchos casos las fronteras territoriales.

Por estas razones, se requiere de un esfuerzo conjunto que integre algunos servicios e intervenciones en un ámbito regional. Con este fin, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Diseño e instrumentación de acuerdos de coordinación interestatal dirigidos a núcleos demográficos que involucran a dos o más estados en los siguientes ámbitos: vigilancia epidemiológica, urgencias epidemiológicas y desastres, adquisición de insumos mediante compras consolidadas, apoyo logístico para la dotación de suministros a regiones colindantes, asesoría e intercambio de experiencias en áreas administrativas y programas sustantivos, referencia y atención de pacientes que requieren atención médica de alta especialidad, y capacitación y asesoría en atención médica especializada.
- En el caso específico de los laboratorios de salud pública, se propone la creación de laboratorios regionales en por lo menos cinco puntos del país. Estos centros, además de ser la primera instancia de referencia, procesarán pruebas que en la actualidad no realizan los laboratorios estatales. El nivel federal brindará todo el apoyo, capacitación y asesoría para el mejor desempeño de sus funciones.
- Traspaso de recursos entre entidades de acuerdo con los compromisos, acciones y atención otorgados. Los acuerdos de gestión, así como el establecimiento de mecanismos de presupuestación o pago por nivel de atención (véanse las líneas de acción 6.1 y 8.4) servirán como instrumentos para sustentar la cooperación interestatal.

Línea de acción 6.5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud (CNS), que incorpora a los titulares de las secretarías de salud de los estados y del Distrito Federal, se creó en 1986 con el propósito de fortalecer la coordinación de los servicios de salud entre las entidades federativas y la SSA bajo el nuevo esquema de descentralización. Su propósito fundamental es apoyar el cumplimiento del Programa Nacional de Salud, la consolidación del Sistema Nacional de Salud y la federalización plena de los servicios de salud. Además de ser un foro para el diálogo en materia de salud, el CNS es el espacio donde se definen las prioridades y las grandes políticas, y se generan los acuerdos y consensos entre los miembros de la Federación.

Si bien el Consejo ha jugado un papel importante en la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, es necesario reforzar sus funciones para incorporarlo a la discusión de nuevas alternativas de organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud, garantizando un verdadero federalismo cooperativo. De hecho, el principal objetivo de esta acción es constituir al CNS en un órgano colegiado de las autoridades sanitarias del país en el que se definan, coordinen y evaluen las políticas y programas estratégicos de salud, respetando la soberanía de los gobiernos estatales y municipales. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Fortalecimiento de las recomendaciones emitidas en el seno del CNS.
- Establecimiento en el CNS de comisiones y grupos de trabajo para el estudio de problemas que influyen en la operación descentralizada de los servicios, a fin de emitir las recomendaciones necesarias.
- Promoción de acuerdos explícitos de cooperación interestatal en el desarrollo de programas y servicios en el ámbito regional, incorporando elementos que garanticen la viabilidad financiera de los acuerdos así como la clara definición de compromisos y responsabilidades.
- Promoción de la rendición de cuentas en los congresos locales, ante la ciudadanía y ante el propio CNS.

Línea de acción 6.6. Municipalizar los servicios de salud

La descentralización y desconcentración están guiadas por el principio de subsidiaridad, que indica que todo aquello que puede asumir un órgano de gobierno no debe ser asumido por sus autoridades superiores. Este principio encuentra su legitimación en el mayor conocimiento de la realidad que supone brindar los servicios a los ciudadanos bajo una perspectiva local. El fortalecimiento de los gobiernos locales, además, es consustancial a la construcción democrática ya que le asigna a los municipios un papel protagónico en la definición, operación y evaluación de políticas sociales.

La Ley General de Salud, en su artículo 13, señala que a los gobiernos de las entidades federativas les corresponde formular y desarrollar programas locales de salud en el marco del sistema estatal de salud. El municipio constituye la instancia natural para procesar efectivamente las demandas más inmediatas de la sociedad local.

La propuesta de esta administración es potenciar el papel y compromiso de los municipios no sólo en las acciones tradicionales de salud pública, el control de instalaciones o el saneamiento ambiental, sino también en la determinación de prioridades, la formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial, la participación en los órganos de decisión de nivel estatal, la gestión directa de los servicios de atención de primer nivel, y las decisiones sobre construcción y ubicación de unidades médicas nuevas o la ampliación de las existentes.

Dado el reducido tamaño de algunos municipios y la escala de operación que se requiere para cumplir con algunas de las tareas que han de asumir, en muchos casos se promoverá la agrupación de municipios, la gestión mancomunada de los servicios o incluso la operación bajo el marco de la jurisdicción.

Este proceso de municipalización será progresivo y sin menoscabo de la coordinación y autoridad de las entidades federativas y las jurisdicciones sanitarias. Se efectuará de acuerdo con los contenidos, plazos, fórmulas de financiamiento y coordinación que determinen las entidades federativas. Para su diseño y puesta en marcha el CNS creará un grupo de trabajo *ad hoc* que emitirá recomendaciones sobre los siguientes aspectos:

- Balance y restricciones de las experiencias de municipalización de servicios de salud en los diferentes estados.
- Competencias susceptibles de ser asumidas en el nivel municipal y papel de la jurisdicción.
- Implicaciones legales, institucionales y en materia de recursos humanos, materiales y financieros de llevar nuevas responsabilidades al nivel municipal.

ESTRATEGIA 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

La Ley General de Salud le confiere a la SSA las funciones de rectoría sobre todo el sector, que comprende a todos los actores e instituciones, públicos o privados, federales o estatales que desempeñan actividades relacionadas directamente con la salud. Esto incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en la materia y coordinar los programas de salud de las diferentes dependencias y entidades.

La función de rectoría ha evolucionado y hoy implica la separación de funciones y el abandono, por parte del Estado, de la prestación directa de servicios. Supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y el análisis de la información, y la evaluación del desempeño.

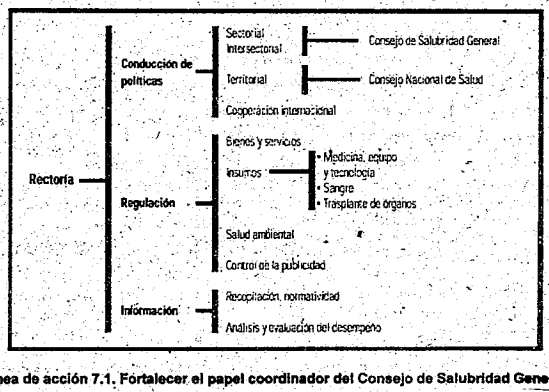
La presente administración se propone fortalecer la función rectora de la SSA mediante la consolidación de su papel como instancia encargada del diseño e instrumentación de las políticas nacionales de salud, la coordinación de las actividades regulatorias, la representación internacional, la generación de información sectorial y la evaluación del desempeño.

ESTRATEGIA

Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

Líneas de acción

7.1. Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General
7.2. Fortalecer la coordinación intra e intersectorial
7.3. Promover la cooperación internacional
7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos
7.5. Proteger a la población contra riesgos sanitarios
7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud
7.7. Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud
7.8. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud



Línea de acción 7.1. Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General (CSG) es un órgano constitucional que depende del Presidente de la República. Está presidido por el Secretario de Salud y se integra con un secretario y 13 vocales titulares especializados en diversas ramas sanitarias designados por el titular del Ejecutivo Federal. Su función primordial es la de funcionar como foro de análisis y decisión de temas sanitarios de importancia coyuntural o estratégica que obligan al Ejecutivo Federal a la consulta con expertos.

Como parte de su fortalecimiento, en la presente administración se diseñará un nuevo reglamento para el Consejo que contempla como uno de sus temas principales la creación de una Junta Ejecutiva para este órgano colegiado conformada por los titulares de la SSA, IMSS e ISSSTE que definirá políticas, estrategias y acciones conjuntas para el seguimiento y cumplimiento de las metas del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Esta Junta Ejecutiva contará con el auxilio de diversos comités y grupos de trabajo.

La relevancia de las funciones de la Junta Ejecutiva y de sus comités hará de ella el principal instrumento del CGS en el establecimiento de las directrices de las políticas de salud en nuestro país haciendo realidad la efectiva coordinación entre las instituciones de salud.

Línea de acción 7.2. Fortalecer la coordinación intra e intersectorial

El trabajo coordinado entre las diversas instituciones de salud y los diversos sectores relacionados con la salud permite operar los programas de manera más eficiente en el nivel local. Por ello se propone no sólo continuar con el trabajo de coordinación de los siguientes órganos, sino reforzarlos y buscar la operación de algunos más para construir espacios de trabajo para los programas de acción derivados de este *Programa Nacional de Salud 2001-2006*:

- Consejo Nacional contra las Adicciones
- Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA)
- Comisión Nacional de Bioética
- Comisión Nacional del Genoma Humano
- Comisión Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Comisión Intersectorial de Formación de Recursos para la Salud
- Comisión Intersectorial de Investigación en Salud
- Comité Nacional de Salud Bucal
- Comité Nacional para la Atención del Envejecimiento
- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva

Estos órganos deberán participar activamente en la elaboración y ejecución de los programas de acción que correspondan a su ámbito; constituir el enlace oficial para facilitar el trabajo de diferentes instancias dentro del sector salud y otros sectores, y de las autoridades federales, estatales y municipales; colaborar con el CSG y con el CNS para conjuntar esfuerzos, de manera que sirvan como apoyo para instrumentar sus recomendaciones, y emitir lineamientos y normas que respondan al marco regulatorio establecido.

Línea de acción 7.3. Promover la cooperación internacional

En un mundo cada vez más globalizado, las fronteras entre las políticas nacionales e internacionales de salud son cada día más tenues. México, en particular, ha abierto en los últimos años sus fronteras al comercio y se ha incorporado a diversos bloques comerciales. Esto, aunado a la revolución de las comunicaciones y a la intensificación de los flujos migratorios, tiene enormes impactos en la salud. El gobierno de México, además, como miembro de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, ha adquirido compromisos internacionales muy diversos. Actualmente están vigentes 23 convenios internacionales en aspectos tan diversos como VIH-SIDA, salud de las mujeres, tuberculosis y trasplante de órganos y tejidos, entre otros.

De particular relevancia son los programas de salud fronteriza México-Estados Unidos, que contemplan, entre otras cosas, el diseño de la Cartilla Binacional de Salud que permitirá apoyar el control de enfermedades en ambos lados de la frontera.

Asimismo, los intercambios técnicos y académicos son de vital importancia tanto para reforzar la formación de recursos humanos, como para enriquecer el debate y la definición de políticas en materia de salud a partir de las experiencias internacionales.

En este ámbito la actual administración desarrollará las siguientes actividades:

- Seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos en materia de salud.
- Fortalecimiento de la presencia de México en los organismos multinacionales de salud, en particular en la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, el Fondo de Naciones Unidas para Población, y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Incremento de la presencia de México en materia de salud en organismos de cooperación multilateral como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, la Organización de Estados Americanos, la Comisión de Cooperación Ambiental de Norte América, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, la Comisión Interamericana de Mujeres y la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, entre otros.
- Consolidación de las relaciones con organismos de cooperación internacional de otras naciones.
- Evaluación de alternativas para garantizar la atención permanente de las necesidades de salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos.
- Fortalecimiento de vínculos de colaboración y cooperación con los países limítrofes de México: Estados Unidos, Guatemala y Belice.

Línea de acción 7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos

Los medicamentos son un componente esencial de la atención de la salud. Sin embargo, para que puedan cumplir adecuadamente con su papel, es necesario garantizar su efectividad y seguridad, su abasto suficiente y oportuno, su prescripción racional, y su venta en las presentaciones adecuadas y a un costo razonable.

Con el fin de cumplir con estos requerimientos, la presente administración realizará las siguientes actividades en materia de medicamentos:

- Revisión de los mecanismos de elaboración del Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel y del Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles de atención, con el fin de fortalecer su papel de referencia común para todas las instituciones del sector salud. En particular se trabajará en la elaboración de una lista de medicamentos e insumos esenciales para el primer nivel de atención bajo los siguientes criterios: ser de alta efectividad demostrada y bajo costo; estar indicados para los padecimientos agudos de más alta incidencia entre la población pobre; estar indicados para los padecimientos crónicos de más alta prevalencia en el país; ser fundamentales para los programas prioritarios de salud pública, y tener la posibilidad de comercializarse preferentemente como genéricos intercambiables (GI).
- Promoción del diseño y operación de sistemas eficientes de abasto de los medicamentos esenciales y del surtimiento de recetas en las unidades médicas de primer nivel de las instituciones públicas de salud. La meta es que en el año 2006, 90 por ciento de las unidades médicas de primer nivel de atención de las instituciones públicas cuenten con un abasto permanente de al menos 80 por ciento de los productos incluidos en la lista de medicamentos esenciales.
- Concertación de acciones con la industria farmacéutica, los distribuidores de medicamentos y las farmacias para asegurar el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos esenciales en todas las farmacias del sector privado.
- Fomento del consumo de medicamentos GI, introduciendo los incentivos adecuados para los fabricantes; promoviendo su inclusión en las guías de prescripción actualmente disponibles en farmacias y su compra por las instituciones públicas de salud, y garantizando el cumplimiento de la regulación en materia de prescripción por nombre genérico.
- Por lo que respecta al marco jurídico existente en materia de regulación de la promoción y venta de medicamentos al público, se propone el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de los expendios de medicamentos.
- Elaboración de guías de prescripción razonada que incorporen además de los datos usualmente contenidos en las publicaciones técnicas disponibles en México, información relevante de medicina basada en evidencia y de costos. El uso de estas guías deberá estar vinculado al uso de las guías clínicas para la práctica médica.
- Capacitación del personal de salud y de farmacias sobre las ventajas del uso racional de medicamentos.
- Implantación de mecanismos para hacer efectivo el derecho de los pacientes a la información.
- Promoción de las evaluaciones de costo-efectividad de los nuevos medicamentos como criterio para informar las compras de las instituciones públicas de salud.

Línea de acción 7.5. Proteger a la población contra riesgos sanitarios

El Estado tiene la responsabilidad de proteger a la sociedad contra riesgos a la salud ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias. También está encargado de la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales sobre la salud.

Para cumplir con estas responsabilidades, la Ley General de Salud confirió a la SSA, entre otras atribuciones, el ejercicio del control sanitario sobre el proceso, uso, importación, exportación, aplicación, disposición final y publicidad de los productos antes mencionados, así como sobre los establecimientos respectivos.

En la actualidad, el ejercicio de estas funciones está fraccionado por especialidades que desempeñan diversas unidades administrativas centrales, que han dado origen a políticas, estrategias y actividades administrativas muy diversas.

Adicionalmente, ante la creciente aparición de nuevos productos en el mercado cuya seguridad debe garantizarse, es necesario diseñar nuevas medidas y acciones para detectar y prevenir oportunamente los riesgos y daños a la salud que pudieran originar. La inversión en protección contra riesgos a la salud, además, es consistente con los principios de desarrollo sustentable.

Por estos motivos, la presente administración adoptará las siguientes medidas en esta materia:

- Integración del ejercicio de la totalidad de las funciones de control sanitario en un solo órgano que dé unidad y homogeneidad a las políticas que en esta materia se definan y que cuente con autonomía técnica, administrativa y operativa suficiente.
- Creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como órgano desconcentrado de la SSA encargado de la regulación, control y fomento sanitarios.

Esta comisión tendrá como funciones básicas las siguientes:

- Instrumentar la política nacional en materia de protección contra riesgos sanitarios.
- Mejorar la regulación y el control sanitarios.
- Ejercer el control y vigilancia sanitarios, y la evaluación de riesgos a la salud derivados de los productos, actividades y establecimientos materia de su competencia.
- Ejercer las atribuciones que actualmente tiene la SSA en materia de efectos del ambiente en la salud, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancia tóxicas, peligrosas o radiaciones.

La Comisión contará con un órgano auxiliar de consulta y opinión denominado Consejo Consultivo Mixto, compuesto por representantes de agrupaciones, asociaciones, cámaras o empresas del sector privado, social, productivo y de servicios relacionados directamente con las actividades objeto de la Comisión, así como por personas que se distingan por sus méritos académicos o científicos en áreas relacionadas. Su función fundamental será conocer y opinar sobre las políticas regulatorias y de fomento que determine o implante la Comisión, así como sobre las prioridades en la normalización y la simplificación de trámites y procedimientos.

Línea de acción 7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud

La generación de información en salud en México ha tratado de responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico, y a las transformaciones de nuestras instituciones de atención a la salud. En este proceso ha sido incorporado a su arsenal tradicional de instrumentos nuevas metodologías y nuevos indicadores. Así, se ha transitado de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que confronta, de manera regular, las fuentes de información y establece equivalencias entre los diversos datos originados dentro y fuera del sector. Esto ha permitido apoyar de manera creciente las actividades de planeación y la toma de decisiones.

La instancia operativa que ha conducido la conformación del SINAIS es el Grupo Interinstitucional de Información en Salud, que está constituido por representantes de todas las instituciones públicas de salud y de las agencias federales encargadas de la generación y recopilación de éste y otro tipo de información (INEGI, CONAPO, entre otras). En fechas recientes se han incorporado también a este grupo a representantes de diversas instituciones del sector privado.

Mención especial merece también el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que recoge información periódica sobre una gran variedad de enfermedades transmisibles y sobre ciertos padecimientos no transmisibles. Este sistema proporciona información muy útil para la operación regular de los servicios y para el control de brotes y epidemias.

Para generar información homogénea se han tenido que conciliar al menos ocho sistemas institucionales de información y diversos subsistemas, cada uno de los cuales tienen formatos de captación que responden a marcos conceptuales diferentes, que a su vez responden a los propósitos y alcances de cada institución. Un ejemplo muy claro son algunas instituciones privadas que no utilizan las clasificaciones de enfermedades aceptadas internacionalmente. Asimismo, la infraestructura tecnológica y el desarrollo técnico de los recursos humanos en estas áreas no son los mismos en todas las instituciones. Esto, por supuesto, ha repercutido en la disponibilidad, oportunidad, compatibilidad y calidad de la información.

Por otro lado, la información de carácter administrativo, útil para la planeación y operación de los servicios, se ha ido incorporando de manera muy lenta a los sistemas institucionales de información en salud y de manera todavía más lenta al sistema sectorial.

La consolidación del SINAIS, por lo tanto, depende de tres factores: i) la armonización progresiva de los sistemas institucionales; ii) la incorporación paulatina de la información administrativa a los sistemas institucionales y al sistema sectorial y iii) la incorporación efectiva de la información del sector privado.

Dentro de las estrategias centrales en este rubro destaca la profesionalización de los recursos humanos en el área de información mediante el diseño de programas de capacitación y educación continua, y de estructuras de incentivos que minimicen la movilidad laboral y promuevan la excelencia.

Dentro de las acciones que habrán de llevarse a cabo en esta administración en este rubro se incluyen las siguientes:

- Fortalecimiento y armonización de la red informática del SINAIS.
- Consolidación hasta el nivel jurisdiccional y delegacional de la automatización de los reportes periódicos de la información en salud.
- Evaluación de la incorporación paulatina de la información administrativa a los sistemas institucionales de información en salud y al SINAIS.
- Finalización de la elaboración, análisis y revisión de la Norma Oficial Mexicana de Información en Salud.
- Automatización de la codificación de la Causa Básica del Certificado de Defunción.
- Creación de un servicio civil de carrera en el área de información en salud de las instituciones públicas.
- Fortalecimiento del sistema de comunicación de resultados de los Sistemas Nacional de Información en Salud y de Evaluación del Desempeño.
- Integración del SINAIS al Centro de Análisis e Información de la Presidencia de la República.
- Incorporación de la perspectiva de género en la definición de indicadores y la desagregación de la información que se genere por edad y sexo.

Línea de acción 7.7. Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud

Otro reto pendiente es el desarrollo de un sistema de información financiera que permita captar no sólo los recursos gastados sino también los flujos al interior de las instituciones del sector para así conformar un sistema de cuentas nacionales y estatales de salud que permita apoyar la toma de decisiones en materia de financiamiento y asignación del gasto. Este sistema debería permitir desagregar la información de gasto no solo por fuente, fondo y proveedor, sino también por tipo y nivel de atención, grupos de edad y sexo, y tipos de padecimientos, entre otras variables.

Para atender este reto, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Creación dentro del SINAIS de un sistema de cuentas nacionales de salud.
- Creación, en todas las entidades federativas, de sistemas de cuentas estatales de salud.
- Uso del sistema de cuentas nacionales y estatales de salud como mecanismo de apoyo en materia de financiamiento y asignación de recursos.

Línea de acción 7.8. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud

La evaluación del desempeño del sistema de salud es uno de los principales instrumentos de la SSA para cumplir con sus funciones de rectoría. Además de evaluar el cumplimiento de los objetivos del sistema constituye un mecanismo básico de rendición de cuentas.

La evaluación del desempeño tiene como fin medir la magnitud de los cambios en los productos sustantivos del sistema: i) el nivel y la distribución de las condiciones de salud de la población; ii) el nivel y distribución del trato adecuado y iii) la protección financiera. Esta información permite ajustar políticas, hacer más eficiente la gestión de los programas y hacer más justa y racional la asignación de los recursos.

Pero además de evaluar el desempeño en la consecución de estos tres objetivos, el sistema de evaluación tiene también la obligación de dar seguimiento y evaluar los programas prioritarios de la administración.

PRESCRIPCIÓN INJUSTIFICADA DE MEDICAMENTOS Y AUTOMEDICACIÓN

Uno de cada cuatro mexicanos que compra medicamentos sin receta los adquiere en forma combinada y en presentaciones de eficacia y seguridad dudosas

Aunque la mayoría de los sistemas de salud actualmente enfrentan problemas para disponer de medicamentos baratos, suficientes y de buena calidad, es indudable que también es un reto lograr que los medicamentos disponibles sean utilizados en forma racional. De hecho, los dos principales problemas relacionados con el uso incorrecto de los medicamentos en México son la prescripción injustificada y la automedicación.

La *prescripción injustificada* se refiere a la indicación indebida de medicamentos por parte de un profesional de la salud. Este problema es relativamente frecuente, sobre todo en el uso de antibióticos para el tratamiento de problemas relativamente benignos de corta duración y autolimitantes, como algunas diarreas e infecciones respiratorias agudas.

La prescripción injustificada incrementa el riesgo de los pacientes y propicia la aparición de tolerancia y resistencia a los medicamentos. Además, el hecho de que uno de cada cinco pacientes atendidos por profesionales reciba entre tres y cinco medicamentos simultáneamente incrementa el riesgo de presentación de interacciones medicamentosas y reacciones adversas.

Una consecuencia de la prescripción injustificada que casi nunca se considera es el incremento de los costos de la atención. Se sabe que 93 por ciento de los usuarios de los servicios de salud reciben prescripción medicamentosa, y que alrededor de la mitad pagan directamente de su bolsillo el costo de las medicinas prescritas. Este pago es más frecuente conforme la población es más pobre, no asegurada y vive en las zonas rurales del país. Es probable que la población en peores condiciones socioeconómicas pague más frecuentemente por sus medicamentos debido a que en este grupo la proporción de asegurados es baja. De cualquier manera, la prescripción injustificada de medicamentos es más perjudicial entre las personas de bajos recursos, no sólo porque es biológicamente dañina, sino porque les obliga a hacer un gasto innecesario.

A pesar de que el costo promedio de una receta oscila entre 120 y 200 pesos, los médicos pocas veces consideran los costos de los medicamentos que prescriben y por este motivo adicional es un deber de las instituciones públicas fomentar su uso racional.

Entre las causas de prescripción injustificada se encuentran, la presión de los pacientes para obtener una receta, la inexistencia de normas técnicas de prescripción y la presencia de compañías que promueven el uso de sus medicamentos, obsequiando muestras. Para abatir este problema es necesario insistir en su importancia durante la formación del médico y fortalecer la aplicación de normas técnicas, cuando estan disponibles, o su creación, si no existen.

La *automedicación*, por su parte, se refiere al consumo de medicinas que no fueron indicadas por un profesional como resultado de un diagnóstico médico. Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, en México dos de cada tres compradores en farmacias privadas lo hacen sin receta médica. Los tres grupos de medicinas que más se consumen sin receta medica son los antimicrobianos, los analgésicos y las vitaminas. Uno de cada cuatro mexicanos que compra medicamentos sin receta los adquiere en forma combinada y en presentaciones de eficacia y seguridad dudosa. Estos porcentajes son similares a los informados en otros estudios en México y otros países en vías de desarrollo.

Es necesario señalar que la automedicación es resultado de la falta de acceso regular a servicios de salud, baja disponibilidad de medicamentos esenciales en las unidades públicas y carencia de información médica constante y confiable. Aun así, es indispensable realizar estudios que permitan identificar la magnitud del problema en el país y su distribución regional y por condición social y económica, a fin de adoptar medidas regulatorias encaminadas a disminuir el riesgo en los consumidores y el dispendio de recursos. La creación de reglamentos que regulen la promoción y comercialización de los medicamentos, la capacitación de los dependientes de farmacias y la educación para la salud de los consumidores son estrategias que deben armonizarse y complementarse.

Para llevar a cabo adecuadamente estas funciones, es necesario fortalecer el sistema nacional de información en salud, crear un sistema nacional y estandarizado de indicadores de evaluación, y capacitar a los recursos humanos responsables de esta función en el nivel central y las entidades federativas.

Dentro de las actividades que se realizarán en esta materia en esta administración se incluyen las siguientes:

- Consolidación, con la participación de los miembros del CNS, de un sistema de indicadores de resultado destinados a evaluar de manera agregada el desempeño del sistema de salud en los niveles nacional y estatal.
- Fortalecimiento del SINAIS en aquellos rubros que permitan generar los insumos necesarios para evaluar los sistemas nacional y estatales de salud.
- Fortalecimiento de la vinculación de las áreas federales y estatales encargadas de actividades de evaluación.
- Creación de un sistema de diseminación de los resultados de las actividades de evaluación que permitan una adecuada rendición de cuentas y apoyen las actividades de planeación y la toma de decisiones.

ESTRATEGIA 8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

La atención a la salud en prácticamente todo el mundo ha pasado de privilegiar el acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional a promover cada día más la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad. Por otro lado, los esfuerzos por mejorar la respuesta del sistema y la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud han acercado la toma de decisiones y el manejo de los recursos al ámbito local y le han otorgado a los usuarios mayor capacidad de decisión.

A tono con esta transición, la presente administración propone la adopción de un nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). Se trata de un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado. Un modelo que, retomando los éxitos de cobertura alcanzados, restablezca la continuidad de la atención.

Las líneas de acción que se presentan a continuación se dividen en dos grupos: líneas de acción dirigidas a reorganizar los espacios de la atención y líneas de acción destinadas a articular la prestación de servicios.

Línea de acción 8.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario

Los sistemas tradicionales de salud se caracterizan, entre otras cosas, por su rigidez organizativa y por la desatención de las necesidades de salud que no llegan a las instituciones de salud. En la práctica esto significa que el sistema descarga una gran parte de la atención de las personas enfermas y de los adultos mayores sobre los ámbitos doméstico y comunitario, en particular sobre las mujeres, quienes cumplen un papel fundamental como cuidadoras informales.

8
ESTRATEGIA
Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)

Líneas de acción

8.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario
8.2. Fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención
8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato
8.4. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas
8.5. Optimizar la capacidad instalada
8.6. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud

Por otra parte, la combinación de autocuidado, atención comunitaria y cuidados profesionales ha demostrado ser una alternativa eficiente de producción de servicios de salud.

Frente a estos hechos, la SSA impulsará diversas iniciativas destinadas a proporcionar servicios de atención a la salud en estrecho contacto con los medios familiar y comunitario. Estas iniciativas requieren de la cooperación interinstitucional y de fórmulas de colaboración con los grupos de autoayuda y las organizaciones no gubernamentales (ONG). Dentro de estas iniciativas se incluyen:

- Concientización de la ciudadanía sobre el derecho y la obligación de los pacientes a intervenir activamente en su propia atención, desde las etapas preventivas hasta la rehabilitación.
- Creación de servicios de enfermería comunitaria y domiciliaria.
- Fortalecimiento de las unidades médicas de atención y seguimiento domiciliario de los pacientes terminales.
- Fortalecimiento de los servicios ambulatorios en los hospitales y de los centros de día.
- Fomento de la participación de las ONG en las actividades de promoción de conductas saludables.
- Creación de mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar y comunitario de los enfermos mentales, los enfermos crónicos, los adultos mayores y los discapacitados.

Línea de acción 8.2. Fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención

Un altísimo porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención. No obstante esto, los usuarios de los servicios públicos de salud tienden a recurrir con frecuencia a los servicios de urgencias y a los servicios de consulta externa de los hospitales. La razón de esto es la falta de capacidad resolutiva de las unidades de salud de primer nivel que, a su vez, se debe a la escasez de medicamentos e insumos básicos, a problemas de capacitación del personal de salud y a diversas barreras organizativas (horarios mal planeados, largos tiempos de espera, trato inadecuado).

Para fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de las instituciones públicas, la presente administración implantará las siguientes actividades:

- Mejoramiento del abasto de medicamentos e insumos esenciales en las unidades y farmacias de primer nivel.
- Capacitación del personal activo en la atención de los padecimientos que constituyen los principales motivos de consulta, incluyendo a las enfermedades emergentes (diabetes, hipertensión, depresión) y las lesiones.
- Revisión de la estructura organizativa de las unidades de primer nivel para adaptar los horarios de consulta y la organización de las actividades de preconsulta a las necesidades de los usuarios.
- Actualización de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

Línea de acción 8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato

El control centralizado de las unidades de salud incide de manera negativa en la calidad y la eficiencia de la atención a la salud. Los servicios que funcionan bajo estas condiciones responden con lentitud y de manera poco precisa a las necesidades de los pacientes y de los proveedores directos de la atención, y a los cambios en la demanda de servicios.

Por otro lado, la asignación de recursos a los prestadores de servicios de salud sobre bases históricas tiende a ser inequitativa e ineficiente y a perpetuar la inequidad y la ineficiencia. Esta forma de asignación, además, tradicionalmente no está asociada a mecanismos explícitos de rendición de cuentas y a procesos de evaluación del desempeño.

Con el fin de superar las limitaciones asociadas a estas formas de organización de los servicios de salud, el MIDAS contempla promover como alternativas la autonomía hospitalaria y la asignación de recursos a los hospitales sobre la base de acuerdos de gestión, que son instrumentos contractuales que comprometen a los prestadores de servicios a cumplir con determinadas metas de cobertura y calidad a cambio de una cantidad determinada de recursos. La autonomía y los acuerdos de gestión estimulan la responsabilidad institucional y generan incentivos para mejorar la calidad y la productividad de los servicios.

En este rubro, la actual administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Transición gradual de la asignación de recursos sobre una base histórica a una asignación presupuestal basada en acuerdos de gestión en los que se definan la población que habrá de cubrirse, los parámetros de asignación per cápita, el paquete de beneficios, las partidas presupuestales que tendrán un manejo desconcentrado y las metas tanto de cobertura como de calidad.
- Incorporación a los acuerdos de gestión de apartados que detallen las características de los servicios que habrán de ofrecerse y de los recursos humanos que habrán de prestarlos; los programas de calidad; los mecanismos para proteger los derechos de los usuarios, y los procedimientos de revisión y modificación de los acuerdos.

Línea de acción 8.4. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas

En la medida en que la atención a la salud se constituya en un derecho ciudadano, los mexicanos podrán utilizar los servicios de salud de acuerdo con su percepción de la calidad y accesibilidad (geográfica, cultural) de los mismos.

En este marco, los mecanismos de compensación deben ser vistos como una estrategia para fortalecer la separación del financiamiento y la prestación, romper barreras organizacionales y geográficas, y recompensar a los prestadores que ofrezcan los mejores servicios al menor costo. Dicho de manera simple, los mecanismos de compensación tienen como objetivo asegurar que los recursos sigan al paciente, quien en estas condiciones tendrá la posibilidad de elegir al proveedor primario de su preferencia.

Esta dinámica permitirá una utilización más eficiente tanto de los recursos económicos –ya que se evitarían los pagos dobles– como de la capacidad instalada.

Los acuerdos de compensación, de hecho, podrán establecerse entre entidades, municipios o instituciones y promoverán la utilización plena de la capacidad instalada al fomentar la oferta de capacidad excedente a partir de arreglos en los que se identifiquen los mecanismos de traspaso de costos.

Dentro de las actividades que se desarrollarán en este rubro se incluyen:

- Adecuación del marco jurídico de las institucionss prestadoras de servicios de salud para facilitar su integración funcional mediante la oferta de la capacidad excedente.
- Desarrollo de mecanismos y parámetros comunes de costeo, programación y control presupuestal para facilitar la interacción administrativa de las instituciones prestadoras de servicios.
- Promoción de acuerdos de colaboración y transferencia de recursos entre entidades federativas e instituciones del sector.
- Las entidades prestadoras de servicios, deberán convenir parámetros de cobro por cada tipo de servicio de salud, que les permita proceder al cobro y liquidación directos de los servicios intercambiados.

Línea de acción 8.5. Optimizar la capacidad instalada

El sistema de salud enfrenta una serie de problemas relacionados con diversas barreras que impiden la utilización racional de los servicios de salud. Estas barreras están asociadas a culturas organizacionales cerradas que han dado origen a situaciones en las que el dispendio y la duplicación coexisten con la carencia.

Las diferencias en las tasas anuales de ocupación hospitalaria entre entidades e instituciones es uno de los mejores ejemplos de las consecuencias de la falta de interacción. Mientras que en la SSA la tasa de ocupación hospitalaria es de 62 por ciento, en el IMSS es de 84 por ciento. Esta situación obligaría en un futuro cercano a explorar las posibilidades de utilización de la capacidad instalada excedente antes que realizar nuevas inversiones en infraestructura.

PROGRAMA DE DESCONCENTRACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: ÁREAS MÉDICAS DE GESTIÓN DESCONCENTRADA

El modelo de áreas médicas de gestión desconcentrada del IMSS expresa plenamente la intención de este organismo de mejorar la salud de sus derechohabientes ofreciéndoles servicios integrados, costo-efectivos, predominantemente anticipatorios y de alta capacidad resolutiva

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició su programa de desconcentración entre 1995 y 1997, con la creación de siete direcciones regionales y 37 delegaciones en el país. Entre 1999 y 2000 acordó transferir la responsabilidad de las áreas operativas a sus delegaciones a través de la creación de 139 entidades que funcionarán como proveedoras de servicios de salud, a las que se denominó Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El financiamiento de los servicios correría a cargo de cada una de las 37 delegaciones desconcentradas. La firma de acuerdos de gestión entre cada delegación y las correspondientes AMGD formalizarían el proceso de desconcentración del IMSS hasta sus últimas unidades.

El modelo de AMGD del IMSS –cuyo papel es la desconcentración administrativa, financiera y médica– expresa plenamente la intención de este organismo de mejorar la salud de sus derechohabientes ofreciéndoles servicios integrados, costo-efectivos, predominantemente anticipatorios y de alta capacidad resolutiva (véase figura). Dentro de las principales características de un AMGD se incluyen:

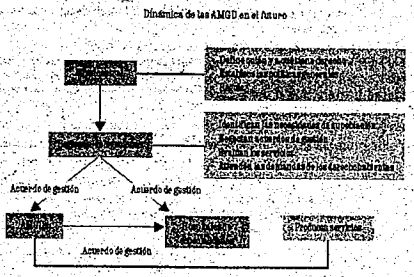
- Ser responsable de una área geográfica con entre 150 y 200 mil derechohabientes con rasgos demográficos y epidemiológicos comunes.
- Estar integrada por un hospital general de zona o regional, hospitales generales, unidades de medicina familiar y servicios de prestaciones sociales y de salud comunitaria ubicados en su área de influencia.
- Gozar de autonomía de gestión en el manejo de los recursos.
- Ser responsable del cuidado de la salud en la zona que le corresponde, proporcionando atención integral y vinculando las prestaciones sociales con las acciones hospitalarias, de salud comunitaria y de medicina de familia.
- Tener capacidad resolutiva de por lo menos 90 por ciento de las demandas generadas en su ámbito de competencia.
- Constituir un campo clínico idóneo para las labores formativas y la educación médica de posgrado.

El "acuerdo de gestión", instrumento que formaliza la autonomía relativa del área bajo responsabilidad del AMGD, es un instrumento que permite separar el financiamiento y la prestación de los servicios e impulsar la desconcentración. En particular, estos acuerdos definen los ámbitos de decisión sobre los recursos, las modalidades de la atención, las metas en prestaciones sociales y salud, y los compromisos que para ello establecen los organismos que financian (delegaciones) y prestan los servicios (AMGD).

La desconcentración ha sido parcial, ya que los recursos siguen centralizados en las delegaciones. Durante el año 2000 el IMSS desarrolló acciones para concluir este proceso. Se ha identificado la necesidad de redefinir el tamaño y concilar las facultades administrativas, médicas y financieras a transferir a la AMGD; precisar operativamente el papel de la delegación, región y nivel central como compradores/financiadores; mejorar la administración de los procesos diseñando esquemas de comparación del desempeño y generalización sistemática de avances, y desconcentrar efectivamente las funciones y recursos sin perder el control y la eficiencia de la institución.

En el futuro próximo la estrategia de desconcentración del IMSS seguirá teniendo prioridad a través del Programa de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada. Se espera que para 2006 estas áreas cuenten con completa autonomía de gestión.

Dinámica de las AMGD en el futuro



Una situación similar se vive con los equipos. Hay estados e instituciones que cuentan con equipos subutilizados y estados e instituciones que no se dan abasto con los equipos disponibles. En estas condiciones, cualquier propuesta de compra o renovación de equipo debe hacerse a la luz de la capacidad del equipo disponible. La incorporación de nueva tecnología deberá evaluarse asimismo en función de su costo-efectividad y de su utilidad en la resolución de problemas prioritarios.

Con los recursos humanos sucede lo mismo y antes que contratar a nuevos especialistas, por ejemplo, se deberá evaluar la disponibilidad de ese tipo de recursos en las entidades o unidades vecinas.

Dentro de las actividades que se habrán de desarrollar en este rubro se incluyen:

- Desarrollo de un marco regulatorio que promueva la racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones y entidades para la oferta de servicios excedentes.
- Evaluación en todos los hospitales del sector público de su capacidad instalada por servicio y el diseño de mecanismos para ofertar eficazmente la capacidad excedente.
- Diseño de incentivos relacionados con la oferta de capacidad excedente que beneficien a la institución, a la unidad médica y a los trabajadores.
- Diseño de mecanismos de pago cruzado entre las instituciones y entidades que permitan las transferencias de recursos.
- Diseño y establecimiento de un sistema de precios contables homogéneo que facilite la transferencia de costos.

MODELO DE MEDICINA DE FAMILIA DEL IMSS

El nuevo modelo de medicina de familia del IMSS se fundamenta en la atención médica continua, la atención integral, la capacidad resolutiva, la libre elección del médico por el asegurado y el buen desempeño

Entre las dificultades que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha identificado como prioridad se encuentran algunas relacionadas con la atención de primer contacto. El diagnóstico elaborado destaca la existencia de: i) trabajo excesivamente individualizado; ii) atención rígida, departamentalizada y preferentemente enfocada al tratamiento del daño; iii) falta de incentivos al desempeño individual y colectivo capaces de propiciar oportunidad, calidad y calidez en la prestación del servicio; iv) capacidad resolutiva limitada; v) referencias injustificadas al segundo nivel; vi) irregularidad de las actividades formativas, en especialas de educación continua; vii) insatisfacción de los prestadores de servicios; viii) falta de servicios en las unidades de medicina familiar durante los fines de semana y días festivos, y ix) poca libertad del asegurado para elegir al médico que atiende a su familia, lo que no contribuye a una adecuada relación médico-derechohabiente-familia. En respuesta a esta problemática y en consonancia con las nuevas condiciones demográficas, epidemiológicas, sociales y tecnológicas del país, el IMSS desarrolló un nuevo *Modelo de Medicina de Familia*.

Este modelo busca fortalecer la reorganización de los servicios de salud en las unidades de medicina familiar a través de la realización de actividades preventivas, anticipatorias, curativas y de rehabilitación tempranas; el incremento de la capacidad resolutiva; la integración de procesos; la instrumentación de formas de remuneración relacionadas con el desempeño, y la incorporación de esquemas de competitividad y eficiencia que permitan brindar la calidad y oportunidad en el servicio que demanda la población derechohabiente.

El modelo se sustenta en un sistema integrado de cinco equipos básicos y un equipo de apoyo. El equipo básico está integrado por un médico de familia y una asistente médica, mientras que el equipo de apoyo cuenta con una enfermera especialista en atención primaria a la salud, dos auxiliares de enfermería y una trabajadora social. Todos ellos son coordinados por un jefe de módulo de medicina de familia.

La operación del modelo se fundamenta en cinco premisas: i) la atención médica continua; ii) la atención integral; iii) la capacidad resolutiva; iv) la libre elección del médico por el asegurado, y v) el buen desempeño.

La identificación de las necesidades de salud de la población se realizará mediante el diagnóstico de salud familiar y el análisis epidemiológico de la población atendida por la unidad médica. El diagnóstico de salud será actualizado anualmente. La información permitirá identificar los logros y las necesidades de salud y servirá de fundamento para elaborar los programas de trabajo por médico, módulo y unidad médica. De esta forma será posible priorizar los problemas de salud, definir las tareas y asignar los recursos.

También se ha propuesto un programa de educación continua que tiene como elemento central el concepto de Centro Docente Asistencial (CDA) como modelo educativo sostenible. Se entiende como CDA a una unidad de medicina familiar en la cual los médicos adscritos otorgan atención de excelencia a sus pacientes en padecimientos seleccionados y al mismo tiempo realizan actividades de educación continua con médicos de otras unidades de medicina familiar. Además, hay interacción permanente con otros especialistas de los hospitales de referencia, de quienes se recibe asesoría con enfoque de atención integral.

La magnitud de los cambios propuestos, que abarcan modificaciones a la estructura y procesos de provisión de atención, así como la implantación de mecanismos de reconocimiento y retribución al buen desempeño del personal, justifica la realización de diversos estudios de evaluación del modelo. La meta de la institución será desarrollar un modelo de atención sostenible y capaz de contribuir significativamente a la mejoría de la salud de la población del país.

Línea de acción 8.6. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud

Las oportunidades que ofrece la revolución tecnológica son cada día mayores. En el campo de la salud, las telecomunicaciones ofrecen la posibilidad de resolver problemas en la continuidad de la atención y superar barreras geográficas que a la fecha habían sido infranqueables.

El MIDAS contempla la creación de redes virtuales de prestación de servicios de salud que harán más eficiente la referencia y contrarreferencia de pacientes, garantizando la continuidad de la atención; evitarán la duplicación de estudios, y ampliarán la oferta de servicios, entre otras cosas.

La integración virtual de servicios significa la utilización de los avances tecnológicos en materia de comunicación para compartir información de manera rápida, y apoyar el diagnóstico y tratamiento con tecnología especializada que expanda la capacidad resolutiva de los servicios locales. La integración virtual de servicios le permitirá a los prestadores organizarse en redes integradas que rebasarán las barreras geográficas y evitarán el traslado de pacientes, aproximando así los servicios a los usuarios. La atención especializada será una realidad a la que se podrá acceder localmente. Las redes virtuales, en resumen, facilitarán la oferta de servicios pertinentes y oportunos.

Dentro de las actividades que se desarrollarán para promover la creación de redes virtuales de atención, se incluyen (véase línea de acción 10.6):

- Diseño de planes de fortalecimiento de la infraestructura de comunicaciones del sector salud.
- Introducción paulatina de sistemas computarizados para el manejo integral de los pacientes en todos los hospitales del sector.
- Diseño de experiencias piloto de redes virtuales en ámbitos geográficos relativamente grandes que incluyan diversos niveles de atención.
- Creación de unidades virtuales de admisión que cuenten con información centralizada sobre camas disponibles por especialidad, que permitirán reducir tanto la capacidad ociosa como la saturación hospitalaria.

Línea de acción 8.7. Financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad

Tradicionalmente los esfuerzos y las innovaciones dirigidos a incrementar la calidad en los servicios de salud han sido aprovechados por los sectores que disfrutan de mejores condiciones generales de vida. Una de las líneas de acción que habrá de implantarse para contrarrestar esta tendencia histórica es ofrecer financiamientos estratégicos para fortalecer los programas cuyo objetivo es la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos, de hecho, deben estar etiquetados a microrregiones, municipios y localidades en donde se concentra la mayor marginación. Estos recursos deberán garantizar la estructuración de paquetes esenciales de salud que se sumen a lo que se ofrece a través del paquete básico de servicios de salud.

Por otro lado, se requieren también recursos para incrementar los niveles tanto de las áreas administrativas centrales como de las estatales, para garantizar un uso más racional de los fondos públicos para la salud.

Tomando en cuenta lo anterior, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, y en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, logró negociar créditos blandos con la banca internacional de desarrollo para financiar el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo Social en Salud (PROCEDES) que destinará, durante el periodo 2002-2006, recursos frescos para el financiamiento de iniciativas destinadas a lograr una mayor equidad y desarrollo en salud con calidad en las regiones y municipios en donde habitan 13.6 millones de habitantes que viven en condiciones de alta marginación.

Dentro de las acciones que habrán de implantarse destacan las siguientes:

- Rehabilitar la infraestructura y aumentar la capacidad resolutiva de 194 hospitales comunitarios.
- Construir 40 nuevos hospitales comunitarios.
- Fortalecer la capacitación gerencial del personal de las áreas centrales y estatales.
- Implantar programas de calidad en los niveles federal y estatal.
- Instrumentar programas de salud para la población de la población indígenas de 15 entidades federativas, que concentran el grueso de esta población.
- Instrumentar programas locales de prevención de VIH/SIDA en las 50 ciudades que concentran el mayor número de casos.

Estas acciones permitirán alcanzar, entre otras, las siguientes metas:

- Garantizar un paquete de servicios esenciales de salud a la población marginada rural que vive en 908 municipios de alta y muy alta marginación.
- Garantizar un paquete de servicios esenciales de salud a la población de mayor marginación que vive en 50 grandes conglomerados urbanos.

ESTRATEGIA 9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

El desarrollo democrático de México debe sustentarse en el ejercicio de los derechos ciudadanos y el reconocimiento de la riqueza de la sociedad civil. En el plano de las políticas sociales esto debe traducirse en políticas de inclusión y mecanismos e instancias de participación.

Un sistema de salud efectivo y eficiente requiere de ciudadanos y grupos organizados interesados en incorporar temas a su agenda y participar en el diseño, implantación y evaluación de sus políticas y programas; ciudadanos y grupos que se constituyan en parte de su soporte técnico, que le den legitimidad a sus iniciativas y cuerpo al nuevo pacto que la sociedad estableció con sus instituciones públicas.

9
ESTRATEGIA
Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

Líneas de acción

9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión

9.2. Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención

9.3. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil

9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos

Para hacer esto realidad, los ciudadanos y sus representantes deben tener acceso a información relevante; contar con foros para dar a conocer sus opiniones y propuestas; participar en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema, y contar con mecanismos para presentar quejas y sugerencias, a las que se deberá responder con oportunidad y eficiencia. El sistema debe ofrecer, asimismo, opciones a los usuarios en el primer nivel de atención. Dado el carácter tan íntimo de la relación médico-paciente, los usuarios deben contar con la posibilidad de ejercer el derecho a elegir al prestador que se hará cargo de su salud y la salud de su familia. Esta libertad tiene la ventaja adicional de que genera una sana competencia que influye positivamente en la calidad de la atención.

Las actividades incluidas en esta estrategia van dirigidas específicamente a ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión del sistema de salud; la promoción de la posibilidad de elegir al prestador en el primer nivel de atención; establecimiento de mecanismos que promuevan la incorporación de los grupos de autoayuda y las ONG a las discusiones y decisiones de políticas, y a la creación de instrumentos que hagan accesible la información de salud a todos los ciudadanos para así propiciar una clara y continua rendición de cuentas.

Línea de acción 9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión

El interés por ciudadanizar la atención de la salud es múltiple. Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, exigen cada día conmayor fuerza el reconocimiento de sus opiniones y demandas, y la participación en la solución de los problemas de salud de carácter local, estatal y nacional. Las autoridades, por su parte, requieren de propuestas informadas y consensadas.

Para integrar a la ciudadanía a todos los procesos relacionados con la atención de su salud es necesario, entre otras cosas, crear canales institucionales para incorporar los diagnósticos, propuestas y opiniones de la población a la agenda pública. Estos canales deben recoger las inquietudes ciudadanas y llevarlas a las instancias de discusión y decisión de nivel municipal, estatal y nacional, dependiendo del caso.

Para ampliar la participación ciudadana en las instancias de discusión y decisión, se propone:

- Creación de Asambleas Municipales y Estatales de Salud, que a su vez darán origen a una Asamblea Nacional Ciudadana de la Salud para el intercambio periódico de ideas y experiencias entre autoridades y ciudadanos.
- Utilización de estas asambleas también como espacios para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos para la salud y el avance de las políticas y programas del sector.

Línea de acción 9.2. Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención

Los ciudadanos tradicionalmente cuentan con tres mecanismos para manifestar sus preferencias: la voz, el voto y la selección del bien o servicio de su preferencia. En el campo de la salud esta última posibilidad se concreta en la elección del prestador en el primer nivel de atención.

La presente administración promoverá la implantación responsable, gradual y ordenada de la elección del proveedor primario de atención en todas las instituciones públicas. Con este fin, llevará a cabo las siguientes actividades:

- Promoción del diseño de modalidades propias de libre elección del médico de familia en cada institución pública de salud.
- La creación de bases de datos para la identificación de los pacientes que conforman la lista de cada médico para con ella evaluar la posibilidad de cambiar de médico de familia de acuerdo con las disposiciones que emita cada institución.

Línea de acción 9.3. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil

La consolidación del nuevo pacto político entre gobierno y sociedad se plasma en la consecución de consensos para la implantación de políticas y programas. En este proceso uno de los principales actores son las ONG, que desarrollan, al margen del gobierno, diagnósticos, actividades y programas dirigidos a atender diversos tipos de problemas. Estas organizaciones, además, frecuentemente funcionan como grupos de presión que favorecen la incorporación de temas a las agendas públicas, y la movilización de recursos hacia actividades, programas y políticas relacionadas con su ámbito de interés.

En el campo de la salud, muchas de las ONG son organizaciones de autoayuda, que además de responsabilizarse del manejo de la salud de sus miembros, buscan incrementar la conciencia pública sobre los problemas que motivaron su creación y convencer a las autoridades de la necesidad de dedicar mayores recursos a atenderlos. Dos de las características centrales de estas organizaciones son su enorme compromiso con los problemas de salud que motivaron su conformación y su profundo conocimiento tanto de estos problemas como de las alternativas para atenderlos.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES: NUEVOS AGENTES SOCIALES DE LA SALUD

En México existen alrededor de 450 organizaciones no gubernamentales que realizan alguna actividad relacionada con la salud

A finales de los años setenta, la crisis económica que afectó a los países en desarrollo provocó una reducción muy importante del gasto gubernamental, lo que influyó negativamente en la cobertura y calidad de los programas y servicios públicos. Esto llevó a la población a constituir organizaciones propias que les ayudaran a resolver sus problemas al margen del Estado. Una de las vías utilizadas fue la creación de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Si bien no hay consenso sobre la definición de ONG, en general se acepta que son agrupaciones voluntarias que buscan alcanzar metas sociales. Dentro de sus características comunes se incluyen: el estar formalmente constituidas; no tener fines de lucro; ser organismos privados independientes de los gobiernos, aunque reciban su apoyo; contar con estructuras de gobierno propias, y contar con un alto grado de componentes voluntarios.

El papel de las ONG en materia de salud ha sido particularmente relevante. En primer lugar porque en la mayoría de los casos conocen la situación de las poblaciones a las que atienden y, en segundo término, porque tienden a concentrar sus recursos en un número bien definido de acciones. Otra de las ventajas de las ONG es que gran parte de las personas que trabajan en ellas lo hacen porque tienen un interés personal en los objetivos de la organización.

Sin embargo, estas organizaciones también tienen limitaciones: su área de influencia es limitada, difícilmente pueden desarrollar economías de escala; cuentan con un flujo de fondos muy variable, lo que puede hacerlas ineficientes o poco sustentables, y su sistema de rendición de cuentas es informal.

En los últimos diez años, el número de ONG y de organizaciones con intereses en el campo de la salud en México se ha incrementado de manera considerable. Actualmente existen alrededor de 450 organizaciones de este tipo que realizan alguna actividad vinculada con la salud. La mayoría han logrado algún impacto en sus espacios de interés. En algunos casos, sin embargo, la participación de estas agrupaciones ha sido fundamental en el diseño e implantación de modelos novedosos de atención de diversos problemas de salud. Este es el caso de los organismos dedicados a la salud mental y la salud reproductiva. En algunos padecimientos específicos, como el alcoholismo y el VIH-SIDA, las ONG se han constituido en un complemento insustituible para la atención integral de los pacientes y la defensa de sus intereses.

Un ejemplo particularmente exitoso de ONG es Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL), un grupo pionero en la generación de propuestas alternativas sobre salud de la mujer. Inicialmente fue un centro de documentación. En 1979 empezó a proporcionar atención médica. A partir de 1990 focalizó sus acciones en el campo de la violencia doméstica, los derechos reproductivos y la menopausia.

Uno de los programas más exitosos de CIDHAL es el de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino. Su evaluación muestra ventajas sobre otras formas de prestación de servicios por cuatro razones: i) ha tenido un impacto importante en los grupos de mayor riesgo; en 1998, 28 por ciento de las mujeres que participaron en este programa se realizaron la prueba de Papanicolaou por vez primera; ii) 98 por ciento de las usuarias reportaron estar satisfechas con la atención recibida; iii) la calidad de interpretación de las tomas fue muy alta, comparada con el estándar de oronacional, y iv) el costo del programa fue bajo.

Si bien no todas las organizaciones involucradas en actividades relacionadas con la atención a la salud presentan ventajas tan claras como las comentadas, casi todas han logrado impactos positivos en las condiciones de salud de los sectores con los que trabajan. Por esta razón es muy importante fortalecer su colaboración con el gobierno y con otros sectores de la sociedad.

La presente administración se propone consolidar sus vínculos con estas organizaciones con diversos propósitos: i) fortalecer el diálogo con los grupos ciudadanos; ii) enriquecer la información disponible sobre los problemas de salud que preocupan a los mexicanos, y iii) enriquecer las alternativas para atender diversos problemas de salud en colaboración con grupos organizados de la sociedad. Todo esto redundará en un mejor desempeño del sistema de salud.

Las acciones que se implantarán en este rubro son las siguientes:

- Fomento del diálogo con las ONG dedicadas a la salud.
- Creación de foros y espacios para mantener un diálogo permanente con la sociedad civil organizada que trabaja en el sector salud.
- Promoción de colaboraciones entre las instituciones públicas de salud y las organizaciones de la sociedad civil para el diseño y gestión de programas específicos de salud.
- Fortalecimiento del apoyo para estas instituciones para garantizar su sostenibilidad económica y su profesionalización, con estricto respeto a su independencia e ideario.

Línea de acción 9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos

La falta de transparencia en las acciones públicas genera desconfianza entre la ciudadanía. Por esta razón es necesario contar con mecanismos de vigilancia que garanticen un uso adecuado de los recursos y un buen desempeño de las instituciones públicas.

La rendición de cuentas ante la ciudadanía exige, entre otras cosas, de un acceso regular a información relevante y de evaluaciones periódicas de las políticas y programas del sector.

En este rubro, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Fortalecimiento del acceso regular de todos los ciudadanos a la información pública a través de su diseminación en publicaciones, discos compactos y sitios de las instituciones públicas en la Internet.
- Publicación y difusión de informes periódicos sobre el desempeño de las unidades y programas de salud.
- Publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, y de los programas prioritarios.

ESTRATEGIA 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad.

En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema grave de distribución en la mayoría de ellos. Mientras que en las ciudades hay un exceso de personal médico y paramédico, que se traduce en desempleo y subempleo, en las áreas rurales hay escasez. Asimismo, los centros generadores de conocimiento se concentran en unas cuantas instituciones ubicadas en su gran mayoría en las tres grandes ciudades del país.

10
ESTRATEGIA

Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

Líneas de acción

10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud

10.2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud

10.3. Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud

10.4. Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud

10.5. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud

10.6. Telemedicina: invertir en redes

10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

Estos problemas son resultado de una falta de planeación y una falta de coordinación entre las instancias generadores de recursos, por un lado, y los tomadores de decisiones y los prestadores de servicios, por el otro.

El objetivo de las acciones que se incluyen en esta estrategia es incorporar al diseño de las políticas de salud la idea de que la inversión en capital humano, conocimiento e infraestructura tiene una importancia estratégica. La sugerencia fundamental es planear el desarrollo de estos recursos haciendo uso de criterios explícitos y tomando en cuenta las necesidades concretas de salud. En este sentido se retomará y profundizará el trabajo de instancias tales como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos, la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud y el Comité de Colaboración Sectorial.

Línea de acción 10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud

Para ofrecer servicios de calidad es necesario contar con profesionales de la salud bien formados. En nuestro país, sin embargo, la heterogeneidad en este rubro es la regla. Esto se debe en buena medida a la carencia de mecanismos para controlar la apertura y vigilar el desarrollo de los centros de enseñanza en ciencias de la salud.

Con el fin de elevar la calidad de la educación de los recursos humanos para la salud, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Generación de un diagnóstico exhaustivo sobre la calidad de la educación de los profesionales de la salud.
- A través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y en colaboración con el sector educativo, la instrumentación de una estrategia para elevar la calidad de la educación de los profesionales de la salud.
- Identificación de prioridades en la formación de profesionales de la salud.
- A través de la AMFEM, la promoción de la certificación y rectificación de todas las escuelas y facultades de medicina del país.
- Promoción de la certificación y recertificación de todas las escuelas y facultades de enfermería y odontología en México.

Línea de acción 10. 2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud

Los sistemas modernos de salud requieren de la capacitación continua de su personal. Esto lo exigen tanto los cambios en el perfil epidemiológico de los países y los avances tecnológicos de la medicina clínica, como las constantes reformas de los sistemas de salud.

La capacitación de los recursos humanos para la salud involucra el fortalecimiento de las habilidades gerenciales de los directivos de los servicios de salud, la capacitación de todo el personal de salud en métodos de garantía de calidad, y el fortalecimiento de los programas de educación continua de los profesionales de la salud en las áreas específicas de su competencia, sean éstas médicas, de enfermería, técnicas o administrativas. Esta capacitación requiere, además, de la participación tanto de instituciones del sector salud como de las instituciones del sector educativo de nivel técnico y profesional.

La presente administración se propone llevar a cabo, en esta materia, las siguientes actividades:

- Generación de un diagnóstico de las habilidades gerenciales de los mandos medios y superiores de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Establecimiento de un Programa de Capacitación Gerencial para Directivos de los diferentes niveles de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- En coordinación con los colegios y asociaciones correspondientes, la creación de un Programa de Capacitación Técnica para Médicos, Enfermeras, Técnicos y Personal Administrativo.
- En colaboración con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, el fortalecimiento y la modernización de los programas de educación continua de las instituciones públicas de salud.
- Diseño de un sistema de acreditación de eventos académicos periódicos (cursos, congresos) que se utilice en la contratación y promoción del personal de salud en las instituciones públicas y privadas.

Línea de acción 10.3. Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud

El sector salud en México es uno de los principales empleadores de recursos humanos. Su experiencia en este rubro se remonta a los años cuarenta del siglo pasado. No obstante esto, todavía no se ha podido constituir en el sector un servicio civil de carrera. Este servicio permitiría mejorar de manera continua y racional las habilidades de los profesionales de la salud que trabajan en el sector público; construir un sistema de incentivos que garantice un adecuado nivel de remuneración y un máximo de satisfacción de los profesionales de la salud con su entorno laboral; y diseñar un sistema racional de promociones.

En esta materia, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Estudio de los modelos exitosos de servicio civil de carrera, en particular las experiencias de la Secretaría de Relaciones Exteriores y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Puesta en marcha, en colaboración con los sindicatos del sector, de una experiencia piloto de servicio civil de carrera en aquellas áreas cuya continuidad no puede ponerse en riesgo con los cambios de administración (información, vigilancia epidemiológica).

Línea de acción 10.4. Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud

Para que los productos de la investigación científica influyan en la práctica médica, en la operación de los programas de salud pública o en la organización de los servicios de salud es necesario un vínculo estrecho entre la agenda de investigación, la agenda de la industria y las necesidades del sector. También es necesario contar con recursos suficientes y con los incentivos adecuados para producir investigación de excelencia.

Con estos fines en mente, la presente administración se propone mejorar las condiciones estructurales en que se desarrolla la investigación en salud en nuestro país y fortalecer los vínculos de los centros académicos con la toma de decisiones y con la industria. Las acciones que habrán de emprenderse en esta materia incluyen:

- Mejoramiento de la remuneración de los investigadores del sector salud.
- Definición de prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en salud a través de esquemas participativos y plurales.
- Creación de un sistema nacional de información sobre investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.
- Vinculación de la investigación en salud con la industria.
- Divulgación entre la población general de los resultados de la investigación en salud.

Mejoramiento de la remuneración de los investigadores del sector salud

Es sabido que los investigadores del sector salud, y en especial los investigadores de la SSA, perciben ingresos menores a los de los investigadores de las instituciones de educación superior. En ocasiones esto los conduce a buscar ingresos adicionales fuera de sus centros regulares de trabajo.

Aunado a lo anterior hay una fuga interna y externa de cerebros. Cada día es más común que, por falta de incentivos, los profesionales formados en el campo de la investigación terminen realizando actividades que poco tienen que ver con su formación o que busquen empleo en el extranjero.

Ambas situaciones confluyen en la conformación de una plantilla de investigadores de tiempo parcial cuya formación profesional con frecuencia no alcanza los grados de maestría o doctorado.

Frente a esta situación, la actual administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Homologación de la remuneración de los investigadores del sector salud con la de los investigadores de las instituciones de educación superior.
- Mejoramiento del entorno laboral de los investigadores con miras a favorecer el desarrollo de investigación de excelencia.
- El fortalecimiento de los programas de incentivos a la investigación.

Definición de las prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en salud a través de esquemas participativos y plurales

Al igual que en otros campos, no existen recursos suficientes para satisfacer todas las demandas y necesidades de investigación. Por lo tanto, es indispensable garantizar una utilización más eficiente de los recursos disponibles mediante una cuidadosa definición de prioridades. Esta tarea debe basarse en un diagnóstico objetivo de las necesidades y oportunidades y un amplio ejercicio de concenso en el que participen todos los sectores involucrados en la generación de conocimiento y tecnología. Dentro de las actividades que la presente administración se propone realizar en esta materia se incluyen:

- Reactivación de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.
- Conformación de un comité intersectorial e interinstitucional que defina las prioridades de investigación científica y desarrollo tecnológico para el periodo 2001-2006.
- Apoyo a proyectos de investigación y desarrollo tecnológico en salud que se realicen con base en convenios de colaboración interinstitucional y público-privada.

Creación del sistema nacional de información sobre investigación científica y desarrollo tecnológico en salud

La información sobre el estado actual de la investigación en salud es muy limitada y está dispersa. Esto dificulta cualquier esfuerzo por identificar fortalezas e insuficiencias de la investigación y, en consecuencia, cualquier intento por atender de manera más racional las necesidades en esta materia. Para subsanar estas limitaciones, la presente administración propondrá:

- Registro y la actualización periódica de la información sobre investigación en salud y desarrollo tecnológico que se realiza en el país. El registro tendrá un carácter público y nacional, y será de tipo electrónico.

Vinculación de la investigación en salud con la industria

La relación entre los investigadores del área de la salud y la industria ha estado dominada por los intereses de esta última. Por otro lado, un porcentaje importante de los investigadores de las instituciones públicas suelen limitarse a la ejecución de estudios motivados por la adquisición de nuevos conocimientos y tienen poco interés en aplicar sus hallazgos para crear nuevas tecnologías o mejorar las existentes.

Esta situación podría modificarse mediante el diseño de estrategias de cooperación y conciliación de intereses. La propuesta central a este respecto consiste en apoyar la creatividad y el trabajo de los investigadores con recursos de la industria para la producción de fármacos u otras tecnologías en las que ambas partes encuentren un interés común. En este rubro se propone:

- Firma de convenios de colaboración entre los centros o grupos de investigación en salud que existen en el país y la industria para allegar mayores recursos a los investigadores y potencializar el impacto de sus hallazgos.
- Promoción del registro de patentes por parte de los investigadores que laboran en proyectos con potencial de desarrollo tecnológico en salud.

Divulgación entre la población general de los resultados de la investigación en salud

La diseminación de los resultados de investigación en salud fomenta el autocuidado de la salud, enriquece la relación de los usuarios con los proveedores de los servicios e incrementa el interés de los futuros profesionistas en las actividades científicas.

Sin embargo, en México sólo una pequeña proporción de la población general está informada sobre los resultados de la investigación en salud. Adicionalmente, el conocimiento que se divulga está poco adaptado al público al que va dirigido.

Para avanzar en este rubro, la presente administración se propone:

- Diseminación de los resultados de la investigación en salud entre la población general a través de los medios de comunicación de masas (radio, televisión y prensa).
- Promoción de la capacitación y la especialización en salud de los comunicadores y periodistas.

Línea de acción 10.5. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud

Los bienes muebles e inmuebles, los insumos y equipos, y la infraestructura informática y de telecomunicaciones conforman el ambiente para la producción de los servicios de salud. Sin ellos no se podría producir salud con calidad y eficiencia. La infraestructura del sector público de la salud, sin embargo, presenta problemas de insuficiencia, pobre mantenimiento, obsolescencia, y descuido en aspectos de imagen, señalización y mobiliario. La población misma se queja con frecuencia de las condiciones de los servicios de salud.

Esta misma infraestructura constituye el ambiente de trabajo de miles de hombres y mujeres que requieren de ciertas comodidades y recursos para desarrollar de manera efectiva y eficiente sus actividades productivas.

Para garantizar que la inversión en infraestructura genere mejores condiciones para la prestación de servicios de salud, la presente administración llevará a cabo las siguientes actividades:

- Levantamiento de un inventario exhaustivo de la infraestructura del sector en colaboración con el CSG y el Grupo de Trabajo de Infraestructura en Salud del CNS.
- Diseño de criterios para la inversión en bienes muebles e inmuebles en el sector público.
- El diseño de Planes Maestros de Infraestructura y Equipamiento de Salud para promover una mejor planeación del gasto de inversión en infraestructura a escala sectorial.

Línea de acción 10.6. Telemedicina: invertir en redes

Las nuevas tecnologías de información y telecomunicaciones se han constituido en un apoyo invaluable de la prestación de servicios de salud. Mediante las telecomunicaciones e informática es posible ahora transmitir información, audio e imágenes a distancia en tiempo real y de forma interactiva. Esto permite crear vínculos entre prestadores de servicios de unidades separadas entre sí que facilitan el diagnóstico, tratamiento, control y, en caso necesario, traslado de los pacientes. Las telecomunicaciones, además, representan uno de los instrumentos para establecer redes virtuales para la prestación de servicios de salud. Los servicios de telemedicina, de hecho, son particularmente útiles para ampliar la cobertura de los servicios y responder a las demandas de atención de las poblaciones marginadas.

BIODIVERSIDAD Y BIOTECNOLOGÍA

Si la biodiversidad del país se utiliza de manera inteligente, respetuosa y sustentable, puede servir de apoyo indefinido para la solución de muchos de los actuales problemas del país, sobre todo a través del desarrollo de biotecnología de excelencia

México es una de las regiones con mayor diversidad biológica del planeta. Existen especies de animales, plantas y microorganismos que no se encuentran en otras partes del mundo y que forman una de las mayores riquezas de la Nación. Esta riqueza, además, es una riqueza renovable. Si esta biodiversidad se utiliza de manera inteligente, respetuosa y sustentable, puede servir de apoyo indefinido para la solución de muchos de los actuales problemas del país, sobre todo a través del desarrollo de biotecnología de excelencia. El fortalecimiento de este campo científico puede hacer de México uno de los líderes mundiales en la generación de productos biológicos con alto valor agregado.

En el caso de la biotecnología aplicada a la salud pública, las áreas estratégicas de desarrollo en nuestro país son las siguientes:

Producción de proteínas de interés terapéutico
Mediante la ingeniería genética es posible: i) producir proteínas humanas de reemplazo en gran escala; ii) desarrollar fármacos nuevos que no podrían obtenerse de otra manera; iii) desarrollar medicamentos más precisos y eficaces, con menos efectos colaterales; y iv) eliminar los riesgos de contaminación con patógenos infecciosos al evitar el uso de tejidos humanos o animales como fuente de productos terapéuticos.

Investigación y producción de vacunas
La elevada prevalencia y los costos asociados a las enfermedades infecciosas ponen de relieve la necesidad de reforzar la investigación en este campo utilizando los nuevos enfoques que ofrece la biotecnología moderna para prevenir enfermedades que representan todavía un problema de salud pública para México. Destacan dentro de ellas la hepatitis, tuberculosis, gastroenteritis virales, enfermedades respiratorias, paludismo, fiebre tifoidea y amibiasis.

Mejoría de los instrumentos diagnósticos
Es necesario diseñar pruebas costo-efectivas para el diagnóstico y vigilancia de enfermedades infecciosas, así como métodos para el diagnóstico oportuno de neoplasias malignas en estadios iniciales, especialmente para cánceres como el cérvico-uterino, de próstata y mama, entre otros. Por otra parte, es necesario abordar problemas relacionados con la contaminación ambiental y el ambiente laboral como ocurre con las intoxicaciones por metales y compuestos orgánicos volátiles. Otra área relevante dentro del diagnóstico es la detección de patógenos en alimentos, en particular en aquellos que se consumen de manera cruda, como los vegetales y las frutas.

Diseño y producción de fármacos
También es fundamental la producción de moléculas con potencial farmacológico. La utilización inteligente de la biodiversidad debiera considerarse prioritaria en la producción de insulina y heparinas de bajo peso molecular, útiles en la prevención de infarto agudo de miocardio y enfermedad vascular cerebral, y en el tratamiento de la diabetes mellitus, tres de las principales causas de mortalidad en México. Asimismo, debe evaluarse cuidadosamente la importación actual de las proteínas, a fin de determinar su utilidad desde una perspectiva de costo-beneficio y opciones que aseguren el uso óptimo y eficiente de los recursos del sector salud.

Medicina molecular y celular
La ciencia proteómica y la terapia génica están ofreciendo la posibilidad de corregir desórdenes genéticos heredados, enfermedades infecciosas como el SIDA o efectos tóxicos colaterales, como los que produce la quimioterapia para padecimientos cancerosos. La terapia celular promete ser útil en el tratamiento de diversas enfermedades degenerativas, infecciosas y traumáticas. Por estos motivos resulta indispensable el desarrollo en el país de estas nuevas áreas de la ciencia, a fin de implantar nuevas y mejores formas de detección temprana de estas enfermedades y de los tratamientos oportunos correspondientes.

Medicina genómica
La ciencia genómica es la disciplina que permite la caracterización global y simultánea de la estructura y función de los genes de un ser vivo (genoma). En el caso del genoma humano, esta ciencia ofrece la oportunidad de descubrir los genes que están asociados a las enfermedades monogénicas y la base de los desórdenes multigénicos.

El esclarecimiento del genoma humano ha puesto de manifiesto que los seres humanos compartimos 99.9 por ciento de nuestro genoma. El 0.1 por ciento restante varía entre los individuos y es el que confiere susceptibilidad o resistencia a las enfermedades comunes.

Las promesas que ofrece el esclarecimiento del genoma humano en el combate a las enfermedades y la generación de fármacos adecuados a las necesidades individuales han generado enormes expectativas en gobiernos, organismos internacionales, la comunidad científica y la industria de la salud. También hay voces que anticipan un uso inadecuado de la tecnología que pudiera producir este conocimiento.

La Universidad Nacional Autónoma de México, la SSA, la Fundación Mexicana para la Salud y el CONACYT, después de realizar un estudio de factibilidad, decidieron crear un centro de medicina genómica en nuestro país, cuya operación arrancará en 2003. El Centro de Medicina Genómica tiene como misión aplicar el conocimiento derivado del esclarecimiento del genoma humano para mejorar la salud de los mexicanos mediante el diseño de intervenciones costo-efectivas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, el Centro impulsará el desarrollo de recursos humanos de alto nivel, la innovación tecnológica y la difusión del conocimiento sobre medicina genómica.

Esta misma infraestructura de comunicaciones permite asimismo realizar actividades de capacitación a distancia y de promoción y prevención de la salud, y facilita la captación remota de los datos que requieren los sistemas de información en salud.

Por estas razones, la presente administración se propone:

- Fortalecimiento de la infraestructura informática y de telecomunicaciones del sector público de la salud.
- Instrumentación de un proyecto piloto de capacitación a distancia tomando como punto de partida la experiencia que en este sentido tiene el ISSSTE.
- Puesta en marcha de un programa de mantenimiento de la infraestructura de telecomunicaciones que garantice un funcionamiento adecuado del sistema.

Línea de acción 10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

En concordancia con las propuestas de la línea anterior se considera indispensable incorporar a los planes de inversión la tecnología de Internet. Mediante una mayor inversión en la Internet en el sector salud se busca: i) agilizar y simplificar los trámites administrativos relacionados con la atención al público; ii) poner a disposición de la ciudadanía la información pública en salud y fortalecer los mecanismos para facilitar el intercambio de información entre instituciones; iii) desarrollar e implantar bases de datos con tecnología *Web* para facilitar el acceso y consulta remota de datos en beneficio de las instituciones de salud, la comunidad académica y la sociedad en general; iv) apoyar la comunicación interna y externa de las instituciones de salud, mediante mecanismos tales como los foros de opinión y consulta, y los servicios de correo y *chat*, entre otros, y v) agilizar los flujos de información.

Con estos fines se propone:

- Incorporación a la agenda del Grupo de Trabajo de Infraestructura en Salud del Consejo Nacional de Salud, la revisión de los proyectos de Internet.
- Consolidación del acceso a Internet de todas las delegaciones y jurisdicciones y todas las áreas directivas del sector público de la salud.
- Diseño de plataformas comunes para incorporar bases de datos y sistemas de intercambio de información a las páginas Web de las instituciones públicas de salud.
- Diseño y publicación de formularios en páginas Web que faciliten la captación remota de datos desde los niveles operativos con el fin de apoyar la operación de los sistemas de información en salud y el levantamiento de encuestas.

IV. Cómo medimos los avances

La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

Medición de resultados y evaluación del desempeño

- Evaluación del desempeño del sistema
- Evaluación de programas y servicios
- Sistema Nacional de Indicadores

Rendición de cuentas

- Informes al Congreso de la Unión
- Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud
- Asamblea Nacional de Salud
- Opinión ciudadana

IV. Cómo medimos los avances

La rendición de cuentas como parte del proceso democrático

México está transitando hacia una nueva cultura ciudadana. Las instituciones públicas están cada día más obligadas a informar a la sociedad sobre la marcha y resultado de sus actividades. Los ciudadanos exigen explicaciones y hacen uso de mecanismos muy diversos para hacer llegar a la autoridad sus inquietudes y propuestas. El común denominador es la necesidad de establecer sistemas claros y permanentes de vigilancia del desempeño de los servidores públicos.

La rendición de cuentas es el proceso a través del cual las instituciones de gobierno dan a conocer a los ciudadanos las decisiones que toman durante el ejercicio de sus funciones, la forma en que asignan los recursos disponibles y el impacto que ambos procesos tienen en la vida de los municipios, los estados o el país en su conjunto. Dar cuenta de lo hecho implica, por lo tanto, la existencia de procedimientos explícitos, públicos y detallados cuyo objetivo último es proteger los derechos de los ciudadanos contra los posibles agravios de las instituciones del Estado. En el fondo, la rendición de cuentas se basa en la idea de que las personas tienen derecho a conocer los principios y razonamientos que están detrás de las decisiones que afectan su bienestar básico.

En este capítulo se presentan los mecanismos que se utilizarán para informar a los ciudadanos y a sus representantes sobre la marcha del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. En la primera parte se describen los instrumentos que se utilizarán para evaluar el desempeño tanto de los servicios y programas, como de los sistemas estatales y nacional de salud. En la segunda parte se hace mención de los procedimientos que se utilizarán para informar de manera regular al Congreso de la Unión y a otras instancias de la sociedad sobre el desarrollo y resultados de las actividades de esta administración.

Medición de resultados y evaluación del desempeño

El objetivo fundamental de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población a la que atiende. Esto se logra mediante la provisión de servicios de salud efectivos y respetuosos de la dignidad y expectativas de los usuarios. El éxito de estos servicios en la consecusión de dicho objetivo puede y debe evaluarse.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* contempla la puesta en marcha de un esquema de evaluación que: i) hará énfasis en los resultados; ii) tendrá carácter comparativo; iii) se aplicará en los niveles municipal, estatal y nacional, y iv) será utilizado para el ajuste permanente de las políticas y programas de salud.

Este esquema de evaluación utilizará dos tipos de indicadores: i) indicadores agregados para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud de la población, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con la que cuentan los ciudadanos, y ii) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. Este esquema tomará en consideración la magnitud de cambio de los indicadores en el periodo evaluado y la reducción de las inequidades en las distintas entidades federativas. Además de detectar errores e ineficiencias, la evaluación permitirá detectar buenas prácticas y promover su generalización hacia todos los prestadores, a fin de mejorar la implantación de las políticas y la gestión de los programas y servicios.

El esquema integral de evaluación contará con tres componentes:

- Evaluación del desempeño
- Evaluación de programas y servicios
- Sistema Nacional de Indicadores

Las instancias encargadas de definir los criterios de operación de este esquema serán el Consejo de Salubridad General (CSG) –órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en materia de salud– y el Consejo Nacional de Salud (CNS) –órgano de carácter federal encargado de la coordinación territorial de las políticas de salud–. Se propone que en estos foros se concilien los criterios de evaluación, se presenten los resultados de las evaluaciones y, en función de los mismos, se generen propuestas de revisión de las políticas y los programas.

Evaluación del desempeño del sistema

La evaluación del desempeño del sistema de salud es una de las principales responsabilidades de la SSA como instancia rectora del sector. Este proceso, como ya se señaló, implica medir el grado en el que se están alcanzando los objetivos del sistema de salud.

De acuerdo con la OMS, los objetivos básicos de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población, ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

El indicador sintético que mejor mide las mejoras en las condiciones de salud es la esperanza de vida saludable (EVISA). Además de este indicador, es recomendable utilizar como medidas de logro la esperanza de vida al nacer, la supervivencia de los menores de cinco años, la mortalidad de adultos y la mortalidad materna. En todos estos casos el indicador debe dar cuenta tanto del nivel promedio alcanzado por la población como de su distribución entre los distintos grupos de la sociedad, es decir, debe mostrar el grado de desigualdad que existe.

Garantizar un trato adecuado significa ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. El trato digno también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Dentro de los mejores indicadores para medir el trato digno en el caso de los servicios personales se encuentran los tiempos de espera y el grado de respeto a los pacientes (percibido por ellos mismos y sus familiares), así como la presencia de comodidades básicas (salas de espera cómodas, sanitarios limpios) en los servicios de atención a la salud. Para los servicios no personales de salud todavía no se cuenta con indicadores precisos de evaluación y será un reto construirlos en el futuro inmediato.

Finalmente, la protección financiera implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos –es decir, que el que menos tenga pague menos– y protejan a la población contra gastos desproporcionados. La justicia en el financiamiento se mide evaluando el grado de progresividad del gasto en salud y calculando el porcentaje de hogares que cada año incurren en gastos catastróficos por atender su salud.

Estos tres tipos de indicadores son los que la SSA se propone utilizar para evaluar el desempeño tanto del sistema nacional como de los sistemas de salud de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

Evaluación de programas y servicios

La evaluación de los objetivos finales de un sistema es un proceso extraordinariamente importante. Sin embargo, sólo la evaluación de los llamados objetivos intermedios permite identificar los espacios en los que es necesario hacer correcciones. A la evaluación de los objetivos intermedios de un sistema se le ha denominado evaluación de programas y servicios de salud, que es la forma más convencional de evaluación de los sistemas de salud, y se lleva a cabo asignándole un valor a los cambios que dichos programas y servicios producen en las esferas de su competencia. Estos cambios se registran en indicadores de estructura, proceso y resultado.

La evaluación de programas y servicios constituye un excelente instrumento de comunicación de resultados a la población general. Su importancia radica en la certeza que existe sobre el enorme impacto en las condiciones de salud que tienen algunas intervenciones personales llamadas *decisivas* –determinadas cirugías, las cesáreas apropiadamente indicadas y las terapias sustitutivas– y muchas de las intervenciones de salud pública. Ambos tipos de acciones tienen tal efecto benéfico que conocer en forma precisa su volumen, costo y distribución resulta importante para garantizar una adecuada operación de los servicios.

Como muestra la figura 4.1, mediante la evaluación de los programas y servicios pueden identificarse, asimismo, las formas precisas en que interactúan los distintos niveles de servicios relacionados con la salud. El segmento más identificado con los sistemas de salud son los servicios personales, que se caracterizan por otorgarse en forma individual y sobre todo a enfermos. Los servicios no personales, que constituyen una parte fundamental de los sistemas de salud, se identifican menos con los sistemas de salud, dado que se dirigen a la población concebida como un grupo y en la mayoría de los casos a la población sana. Finalmente, se encuentran las acciones intersectoriales, es decir, aquellas que se realizan en colaboración con otros sectores –educación, vivienda, comunicaciones y transportes– y que influyen en las condiciones de salud. En muchos casos, la actividad de la autoridad sanitaria en la implantación de estas acciones se limita a promover el diseño y puesta en marcha de políticas saludables.

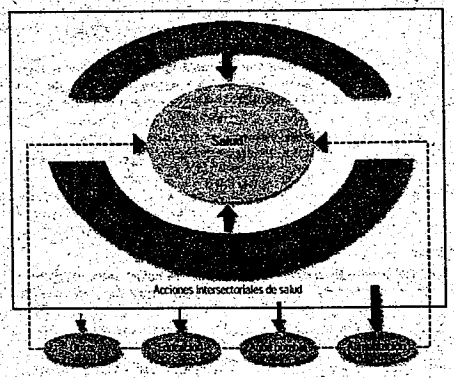


Figura 4.1 Interacción de los distintos servicios relacionados con la salud

La mayoría de las actividades que actualmente son materia de la evaluación de programas y servicios se encuentran en los primeros dos espacios y en especial en el espacio de los servicios personales. No obstante, la tendencia mundial indica que poco a poco será necesario incorporar a los procesos de evaluación al resto de las actividades que influyen en la salud.

La evaluación de los objetivos intermedios del sistema se justifica en tres situaciones: i) cuando se desea identificar de manera precisa la contribución de cada componente del sistema al logro de los objetivos esenciales; ii) cuando obligadamente debemos contar con indicadores intermedios para construir los indicadores que dan cuenta del alcance de los objetivos esenciales y iii) cuando no es posible evaluar el logro de los objetivos esenciales del sistema y en su lugar deben utilizarse indicadores intermedios para conocer, aunque sea de manera aproximada, el desempeño global.

Desde hace varios años se han utilizado en México, para el seguimiento de los objetivos intermedios del sistema, 46 indicadores avalados por el CNS. Este sistema de indicadores servirá de base para la evaluación de los programas y servicios prioritarios del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

Sistema Nacional de Indicadores

Tanto la evaluación del desempeño como la evaluación de programas y servicios implican la medición periódica de indicadores seleccionados y estandarizados a escala sistémica y programática. Actualmente los sistemas de salud de todo el mundo cuentan con miles de indicadores acerca de centenas de procesos y resultados, que imponen enormes presiones a los sistemas de información. Cuando los recursos humanos y financieros son limitados y los problemas de salud numerosos, los procedimientos de recopilación, clasificación y procesamiento de datos con los que se construyen los indicadores pueden representar una pesada carga que, lejos de apoyar la toma de decisiones, interfiere con ella y obstaculiza la consecución de las metas del sistema. Esto no sólo se debe al uso ineficiente de los recursos, sino también a la dificultad que enfrentan los administradores para discernir entre una enorme cantidad de datos. De ahí que exista consenso en la ventaja que tiene alcanzar un equilibrio entre tres factores que intervienen en el proceso de selección, confección y uso de los indicadores sanitarios:

- *Cobertura.* Los indicadores deben abarcar sólo aquellas esferas de acción que pueden influir en el resultado y ser modificadas mediante la evaluación.
- *Capacidad del sistema.* Los indicadores deben ser sólo aquellos que el sistema puede producir oportuna y exhaustivamente a un costo aceptable para la sociedad.
- *Capacidad de los administradores.* Los indicadores deben ser sólo aquellos que los administradores del sistema sean capaces de utilizar en la toma de decisiones.

Las evaluaciones del desempeño y de programas y servicios, por lo tanto, requieren de un sistema de información oportuno, exhaustivo, confiable y sostenible. De hecho, la existencia de un sistema nacional de información en salud, único y universal, constituye la mejor garantía de éxito de los sistemas de evaluación.

La creación de un conjunto mínimo de indicadores basado en los que actualmente avala el CNS será estratégica. En el caso de la evaluación del desempeño, se buscará que el país se convierta en líder mundial en este tema, adaptando a las condiciones del país las recomendaciones que la OMS ha emitido en este sentido. El Sistema Nacional de Indicadores se convertirá así en un puente que vinculará la experiencia técnica de la SSA con su responsabilidad política y social.

Finalmente, cabe señalar que algunos de los indicadores de desempeño y resultado del sector salud formarán parte del Sistema Nacional de Indicadores del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Los indicadores de este sistema tienen las características de ser: a) de resultado; b) susceptibles de reportarse anualmente; c) comparables internacionalmente; d) verificables por terceros independientes; e) socialmente relevantes; f) de cobertura amplia, y g) fácilmente comunicables a la sociedad (cuadro 4.1).

Rendición de cuentas

La rendición de cuentas sobre las acciones del sistema de salud tiene múltiples objetivos. Además de generar información para la ciudadanía, puede ser un medio eficaz para mejorar la toma de decisiones, identificar nuevos desafíos, promover el diálogo acerca de las políticas nacionales de salud y contribuir a poner a la salud en el centro de los debates nacionales, proporcionando información oportuna y confiable sobre un aspecto central del bienestar de los ciudadanos.

El Ejecutivo Federal rendirá cuentas sobre el desempeño del sistema de salud: a los ciudadanos, mediante la presentación de informes públicos a la Asamblea Nacional de Salud; al Poder Legislativo, a través de presentaciones en las Comisiones de Salud y Seguridad Social de las cámaras de Diputados y Senadores, y al sector salud y la Federación, mediante la presentación de informes al CSG y al CNS.

Cuadro 4.1

Indicadores sectoriales estratégicos de desempeño y resultados

Indicador	Unidad de Medida
Indice de desempeño global del sistema de salud[1]	Medida del logro del sistema de salud en los aspectos de condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera, en relación con el nivel de gasto efectuado.
Esperanza de vida saludable [1]	Tiempo en años que en promedio pueden vivir los hombres y mujeres sin padecer enfermedades graves o discapacitantes.
Indice de desigualdad en salud [1]	Desigualdad en la supervivencia en menores de cinco años entre diferentes grupos poblacionales.
Indice de trato adecuado [1]	Capacidad de respuesta del sistema de salud con respecto a dignidad, autonomía, confidencialidad, atención pronta, calidad, acceso a redes de apoyo y elección de proveedor.
Protección financiera[1]	Porcentaje de familias que tuvieron gastos catastróficos por motivos de salud en el año.
Mortalidad materna [2]	Riesgo que tiene de morir una mujer por complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio por cada 100 000 nacidos vivos registrados.
Mortalidad en menores de cinco años de edad[2], *	Riesgo de morir durante los primeros cuatro años de vida por cada 1000 nacidos vivos.
Mortalidad en adultos *	Riesgo de morir de los adultos de 15 a 59 años por cada 1000 sobrevivientes a los 15 años.
Mortalidad por accidentes de tráfico **	Riesgo de morir por un accidente de tráfico por cada millón de vehículos/kilómetro.
Consumo de tabaco en adolescentes	Tasa de fumadores por cada 1000 habitantes de 12 a 18 años.

[1] Propuesto por la OMS

[2] Compromiso suscrito por México en la Cumbre del Milenio

* Información proporcionada por CONAPO

** Información proporcionada por INEGI

Los medios masivos de comunicación, las instituciones académicas y otras organizaciones sociales, como las ONG, recibirán información sobre el sistema nacional de salud a libre demanda y únicamente con las restricciones que implican la protección de la confidencialidad de los usuarios y el respeto de la vida privada.

Informes al Congreso de la Unión

La democracia supone la rendición regular de cuentas por parte del Poder Ejecutivo al Poder Legislativo. El espacio para este ejercicio es el Congreso de la Unión. Con carácter periódico y a solicitud expresa, el C. Secretario de Salud rendirá cuentas a las Cámaras de Diputados y Senadores a través de sus respectivas Comisiones de Salud y Seguridad Social mediante un Informe de Avances del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. En este informe se dará cuenta del grado de avance de las estrategias y acciones de dicho programa, del grado de cumplimiento de sus metas, y de las medidas correctivas o complementarias que haya sido necesario adoptar en su periodo de vigencia.

Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud

El CSG es un órgano que depende directamente de la Presidencia de la República y tiene como mandato constitucional participar en el diseño de las políticas de Estado en materia de salud, con énfasis en la cooperación y acción intersectorial. El CNS es un órgano involucrado en la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. Es una instancia de alto nivel en donde las autoridades de salud analizan y definen las políticas de salud nacionales y coordinan las acciones respectivas entre la Federación y los estados.

El titular de la SSA presentará un informe anual de Avance del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* ante el CSG y CNS. Las recomendaciones y observaciones que se produzcan en las discusiones de estos informes se incorporarán al Informe de Avance del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* que se presentará ante el Congreso.

Asamblea Nacional de Salud

En los programas IMSS-Solidaridad, PASSPA y Progresa se dieron experiencias de participación social que deben recuperarse y fortalecerse. La acción ciudadana, individual o colectiva, enriquece la acción pública: democratiza las decisiones, legitima la definición de prioridades y mejora la asignación de recursos. En esta administración la participación social se promoverá en todos los niveles de gobierno (nacional, estatal y municipal) y en todas las instancias de decisión pública en materia de salud (instituciones y unidades de salud). Como foro de participación organizada se propone la creación de una Asamblea Nacional de Salud que se reunirá anualmente. La asamblea funcionará como un espacio para la rendición de cuentas, y como foro para el intercambio y la discusión de ideas y experiencias.

Por su parte, el Consejo Ciudadano de Seguimiento del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* conocerá con detalle las acciones llevadas a cabo por el sistema de salud para la consecución de sus objetivos y el alcance de sus metas, y propondrá mecanismos para evaluarlas. La SSA dotará a este Consejo de todas las facilidades para el cumplimiento de su cometido.

Opinión ciudadana

La medición de la opinión de los ciudadanos sobre asuntos de interés público es ya una práctica habitual. Las encuestas de opinión permiten conocer, por ejemplo, el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios públicos.

Con la intención de atender mejor las inquietudes de los usuarios de los servicios de salud, la presente administración incorporará a sus herramientas de gestión encuestas de percepción que se aplicarán de manera periódica. Los resultados de estas encuestas se difundirán de manera masiva por medios impresos y electrónicos.

Agradecimientos

Se agradece en primer término la participación de todas las instituciones públicas del sector salud en la elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*: a los funcionarios de la Secretaría de Salud y las instituciones respectivas en cada entidad federativa, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Dirección General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, la Dirección General de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. También se agradece la participación del Consejo de Salubridad General, el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el Consejo Nacional contra las Adicciones y los Institutos Nacionales de Salud.

Se agradece, asimismo, la colaboración de las siguientes instituciones públicas: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Las siguientes instituciones académicas, profesionales, privadas y de la sociedad civil también participaron en la elaboración y/o revisión de este programa: Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación Nacional de Hospitales Privados, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, Consejo Coordinador Empresarial, Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, Fundación Mexicana para la Salud, Population Council, Universidad Iberoamericana.

Se agradecen las propuestas del Seminario sobre Género y Salud, celebrado del 7 al 9 de marzo de 2001 en el que participaron las siguientes organizaciones: Afluentes, A.C., Causa Ciudadana, Centro de Análisis e Investigación, A.C., Centro de Estudios de la Mujer y la Familia, A.C., Centro de Investigación y Docencia Económica, Centro de Investigación y Estudios en Antropología Social, Centro Interdisciplinario de Mujeres para la Atención de la Salud, A.C., Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM, Colectivo Mexicano de Acción por la Niñez, El Colegio de México, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, A.C., Grupo de Información en Reproducción Elegida, Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos; A.C., Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de las Mujeres, Letra S (suplemento de *La Jornada*) Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud, Population Council, Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM, Universidad de Manchester, Universidad de Quebec, Universidad de Toronto, Universidad Nacional Autónoma de México, UNIFEM.

Más que nada, es preciso agradecer a los cerca de 15 mil ciudadanos que participaron en los Foros de Consulta Popular y a los más de 22 mil que hicieron llegar propuestas para enriquecer este *Programa Nacional*.

Por último, a continuación se presenta una lista de todas aquellas personas que colaboraron de diversas maneras en las distintas fases de elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*:

Jesús Lorenzo Aanún Ramé
Alberto Aguilar Salinas
Héctor Aguirre Gas
Héctor Aguirre Sáenz
Celina Alvear Sevilla
Ana Teresa Aranda Orozco
Víctor Arriaga Weiss
Carlos Alberto Astorga
Mauricio Bailón González
Ma. de los Ángeles Barbosa Vivanco
Simón Barquera
Mariana Barraza Lloréns
Guido Belsasso
Bernardo Bidart Ramos
Francisco Bolívar Zapata
Miguel Ángel Brambila Raigosa
Javier Cabral Soto
Fernando Calvo
Celso Campos Vázquez
Pedro Canul Rodríguez
Jorge Carmona Ruvalcaba
Mariano Carreño Carlón
Xóchitl Castañeda Carney
Roberto Castañón Romo
Bertha Castaños Muñoz
Javier Castellanos Coutiño
Martha Elena Celis Téllez
Raúl Contreras Bustamante
Enrique Corral Corral
Carlos Cruz Rivero
Fernando Chacón Sosa
Jesús Chávez Mayol
Juan Hernández Sentor
Martha Hijar Medina
Carlos Hurtado López
Luis Guillermo Ibarra Ibarra
Eduardo Jaramillo Navarrete
Mercedes Juan López
Felicia Knaul
Pablo Kuri Morales
Ana Langer Glass
Asa Cristina Laurell
Armando León Bernal
Santiago Levy Algazi
René Leyva Flores
Miguel Angel Lezana Fernández
Nicolás Licona Spinola
Alberto Lifshitz y Guensber
Jesús Limonchi Gómez
Gustavo Lomelín Cornejo
Malaquías López Cervantes
Agustín Dávalos Flores
María Eugenia de León May
Magdalena Delgado Bernal
Mauricio Di Silvio López
Luis Rubén Durán Fontes
Eduardo Escalante Macín
Patricia Espinosa Torres
Ángel René Estrada Arévalo
Rafael Fajer García
Alejandro Fernández Varela
Carlos Flores Alcocer
Víctor Hugo Flores Higuera
Rubén Galavis Tristán
Augusto A. García Besné Bueno
Francisco Garrido Latorre
Héctor Gómez Dantés
Octavio Gómez Dantés
Jésica Gómez Jáuregui
Miguel Ángel González Block
Rosa Ma. González de Sarabia
Salvador González Gutiérrez
Eduardo González Pier
Benjamín González Roaro
Carlos Gracia Nava
Alejandro Guarneros Chumacero
Gonzalo Gutiérrez Trujillo
Luis Miguel Gutiérrez
Roberto Ham
Antonio Heras Gómez
Juan Eugenio Hernández Ávila
Mauricio Hernández Ávila
Bernardo Hernández Prado
Sigfrido Rangel Frausto
Blanca Rico Galindo
Enrique Ríos Espinoza
Juan Rivera Dommarco
Lilia Rivero Rodríguez
Héctor Robledo Galván
Miguel Angel Rodríguez Díaz Ponce
Rodolfo Rojas Rubí
Miguel B. Romero Téllez
Javier Rosado Muñoz
Roman Rosales Avilés
Enrique Ruelas Barajas
Cuauhtémoc Ruiz Matus
Felipe Ruiz Reyes
Cristóbal Ruiz Gaytán López
Gloria Saldaña Uranga
José Eduardo San Esteban Sosa
José Ignacio Santos Preciado
Carlos Santos Burgoa Zarnecky

Sergio López Moreno
Rafael Lozano Ascencio
Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
Antonio Marín López
Gabriel Martínez González
Federico Medina Ascencio
Juan Pablo Méndez
Juan Manuel Micher Camarena
Gonzalo Moctezuma Barragán
Héctor Moreira
Arturo Muñoz Gómez
Onofre Muñoz Hernández
Verónica Muñoz Parra
Gustavo Nigenda
Raúl Noriega Hernández
Carlos Oropeza Abúndez
Verónica Ortiz Ortega
Mauricio Ortiz Robles
Guillermo Ortiz Solalinde
Raúl Osuna Peralta
Luis Padilla Sánchez
Arturo Pérez Estrada
Samuel Ponce de León Rosales
María de Lourdes Quintanilla Rodríguez
Gilberto Ramírez Cuadra
Teresita Ramírez Sánchez
José Sarukhán Kermes
Jaime Sepúlveda Amor
Guillermo Soberón Acevedo
Guillermo Alberto Solomón Santibáñez
Luis Ignacio Solórzano Flores
Roberto Tapia Conyer
José Antonio Tapia Cruz
Carlos Tena Tamayo
Javier Torres López
Christian Torres Ortiz
Alfonso Trujillo Plaisant
Misael Uribe Esquivel
Patricia Uribe Zúñiga
Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Alfredo Vargas Flores
César Vargas Martínez
Eduardo Vázquez Vela
Vitelio Velasco Murillo
Oscar Velázquez Monroy
Agustín Vélez Barajas
Esther Vicente González
Jesús Zacarías Villarreal Pérez
Miguel Villaseñor Miranda
Marcia Wiechers de la Lama
Patricia Yáñez Alarcón
Beatriz Zurita Garza

Bibliografía

En seguida se presenta una lista de los documentos institucionales que se consultaron para la elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Los trabajos de autores individuales se omitieron debido a que una cantidad importante de los textos recibidos por el equipo encargado de la redacción final de este programa no se acompañaban de una lista exhaustiva de referencias. Para evitar injusticias con aquellos autores que contribuyeron con sus ideas a este documento pero cuyos trabajos no estaban disponibles, se optó por prescindir de las referencias personales.

BANCO Nacional de México. México social. 11a. edición. México, D.F.: División de Estudios Económicos y Sociales, BANAMEX, 1998.

CAJA Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Cooperativo 2000. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, 2000.

CONSEJERÍA de Salud de la Comunidad de Madrid. Plan de Salud 1995. Madrid, España: Editorial SOMOS, 1995.

CONSEJO Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 1996-2005. México, D.F.: CONAPO, 1998.

CONSEJO Nacional de Población. La situación demográfica de México 2000. México, Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO.

CONSEJO Nacional de Vacunación. Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de procedimientos técnicos. México, D.F.: CONAVA, SSA, 1998.

CONSEJO Nacional de Vacunación. Programa de Vacunación Universal 1995-2000. México, D.F.: CONAVA, 1998.

CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos. 133a. Edición. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.

DEPARTAMENT de Sanitat i Seguretat Social. Plan de Salud de Cataluña, 1991-2001. Barcelona, España: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.

INSTITUTO Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2000. México, D.F.: IMJ, 2000.

INSTITUTO Mexicano del Seguro Social. Anuario estadístico de servicios médicos. México, D.F.: IMSS, 1980-1998.

INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Aguascalientes, México: INEGI, 1997.

INSTITUTO Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Niños menores de cinco años. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2000.

IMSS- Solidaridad. Estrategia del IMSS-Solidaridad de educación para la salud sexual y reproductiva de adolescentes, jóvenes y adultos. México, D.F.: IMSS-Solidaridad, 2000.

INSTITUTO de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Anuario estadístico. México, D.F.: ISSSTE, 1980-1998.

LEY Federal de Entidades Paraestatales. Agenda de la Administración Pública Federal 2001. 4a. Edición. México, D.F.: Ediciones Fiscales ISEF, 2001.

LEY General de Salud. 16a. edición actualizada. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Programa de Tuberculosis. Informe de los Progresos Realizados. Ginebra: OMS, 1994.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Guía para la evaluación de un Programa Nacional de Tuberculosis. Ginebra: OMS, 1998.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Estimación de la mortalidad mundial por todas las causas y diversas regiones. Ginebra: OMS, 1999.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. ¿Qué ocurre con los muchachos?. Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Estimaciones de diabetes en el mundo 1995-2025. Ginebra: OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos de salud 1999. Ginebra: OPS/OMS, 1999.

ORGANIZATION for Economic Cooperation and Development. New directions in health care policy. Paris: OECD, 1997.

ORGANIZATION for Economic Cooperation and Development. A system of health accounts. Paris: OECD, 2000.

PODER Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, D.F.: Presidencia de la República, 2001.

SECRETARÍA de Gobernación, Coordinación General de Protección Civil, Dirección General de Protección Civil. Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil México, D.F.: SG, 1998.

SECRETARÍA de Salud. Anuario estadístico 1990-1992. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.

SECRETARÍA de Salud. Anuario estadístico 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.

SISTEMA Nacional de Salud. Boletín de información estadística. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.

SISTEMA Nacional de Salud. Boletín de información estadística. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.

SECRETARÍA de Salud. Compendio histórico. Estadísticas vitales 1893-1993 EUM. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1993.

SECRETARÍA de Salud. Descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas. Memoria 1995- 2000. México, D.F.: SSA, 2001.

SECRETARÍA de Salud. Estadísticas vitales 1985-1992. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1986-1993.

SECRETARÍA de Salud. Estadísticas vitales 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.

SECRETARÍA de Salud. Guía de prevención y tratamiento para la exposición ocupacional al VIH. 2a. edición. México, D.F.: CONASIDA, 2000.

SECRETARÍA de Salud. Guía para el manejo de la mujer embarazada con infección por VIH. 3a. edición. México, D.F.: CONASIDA, 2000.

SECRETARÍA de Salud. Mortalidad 1990-1992. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.

SECRETARÍA de Salud. Mortalidad 1993-1998. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.

SECRETARÍA de Salud. Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud. México, D.F.: SSA, 1990-2000.

SECRETARÍA de Salud. Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000. México, D.F.: CONASIDA, 1997.

SECRETARÍA de Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. SISPA, 2000. México, D.F.: SSA, 2001.

SECRETARÍA de Salud. Prioridades en prevención y control de enfermedades. México, D.F.: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, SSA, junio 1997.

SECRETARÍA de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México, D.F.: INNSZ, SSA, 1993.

SERVICIO Vasco de Salud/ Osakidetza. Estrategias de cambio para la sanidad vasca. Vitoria-Gasteiz, España: Osasuna. Zainduz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.

Apéndices

Apéndice estadístico
Consulta ciudadana
Programas de Acción
Glosario

Apéndice estadístico

Cuadro A.1

Características de la población en México por entidad federativa, 2000

Entidad federativa	Población (miles)* Total	Hombres	Mujeres	% Grupos de edad (años)1/ 0 - 14	15 - 64	65 y +	Mujeres en edad fértil * 2/	Índice de dependencia 3/ miles	Crecimiento total **	Tasa de natalidad **4/	Tasa global de fecundidad **5/	Mortalidad ajustada por edad ***4/
Nacional	97483.4	47592.3	49891.2	33.4	59.6	4.9	26043.6	64.3	1.4	21.7	2.4	4.0
Aguascalientes	944.3	458.5	485.8	36.2	58.7	4.4	256.2	69.1	2.5	23.8	2.6	3.9
Baja California	2487.4	1252.6	1234.8	30.4	57.8	3.5	627.5	58.6	2.5	20.3	2.2	4.7
Baja California Sur	424.0	216.3	207.8	31.8	63.3	3.9	115.5	58.4	1.4	19.2	2.1	4.0
Campeche	690.7	344.3	346.4	35.0	59.7	4.5	182.7	66.3	1.9	20.9	2.3	3.5
Coahuila	2298.1	1140.2	1157.9	32.4	61.7	4.7	619.9	60.1	1.3	21.1	2.4	3.5
Colima	542.6	268.2	274.4	30.9	58.3	4.9	140.7	61.5	2.2	19.7	2.1	3.8
Chiapas	3920.9	1941.9	1979.0	38.0	54.6	3.6	968.1	76.2	1.5	26.0	2.9	4.1
Chihuahua	3052.9	1520.0	1532.9	32.2	60.1	4.5	797.1	61.2	1.7	20.1	2.2	4.5
Distrito Federal	8605.2	4110.5	4494.8	26.1	68.6	5.8	2546.6	48.0	0.4	17.2	1.8	4.1
Durango	1448.7	709.5	739.1	35.8	57.9	5.2	373.4	70.9	1.0	23.1	2.7	3.3
Guanajuato	4663.0	2233.3	2429.7	36.6	57.4	5.0	1249.2	72.5	1.7	24.4	2.8	4.1
Guerrero	3079.6	1491.3	1588.4	38.9	54.6	5.1	762.6	80.6	1.4	25.5	3.0	3.1
Hidalgo	2235.6	1082.0	1153.6	35.5	58.4	5.3	592.7	69.7	1.4	22.7	2.6	3.9
Jalisco	6322.0	3070.2	3251.8	33.7	59.8	5.3	1703.6	65.3	1.4	22.0	2.5	4.1
México	13096.7	6407.2	6689.5	31.9	59.7	3.6	3550.0	59.5	2.1	20.7	2.2	4.2
Michoacán	3985.7	1911.1	2074.6	36.2	56.6	5.8	1038.4	74.2	1.4	24.1	2.8	3.7
Morelos	1555.3	750.8	804.5	32.2	58.6	5.4	414.4	64.1	1.9	19.5	2.1	3.7
Nayarit	920.2	456.1	464.1	34.3	59.3	5.9	237.6	67.8	1.1	21.2	2.4	3.4
Nuevo León	3834.1	1907.9	1926.2	29.7	64.4	4.8	1069.7	53.5	1.5	19.3	2.1	3.6
Oaxaca	3438.8	1657.4	1781.4	37.8	55.7	5.9	860.5	78.3	1.1	24.3	2.9	4.3
Puebla	5076.7	2448.8	2627.9	35.5	56.2	5.2	1236.7	72.4	1.6	25.7	3.0	4.8
Querétaro	1404.3	681.0	723.3	35.8	58.9	4.1	383.6	67.7	2.3	23.4	2.5	4.3
Quintana Roo	875.0	448.3	426.7	34.4	61.6	2.3	238.7	59.7	2.9	23.3	2.4	3.8
San Luis Potosí	2299.4	1120.8	1178.5	36.4	57.1	5.6	587.2	73.6	1.5	24.6	2.9	3.7
Sinaloa	2536.8	1264.1	1272.7	33.8	60.7	4.9	671.3	63.6	0.5	18.9	2.1	3.5
Sonora	2217.0	1110.6	1106.4	32.4	62.1	4.8	594.8	59.9	1.4	19.1	2.1	4.2
Tabasco	1891.8	934.5	957.3	35.5	59.9	3.9	515.1	65.8	1.7	23.7	2.6	4.1
Tamaulipas	2753.2	1359.9	1393.3	31.3	62.6	5.0	757.5	57.9	1.5	19.5	2.1	3.6
Tlaxcala	962.6	469.9	492.7	34.8	59.3	5.2	260.3	67.4	1.9	21.5	2.3	4.3
Veracruz	6909.0	3355.2	3553.8	33.8	59.8	5.4	1839.4	65.6	0.7	20.2	2.3	3.9
Yucatán	1658.2	816.2	840.0	32.7	60.6	5.9	438.9	63.7	1.4	19.5	2.2	3.8
Zacatecas	1353.6	653.6	700.0	38.3	55.8	6.2	351.3	74.8	1.2	23.6	2.7	3.6

1/ No incluye edad no especificada

2/ Mujeres de 15 a 49 años

3/ Se refiere a la población en edad inactiva (menos de 15 y 65 y más años) entre la población en edad productiva (15 a 64 años)

4/ Tasa por 1 000 habitantes

5/ Expresa el número de hijos que en promedio cada mujer tendría durante su vida reproductiva de mantenerse los niveles actuales de la fecundidad por grupo de edad

Fuente: *INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
** CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996-2050, diciembre 1998
***SSA/DGEI, Indicadores de Resultado

Cuadro A.2

Características de la vivienda en México por entidad federativa, 2000 *

Entidad federativa	Sin agua potable %	Sin servicio de drenaje %	Con piso de tierra %	Que cocina con leña o carbón %	Con material no durable en techos 1/ %	Con material no durable en muros 1/ %
Nacional	15.7	21.9	13.2	17.2	21.1	36.1
Aguascalientes	3.3	5.1	3.0	2.2	11.9	6.2
Baja California	10.6	18.1	4.2	0.8	32.7	65.8
Baja California Sur	12.9	19.4	10.0	4.6	18.2	42.0
Campeche	19.9	36.2	14.0	31.6	31.5	57.3
Coahuila	6.5	16.5	4.4	2.7	21.4	22.6
Colima	6.0	6.8	11.4	9.7	10.1	39.2
Chiapas	32.0	37.7	37.9	53.4	48.4	76.8
Chihuahua	8.0	14.8	6.1	8.8	32.5	50.5
Distrito Federal	3.1	1.8	1.2	0.2	2.5	13.3
Durango	10.0	26.5	12.2	15.2	44.3	30.5
Guanajuato	11.7	23.7	9.9	12.4	12.3	29.1
Guerrero	40.1	46.4	36.2	44.0	49.0	63.4
Hidalgo	20.4	34.3	17.9	31.5	17.6	38.2
Jalisco	10.8	8.3	6.6	5.8	12.8	15.4
México	10.1	13.7	6.4	8.1	9.7	25.5
Michoacán	17.4	25.3	18.0	22.1	30.8	44.9
Morelos	13.9	15.0	13.2	9.9	17.4	33.4
Nayarit	15.2	19.8	11.8	13.3	15.3	32.9
Nuevo León	6.5	9.2	3.3	2.7	6.7	14.7
Oaxaca	34.5	54.4	39.2	55.1	47.9	67.2
Puebla	22.7	34.4	22.1	30.8	22.2	38.7
Querétaro	11.8	24.3	9.2	14.2	7.7	27.8
Quintana Roo	10.0	16.3	9.9	17.0	26.0	34.7
San Luis Potosí	23.9	37.9	21.5	29.0	30.1	33.4
Sinaloa	15.1	25.7	13.7	11.5	12.0	17.0
Sonora	8.4	20.8	12.3	6.4	19.5	40.9
Tabasco	30.7	14.6	12.7	31.2	22.0	70.5
Tamaulipas	9.7	25.7	8.5	6.4	24.1	34.9
Tlaxcala	9.8	17.8	8.7	15.1	19.4	22.1
Veracruz	33.9	32.2	26.2	32.7	30.2	61.1
Yucatán	10.4	41.6	5.5	37.0	15.5	32.1
Zacatecas	16.4	29.8	8.5	12.4	48.8	25.5

1/ Material de desecho, lámina de cartón, lámina de asbesto y metálica, carrizo, bambú y palma, embarro y bajareque, madera y adobe.

* Para el cálculo se excluyeron 425, 724 viviendas sin información de ocupantes

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

Cuadro A.3

Aspectos socioeconómicos de la población en México, 2000

Entidad federativa	Población de 5 años y + lengua indígena %	Población con discapacidad %	Población de 15 años y + analfabeta %	Promedio de escolaridad (años)	Población con seguridad social %	Población económicamente activa ocupada %	Hogares con ingreso - 2 SM- %
Nacional	7.1	1.8	9.5	7.5	40.1	34.6	30.3
Aguascalientes	0.2	1.8	4.8	8.0	55.4	35.1	31.0
Baja California	1.9	1.4	3.5	8.3	51.2	36.4	18.0
Baja California Sur	1.4	1.6	4.2	8.3	58.9	39.9	26.8
Campeche	15.5	2.3	11.8	7.0	38.4	35.2	28.6
Coahuila	0.2	2.0	3.9	8.4	69.7	35.8	27.2
Colima	0.6	2.4	7.2	7.7	45.6	36.8	31.8
Chiapas	24.6	1.3	22.9	5.3	17.6	30.8	20.3
Chihuahua	3.2	1.8	4.8	7.7	56.2	36.6	29.3
Distrito Federal	1.8	1.9	2.9	9.7	51.3	41.6	31.8
Durango	2.0	2.2	5.4	7.3	48.9	30.6	32.6
Guanajuato	0.3	1.9	12.0	6.3	33.9	31.3	30.9
Guerrero	13.9	1.7	21.5	6.1	20.3	28.8	30.3
Hidalgo	17.2	2.1	14.9	6.7	29.1	32.6	31.8
Jalisco	0.7	2.2	6.4	7.6	44.3	37.4	27.2
México	3.3	1.4	6.4	8.0	39.7	34.1	35.7
Michoacán	3.5	2.1	13.9	6.2	26.2	30.8	31.6
Morelos	2.3	1.9	9.2	7.8	34.2	35.4	34.9
Nayarit	4.6	2.3	9.0	7.3	40.5	34.6	31.9
Nuevo León	0.5	1.8	3.3	8.9	65.9	38.5	23.0
Oaxaca	37.1	1.9	21.5	5.6	22.6	31.0	24.0
Puebla	13.0	1.6	14.6	6.7	24.9	32.8	30.9
Querétaro	2.1	1.6	9.8	7.5	45.4	34.2	29.3
Quintana Roo	23.0	1.4	7.5	7.8	46.2	39.9	24.4
San Luis Potosí	11.7	2.1	11.3	6.9	37.4	31.1	29.8
Sinaloa	2.2	1.9	8.0	7.7	53.0	34.7	36.9
Sonora	2.8	1.9	4.4	8.2	56.4	36.6	32.0
Tabasco	3.7	2.0	9.7	7.1	29.4	31.7	24.7
Tamaulipas	0.7	1.9	5.1	8.1	51.2	36.8	34.8
Tlaxcala	3.1	1.3	7.8	7.6	29.8	34.1	36.0
Veracruz	10.4	2.0	14.9	6.4	30.7	34.0	32.3
Yucatán	37.3	2.9	12.3	6.8	45.1	37.3	34.7
Zacatecas	0.2	2.4	8.0	6.5	32.4	26.1	32.3

SM= salarios mínimos

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

Cuadro A.4

Esperanza de vida, probabilidad de morir y esperanza de vida saludable, 1998 y 2000

Entidad federativa	2000 Esperanza de vida al nacer años * 1/			2000 Esperanza de vida a los 40 años años * 1/			2000 Probabilidad de morir entre 0 y 5 2/			2000 Probabilidad de morir entre 15 y 59 3/			1998 Esperanza de vida en condiciones de buena salud (EVSA) ** años		
	H	M		H	M		H	M		H	M		H	M	
Nacional	73.1	77.6		38.0	40.6		31.5	25.1		157.5	90.8		61.1	66.9	
Aguascalientes	74.2	78.5		38.7	41.2		27.6	21.4		146.0	83.6		61.5	65.2	
Baja California	74.3	78.4		38.7	41.2		27.5	21.7		145.4	84.3		60.3	66.0	
Baja California Sur	74.0	78.6		38.6	41.2		27.9	21.6		147.3	83.5		61.9	66.0	
Campeche	72.5	76.9		37.7	40.4		34.3	27.9		161.6	94.6		61.0	65.9	
Coahuila	73.9	78.5		38.6	41.1		28.4	21.7		148.8	83.8		62.2	65.9	
Colima	74.2	79.6		38.7	41.2		27.5	21.4		148.3	83.4		62.3	66.3	
Chiapas	70.0	74.8		36.5	39.4		46.1	39.0		182.8	108.6		56.7	62.3	
Chihuahua	73.6	77.9		38.3	40.9		29.8	23.6		151.5	87.7		61.0	66.4	
Distrito Federal	75.1	78.4		39.2	41.7		24.6	18.8		137.9	77.7		61.5	65.2	
Durango	72.5	77.2		37.8	40.5		33.8	27.1		161.3	93.1		61.0	66.3	
Guanajuato	73.0	77.2		37.9	40.6		32.4	26.5		157.1	92.9		61.3	66.1	
Guerrero	70.8	75.7		36.9	39.8		41.6	34.2		176.5	102.7		55.2	61.1	
Hidalgo	71.9	76.5		37.4	40.2		36.8	30.0		167.0	97.5		61.0	65.7	
Jalisco	74.1	78.5		38.6	41.2		27.9	21.6		146.9	83.9		62.2	66.8	
México	74.1	78.5		38.7	41.2		27.7	21.5		146.4	83.6		62.8	67.4	
Michoacán	72.7	76.8		37.7	40.4		33.6	27.9		159.4	95.2		61.0	66.0	
Morelos	73.5	78.2		38.4	41.0		29.7	22.9		152.4	85.9		60.6	66.1	
Nayarit	72.8	77.6		38.0	40.6		32.3	25.3		158.3	90.2		60.6	65.8	
Nuevo León	74.7	78.8		38.9	41.5		26.0	20.2		141.3	81.5		63.1	67.1	
Oaxaca	70.2	74.8		36.5	39.5		45.6	38.8		181.6	108.7		56.6	63.3	
Puebla	71.6	75.6		37.3	40.1		37.5	30.1		169.2	97.2		59.3	65.4	
Querétaro	73.1	77.5		38.0	40.7		31.8	25.6		156.2	91.1		58.7	64.4	
Quintana Roo	73.7	77.7		38.3	40.9		29.9	24.4		150.8	89.6		63.1	66.2	
San Luis Potosí	72.0	76.5		37.4	40.2		36.5	30.0		166.1	97.8		60.3	65.4	
Sinaloa	72.9	77.9		38.1	40.7		31.8	24.3		158.0	88.0		61.3	66.9	
Sonora	73.6	78.5		38.5	41.1		29.0	21.9		151.0	83.9		61.4	66.7	
Tabasco	72.8	77.2		37.8	40.5		33.0	26.6		158.1	92.7		58.3	63.3	
Tamaulipas	73.5	77.6		38.2	40.8		30.3	24.8		152.0	90.3		62.0	66.8	
Tlaxcala	73.4	77.5		38.1	40.8		30.9	25.1		153.5	90.7		61.7	65.8	
Veracruz	71.7	76.3		37.3	40.1		37.8	31.2		168.0	99.2		59.7	65.4	
Yucatán	72.1	76.6		37.5	40.2		36.0	29.4		165.3	96.9		60.4	64.9	
Zacatecas	72.1	76.7		37.5	40.3		35.8	29.0		164.7	96.3		59.7	64.2	

1/ Indicadores de Resultado

2/ Por mil nacidos vivos

3/ Por mil sobrevivientes a los 15 años de edad

H = hombres

M = mujeres

Fuente: * CONAPO, Proyecciones de la población de México, 1996 - 2050, diciembre 1998

** SSA/DGEID, 1998

Cuadro A.5

Mortalidad por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, según sexo y entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Transmisibles, nutricionales y de la reproducción 1/			No transmisibles 2/			Lesiones 3/		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Nacional 4/	72.5	79.9	65.2	314.6	329.9	299.5	55.6	90.0	21.7
Aguascalientes	56.1	60.3	51.9	300.3	312.5	288.1	44.8	70.4	19.9
Baja California	78.2	96.7	59.4	316.1	354.8	276.7	84.0	141.4	25.6
Baja California Sur	57.1	57.3	56.9	303.4	342.0	263.0	52.6	83.6	20.0
Campeche	48.5	55.0	41.9	243.3	265.1	220.9	57.1	90.7	22.4
Coahuila	42.3	47.2	37.3	322.0	335.7	308.1	41.7	66.9	16.1
Colima	60.4	68.0	52.9	322.0	348.7	297.2	52.7	85.7	20.1
Chiapas	87.0	94.0	80.0	213.6	220.7	206.5	58.4	94.0	22.3
Chihuahua	69.6	78.8	60.2	359.3	384.2	334.4	74.3	122.6	25.9
Distrito Federal	70.4	78.4	62.7	411.7	411.4	411.9	46.0	72.8	20.8
Durango	36.5	41.9	31.1	288.9	312.9	265.2	54.4	92.0	17.4
Guanajuato	81.7	89.3	74.4	313.3	329.3	297.9	49.5	80.1	20.3
Guerrero	61.5	68.7	54.5	200.7	210.7	190.9	68.7	114.0	24.3
Hidalgo	69.7	72.2	67.3	308.0	324.2	291.9	53.8	85.3	22.3
Jalisco	70.6	78.6	62.8	355.6	367.9	343.6	56.4	87.3	26.4
México	82.0	91.9	72.3	275.3	285.6	264.9	50.1	81.2	19.3
Michoacán	57.2	59.8	54.8	308.8	319.2	298.4	66.6	109.2	25.0
Morelos	65.8	69.2	62.6	308.3	323.9	293.2	58.6	95.7	22.8
Nayarit	57.9	64.0	51.9	308.6	331.2	285.7	55.5	90.3	20.5
Nuevo León	46.3	53.2	39.4	323.4	334.4	312.2	39.7	63.1	16.1
Oaxaca	111.5	116.0	107.2	301.6	322.4	281.3	68.9	110.9	23.8
Puebla	118.1	127.3	109.2	338.4	360.8	316.6	56.8	87.2	27.4
Querétaro	71.1	76.2	65.9	288.5	303.6	273.2	52.1	83.9	20.5
Quintana Roo	54.8	64.8	44.4	173.7	196.0	150.0	61.4	98.5	22.5
San Luis Potosí	69.8	74.6	65.0	299.9	312.2	287.6	49.8	77.4	22.3
Sinaloa	43.7	47.9	39.4	294.0	319.6	268.0	66.5	111.0	21.4
Sonora	57.7	69.7	45.4	359.2	393.4	324.3	61.5	102.0	20.1
Tabasco	60.7	68.7	52.8	244.9	262.2	227.6	67.4	114.0	20.8
Tamaulipas	48.5	51.5	45.5	323.1	339.8	306.4	51.9	83.9	19.7
Tlaxcala	99.2	104.2	94.1	301.2	308.9	293.2	55.5	87.8	23.5
Veracruz	75.8	84.1	67.6	333.4	356.5	310.8	44.9	73.1	17.2
Yucatán	74.1	82.9	65.2	347.1	360.8	333.5	40.9	66.3	15.6
Zacatecas	60.5	64.0	56.9	317.3	334.3	300.7	51.8	88.0	16.7

1/ Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas, perinatales y deficiencias nutricionales

A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D64 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión)

2/ C00-D48, D65-D89, E03-E34, E51-F99, G06-H61, H68-I99, J30-N84, N75-M99, Q00-Q99 (CIE, 10a. revisión)

3/ V01-Y89 (CIE, 10a. revisión)

4/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes

T = total; H = hombres; M = mujeres

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.6

Mortalidad por enfermedades transmisibles, perinatales y deficiencias de la nutrición según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Enfermedades infecciosas intestinales A00-A09*		Infecciones respiratorias agudas 1/ J00-J22*		Tuberculosis pulmonar A15-A16*		SIDA B20-B24*		Ciertas afecciones perinatales P00-P96, A33*		Deficiencias de la nutrición E40-E64*		Anemias D50-D64*	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Nacional 2/	5,622	6.6	16,674	19.7	3,229	4.4	4,204	4.4	19,268	21.2	9,776	11.4	3,581	4.4
Aguascalientes	36	4.2	386	10.2	19	2.7	26	3.1	209	21.0	67	8.3	21	3.2
Baja California	70	3.9	946	21.7	163	8.7	234	9.4	540	26.7	130	7.5	41	2.2
Baja California Sur	13	4.2	132	15.3	10	3.4	15	3.9	70	21.0	35	11.3	5	1.7
Campeche	19	3.3	185	12.7	13	2.4	20	3.0	118	18.6	41	8.1	17	3.3
Coahuila	54	2.7	740	8.4	106	6.3	48	1.9	262	11.8	137	7.2	57	2.9
Colima	23	5.1	191	10.8	27	6.5	33	6.5	82	18.3	49	8.6	17	3.4
Chiapas	597	19.2	1,357	25.9	310	12.3	115	3.1	783	17.8	336	12.0	199	7.5
Chihuahua	149	5.8	1,414	21.1	118	5.1	112	3.5	659	24.9	204	7.7	5	2.2
Distrito Federal	328	4.4	4,339	21.7	121	1.6	689	7.2	1,660	26.0	586	6.5	173	2.0
Durango	35	2.6	563	11.0	59	5.2	38	2.6	60	4.0	78	5.8	43	3.2
Guanajuato	391	8.7	2,282	18.7	72	2.2	113	2.6	1,253	25.5	632	13.6	236	5.5
Guerrero	202	7.4	820	12.1	125	5.7	145	5.2	431	13.0	307	11.7	136	5.5
Hidalgo	98	4.7	946	18.8	72	4.3	37	1.7	432	19.1	274	13.2	109	5.7
Jalisco	256	4.2	3,285	18.9	140	2.7	394	6.6	1,198	19.8	676	10.3	153	2.6
México	831	8.2	5,829	32.7	187	2.2	481	3.7	3,407	30.0	1,125	12.7	261	2.9
Michoacán	184	4.6	1,858	13.8	66	2.1	103	2.7	556	13.1	390	9.5	187	5.1
Morelos	80	6.1	542	13.1	33	2.8	116	7.5	245	18.9	180	12.8	57	4.5
Nayarit	36	4.1	422	13.6	43	5.6	40	4.7	109	12.2	85	8.1	26	3.0
Nuevo León	69	2.2	1,353	12.8	175	5.8	154	3.8	457	14.5	166	5.0	39	1.2
Oaxaca	516	15.7	1,536	24.8	211	7.9	113	3.3	661	18.1	867	26.3	386	11.8
Puebla	467	9.6	2,827	31.4	141	3.7	211	4.7	1,773	32.1	938	20.6	362	8.5
Querétaro	81	6.9	507	12.9	45	5.5	26	2.1	348	25.4	170	15.5	41	4.0
Quintana Roo	27	4.7	131	11.3	18	4.3	52	5.7	181	22.8	34	8.6	21	5.1
San Luis Potosí	143	6.4	1,013	15.8	95	5.3	54	2.4	414	16.5	262	11.4	94	4.5
Sinaloa	80	3.7	872	11.1	112	5.7	75	3.0	147	7.3	154	6.5	58	2.7
Sonora	98	5.5	942	14.1	111	6.3	46	2.0	345	18.8	190	10.4	65	3.8
Tabasco	58	3.8	528	13.1	67	6.1	87	5.0	403	21.0	127	9.7	73	5.8
Tamaulipas	58	2.6	903	9.6	107	4.8	79	2.7	370	16.3	157	7.1	56	2.4
Tlaxcala	69	7.9	498	28.9	11	1.8	26	3.1	303	33.4	155	16.9	51	5.9
Veracruz	365	5.7	2,825	15.8	382	6.7	395	5.6	1,245	19.7	857	13.4	428	7.0
Yucatán	101	6.6	697	14.5	44	3.3	82	4.9	295	21.7	217	12.7	87	5.0
Zacatecas	84	5.9	715	14.6	23	2.3	22	1.8	249	17.5	137	8.6	43	3.2

1/ Incluye neumonía e influenza

2/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población mundial estándar. World Health Statistics Annual. OMS, XXVI, 1996

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.7

Mortalidad por enfermedades crónicas, según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Enfermedad isquémica del corazón I20-I25*		Cáncer pulmonar C33-C34*		Cáncer del estómago C16*		Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado K70, K73, K74, K76*		Enfermedad pulmonar obstructiva J44*		Malformaciones congénitas Q00-Q99*	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Nacional 1/	44,070	59.8	6,377	9.8	4,974	7.1	24,716	35.4	11,319	14.8	9,714	10.6
Aguascalientes	319	48.2	79	13.1	50	8.1	126	19.7	157	26.7	116	11.8
Baja California	1,374	95.0	203	14.5	83	5.8	467	29.5	212	14.2	259	12.7
Baja California Sur	204	77.4	59	23.8	18	6.6	70	26.2	40	13.8	43	12.9
Campeche	270	58.2	31	7.3	50	10.5	189	41.2	48	10.0	50	7.9
Coahuila	1,305	78.3	250	15.4	99	5.8	382	23.2	262	15.8	153	8.7
Colima	281	64.7	43	11.9	13	3.7	123	31.2	85	17.3	53	12.2
Chiapas	1,000	44.8	140	6.7	274	12.5	678	37.7	169	7.8	276	6.3
Chihuahua	2,014	91.9	297	14.3	152	6.9	538	23.6	448	19.7	288	10.5
Distrito Federal	8,060	72.7	621	8.5	587	8.6	2,413	32.6	1,276	14.9	951	14.3
Durango	718	63.3	117	10.9	65	5.7	180	15.6	198	16.4	47	3.2
Guanajuato	1,734	47.0	255	7.9	205	6.0	1,009	31.2	667	18.7	597	12.3
Guerrero	784	35.1	132	6.5	181	8.8	449	21.9	197	8.1	179	5.5
Hidalgo	733	38.9	67	4.3	107	6.5	559	30.2	209	11.3	202	8.8
Jalisco	3,360	60.0	597	12.9	336	6.7	1,387	29.2	1,213	21.5	639	10.6
México	4,066	54.0	455	6.3	459	6.0	4,202	51.6	1,311	17.7	1,542	13.4
Michoacán	1,534	45.0	278	9.8	224	7.0	706	23.9	554	14.4	301	7.3
Morelos	721	58.3	67	5.5	88	7.4	386	32.9	173	13.3	132	10.0
Nayarit	497	61.8	113	14.0	42	5.4	144	19.9	174	18.7	49	5.3
Nuevo León	2,374	83.3	431	16.2	176	6.3	569	20.4	540	18.1	344	10.7
Oaxaca	1,051	35.4	97	3.7	237	9.0	1,141	44.4	195	6.5	372	10.2
Puebla	1,988	38.9	142	4.1	255	7.3	2,303	66.8	386	9.7	706	12.9
Querétaro	417	45.8	52	6.8	53	5.8	467	53.1	173	19.5	201	14.8
Quintana Roo	197	55.7	27	8.6	23	7.5	149	36.3	34	11.7	82	10.9
San Luis Potosí	976	50.4	150	8.7	121	6.7	370	22.0	305	14.8	228	9.1
Sinaloa	1,360	69.9	361	20.7	137	7.2	282	15.6	303	15.5	117	5.6
Sonora	1,600	86.6	320	21.1	140	8.8	345	20.9	356	20.9	215	11.4
Tabasco	638	56.9	93	9.8	88	8.5	281	25.6	155	13.0	213	11.2
Tamaulipas	1,696	80.7	273	14.2	114	5.7	453	22.4	303	13.8	220	9.5
Tlaxcala	231	29.1	20	2.9	38	5.3	234	45.0	91	11.1	112	12.2
Veracruz	3,129	55.1	368	7.1	414	7.9	2,666	49.7	533	10.9	741	11.4
Yucatán	902	58.1	75	5.3	129	9.5	599	45.4	125	7.2	174	12.5
Zacatecas	628	50.0	106	9.6	80	6.9	136	13.2	261	18.9	104	7.2

1/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población mundial estándar. World Health Statistics Annual. OMS, XXVI, 1996

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.8

Mortalidad por lesiones, según entidad federativa de residencia habitual del fallecido, 1999

Entidad federativa	Total lesiones V01-Y98*		Accidentes V01-X59*				Homicidios X85-Y09*		Suicidios X60-X84*		Las demás lesiones Y10-Y98*	
			Tráfico vehículo de motor 1/		Los demás accidentes							
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Nacional 2/	54,559	59.4	11,659	12.6	23,557	28.6	12,249	12.7	3,339	3.4	3,755	4.2
Aguascalientes	432	48.9	59	6.4	309	36.0	22	2.1	34	3.8	8	0.8
Baja California	1,958	83.0	223	9.4	1,013	45.3	595	23.1	102	4.2	25	1.0
Baja California Sur	210	54.9	85	22.6	69	19.8	34	7.0	16	4.3	6	1.2
Campeche	398	63.2	98	15.5	159	25.8	74	12.0	45	6.8	22	3.2
Coahuila	980	43.8	321	14.7	387	17.7	154	6.1	84	3.7	34	1.8
Colima	281	53.6	64	11.8	135	26.2	52	9.4	22	4.5	8	1.7
Chiapas	2,332	68.3	302	8.7	1,234	36.9	590	16.8	93	2.5	113	3.4
Chihuahua	2,238	75.5	474	16.4	999	34.5	540	17.1	212	7.0	13	0.4
Distrito Federal	4,033	46.3	576	6.4	1,584	19.3	899	9.5	314	3.3	660	7.8
Durango	827	57.8	168	11.8	391	27.8	217	14.6	38	2.7	13	0.9
Guanajuato	2,382	54.3	794	18.2	1,034	23.8	250	5.5	153	3.3	151	3.5
Guerrero	2,153	79.4	400	14.7	673	25.9	944	34.0	67	2.3	69	2.4
Hidalgo	1,227	60.2	210	10.1	712	35.3	134	6.4	49	2.2	122	6.2
Jalisco	3,623	58.9	866	14.3	1,700	28.0	548	8.8	320	4.9	189	3.0
México	6,425	55.4	1,595	13.6	2,109	20.4	2,287	17.6	227	1.7	257	2.3
Michoacán	2,764	72.6	585	15.1	1,042	27.8	671	17.6	118	2.9	368	9.3
Morelos	914	59.8	203	13.1	323	22.6	310	19.1	41	2.5	37	2.5
Nayarit	527	57.3	135	14.6	206	22.8	126	13.5	29	3.1	29	3.3
Nuevo León	1,511	41.2	166	4.4	1,074	29.7	101	2.6	129	3.4	41	1.2
Oaxaca	2,371	74.0	466	14.5	932	28.9	796	25.4	68	2.0	109	3.3
Puebla	2,874	63.1	454	9.9	1,712	37.7	442	9.6	123	2.5	143	3.4
Querétaro	721	60.2	194	16.1	300	26.4	97	7.5	36	2.5	94	7.8
Quintana Roo	487	68.9	134	18.2	175	27.7	83	11.0	52	5.9	43	6.1
San Luis Potosí	1,186	55.1	216	10.1	549	25.6	278	12.5	91	4.2	52	2.6
Sinaloa	1,655	68.7	455	19.3	522	22.8	546	21.5	72	2.8	60	2.4
Sonora	1,363	63.6	401	18.5	501	24.9	275	11.6	131	6.0	55	2.7
Tabasco	1,283	78.2	140	8.2	653	41.0	156	9.1	159	9.6	175	10.3
Tamaulipas	1,402	52.3	467	17.4	449	17.8	270	9.1	129	4.9	87	3.1
Tlaxcala	539	60.3	161	18.1	248	28.8	81	8.5	19	1.7	30	3.1
Veracruz	3,169	47.8	507	7.4	1,377	21.2	454	6.9	200	2.9	631	9.3
Yucatán	676	42.0	182	11.2	306	19.2	36	2.1	99	5.9	53	3.6
Zacatecas	741	55.3	266	19.9	337	25.1	93	7.0	41	2.8	4	0.4

1/ Códigos CIE-10: V02-V04 (4o. carácter .1), V09.2,V09.3,V12-V14 (4o. car. .3-.9), V19.4-V19.9,V20-V28 (4o. car. .3-.9); V29.4-V29.9, V30-V39 (4o. car. .4-.9), V40-V49 (4o. car..4-.9), V50-V59 (4o. car. .4-.9), V60-V69 (4o. car. .4-.9), V70-V79 (4o. car. .4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83.0-V83.4, V84.0-V84.4, V85.0-V85.4, V86.0-V86.4, V87.0-V87.8, V89.2, V89.9

2/ El total incluye extranjeros

Tasas por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo con la población mundial estándar. World Health Statistics Annual. OMS, XXVI. 1996.

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión

Fuente: INEGI/SSA, Mortalidad 1999

Cuadro A.9

Indicadores Básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales recursos por diez mil habitantes, 1999

Entidad federativa	Unidades médicas	Camas censables	Consultorios	Médicos en contacto con pacientes	Enfermeras	Odontólogos	Gineco-obstetras 1/	Pediatras 2/	Gasto público ejercido per cápita 3/
Nacional	1.9	7.9	5.1	11.7	18.8	0.9	2.3	1.9	1214.8
Aguascalientes	1.2	8.3	4.5	15.4	21.8	0.9	3.2	3.3	1321.0
Baja California	1.0	6.6	3.9	11.4	18.0	0.9	2.5	2.5	1302.7
Baja California Sur	4.1	15.3	9.5	22.7	35.1	1.6	5.0	4.1	2299.2
Campeche	4.0	9.6	8.0	15.7	20.6	1.0	3.5	2.3	1386.6
Coahuila	1.7	10.4	5.6	13.5	25.9	0.9	3.4	2.6	1443.7
Colima	3.0	8.6	7.2	15.8	23.7	1.1	4.1	2.7	1579.7
Chiapas	2.6	4.4	4.8	8.8	11.5	0.8	1.3	0.7	604.5
Chihuahua	1.9	7.7	4.8	10.3	17.7	0.6	2.1	1.8	1201.0
Distrito Federal	0.9	18.9	8.9	25.7	46.5	2.0	4.4	6.2	4314.2
Durango	3.1	8.1	6.0	13.0	20.7	0.7	2.6	2.1	1123.4
Guanajuato	1.3	5.2	3.3	8.1	12.3	0.5	1.5	1.1	692.2
Guerrero	3.2	5.0	5.6	9.7	13.8	0.7	2.0	1.1	685.8
Hidalgo	3.1	6.0	5.2	10.0	14.6	0.7	1.5	0.9	793.6
Jalisco	1.6	9.3	4.8	11.4	19.0	0.9	2.4	1.8	1002.7
México	1.0	5.6	3.5	7.5	11.2	0.7	1.6	1.3	611.5
Michoacán	2.1	4.9	4.1	8.9	11.6	0.8	1.7	0.9	622.9
Morelos	1.8	5.3	4.4	10.8	17.0	0.9	2.5	2.3	979.6
Nayarit	3.7	7.6	6.4	13.3	20.6	1.0	2.6	1.7	1125.8
Nuevo León	1.5	10.0	5.7	12.3	24.3	0.8	2.5	2.7	1465.3
Oaxaca	3.3	4.9	4.9	8.6	12.3	0.7	1.2	0.6	608.2
Puebla	1.9	6.3	4.1	8.2	13.1	0.8	1.2	1.0	664.0
Querétaro	2.1	5.5	4.4	11.9	17.4	0.8	2.8	2.1	928.6
Quintana Roo	2.5	6.5	5.8	13.0	19.9	0.9	3.3	2.7	1392.7
San Luis Potosí	2.3	5.9	4.4	9.2	15.0	0.7	1.9	1.1	803.9
Sinaloa	1.9	7.8	5.1	11.6	19.7	0.7	2.4	1.7	1069.0
Sonora	1.8	10.8	5.9	13.7	23.2	0.8	3.1	2.7	1299.9
Tabasco	3.2	7.1	6.5	15.2	20.8	1.6	2.7	1.9	1020.2
Tamaulipas	1.8	10.0	5.5	13.5	21.6	0.8	3.2	3.0	1240.2
Tlaxcala	2.1	4.7	4.2	9.5	13.8	0.9	1.7	1.3	790.7
Veracruz	2.0	6.1	4.9	10.1	14.2	0.7	1.9	1.5	882.7
Yucatán	1.9	8.9	4.9	12.9	20.4	0.8	2.6	2.4	1290.0
Zacatecas	2.7	4.9	4.9	9.7	13.8	0.7	1.9	1.1	759.3

1/ Se tomó como denominador mujeres en edad fértil

2/ Se tomó como denominador la población menor de 15 años

3/ Se refiere al presupuesto ejercido en salud por la SSA, IMSS-Solidaridad, IMSS, ISSSTE y PEMEX a precios corrientes

Para el cálculo se utilizaron las Proyecciones de Población de México 1996 - 2050 del CONAPO

Fuente: SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999

Cuadro A.10

Indicadores básicos del Sistema Nacional de Salud. Principales servicios otorgados por habitante, 1999

Entidad federativa	Por mil habitantes			% Embarazadas captadas	% Partos atendidos en	Coberturas de vacunación Niños de un año		
	Consultas	Egresos	primer trimestre	establecimientos médicos 1/		Sabin	DPT /HB/Hib	BCG
Nacional	2361.5	43.8	33.6	80.2		95.7	95.6	99.4
Aguascalientes	2410.9	57.7	34.5	100.0		98.6	98.6	99.8
Baja California	2083.1	45.5	35.9	100.0		94.7	94.1	99.5
Baja California Sur	3838.2	74.8	35.9	100.0		94.1	94.1	99.3
Campeche	2984.2	50.8	39.7	98.1		100.0	100.0	100.0
Coahuila	3202.5	68.5	37.4	100.0		98.3	98.3	99.9
Colima	2872.9	62.9	35.1	100.0		99.2	99.2	99.9
Chiapas	1741.3	30.2	30.4	45.8		91.0	90.7	99.2
Chihuahua	2334.3	48.0	37.1	98.8		99.2	90.0	98.7
Distrito Federal	3554.9	78.4	32.1	100.0		77.1	76.9	97.0
Durango	2943.8	54.1	37.2	82.6		95.7	95.7	99.5
Guanajuato	1735.8	36.9	34.5	78.9		95.0	94.8	99.4
Guerrero	2091.1	27.7	27.6	46.2		98.9	98.9	99.9
Hidalgo	2289.5	37.7	30.9	70.7		99.9	99.9	100.0
Jalisco	2092.7	43.7	41.0	78.4		97.3	97.3	99.9
México	1946.9	23.8	27.9	65.9		95.8	95.6	98.8
Michoacán	1964.7	33.9	32.2	69.4		98.3	98.3	99.8
Morelos	2229.2	40.9	31.1	82.3		99.2	99.1	99.9
Nayarit	2638.8	54.4	34.3	86.3		99.9	99.9	100.0
Nuevo León	3119.2	58.4	38.5	100.0		99.5	99.5	99.4
Oaxaca	1758.4	29.2	28.3	50.9		97.8	97.5	99.8
Puebla	1725.1	30.6	33.6	58.6		97.8	97.8	99.8
Querétaro	2188.8	37.5	29.6	93.8		98.2	98.2	98.9
Quintana Roo	2847.8	45.7	32.4	91.5		98.4	98.4	99.9
San Luis Potosí	2099.6	35.4	37.3	69.2		98.7	99.6	100.0
Sinaloa	2861.3	53.6	32.4	100.0		98.6	99.6	99.9
Sonora	2789.5	62.3	42.4	100.0		97.5	97.6	99.8
Tabasco	2960.4	48.4	39.7	64.7		99.9	99.9	99.9
Tamaulipas	3025.3	60.9	31.0	100.0		98.6	98.6	99.9
Tlaxcala	2183.3	36.7	28.9	86.6		99.5	99.5	99.9
Veracruz	2194.7	39.4	32.3	66.7		98.3	98.2	99.9
Yucatán	3346.2	51.8	38.2	98.2		99.7	99.5	99.8
Zacatecas	2227.3	46.5	42.8	80.2		99.8	99.8	99.9

1/ Incluye partos atendidos en hospitales del sector público y privado.

Para el cálculo se utilizaron las Proyecciones de Población de México 1996 - 2050 del CONAPO

Fuente: SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999

Cuadro A.11
Indicadores de resultado. Salud reproductiva, 1999

Entidad federativa	Nacimientos por cesárea** %	Consultas prenatales por embarazada** %	Usuarias activas por 1000 MEFUs**	Mortalidad * Materna 1/ O00-O99***	por cáncer cervicouterino 1/ C53***	por cáncer mamario 2/ C50***
Nacional	31.4	4.1	70.1	5.1	19.8	14.8
Aguascalientes	31.6	4.1	66.3	5.9	15.7	14.3
Baja California	33.7	4.3	75.2	2.8	14.4	18.8
Baja California Sur	34.5	4.3	78.0	1.9	18.0	10.6
Campeche	32.2	4.9	73.4	3.6	22.7	8.4
Coahuila	30.5	4.6	77.0	2.8	14.9	22.6
Colima	37.5	5.2	75.2	2.3	22.7	11.7
Chiapas	28.5	3.7	58.1	7.0	23.0	9.5
Chihuahua	29.8	4.9	75.6	3.8	18.8	19.7
Distrito Federal	37.9	4.3	78.7	6.6	14.7	21.5
Durango	28.3	4.3	69.4	3.3	20.8	12.9
Guanajuato	29.9	4.0	57.8	4.4	18.0	12.6
Guerrero	24.4	2.9	50.5	7.0	20.7	7.4
Hidalgo	27.2	4.0	65.4	5.4	14.5	12.3
Jalisco	30.8	4.8	68.9	3.5	20.8	18.7
México	28.0	3.5	76.8	6.9	16.4	12.6
Michoacán	27.0	3.4	63.3	4.3	22.6	13.7
Morelos	34.5	3.9	75.2	4.5	25.6	12.2
Nayarit	26.0	4.3	75.5	4.3	26.8	16.7
Nuevo León	44.1	4.8	74.8	3.0	13.4	22.2
Oaxaca	29.1	4.0	57.5	5.8	27.7	7.3
Puebla	28.4	4.4	61.8	4.5	25.6	10.3
Querétaro	31.1	4.4	63.4	4.4	14.4	15.7
Quintana Roo	33.0	4.3	71.8	5.1	20.7	4.7
San Luis Potosí	23.5	4.4	63.3	5.1	22.5	14.8
Sinaloa	33.6	3.9	78.6	2.7	20.6	13.4
Sonora	31.7	3.8	77.3	3.0	18.0	20.4
Tabasco	34.6	3.7	70.7	6.6	26.8	9.4
Tamaulipas	34.0	4.1	74.0	5.3	19.0	15.9
Tlaxcala	28.2	3.8	74.5	6.5	24.1	14.5
Veracruz	30.6	4.4	72.2	5.8	25.5	10.7
Yucatán	34.6	4.8	72.2	3.8	32.0	7.7
Zacatecas	22.9	4.6	70.5	3.6	11.7	19.3

1/ tasas por 10,000 nacidos vivos registrados
2/ tasas por 100,000 mujeres de 25 y más años
*** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión
** MEFUs= Mujeres en edad fértil unidas
Fuente: *SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999
**SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999.

Cuadro A.12
Indicadores de resultado. Salud del niño, 1999

Entidad federativa	Mortalidad deficiencias de nutrición <5 1/ E-40-E54*	Coberturas de vacunación Esquema completo un año %	1 a 4 años %	Casos nuevos Sarampión B05*	TB meníngea < 5 años A17.0*	Tétanos neonatal A33*	Mortalidad 1/ Enfermedad diarreica < 5 años A00-A09*	< de 5 años J00-J22*
Nacional	13.9	92.0	97.2	0	25	15	25.3	47.3
Aguascalientes	5.0	96.4	98.8	0	0	0	14.3	15.9
Baja California	7.0	74.8	89.9	0	0	0	17.7	67.6
Baja California Sur	7.5	87.1	96.1	0	0	0	20.0	22.5
Campeche	2.6	100.0	100.0	0	0	0	13.1	23.6
Coahuila	1.9	95.9	98.9	0	0	0	7.1	13.9
Colima	5.6	96.5	99.5	0	0	0	20.5	11.2
Chiapas	18.0	84.3	94.7	0	3	4	43.5	40.4
Chihuahua	12.0	82.3	93.8	0	8	0	27.4	41.8
Distrito Federal	8.9	61.7	85.9	0	0	0	16.3	47.8
Durango	1.7	93.1	97.7	0	1	1	5.5	9.4
Guanajuato	15.4	91.1	96.9	0	0	0	38.0	51.0
Guerrero	11.8	97.0	99.1	0	0	2	19.8	20.3
Hidalgo	8.5	99.4	99.8	0	0	0	19.9	38.0
Jalisco	9.1	94.7	98.3	0	1	0	18.2	22.0
México	21.4	90.8	97.3	0	3	0	39.6	113.1
Michoacán	10.6	97.1	99.1	0	1	1	18.4	24.9
Morelos	9.6	98.1	99.4	0	1	1	27.0	16.7
Nayarit	5.7	99.7	99.9	0	0	1	8.6	12.4
Nuevo León	2.1	97.8	99.2	0	0	1	7.9	10.3
Oaxaca	28.6	94.8	98.4	0	0	0	39.8	49.2
Puebla	32.2	95.6	97.9	0	0	0	39.9	104.5
Querétaro	14.6	97.8	99.3	0	0	0	26.7	42.6
Quintana Roo	11.6	96.9	99.0	0	0	0	17.9	17.9
San Luis Potosí	12.6	99.3	99.8	0	2	2	23.6	37.8
Sinaloa	3.3	98.9	99.6	0	2	0	9.1	13.3
Sonora	11.4	94.1	98.1	0	0	0	20.9	22.3
Tabasco	10.8	99.5	99.8	0	0	0	18.9	26.9
Tamaulipas	4.0	98.5	99.5	0	2	0	9.6	18.2
Tlaxcala	34.0	99.0	99.7	0	0	0	42.2	114.8
Veracruz	15.6	98.2	99.4	0	1	2	24.4	37.1
Yucatán	17.2	99.0	99.6	0	0	0	22.1	22.1
Zacatecas	8.2	99.6	99.9	0	0	0	18.7	27.5

1/ tasas por 100,000 niños menores de 5 años
*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión
** Infecciones respiratorias agudas
Fuente:SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

Cuadro A.13
Indicadores de resultado. Accidentes y micobacteriosis, 1999

Entidad federativa	Mortalidad accidentes 1/ V01-X59*	Mortalidad tuberculosis pulmonar 2/ A15-A16*	% casos nuevos TB con tratamiento completo supervisado	Mortalidad Gonorrea 1/ A54.0-A54.4*	% Casos nuevos Sífilis congénita A50*	SIDA clínicos transfusión y hemofilia B20-B24*	Mortalidad SIDA según fecha de DX B20-B24*	Por IRAS < de 5 años **
Nacional	38.4	24.7	79.1	15.5	66.0	0.0	1.1	47.3
Aguascalientes	38.5	16.2	64.9	4.5	0.0	6.7	1.6	15.9
Baja California	53.4	47.2	43.4	26.7	0.0	0.0	0.0	67.6
Baja California Sur	38.6	22.2	67.4	21.0	0.0	0.0	1.5	22.5
Campeche	37.7	19.7	77.2	12.3	3.0	0.0	4.0	23.6
Coahuila	30.5	27.0	85.5	10.2	2.0	0.0	1.7	13.9
Colima	28.4	30.3	104.2	16.2	0.0	0.0	3.2	11.2
Chiapas	38.9	57.4	80.0	38.7	5.0	1.9	0.5	40.4
Chihuahua	49.0	25.3	67.1	7.4	7.0	2.1	1.2	41.8
Distrito Federal	25.1	10.0	106.9	14.1	0.0	0.5	0.3	47.8
Durango	36.6	29.4	52.3	44.1	1.0	0.0	0.6	9.4
Guanajuato	38.7	8.4	98.4	4.8	0.0	1.5	0.1	51.0
Guerrero	40.8	28.2	92.9	11.1	0.0	2.3	1.2	38.0
Hidalgo	47.7	102.8	33.6	3.6	2.0	0.7	0.0	20.3
Jalisco	40.5	19.9	68.4	9.9	0.0	1.3	1.1	22.0
México	29.2	8.5	94.8	8.0	2.0	0.8	0.6	113.1
Michoacán	39.4	14.7	78.4	17.5	0.0	1.3	2.3	24.9
Morelos	34.1	20.7	69.7	23.5	0.0	1.3	1.7	16.7
Nayarit	37.1	30.9	78.1	38.6	2.0	1.4	3.5	12.4
Nuevo León	32.8	35.8	58.9	8.0	8.0	0.6	0.7	10.3
Oaxaca	39.9	48.2	67.9	22.9	1.0	1.2	0.6	48.2
Puebla	43.2	18.5	90.4	21.0	3.0	1.3	2.6	104.5
Querétaro	38.4	13.8	78.9	4.6	0.0	0.0	0.4	42.6
Quintana Roo	38.6	24.7	45.5	22.7	0.0	0.0	0.0	17.9
San Luis Potosí	32.8	24.4	100.5	5.0	2.0	0.0	0.9	37.8
Sinaloa	40.0	36.9	78.8	12.7	5.0	1.6	0.2	13.3
Sonora	41.5	29.9	64.2	15.9	2.0	1.3	1.4	22.3
Tabasco	42.1	38.7	80.2	32.8	9.0	0.0	0.8	26.9
Tamaulipas	34.4	47.7	64.7	21.4	0.0	0.0	2.0	18.2
Tlaxcala	43.0	6.5	68.4	15.0	0.0	2.1	2.3	114.8
Veracruz	27.4	41.3	91.3	10.4	4.0	0.8	2.2	37.1
Yucatán	30.3	13.9	63.4	11.4	0.0	0.0	2.9	22.1
Zacatecas	42.1	7.8	76.4	12.1	1.0	0.0	0.6	27.5

1/ tasas por 100,000 habitantes.
2/ tasas por 100,000 habitantes mayores de 15 años
**J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20-J21, J10-J11, J12-J18 excepto J18.2
*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión
IRAS: Infecciones respiratorias agudas
Fuente: SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

Cuadro A.14

Indicadores de resultado. Zoonosis y enfermedades transmitidas por vector, 1999

Entidad federativa	Casos nuevos: Rabia humana transmitida por perro A82*	Casos nuevos: Paludismo B51*	Casos nuevos: Paludismo P. falciparum B50*	Morbilidad dengue clásico 1/ A90*	Letalidad dengue hemorrágico A91, A92.0*	Casos nuevos oncocercosis B73*
Nacional	3	6418	16	23.4	4.6	274
Aguascalientes	0	0	0	0.0	0.0	0
Baja California	0	0	0	0.0	0.0	0
Baja California Sur	0	0	0	0.0	0.0	0
Campeche	0	44	0	0.0	0.0	0
Coahuila	0	0	0	45.7	0.0	0
Colima	0	2	0	5.6	0.0	0
Chiapas	0	1367	9	19.4	0.0	274
Chihuahua	0	126	0	0.0	0.0	0
Distrito Federal	0	0	0	0.0	0.0	0
Durango	0	34	0	0.3	0.0	0
Guanajuato	0	0	0	0.0	0.0	0
Guerrero	1	221	0	2.0	0.0	0
Hidalgo	0	2	0	0.3	0.0	0
Jalisco	0	12	0	0.8	0.0	0
México	0	0	0	0.0	0.0	0
Michoacán	0	196	0	0.1	0.0	0
Morelos	0	0	0	7.2	0.0	0
Nayarit	0	166	0	2.7	0.0	0
Nuevo León	0	1	0	301.3	8.6	0
Oaxaca	1	3238	0	6.7	0.0	0
Puebla	1	0	0	2.5	0.0	0
Querétaro	0	0	0	0.0	0.0	0
Quintana Roo	0	160	1	3.5	0.0	0
San Luis Potosí	0	0	0	4.5	0.0	0
Sinaloa	0	421	0	10.7	0.0	0
Sonora	0	28	0	24.3	0.0	0
Tabasco	0	331	5	23.0	0.0	0
Tamaulipas	0	0	0	195.1	7.8	0
Tlaxcala	0	0	0	0.0	0.0	0
Veracruz	0	37	1	32.7	9.1	0
Yucatán	0	32	0	2.5	0.0	0
Zacatecas	0	0	0	0.0	0.0	0

1/ tasas por 100,000 habitantes

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión

Fuente: SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

Cuadro A.15

Indicadores de resultado. Atención a la salud del adulto y del anciano, 1999

Entidad federativa	Mortalidad enfermedades del corazón* 1/ I00-I52 3/	Casos nuevos hipertensión arterial X hab.1/ 2/** I10-I15 3/	Mortalidad enfermedades cerebrovasculares* 1/ I60-I69 3/	Casos nuevos diabetes mellitus X hab.1/ 2/** E10-E14 3/	Mortalidad diabetes mellitus * 1/ E10-E14 3/	Letalidad por cólera* A00 3/	Casos nuevos cólera* A00 3/
Nacional	70.6	413.4	26.3	290.2	46.5	0.0	9
Aguascalientes	58.1	524.2	25.4	348.1	49.6	0.0	0
Baja California	81.0	575.2	26.5	365.6	49.4	0.0	0
Baja California Sur	76.9	707.5	24.3	464.0	41.8	0.0	0
Campeche**	52.8	284.5	20.8	288.3	31.6	0.0	0
Coahuila	77.5	557.9	27.2	407.8	56.3	0.0	0
Colima	79.0	192.0	26.8	174.2	45.2	0.0	0
Chiapas	42.0	279.3	17.0	200.9	23.6	0.0	0
Chihuahua	98.8	659.9	29.8	359.5	47.4	0.0	0
Distrito Federal	100.3	652.1	32.4	464.9	72.0	0.0	1
Durango	70.4	749.4	23.4	432.5	43.4	0.0	0
Guanajuato	65.4	295.9	26.8	234.0	52.6	0.0	0
Guerrero	41.5	413.2	18.9	314.1	29.0	0.0	0
Hidalgo	59.8	308.1	27.7	198.5	39.4	0.0	3
Jalisco	60.9	399.2	29.9	246.1	53.1	0.0	0
México	53.3	286.6	20.0	212.7	46.6	0.0	0
Michoacán	68.5	481.2	27.8	343.3	44.6	0.0	0
Morelos	68.8	643.8	24.3	491.2	48.2	0.0	1
Nayarit	79.0	539.0	25.4	354.1	40.8	0.0	0
Nuevo León	85.2	263.2	27.3	241.1	44.6	0.0	1
Oaxaca	64.7	235.0	28.5	178.4	32.0	0.0	0
Puebla	61.4	298.3	25.9	241.4	48.1	0.0	0
Querétaro	51.3	379.4	23.0	238.9	40.8	0.0	0
Quintana Roo	38.8	317.7	12.4	277.2	20.3	0.0	0
San Luis Potosí	68.6	433.5	28.0	297.6	35.6	0.0	0
Sinaloa	77.8	579.2	23.9	302.8	38.9	0.0	0
Sonora	99.1	507.8	25.6	302.4	49.4	0.0	0
Tabasco	57.0	426.6	21.0	345.7	35.3	0.0	0
Tamaulipas	82.9	692.3	27.5	499.0	53.2	0.0	3
Tlaxcala	54.6	237.4	22.0	191.7	50.1	0.0	0
Veracruz	69.1	263.6	32.1	209.0	45.5	0.0	0
Yucatán	75.5	389.1	38.8	267.9	37.3	0.0	0
Zacatecas	74.4	389.4	32.1	183.5	38.4	0.0	0

1/ tasas por 100,000 habitantes

2/ Para este documento estos indicadores se calcularon sectorialmente

3/ Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión

Fuente: *SSA/DGIED, Indicadores de resultado, 1999

**SSA/DGE, Sistema único para la vigilancia epidemiológica (SUIVE)

Cuadro A.16

Indicadores de resultado. Servicios de salud 1/, 1999

Entidad federativa	Consultas diarias por médico	Porcentaje ocupación hospitalaria	Promedio días estancia	Intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano
Nacional	8.0	68.1	4.3	2.8
Aguascalientes	6.2	78.4	3.6	3.2
Baja California	7.3	74.6	4.0	3.4
Baja California Sur	6.7	48.5	3.5	1.7
Campeche	7.5	50.4	3.5	2.0
Coahuila	9.4	73.7	4.0	2.7
Colima	7.2	65.5	3.1	4.3
Chiapas	7.8	64.6	3.1	2.5
Chihuahua	9.0	71.3	4.0	3.2
Distrito Federal	5.5	69.2	6.0	2.3
Durango	8.7	77.9	4.0	3.3
Guanajuato	8.5	73.1	3.5	4.1
Guerrero	8.6	58.4	3.4	2.4
Hidalgo	9.1	79.7	4.2	2.9
Jalisco	7.3	53.1	4.1	2.0
México	9.8	60.9	4.6	3.4
Michoacán	8.7	70.3	3.5	2.7
Morelos	8.4	81.9	3.4	3.8
Nayarit	8.5	61.6	3.0	2.6
Nuevo León	10.0	82.3	4.9	3.8
Oaxaca	8.1	63.1	3.8	2.6
Puebla	8.3	61.8	4.4	2.2
Querétaro	7.3	72.2	3.5	4.3
Quintana Roo	8.1	63.1	3.1	2.6
San Luis Potosí	9.1	59.6	3.6	3.1
Sinaloa	10.1	76.1	3.8	2.9
Sonora	8.1	71.3	3.9	2.4
Tabasco	7.8	76.5	3.6	2.8
Tamaulipas	8.9	67.6	3.8	2.7
Tlaxcala	9.2	60.3	2.8	3.8
Veracruz	8.6	68.4	3.9	2.8
Yucatán	10.3	84.2	5.2	3.3
Zacatecas	9.1	77.5	2.8	2.7

1/ Para este documento los indicadores se calcularon para todas las instituciones públicas de salud

Fuente: SSA/DGIED, Boletín de Información Estadística No. 19, 1999

Consulta ciudadana

Foros estatales celebrados

Entidades	Número de foros	Número de ponencias	Número de asistentes
Aguascalientes	8	99	465
Baja California	6	43	600
Baja California Sur	5	49	183
Campeche	2	62	789
Coahuila	3	126	667
Colima	1	18	110
Chiapas	14	107	1005
Chihuahua	3	38	248
Distrito Federal	1	37	349
Durango	1	34	79
Guanajuato	1	63	480
Guerrero	1	98	738
Hidalgo	3	136	577
Jalisco	10	155	399
México	11	731	786
Michoacán	8	716	1393
Morelos	3	43	301
Nuevo León	4	23	304
Oaxaca	7	116	1012
Puebla	6	48	707
Querétaro	7	66	83
Quintana Roo	2	21	186
San Luis Potosí	6	5	1170
Sinaloa	1	66	190
Sonora	7	269	621
Tabasco	6	109	284
Tamaulipas	3	16	113
Tlaxcala	3	44	130
Veracruz	2	24	136
Yucatán	1	7	350
Zacatecas	7	87	619
Total	143	3,456	15,074

Foros estatales: conclusiones

Entidad Federativa	No. de foros	Conclusiones principales
Aguascalientes	8	• Optimizar el gasto para la salud mental, reducir la inequidad entre estados y municipios. Crear un Instituto Regional de Medicina.
		• Mejorar la capacitación.
		• Favorecer la participación comunitaria y atender demandas de grupos organizados.
Baja California	6	• Destinar recursos para la prevención de las adicciones.
		• Capacitación al personal para identificar la depresión.
		• Reformar la Constitución para otorgar atribuciones a los municipios en materia de salud.
Baja California Sur	5	• Fortalecer programas, campañas y recursos contra las adicciones.
		• Fortalecer la atención prehospitalaria de los accidentados.
		• Reorientar el presupuesto para privilegiar el primer nivel de atención.
Campeche	2	• Adecuar los servicios de salud a las necesidades de la población y al perfil epidemiológico.
		• Evaluar mediante encuesta de satisfacción, la calidad de los servicios.
		• Promover la inversión en salud (6% del PIB) para que existan recursos para los ayuntamientos.
Coahuila	3	• Mejorar la calidad de la atención, fortaleciendo y ampliando la infraestructura.
		• Fortalecer las campañas de prevención de VIH/SIDA.
		• Impulsar campañas para prevenir la farmacodependencia en educación.
Colima	1	• Elevar la calidad de los servicios de salud a través de redes estatales, para el segundo nivel, sin importar su derechohabiencia.
		• Lograr la equidad, descentralizando hasta nivel local de salud.
		• Se requiere se asigne mayor presupuesto del Gobierno Federal, privilegiando el primer nivel de atención.
Chiapas	14	• Lograr un servicio eficiente y de calidad en la prestación de los servicios de salud.
		• Destinar mayor presupuesto para la atención a la salud.
		• Lograr una cobertura del 100% con el Paquete Básico de Servicios de Salud.
Chihuahua	3	• Fortalecer la educación médica, investigación y desarrollo en materia de salud.
		• Favorecer el trato digno a la consulta y atención a la discapacidad.
		• Mejorar la administración de los programas y hospitales públicos.
Distrito Federal	1	• Mejorar las condiciones de la prestación de servicios de salud y desarrollar el servicio civil de carrera.
		• Fortalecer y ampliar las instituciones públicas para lograr la fusión en un Servicio Único de Salud.
		• Asignar a salud una proporción del PIB semejante o otros países.
Durango	1	• Destinar mayores recursos financieros para orientarse a la calidad del servicio.
		• Favorecer la capacitación del recurso humano.
		• Apoyar los programas que atienden problemas de salud en aumento: Diabetes y depresión.
Guanajuato	1	• Favorecer la capacitación del recurso humano.
		• Mejorar la infraestructura en salud.
		• Desarrollar una cultura entre los prestadores de servicios que permita tratar dignamente a todos los pacientes.
Guerrero	1	• Crear mecanismos para lograr una plena cobertura, por medio de una red de atención médica domiciliaria.
		• Creación de un seguro universal de salud.
		• Crear un organismo dentro de la SSA para diseñar una nueva política de salud, orientada a grupos indígenas.
Hidalgo	3	• Ampliar la infraestructura en salud y fortalecer la atención a la población rural y urbana marginada.
		• Asegurar la atención prenatal y fortalecer el uso de la cartilla y carnet perinatal.
		• Que la inversión sea acorde a las características de la región y destinar mayor presupuesto a medicamentos e insumos.
Jalisco	10	• Incrementar el PIB destinado a salud y enfoque de riesgo.
		• Fortalecer la infraestructura e incentivar al personal de zonas rurales.
		• Involucrar a las autoridades municipales en los programas de salud.
México	11	• Estructurar un cambio hacia la calidad, fortalecer la infraestructura.
		• Fortalecer las campañas de prevención a las adicciones.
		• Capacitar al médico en la elaboración del expediente clínico.
Michoacán	8	• Fomentar la creación de Municipios Saludables y mejorar el programa Mujer y Salud.
		• Unificación de un Modelo de atención para población no asegurada.
		• Respetar los derechos de los usuarios y mejorar la relación médico/paciente.
Morelos	3	• Buscar Protección financiera ajustando cuotas de recuperación.
		• Diseñar e implementar esquemas para la cultura de prevención.
		• Buscar fuentes de financiamiento para elevar la calidad y equidad.
Nuevo León	4	• Crear equipos interdisciplinarios en el sistema formal de educación para atender la salud de los niños y jóvenes.
		• Institucionalización de un programa de educación para la salud.
		• Crear propuestas de atención extrahospitalaria para pacientes geriátricos y oncológicos.
Oaxaca	7	• Fortalecer la atención médica a los indígenas respetando su cultura.
		• Apoyar los programas de prevención de enfermedades transmitidas por vector.
		• Fortalecer y ampliar la infraestructura del primer nivel de atención.
Puebla	6	• Mejorar la calidad de la atención.
		• Fortalecer la vinculación intersectorial con la salud municipal.
		• Desarrollar proyectos para la salud de los escolares.
Querétaro	7	• Favorecer la participación de las autoridades locales: Comunidades Saludables.
		• Fortalecer estrategias como el PAC y PROGRESA, y nuevas alternativas en la seguridad social para incorporar a un mayor número de la población.
		• Mejorar la infraestructura de hospitales y equipos.

Entidad Federativa	No. de foros	Conclusiones principales
Quintana Roo	2	• Fortalecer las campañas de cáncer cérvico-uterino y mamario.
		• Favorecer la capacitación de los recursos humanos que atienden al paciente.
		• Vincular la coordinación entre el Sector Salud y los municipios.
San Luis Potosí	6	• Acceso gratuito a medicamentos y a los servicios de salud.
		• Fortalecer los servicios médicos en zonas indígenas.
		• Crear acciones que impacten el manejo de la violencia.
Sinaloa	1	• Capacitar al prestador de servicios en cuanto a calidad.
		• Mejorar la interacción entre las instituciones pública y privadas.
		• Sensibilizar al usuario para que participe en los programas preventivos.
Sonora	7	• Mejorar la coordinación intersectorial para favorecer las acciones de salud.
		• Mejorar la participación social para el autocuidado de la salud.
		• Favorecer acciones dirigidas al desarrollo integral de las mujeres.
Tabasco	6	• Creación de centros regionales para la atención integral del parto.
		• Impulsar a la investigación sobre factores causales del suicidio.
		• Capacitar a prestadores de servicios.
Tamaulipas	3	• Crear un seguro de salud cuatripartita (paciente, gobierno federal, estatal y municipal)
		• Disponer de infraestructura y recursos para un programa de calidad.
		• Elaborar paquetes básico acordes a la población en los tres niveles de atención.
Tlaxcala	3	• Generar programas incluyentes para las comunidades: Comunidades Saludables.
		• Reorientar el programa de planificación familiar principalmente en zonas indígenas.
		• Capacitar al personal para mejorar la calidad del servicio.
Veracruz	2	• Unificar la seguridad social de las dependencias del Sector Salud.
		• Invertir más en salud.
		• Generar conciencia para un sistema único de salud.
Yucatán	1	• Crear un programa de capacitación acorde a las necesidades del personal.
		• Incorporar médicos privados a través de organismos a la investigación.
		• Diseñar un modelo de atención integral multiprofesional e interdisciplinario de organización en salud.
Zacatecas	7	• Apoyar a los niños con malformaciones susceptibles a mejorar con cirugía, prótesis y rehabilitación.
		• Fortalecer las acciones de saneamiento básico.
		• Ampliar la cobertura para la atención de especialidades.

Aportaciones por estrategia

Estrategias	Sugerencias
Vincular la salud con el desarrollo económico y social	3,109
Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	3,478
Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades	7,156
Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud	5,679
Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población	1,970
Construir un federalismo cooperativo en materia de salud	348
Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud	365
Avanzar hacia un Marco Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)	88
Ampliar la participación ciudadana y la libre elección en el primer nivel de atención	197
Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud	560
Total de sugerencias	22,950

Foros federales celebrados

Nombre del foro	Entidades	No. Ponencias	No. Asistentes
Retos emergentes	Campeche, Campeche	42	
Rezagos en salud	Campeche, Campeche	58	493 *
Mujer y salud	Campeche, Campeche	20	
Retos emergentes	Hermosillo, Sonora	83	
Rezagos en salud	Hermosillo, Sonora	65	1,200 *
Mujer y salud	Hermosillo, Sonora	35	
Salud mental y adicciones	León, Guanajuato	16	94
Salud mental y adicciones	México, D.F.	23	192
Enseñanza e investigación en salud	México, D.F.	156	842
Calidad	México, D.F.	17	400
Calidad	México, D.F.	8	209
Protección financiera	México, D.F.	17	232
Salud mental Adicciones	Monterrey, Nuevo León	21	188
Salud mental y adicciones	Tijuana, Baja California	21	350
Retos emergentes	Tlaxcala, Tlaxcala	20	
Rezagos en salud	Tlaxcala, Tlaxcala	17	300 *
Mujer y salud	Tlaxcala, Tlaxcala	12	
Salud mental y adicciones	Veracruz, Veracruz	20	245
Total		651	4,736

* En estos casos los participantes asistieron a los tres foros

Foros federales: conclusiones

Nombre del foro	Lugar de Celebración	Número de ponencias	Conclusiones principales
Calidad	México, D.F.	17	• Ofrecer calidad y equidad en el sistema nacional de salud tomando como ejemplo a otros países, solicitando la participación de sindicatos, médicos y personal auxiliar
			• Asegurar que las instituciones cumplan con estándares de calidad y que los médicos permanezcan capacitados. La sociedad debe exigir el acreditación de programas y la certificación de profesionales
Calidad	México, D.F.	8	• Usar la telemedicina para facilitar la capacitación a distancia, la racionalización de tecnología y proporcionar atención médica especializada
			• Capacitación para el personal, especialmente de carácter directivo y motivacional
			• Involucramiento de los directivos con la rendición de cuentas puntual y avanzar en un modelo de Dirección de Calidad
Enseñanza Investigación en Salud	México, D.F.	165	• Establecer un Premio Nacional de Calidad de los Servicios de Salud con carácter obligatorio para el sector salud y optativo al sector privado
			• Adecuar la matrícula de las escuelas y facultades de medicina a las necesidades de médicos y a los campos clínicos, disponibles para la enseñanza
Retos emergentes en Salud Equidad	Hermosillo, Sonora	83	• Realizar investigación colaborativa y multicéntrica
			• Dar a conocer a la población los resultados de las investigaciones en salud, que se realizan en el país
			• Implementar estrategias permanentes que garantice el tratamiento de tuberculosis y SIDA, ampliando el cuadro básico de fármacos
			• Implementar estrategias encaminadas a estilos de vida saludables
Rezagos en Salud Equidad	Hermosillo, Sonora	65	• Reforzar la vigilancia epidemiológica, mejorar los sistemas de información y diseñan sistemas de alerta
			• Que la atención médica pública como privada sea de calidad y con criterios costo efectividad
Mujer Salud Equidad	Hermosillo, Sonora	35	• Promover la inversión en salud (6% del PIB) para que existan recursos para los ayuntamientos en salud pública
			• Crear una instancia gubernamental para diseñar políticas públicas en el tema de violencia para su prevención y atención
			• Capacitar al personal de salud sobre violencia (intrafamiliar, doméstica y sexual)

Nombre del foro	Lugar de Celebración	Número de ponencias	Conclusiones principales
Retos emergentes de Salud Equidad	Campeche, Campeche	42	• Garantizar el derecho de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, aumentando las opciones anticonceptivas en el hombre
			• Reforzar los programas educativos y de difusión referentes a las formas de contagio, transmisión y combate al VIH/SIDA
Rezagos en Salud Equidad	Campeche, Campeche	58	• Instrumentar una cultura de prevención de enfermedades crónicas degenerativas
			• Fortalecer los programas de salud ambiental para la preservación de ecosistemas
			• Impulsar las acciones de salud y asistencia social en beneficio de grupos indígenas y otros núcleos de población vulnerables
			• Ampliar la superación profesional e intelectual del personal de salud para conformar un nuevo perfil del trabajador de la salud
Mujer y Salud Equidad	Campeche, Campeche	20	• Manejar con criterio universalista y de equidad las acciones de salud para la atención a personas con capacidades diferentes
			• Crear dentro de la Secretaría de Salud una instancia especializada en violencia para hacer cumplir la Norma Oficial Mexicana sobre violencia intrafamiliar
Retos emergentes en Salud Equidad	Tlaxcala, Tlaxcala	20	• Fomentar una cultura de salud reproductiva que dignifique a la mujer y promueva el uso de métodos definitivos en la pareja
			• Enfocar los instrumentos de políticas públicas en salud al desarrollo de una cultura de prevención a la salud
			• Prioridad a la prevención primaria de los enfermos de diabetes y SIDA, combatiendo su crecimiento exponencial
Rezagos de Salud Equidad	Tlaxcala, Tlaxcala	17	• Fortalecer los esfuerzos preventivos para atenuar el impacto de los desastres, siniestros y accidentes
			• Replantear fórmulas de asignación de recursos financieros a entidades federativas, para que las diferencias entre necesidades de salud y recursos asignados se reduzca
			• Identificar municipios de alto riesgo a fin de canalizar mayores recursos
Mujer Salud Equidad	Tlaxcala, Tlaxcala	12	• Incorporar la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial de Planificación Familiar
			• Diseñar en conjunto con la sociedad civil modelos de atención integral a las víctimas de violencia sexual
			• Capacitar al personal de salud en aspectos sustantivos de la ACE (Anticoncepción de Emergencia)

Nombre del foro	Lugar de Celebración	Número de ponencias	Conclusiones principales
Protección Financiera	México, D.F.	17	• El programa de Seguro Social para todos ha despertado gran interés. Sin embargo existen inquietudes relacionadas con los mecanismos de operación
			• Sentar las bases para la regulación en las ISES y encontrar caminos para resolver disputas entre médicos, aseguradoras y hospitales
			• Realizar una reestructuración a fondo del sistema de salud que permita introducir competencia, incrementar la calidad, evitar la duplicidad de pago por la salud y homologar recursos destinados a diferentes instituciones públicas
Salud Mental Adicciones	Tijuana, Baja California	20	• Destinar mayores recursos para sistemas de vigilancia epidemiológica
			• Intensificar la prevención de las adicciones en las escuelas
			• Se requiere mayor inversión pública y privada en infraestructura para la atención de personas con problemas de drogadicción y comorbilidad
Salud Mental Adicciones	Veracruz, Veracruz	20	• Disponer de estudios e investigaciones para conocer el impacto de las intervenciones
			• Utilizar modelos preventivos de mayor eficacia en el ámbito educativo
			• Disponer de centros regionales de tratamiento vinculados a los sistemas estatales de salud
Salud Mental Adicciones	Monterrey, Nuevo León	21	• Disminuir la demanda de drogas y su consecuencia en la tasa de adicciones
			• Fomentar en la educación formal la prevención de la violencia familiar
			• Realizar una campaña nacional, educativa, para atender la depresión
Salud Mental Adicciones	León, Guanajuato	16	• Ciudadanizar las acciones para reducir la demanda de droga
			• Fomentar la salud mental infantil, estableciendo la definición de "niño en riesgo"
			• Establecer redes estatales para la atención ambulatoria de salud mental
Salud Mental Adicciones	México, D.F.	23	• Crear un instituto para la salud mental de la familia
			• Desarrollar mayores investigaciones en materia de salud mental
			• Incorporar en la currícula escolar básica la prevención a las adicciones y la prevención de la violencia familiar

Otras aportaciones	
Fundación Mexicana para la Salud	Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado, 1a. edición, Economía y Salud, 2000.
Seminario Género y Políticas de Salud 7-9 de marzo, 2001	Género y Políticas de Salud en México

Programas de Acción

Para llevar a efecto las estrategias y líneas de acción contenidas en este Programa Nacional de Salud 2001-2006, se instrumentarán los siguientes Programas de Acción:

Estrategia

Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

- Comunidades Saludables
- Educación Saludable
- Migrantes "Vete Sano y Regresa Sano"
- Mujer y Salud (PROMUSA)
- Salud Ambiental

Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

- "Arranque Parejo en la Vida"
- Brucelosis
- Cáncer Cérvico-Uterino
- Cólera
- Enfermedades Transmitidas por Vectores
- Infancia y Adolescencia
- Rabia
- Salud Bucal
- Salud Reproductiva
- Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas
- Tuberculosis
- Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

- Adicciones
- Atención al Envejecimiento
- Cáncer de Mama
- Cáncer de Próstata
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial
- Accidentes
- Rehabilitación
- Salud Mental
- Transfusión Sanguínea
- Trasplantes
- VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

- Consolidación del Arbitraje Médico
- Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud

Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

- Protección Financiera

Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

- Hospital Universal

Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

- Evaluación del Desempeño
- Protección contra Riesgos Sanitarios
- Sistema Nacional de Información en Salud
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)

Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

- Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)
- Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)

Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

- Capacitación Gerencial
- Enseñanza: Formación y Capacitación del Personal de Salud
- Inversión
- Investigación en Salud
- Servicio Civil de Carrera para Profesionales de la Salud

Glosario

Acuerdos de gestión: Instrumentos contractuales de carácter especial que regulan las relaciones con los prestadores para la contratación de servicios de salud para una determinada población dentro del marco de la gestión desconcentrada de servicios. En ellos se detallan las actividades motivo de contrato; la cobertura que deben de cumplir las organizaciones de salud participantes, y los mecanismos para su auditoría, supervisión y evaluación.

Años de vida saludable (AVISA): Indicador compuesto que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud. Resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinado.

Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD): Estructura organizacional implementada por el IMSS en 1999 con el fin de desconcentrar sus funciones administrativas, financieras y médicas en áreas geográficas con rangos de población entre 150 mil y 200 mil derechohabientes, con características demográficas y epidemiológicas simisimilares. Su objetivo es integrar la capacidad de respuesta institucional a partir de áreas que funcionen como un "sistema integrado de salud", articulando, con base en un plan de salud local, las acciones de las unidades de medicina familiar, salud en el trabajo, los servicios de prestaciones sociales y salud comunitaria de la zona y la atención especializada del hospital general de zona o regional.

Arranque parejo en la vida: Estrategia que persigue que todo mexicano cuente, desde el principio de su vida, con las condiciones básicas en materia de salud que le garanticen la igualdad de oportunidades. Esta estrategia integra de manera sistemática acciones de promoción de la salud, planificación familiar, atención institucional prenatal, del parto y del puerperio, vigilancia estrecha del crecimiento hasta los dos años de vida, vacunación con esquema completo, administración de suplementos alimenticios y micronutrientes, y atención de especialidad en los casos que lo ameriten.

Calidad de los servicios de salud: Se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes. Las dimensiones de la calidad son: i) la técnica y ii) la interpersonal.

Dimensión técnica de la calidad de los servicios: Atributo del proceso de prestación de los servicios que consiste en ofrecer a los individuos los mayores beneficios con los menores riesgos, a partir del empleo de las mejores normas de la práctica profesional.

Dimensión interpersonal de la calidad de los servicio: Atributo de los servicios de salud relacionados con lo que se ha dado en llamar "calidez" de la atención. Sus elementos son el respeto al paciente como ser humano integral, el respeto a su autonomía y la búsqueda de su satisfacción plena.

Capitación: Mecanismo de pago y asignación presupuestal que utiliza como parámetro una cuota por persona dentro de un grupo determinado (personas inscritas o registradas). También se conoce como pago por persona, pago capitado, pago per cápita o, literalmente, pago por cabeza.

Capital humano: Destrezas, conocimientos y orientación de una persona que pueden incrementarse invirtiendo en educación, capacitación o experiencia.

Cuota de recuperación: Forma de financiamiento de los servicios de salud para población abierta que consiste en el cobro directo y al momento de la prestación del servicio que se hace a los pacientes por la atención médica recibida en hospitales o centros de salud de las instituciones públicas.

Elasticidad de la demanda: Respuesta de la demanda a un incremento del precio en un bien o servicio.

Equidad: Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Esperanza de Vida Saludable (EVISA): Indicador compuesto que mide el número de años en buena salud que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. Su construcción permite relacionar los datos de mortalidad con las causas de discapacidad.

Federalismo cooperativo en materia de salud: Estrategia que busca articular los arreglos de cooperación entre estados y municipios en un marco de respeto a las atribuciones de los distintos niveles de gobierno.

Financiamiento de los servicios de salud: Proceso de movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno o fuentes externas) hacia fondos que acumulan recursos y cubren riesgos (fondos de seguridad social, presupuestos públicos) para posteriormente distribuirlos en la producción o compra de servicios de salud.

Gasto de bolsillo: Pago que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo como pago directo tiene como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, que puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

Gasto catastrófico: Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir alimentación y vivienda.

Grupos Relacionados por el Diagnóstico: Instrumentos para clasificar a los pacientes de acuerdo con su diagnóstico. Los procedimientos hospitalarios que se incluyen en un mismo grupo utilizan insumos similares. Estos instrumentos permiten calcular los costos de atención e identificar los productos hospitalarios involucrados, y por lo mismo facilitan la comparación del desempeño entre unidades de salud.

Incentivos: Bonificación, monetaria o no monetaria, que se da al empleado como estímulo para el mejoramiento o incremento de la productividad de su trabajo.

Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS): Marco bajo el cual se estructura el sistema de atención a la salud a fin de responder a los nuevos retos y demandas. Se trata de un modelo comunitario, integral, basado en compromisos de gestión, orientado al usuario y dirigido a articular la relación entre proveedores de servicios.

Padecimientos emergentes: Padecimientos cuya frecuencia se incrementa a grado tal que logran desplazar a los que antes ocupaban los primerios sitios en la lista de causas de muerte. Este desplazamiento puede ser directo, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH-SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus), o indirecto, como sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares, que mantienen tasas estables al tiempo que la mortalidad por problemas transmisibles pierde importancia.

Prestación directa de servicios de salud: Acciones desarrolladas específicamente para atender la salud de la población, las cuales son producidas y proporcionadas directamente por un proveedor.

Protección financiera: Estrategia del sistema de salud que busca garantizar la seguridad financiera de la población a través de la promoción del pago anticipado por la atención de la salud, el establecimiento de un financiamiento justo de la atención, y la prevención de gastos excesivos y potencialmente catastróficos debidos a la búsqueda y resolución de las necesidades de salud.

Rectoría: Función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de la atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño, y la representación internacional.

Regulación de la atención a la salud: Diseño y monitoreo de las reglas de funcionamiento de todos los actores involucrados en la atención de la salud. Incluye la regulación de los profesionales de la salud, las unidades de atención, los laboratorios y gabinetes, y la tecnología.

Regulación sanitaria: Diseño y monitoreo de las reglas para la vigilancia y control sanitario de los bienes y servicios de salud, la publicidad, la salud ambiental y ocupacional, y en general de las actividades de la economía que tienen un impacto sobre la salud.

Rezago en salud: Conjunto de padecimientos evitables con intervenciones efectivas y de bajo costo. Destacan dentro de éstos la desnutrición, las infecciones comunes y los padecimientos relacionados con la reproducción.

IMPRESO EN TALLERES GRAFICOS DE MEXICO—MEXICO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE DURANGO

Dirección Administrativa

Licitación Pública Nacional

Convocatoria: 003

De conformidad con lo que establece la normatividad Estatal en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, se convoca a los interesados en participar en la licitación de carácter nacional para la contratación de Suministro de muebles y artículos diversos de conformidad con lo siguiente:

No. de licitación	Costo de las bases	Fecha límite para adquirir bases	Junta de aclaraciones	Presentación de proposiciones y apertura técnica	Acto de apertura económica
39067001-004-01	$2,000 Costo en compraNET: $1,800	23/10/2001	24/10/2001 11:00 horas	30/10/2001 10:00 horas	31/10/2001 10:00 horas

Partida	Clave CABMS	Descripción	Cantidad	Unidad de medida
1	0000000000	Diversos muebles de oficina	271	pieza
2	0000000000	Diversas partes de estantería	271	pieza
3	0000000000	Elaboración de muebles de madera	40	pieza
4	0000000000	Diversos muebles para comedor y jardín	130	pieza
5	0000000000	Diversos aparatos eléctricos, domésticos y de exterior	66	pieza
6	0000000000	Colchón individual	44	pieza
7	0000000000	Diversos artículos para oficina	18	pieza
8	0000000000	Diversos aparatos para gimnasio	63	pieza

* Las bases de la licitación se encuentran disponibles para consulta y venta en Internet: http://www.durango.compranet.gob.mx, o bien en: Ave. Heroico Colegio Militar y Calle Cap. Francisco de Ibarra No. S/N, Colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango; con el siguiente horario: 9:00 a 15:00 horas.
* La procedencia de los recursos es: Local.
* La forma de pago es: En convocante:. En compraNET mediante los recibos que genera el sistema.
* La junta de aclaraciones se llevará a cabo el día 24 de octubre de 2001 a las 11:00 horas en: Dirección Administrativa, ubicado en: Calle Ave. Heroico Colegio Militar y Calle Cap. Francisco de Ibarra Número S/N, Colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango.
* El Acto de presentación de propuestas técnica y económica será el día: 30 de octubre de 2001 a las 10:00 horas.
* La apertura de la propuesta técnica se efectuará el día: 30 de octubre de 2001 a las 10:00 horas, y la apertura de la propuesta económica el día: 31 de octubre de 2001 a las 10:00 horas en Ave. Heroico Colegio Militar y Calle Cap. Francisco de Ibarra No. S/N, Colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango.
* El idioma en que deberán presentarse las proposiciones será: Español .
* La moneda en que deberán cotizarse las proposiciones será: Peso Mexicano .
* Lugar de entrega: Centro de atención de alcohólicos y adictos "Misión Korian", poblado J. Refugio Salcido, Durango, Dgo., los días lunes a viernes en el horario de entrega: 9:00 a 15:00 horas.* Plazo de entrega :15 dias después de la firma del contrato
* Las condiciones de pago serán: Dentro de los 20 días naturales siguientes, contados a partir de la fecha de presentación de la factura.
*Criterios generales conforme a los cuales se adjudicará el contrato, al hacer la evaluación de las condiciones requeridas y garantice satisfactoriamente el cumplimiento de las obligaciones respectivas. De conformidad con lo establecido por el artículo 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Durango.

Durango, Durango 18 de octubre de 2001

DR. CÉSAR H. FRANCO MARISCAL

Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Durango

Rúbrica

Incorporado según Periódico Oficial No. 21 de Fecha 9 de Septiembre de 1979
(CURSOS INTENSIVOS)

ACTA DE EXAMEN RECEPCIONAL No. 4018

En la Ciudad de Durango, Estado de Durango, reunidos en la Escuela "GABRIELA MISTRAL" No. 23 siendo las 9:40 horas del día DIEZ de SEPTIEMBRE de mil novecientos ochenta y dos... los profesores que suscriben, designados por la Dirección General de Educación Pública en el Estado, para integrar el Jurado de Examen Recepcional concedido al (a la) señor (ita) ESTELA ERENDIDA RODRIGUEZ CABRAL para obtener el Título de PROFESOR(A) DE EDUCACION PRIMARIA, procedieron a efectuar el acto de acuerdo con el Reglamento de Exámenes Profesionales vigente. El (la) sustentante cumplió con el Servicio Social Educativo en la Escuela "DR. SALVADOR GAMIZ FERNANDEZ" VILLA UNION, POANAS, DGO.

durante el VIII Semestre de la carrera, lo que se comprueba con la constancia suscrita por la comisión correspondiente y con el Visto Bueno del Director del Plantel. El (La) sustentante desarrolló una clase práctica consistente en: TRATAR EL O. E. 1.2.1. EDUC. TECNOLOGICA. "EXPLICARA DONDE Y COMO FUNCIONA EL MERCADO DE ALIMENTOS DE SU COMUNIDAD" DENTRO DE LA UNIDAD "COMUNIDAD, PAIS, MUNDO" CON EL GRUPO DE TERCER GRADO.

Terminado el acto anterior, el Jurado Calificador procedió a la crítica de la clase mencionada, tomándose en cuenta los diversos aspectos de ejecución. En seguida, los Sinodales junto con el sustentante pasaron a realizar el análisis crítico del Informe Recepcional que presentó por escrito con base en la modalidad de: INFORME SOBRE EL TRATAMIENTO DE UN PROBLEMA DE DOCENCIA

A continuación, los Sinodales procedieron a la votación secreta cuyo resultado fue: APROBADA POR UNANIMIDAD

Acto seguido el (la) Presidente del Jurado Calificador tomó la protesta correspondiente, a la que el (la) sustentante respondió afirmativamente.

Para constancia se levantó la Presente en cuatro tantos, los cuales firmaron de conformidad el Jurado Calificador y el Director de la Escuela.

PRESIDENTE

PROFR. ANGEL ARMIN ARCEO CORONADO

SECRETARIO — VOCAL

PROFRA. MARTA GALINDO LARES DE V. — PROFRA. TERESA MENDEZ MORENO

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA

PROFR. ELIAS VASQUEZ PAYAN

Vo. Bo.
EL DIRECTOR GENERAL DE EDUCACION PUBLICA

Dirección Gral. de Educación Pública
Depto Esc. Normales Part.
Incorporadas