

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
RVOE: 871360

**Análisis de la Implementación del Subsistema de Lesiones y
Causas de Violencia del Sistema Nacional de Información en Salud
(SINAIS), en el contexto de la Nueva Gerencia Pública 2009-2011
(ESTUDIO DE CASO)**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ADMINSTRACIÓN PÚBLICA

P R E S E N T A:

Guadalupe Antiga Trujillo

DIRECTOR DE TESINA : MTRO. JOSÉ MORALES RAMIREZ

México D.F.,

Julio de 2013

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud por el apoyo para superarme profesionalmente

Al Instituto Nacional de Administración Pública por su excelencia académica y a su distinguido grupo de profesores.

Al Maestro José Morales Ramírez, Director de tesis por su orientación, conocimientos y capacidad de asesoría.

A los funcionarios de la Dirección General de Información en Salud en especial a la Dra. Gabriela Villarreal Levy, a los Ing. Jesús Téllez e Ing. Daniel Castro por la asesoría técnica y aportaciones al trabajo

A todos los que contribuyeron con su conocimiento, observaciones y sugerencias, para hacer posible este documento.

A Rosario Araujo Flores, por sus aportaciones y por su amistad.

A todos los miembros de mi familia en especial a mis hijos Vero, Diana y Oscar que en todo momento mostraron solidaridad y me motivaron para llegar a la conclusión de este trabajo

DEDICATORIA

A Oscar mi esposo por apoyarme siempre en todos los proyectos emprendidos.

A mis nietas Hannah y Regina que son la alegría de mi vida.

ÍNDICE

Introducción	8
1.....	Marco teórico16
1.1. Estado, Gobierno y Administración pública.....	16
1.2. Nueva Gerencia Pública.....	28
1.3. Buenas prácticas	31
1.4. Sistemas de Información en Salud	35
1.5 Violencia	41
2.- Marco jurídico	47
2.1. Normatividad en Salud.....	47
2.2. Políticas gubernamentales para la implementación de la Nueva gerencia pública en México durante los gobiernos panistas	51
2.3. La responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).....	58
3.- El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).....	62
3.1. Generalidades	62
3.2 El Subsistema de Lesiones y causas de violencia.....	74
3.2.1 Antecedentes	74
3.2.2 Estructura y procesos	77
3.2.3 Análisis del sistema con el enfoque de una buena práctica.....	109
3.2.4 Alcances del Subsistema como herramienta para la mejora de la gestión gubernamental.....	114
Conclusiones	117

Propuestas.....	122
Anexos.....	126
Bibliografía	131
Consultas en internet.....	133
Normativa	135

INDICE DE TABLAS

FIGURA 1. Pantalla principal de presentación del SINAIS pantalla principal de presentación del SINAIS disponible en la página web de la DGIS (Recuperada el 15 de abril de 2013)	68
Figura 2. Características del Sistema Nacional de Información en Salud (Total de variables por dirección y programa definidos en el año 2011).....	73
Figura 3. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos del afectado).....	81
Figura 4. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos del evento).....	82
Figura 5. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos del agresor).....	82
Figura 6. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos de la atención).....	83
Figura 7. Proceso Gráfico del registro de datos del subsistema de lesiones y causas de violencia. (La información presentada es responsabilidad del autor).....	86
Figura 8. Proceso Gráfico de Captura de Datos (la información presentada es responsabilidad del autor).....	88
Figura 9. Proceso Integración de la Base de Datos Mensual (la información presentada es responsabilidad del autor).....	90
Figura 10. Proceso Verificación y Consolidación de la Información (la información presentada es responsabilidad del autor).....	92

Figura 11 Proceso Gráfico de Supervisión del subsistema de lesiones y causas de violencia. (La información presentada es responsabilidad del autor).....	93
Figura 12 Proceso Gráfico Asesoría a Distancia del subsistema de lesiones y causas de violencia. (La información presentada es responsabilidad del autor).....	94
Figura 13. “Datos del Afectado” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	95
Figura 14. “Datos del evento”. (Página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	97
Figura 15. “Módulo de consultas “(página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	98
Figura 16. “Reportes” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	99
Figura 17. “Reportes establecidos” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	100
Figura 18. “Registro por intencionalidad” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	101
Figura 19. “Seguimiento en el mes Estadístico casos de violencia” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	102
Figura 20. “Seguimiento en el mes Estadístico accidentes” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	103

Figura 21. “Indicadores para el análisis del desempeño” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	104
Figura 22. “Indicadores para accidentes y casos de violencia por separado” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	105
Figura 23. “Indicadores complementarios” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	106
Figura 24. “Tableros de control” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	107
Figura 25. “Formato de cubos dinámicos” (página web de la DGIS recuperada 15-04-2013).....	108
Figura 26 “Análisis FODA del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia” (la información presentada es responsabilidad del autor).....	112

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la globalización, se presentan nuevas exigencias y la necesidad de generar cambios en la gestión de los asuntos públicos y en las relaciones de la sociedad con el gobierno. En ese sentido se ha generado un mayor acercamiento de los procesos de gestión del sector privado y el sector público, provocando la incorporación, en la gestión gubernamental, de instrumentos como la planeación estratégica, el marketing público, el Benchmarking, mejores prácticas, la reingeniería de procesos y la calidad total.¹

La Administración Pública ha experimentado en las últimas décadas importantes transformaciones con efectos trascendentales que han impactado los modelos de gestión e implementación de Políticas Públicas.

El enfoque de la Nueva Gerencia Pública, representa un progreso en comparación con sus formas más tradicionales. Al respecto el Doctor Juan Rosales Núñez, refiere que “La gerencia pública se explica como la suma de procesos tecnológicos que dan vida a las decisiones que el Estado adopta: de ahí que hay que situarla como pieza central de la administración pública, universo multifacético donde ella adquiere cuerpo para la toma de decisiones, la implementación de programas, de políticas y de procedimientos que permitan el diseño y la ejecución de las decisiones públicas”¹

Entre los retos del gobierno destaca la idea de transformar la Administración Pública en una organización eficaz, eficiente y con una arraigada cultura de servicio para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades de la sociedad y recuperar la legitimidad de lo público, a través de mecanismos de rendición de cuentas, transparencia, calidad del servicio y la atención a los gobernados.

¹ Rosales Juan, *Gerencia Pública; Administración pública contemporánea*, México, Gernika, 2004; p.157

Dentro de la gama de herramientas de la Nueva Gestión Pública, destacan el uso y desarrollo de las tecnologías de la información como apoyo en la definición y el control de las tareas públicas que permita elevar la productividad y competitividad de los servicios públicos y con ello propiciar el mayor bienestar de la sociedad.

La aplicación de las nuevas tecnologías han permitido avanzar hacia la eliminación de barreras de comunicación, haciéndola más efectiva e instrumentando toda una red de información disponible a la población.

Dentro de este contexto, el Gobierno Mexicano, durante el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León, propuso en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 acciones de modernización de la Administración Pública y dio origen a dos programas estratégicos, el de Modernización de la Administración Pública y el de Desarrollo Informático.

En el año 2000, el gobierno del Presidente Vicente Fox implementó la agenda presidencial del buen gobierno con seis ejes de desarrollo, tres de ellos fueron llamados gobierno profesional, gobierno digital y gobierno que busca mejoras regulatorias; para obtener a su vez tres resultados: Gobierno honesto y transparente, gobierno que cueste menos y gobierno de calidad. La propuesta pretendió que todas las dependencias de la Administración Pública promovieran cambios en esas seis direcciones, incluyendo procesos mediante los cuales se establecería una competencia en la cual las dependencias serían calificadas de acuerdo con el grado de avance y madurez que se lograra a través del cambio.

El Presidente Felipe Calderón con su política de gobierno, apoyada por el Banco Mundial, se propuso establecer mejores prácticas y mecanismos de gestión. Se puso en práctica el modelo de “Mejora de Gestión”², el cual se centró en asegurar

² Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal (2008-2012) Secretaria de la Función Pública

mejoras en los diferentes sistemas de gestión institucional planteando un programa con tres objetivos: Maximizar la calidad de los bienes y servicios, incrementar la efectividad de las instituciones y minimizar los costos de la operación y administración de las dependencias y entidades.

En este sentido el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 estableció los principios del Desarrollo Humano Sustentable como premisa básica para impulsar “la transformación de México” y definió como una de sus prioridades. La política social en materia de salud, estableciendo como estrategia general, el avanzar hacia una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Una de las actividades básicas de la función rectora que ha asumido la Secretaría de Salud es medir el grado en el que se están alcanzando los objetivos últimos del Sistema Nacional de Salud (SNS) conformado por las diferentes unidades administrativas de todo el sector, a través de la información que se produce en el registro diario de sus actividades de atención.

La información en salud no consiste nada más en un conjunto de datos de los que se dispone, sino que expresa de manera clara una imagen de lo que acontece en la realidad. La información confiable, puesta a disposición de los diversos demandantes de los distintos sectores sociales, favorece la toma de decisiones y la gestión eficiente y eficaz de la administración en salud.

En México, la información en Salud de todo el sector se recaba a través del Sistema Nacional de información en Salud (SINAIS)³, es transversal y contribuye al cumplimiento de los objetivos señalados tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Sectorial.

³ El Sistema Nacional de Información en Salud está sustentado en el artículo 7 de la *Ley General de Salud*.

Las acciones en materia de información en salud se encuentran identificadas en dos estrategias: Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud y promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.

En el año 2008 la Dirección General de Información en Salud (DGIS) realizó un análisis de operación de los subsistemas de información que se encontraban operando, como resultado de ese análisis, se llegó a la conclusión que lo más benéfico era la reconstrucción de todos los subsistemas para contar con una plataforma integral de información estandarizada, de tal manera que en el corto, mediano y largo plazo esta opción representara una solución con mayor solidez operativa.

En 2009 se inicia el desarrollo de la Plataforma Integral de Información en Salud a través del desarrollo de componentes que le proporcionan flexibilidad y robustez a esta herramienta tecnológica, misma que incluye 9 subsistemas, entre los cuales se encuentra el “Subsistema de registro de lesiones y causas de violencia”, que representa el motivo de estudio de este trabajo.

Los objetivos que se plantearon para el Subsistema de Lesiones y Causas de violencia fueron el de dar al SINAIS el acceso adecuado a la información por registros individualizados, de la atención brindada por las unidades médicas de la Secretaría de Salud, relativa a los casos de violencia y lesiones atendidos a nivel nacional, dentro del componente tecnológico de la Plataforma Integral de Información en Salud, incorporando elementos para la Gerencia de datos que promovieran la simplificación de los procesos y la eficiencia de la operación.

En el presente trabajo, presentamos, un análisis de lo que ha representado el desarrollo de un Sistema de Información que da respuesta a los requerimientos

de las áreas responsables de la toma de decisiones y por otro lado genera estadísticas oportunas y confiables para uso de los ciudadanos llámense estudiantes, investigadores o público en general.

Se revisa el desarrollo del Subsistema de Lesiones y causas de violencia del SINAIS, a dos años de su implementación, desde el enfoque de una buena práctica en el contexto de la Nueva Gerencia Pública, describiendo su desarrollo, procesos e incorporación, a fin de presentar un enfoque adecuado a los retos de la modernización administrativa del Estado, la innovación en su desarrollo, transparencia, actualización tecnológica y mejora de la gestión.

En este contexto, resulta fundamental analizar la implementación del subsistema de lesiones y causas de violencia del Sistema Nacional de Información en Salud, a través de los siguientes planteamientos:

- 1) ¿Cómo se relacionan los elementos teóricos de la nueva gerencia pública con la implementación del subsistema de lesiones y causas de violencia en el Sistema Nacional de Información en Salud?

- 2) ¿Cómo se relacionan los elementos fundamentales de la teoría de las buenas prácticas con la implementación del subsistema de lesiones y causas de violencia del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)?

Bajo estos cuestionamientos, se han propuesto dos objetivos para la presente investigación:

- 1) Identificar la relación de la implementación del Subsistema de lesiones y causas de violencia del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) con los conceptos de la nueva gerencia pública

- 2) Identificar los elementos fundamentales de la teoría de las buenas prácticas que se asocian a la implementación del subsistema de lesiones y causas de violencia del sistema nacional de información en salud.

Para abordar los planteamientos de la investigación, se ha definido como estrategia, la revisión de diversas categorías conceptuales acerca de la gerencia pública, Benchmarking, mejores prácticas, sistemas de información en salud, violencia y su justificación para incorporar un sistema de registro estadístico, normatividad y la estructura organizacional y funcional de la Secretaria de Salud y de la Dirección General de Información en Salud y el Sistema nacional de información en salud.

En el primer capítulo se establece el planteamiento teórico sobre la estructura y la responsabilidad del Estado, el Gobierno y la Administración Pública, así como el nacimiento y desarrollo de la Nueva Gerencia Pública en el contexto nacional e Internacional.

Como parte de los fundamentos teóricos se define la violencia como soporte fundamental de la implementación del sistema, se analizan diversos conceptos como Benchmarking, Buenas Prácticas, calidad, así como los relacionados con los Sistemas de Información en Salud.

El segundo capítulo se aborda el marco jurídico en el ámbito de la Secretaria de Salud, desde la Constitución Política y las leyes que le aplican, desarrollando el marco en el que se desenvuelven las responsabilidades de la Dirección General de Información en Salud.

Como parte del marco jurídico, se abordan, las Políticas Gubernamentales para la implementación de la Nueva Gerencia Pública durante los gobiernos panistas y la repercusión que ha tenido su implementación en la Administración Pública Mexicana.

En el capítulo tercero se describe y analiza, a dos años de su implementación, el desarrollo del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia, desde la perspectiva de las herramientas de la Nueva Gerencia Pública, específicamente del enfoque de las Buenas Prácticas y las herramientas para la mejora de la gestión propuesta en el gobierno de Felipe Calderón.

Al final del trabajo, se muestra al SINAIS como un acierto de la Administración Pública en el contexto de la Nueva Gerencia Pública, que representa una experiencia importante de innovación y que responde en gran medida a los criterios internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud en esta materia, sin embargo, analizado desde el enfoque de la metodología de las Buenas Prácticas, su diseño, desarrollo e implementación, particularmente del Subsistema Lesiones y Causas de Violencia, enfrenta serias dificultades para lograr la permanencia y efectividad del mismo, por lo que los administradores de estos sistemas tendrán que considerar soluciones orientadas en un contexto más amplio de la tendencia tecnológica en salud.

Como resultado del análisis, la propuesta de este trabajo, está orientada a la identificación de que los sistemas de salud en el mundo, se han orientado a la búsqueda de esquemas en los que se cuente con información en salud para la toma de decisiones desde la atención del paciente hasta la elaboración de políticas públicas en salud y se ha planteado la necesidad de implementar “*expedientes electrónicos*”⁴ para regular el uso de registros electrónicos estandarizados que permitan la interoperabilidad de las aplicaciones existentes en

⁴ Históricamente, el expediente clínico, es el conjunto de información ordenada y detallada que recopila cronológicamente todos los aspectos relativos a la salud de un paciente y a la de su familia en un periodo determinado de su vida; representa una base para conocer las condiciones de salud, los actos médicos y los diferentes procedimientos ejecutados por el equipo médico a lo largo de un proceso asistencial. Con el avance de las ciencias y la tecnología, este concepto evoluciona, considerándose como un “*Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud*”. <http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html>

las diversas instituciones públicas, privadas y sociales que prestan servicios de salud a la población.

El expediente electrónico requiere de implementar mecanismos innovadores en materia de administración de base de datos y seguridad. Tiene la virtud de incluir información actual e histórica del paciente como soporte de decisiones clínicas y lineamientos de mejores prácticas a partir de un repositorio central de información que permite generar estadísticas unificadas y en tiempo real.

En México ya se han iniciado acciones para la implementación del expediente electrónico, pero su avance ha sido lento, aunque su futuro puede representar la mejor estrategia para recolectar la información del SINAI, en su conjunto y del subsistema de lesiones y causas de violencia en particular, siempre que se logren crear las condiciones políticas, tecnológicas, jurídicas y económicas necesarias.

Lo anterior sólo se podrá lograr, si se define la implementación del expediente electrónico como una de las estrategias de gobierno que permitan incidir en las políticas de salud bajo los criterios de universalidad y calidad, pero su instrumentación requiere de un fuerte apoyo financiero, otorgado de manera transversal en todo el Sector Salud para que se alcance la cobertura nacional.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. *Estado, Gobierno y Administración pública*

Con relación a lo que significa el Estado existe una diversidad de estudios y reflexiones en diversa de disciplinas, entre ellas la filosofía política, el derecho, la ciencia jurídica, la ciencia política, la sociológica política todos coinciden en la identificación de sus elementos básicos: población, territorio, gobierno, además tiene como principal atributo la soberanía esto es en el Estado se da la unificación del poder político, este no se comparte lo que se divide es el ejercicio del poder para organizar el gobierno que sobre el poder del Estado no puede existir otro poder derivado de otra organización social cualquiera que sea y el uso de la fuerza (monopolio legítimo del Estado).

A continuación mencionaremos algunas definiciones de estado:

“Humberto Delgadillo y Lucero Espinosa, describen al Estado como la “organización jurídico-político-social que se manifiesta a través de un gran número de actividades de diverso contenido, forma y propósito “⁵

Considerando el tema de Estado es imprescindible hacer referencia a la sociedad puesto que constituye un producto de la creación del hombre, cita Delgadillo que “Aristóteles decía que el hombre no nace ni puede vivir aislado, sino solamente en sociedad”.⁶

Otras definiciones de Estado son la que cita Delgadillo y Espinoza y que define Hariou quién denomina al Estado como la Institución de Instituciones.⁷A su vez el Dr. Luis Sánchez Aguesta define:

5 Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; *Compendio de derecho administrativo*, 8ª edición, México, Porrúa, 2008, p. 25

6 Idem.

7 Ibidem p 26

....El Estado es una comunidad organizada en un territorio definido, mediante un orden jurídico, servido por un cuerpo de funcionarios y definido y garantizado por un poder jurídico, autónomo y centralizado que tiende a realizar el bien común, en el ámbito de esa comunidad...⁸

En el desarrollo de la historia se han organizado distintas formas de gobierno y Estado en cada una de las sociedades históricas, de acuerdo con Paolo Biscaretti se puede precisar que las formas de Estado están determinadas por la posición recíproca en la cual se encuentra el gobierno, el pueblo y el territorio. A diferencia de ello, la forma de gobierno está determinada por la posición que ocupan entre si los diversos órganos constitucionales del Estado.⁹

Cualquier Estado ya sea en el presente o en el pasado ha tenido y tiene dos fines principales para con la sociedad que lo forman: darle seguridad y justicia, a cambio de ello la población debe entregar sus contribuciones, mismas que van a formar los recursos públicos y el presupuesto de egresos de un país.

Los economistas han señalado que no hay gobierno sin gasto público y en igual sentido no hay Estado sin gobierno, sin administración, sin este conjunto de instituciones encargadas de llevar a la práctica los fines estatales, al respecto el Maestro Roberto Rives refiere a Dwight Waldo “todo Estado es administrativo o no es Estado. Sin seguridad, Justicia y administración pública, no hay Estado”.¹⁰

El Estado, a través de la historia de la humanidad, ha sufrido diversas transformaciones en su organización y podemos diferenciar tres grandes etapas: “El Estado de la Antigüedad, el Estado Moderno y el Estado de Derecho, que hablan de dicha transformación y de la constante evolución social”.¹¹

8 Idem

9 Biscaretti di Ruffia, Paolo, *Derecho constitucional*, Editorial Tecnos. Madrid; 1984 p.233

10 Rives, Roberto.- conferencia para seminario de Tesis, INAP, oct. 2011

11 Idem

El Estado de la Antigüedad (babilonios, egipcios, griegos, persas, hindúes, romanos etc.), se fundan sobre bases políticas, militares, religiosas, con sociedades diferenciadas en clases, incluidos los esclavos, existieron normas jurídicas que reglamentaron la organización administrativa, pero que no regulaban las relaciones entre los gobernados y el monarca, puesto que no contenían obligaciones que a éste le fueran exigibles, sino solo establecían los deberes de los gobernados, además de que su estabilidad quedaba al capricho del monarca, porque duraban tanto como él quería, existieron normas jurídicas que reglamentaron la organización administrativa, pero que no regulaban las relaciones entre los gobernados y el monarca, puesto que no contenían obligaciones que a éste le fueran exigibles, sino solo establecían los deberes de los gobernados, además de que su estabilidad quedaba al capricho del monarca, porque duraban tanto como él quería.

El Estado Moderno (siglos XVI al XVIII) es la época de las monarquías absolutas, de la concentración del poder en una persona, basado en el derecho divino. El Rey se atribuye todas las facultades, legislativa, ejecutiva y judicial, llegando a declarar “El Estado soy Yo, el poder me viene de Dios”¹²

La supresión de la libertad en el Estado Absolutista, produjo una reacción de los individuos para tratar de liberarse, Tres grandes movimientos anti absolutistas fueron definitivos: La Revolución Inglesa de 1688, la Independencia de los Estados Unidos de América en 1776 y la Revolución Francesa de 1789, dieron origen a la implantación del Estado de Derecho, en el que se reconocieron los derechos públicos subjetivos de los particulares frente al Estado, generando las relaciones jurídicas entre Administración y administrados.

¹² Bobbio, Norberto, *Estado Gobierno y Sociedad*, México, FCE, 1989, p.136

Para el desarrollo de este trabajo se consideró importante describir con mayor amplitud las características del Estado de Derecho, dado que es parte del contexto de la administración pública actual y sus responsabilidades.

El Estado de Derecho es una organización estatal en la que es el Derecho el elemento que controla, organiza y legitima el poder, somete a gobernantes y gobernados, se basa en un sistema de pesos y contrapesos en que, en palabras de Montesquieu, “que el poder frene al poder”.¹³

En este contexto, el “Estado de Derecho es aquel en el que el poder público se encuentra sometido al derecho”. Debe limitarse a garantizar la libertad de cada ciudadano y velar por la seguridad de los derechos públicos subjetivos de los gobernados, actuando sólo en los términos que le autorice la ley, de acuerdo con el orden jurídico, bajo un sistema de responsabilidades patrimoniales de la Administración Pública.

De acuerdo con el Dr. Juan Rosales Núñez, las características fundamentales del Estado de Derecho son:

- “Imperio de la Ley
- División de poderes
- El poder legislativo queda limitado por la Constitución y los tribunales, ordinarios o especiales, según el régimen que velan por la garantía de la constitucionalidad de leyes
- La independencia del Poder judicial frente a las presiones del legislativo y del ejecutivo.
- La facultad de realizar los actos materiales y concretos de aplicación de la Ley dentro del Estado de Derecho corresponden al poder ejecutivo (gobierno y administración)
- Legalidad de la Administración Pública
- Toda la administración pública debe estar sometida al imperio de la Ley

¹³ Ibidem, p.136

- Derechos y libertades fundamentales”¹⁴

Una vez que se instauró el Estado de Derecho, este ha tenido una evolución, la primera manifestación se dio a través del:

Estado Liberal de Derecho: Desde el punto de vista político el liberalismo constituye un sistema que tuvo como fin garantizar a la burguesía los principios del derecho natural y de la economía liberal, por esa razón, en este enfoque el Estado debería de abstenerse de cualquier intervención que afecte la libre concurrencia en el mercado, la iniciativa económica y el respeto a la ley de la oferta y la demanda (está limitado a fines primarios de seguridad interna y externa, administración de justicia, recaudación de tributos pero económicamente es un estado no intervencionista y ha sido considerado como Estado Gendarme o abstencionista . ¹⁵

La segunda etapa se dio con el Estado Social de Derecho, *en que se reconoce los derechos sociales de los ciudadanos, a fin de garantizar el bienestar y la justicia social, se caracteriza por “asumir los principios de la política económica Keynesiana (gasto público, pleno empleo, etcétera) y los de la seguridad social, como parte esencial de la provisión de una serie de servicios sociales para cubrir las necesidades humanas básicas (Educación, salud, vivienda, entre otras),”*¹⁶

El Doctor Juan Rosales Núñez explica que “el Estado de bienestar colocó el acento en una política de gasto orientada principalmente a estimular la demanda y lograr el bienestar a través del incremento del gasto social”¹⁷

¹⁴ Rosales Juan: op.cit. nota 1; p. 84-86

¹⁵ *Ibíd*em, p. 11

¹⁶ Rives, Roberto, *La administración Pública de México En su bicentenario*, México, FUNDAP-IAPEM, 2009, Colección Fundap Política y Administración Pública, p 333.

¹⁷ Rosales Juan: op.cit. nota 1; p. 37

Sin embargo, el estado intervencionista o de bienestar, tiene una fuerte decadencia en los años ochenta. Hay una fuerte crítica al papel intervencionista del Estado, argumentando que es la causa de la crisis económica y fiscal de los años setenta. Con el ascenso de partidos conservadores a diferentes gobiernos del mundo y la influencia del economista Milton Friedman, que proponía un modelo económico llamado *neoliberalismo*, se inicia la etapa del Estado Interventor.

Aunque en algunas ocasiones Estado y Gobierno suele tomarse como sinónimos, ambos tienen componentes específicos y propios: El primero comprende las tradiciones, los instrumentos políticos tales como las constituciones, las declaraciones de derecho y toda la serie de instituciones relacionadas con la aplicación de la fuerza, el segundo es un grupo de individuos a quienes se les otorga la responsabilidad de llevar a cabo los fines del Estado otorgándoles la autoridad necesaria.¹⁸

El estado es considerado el todo y el Gobierno es la parte que dirige el Estado, es el órgano encargado de establecer reglas de conducta así como las acciones necesarias para mantener la unidad de la comunidad, el Gobierno es quien en todo momento garantiza el bienestar social con alguna organización cuya finalidad sea la integración de la sociedad y protegerla, con el uso de la fuerza (medio monopólico del Estado) para mantener el poder.

El Gobierno se compone del Jefe de Estado (monarca, presidente o primer ministro) y un consejo de ministros o asambleas legislativas, para conformar al conjunto de personas que ejercen el poder político y que determinan la orientación política de la sociedad a la que representan.

¹⁸ Henry, Pratt. *Diccionario de Sociología*, México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1975 p.112.

En la concepción del Estado Moderno el Gobierno es la unidad de órganos institucionalizados que tienen el poder y constituye un régimen político para la sociedad. La razón del ser del Gobierno es el buen funcionamiento del Estado.

Henry Pratt escribe que

El Gobierno es la encarnación personal del Estado. Como proceso, se refiere al funcionamiento del Estado en todos sus aspectos. Como entidad objetiva, se refiere a los individuos y órganos que tienen la responsabilidad de conducir a la acción del Estado.¹⁹

Norberto Bobbio reconoce a la monarquía, la aristocracia y la democracia como formas buenas y justas; y a la tiranía, la oligarquía y la demagogia como malas e injustas. Lo ideal es una combinación de todas, una que no deje que el poder sea el pretexto para oprimir a una sociedad.²⁰

Este autor también explica que las tipologías clásicas de las formas de gobierno son tres: "Aristóteles clasifica con base en el número de gobernantes: monarquía o gobierno de uno, aristocracia, gobierno de pocos y politeia, gobierno de muchos, con la consecuente duplicación de las formas corruptas, monarquía se degenera en tiranía, la aristocracia es oligarquía, la politeia en democracia"²¹

Maquiavelo realiza la asociación como monarquía o república, ubicando en el género de las repúblicas tanto a las aristocráticas como a las democráticas, con base en la consideración de que "la diferencia esencial está entre gobierno de uno solo, de una persona física, y gobierno de una asamblea, de un cuerpo colectivo"²²

¹⁹ idem

²⁰ Bobbio, Norberto, op.cit. nota 12, p.p. 40 -136

²¹ idem

²² Ibídem. p.

En el caso de Montesquieu regresa a una tricotomía, pero diferentes de la aristotélica: monarquía, república, despotismo.²³

El gobierno puede ser ejercido de distintas formas. En nuestro país el artículo 40 constitucional establece que nuestra forma de gobierno será una república, democrática, representativa y federal.²⁴

Según la ley fundamental que nos rige, el gobierno mexicano está integrado por estados libres y soberanos en su régimen interior, pero vinculados constitucionalmente a la Federación. Aunque algunos estudiosos del derecho constitucional consideran que las entidades federativas del país no son soberanas, ya que su capacidad para decretar sus propias leyes y nombrar sus poderes locales, así como para organizarse política y jurídicamente significa sólo que son autónomas. Las facultades de los estados se establecen en los artículos 115, 116, 117, 118 y 124.²⁵

La Administración Pública se forma a partir de los fines y las atribuciones del Estado, de las contribuciones sociales, con las funciones, seguridad, justicia y hacienda, se da lugar a la creación de órganos administrativos especializados que se han ampliado en la medida de las funciones que se van atribuyendo al Estado en el transcurso de la historia, tales como economía, agricultura, recursos naturales, de la salubridad, de la salud, etc., hasta llegar al aparato administrativo de hoy en día.

El gobierno determina que acciones se van a hacer y las materializa a través de La Administración Pública, Woodrow Wilson afirmaba que “la administración es la

²³ Idem

²⁴ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* art.40, Última reforma del Diario Oficial de la Federación, 13 de octubre de 2011

²⁵ *Ibidem* . p.p. 115-118, 124

parte más obvia del gobierno; es este mismo en acción; es el aspecto más visible de gobierno, el ejecutivo y el operativo.²⁶

Si el gobierno es el poder público emanado del pueblo a través del cual se ejerce la soberanía nacional, la Administración Pública se refiere a las actividades que el primero realiza para cumplir con las funciones que tienen encomendadas.

Omar Guerrero escribe:

“La Administración Pública es un resorte que difunde entre los ciudadanos la bondad de las leyes, así como la sabiduría del gobierno, porque nace de la ley y es respaldada por ella con base en las necesidades colectivas; es más, por ella se dirigen los hombres al bien y se disminuye en los tribunales la necesidad de castigar, pues la organización de la seguridad será mejor y más sólida cuando La Administración Pública tenga leyes estables como base; (...) tiene la misión de soportar y mantener el orden social, garantizando la vida de las personas y asegurando sus propiedades, incluso aquellas cosas que parecieran superfluas”²⁷

Por su parte, Gabino Fraga nos dice que

“La Administración Pública debe entenderse desde el punto de vista formal como el organismo público que ha recibido del poder político la competencia y los medios necesarios para la satisfacción de los intereses generales y que desde el punto de vista material es la actividad de este organismo, considerando en sus problemas de gestión y de existencia propia tanto sus relaciones con otros organismos semejantes como con los particulares para asegurar la ejecución de su misión”²⁸

²⁶ E.N. Gladen, *Una Historia de la Administración Pública*, No. 1, México, Fondo de Cultura Económica, INAP, 1989, Primera edición en español, Págs., 428-429.

²⁷ Guerrero, Omar, *Teoría administrativa del estado*, México, Oxford University Press, 2000, p.48

²⁸ Fraga, Gabino, *Derecho Administrativo*, México, Editorial Porrúa, 1980, p. 119

En el estudio de la Administración Pública que identifica el Dr. Roberto Rives es necesario identificar el plano que se aborda: La Teoría o la Praxis ya que la primera identifica que aparece como un campo teórico, una disciplina derivada y especializada de campos del saber cómo las ciencias políticas o la teoría del Estado, y la segunda que identifica a la Administración Pública como el brazo ejecutor del Estado.²⁹

La Administración Pública es el contenido esencial de la actividad correspondiente al Poder Ejecutivo, y se refiere a las actividades de gestión, que el titular de la misma desempeña sobre los bienes del Estado para suministrarlos de forma inmediata y permanente, a la satisfacción de las necesidades públicas y lograr con ello el bien general; dicha atribución tiende a la realización de un servicio público, y se somete al marco jurídico especializado que norma su ejercicio y se concretiza mediante la emisión y realización del contenido de actos administrativos emitidos expreso.

El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación, hay un plan nacional de desarrollo al que se sujetan obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal conforme al artículo 26 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Conforme al Artículo 90 de la Constitución política de los Estados unidos mexicanos:

“La Administración Pública será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la Federación que estará a cargo de las Secretarías de Estado y departamentos Administrativos y definirá las bases generales de

²⁹ Rives, Roberto.- Op. Cit. Nota 10; p. 17

creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación”

“Las leyes determinaran las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal, o entre estas y las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos “³⁰

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal conforme a su artículo primero establece las bases de organización de la Administración Pública Federal centralizada y paraestatal.

La Oficina de la Presidencia de la República, las Secretarías de Estado y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, integran la Administración Pública Centralizada.

Los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y fianzas y los fideicomisos componen la Administración Pública Paraestatal. ³¹

Ricardo Uvalle explica que “en el caso de México, la Administración Pública es relevantemente central. Su tradición secular, su autonomía para sobrevivir en los conflictos políticos y su capacidad acreditada para construir, desarrollar y consolidar a la sociedad, le confiere un lugar por demás importante en la vida nacional (...) La expansión es producto de las carencias de un país que, como México finco en el Estado la base fundamental de su progreso. El carácter proteico del Estado Mexicano explica el papel protagónico de la Administración Pública. ³²

³⁰ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* op.cit nota 24, art.90,

³¹ Presidencia de la República. *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal* DOF 15-12-2011 p.1

³² Uvalle, Ricardo. *Las transformaciones del Estado y la Administración Pública en la sociedad contemporánea*, México, Editado por UAEM, 1996, p. 162

El Supremo poder de la Federación se divide para su ejercicio en Legislativo, Ejecutivo y Judicial. Artículo 49 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.³³

La Administración Pública mexicana es producto de reformas y modernizaciones que provienen de los siglos XIX y XX.

En el siglo XX se aceleran los cambios en los siguientes períodos: Luis Echeverría (1970-1976) y José López Portillo (1976-1982) con las reformas administrativas; Miguel de la Madrid (1982-1988) con su programa de simplificación administrativa, Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) con su programa de descentralización administrativa, Ernesto Zedillo (1994-2000) con su PROMAP.

En el gobierno de Vicente Fox (2000-2006) con el Modelo de Innovación Gubernamental (propuesta de Ramón Muñoz), el Programa de combate a la corrupción y Agenda del Buen Gobierno.

La política del gobierno del Presidente Calderón apoyada por el Banco Mundial, es la de establecer mejores prácticas y mecanismos de Mejora de la Gestión Pública. Sin negar los avances generados por las políticas de competencia, aplicadas en el sexenio anterior, en el nuevo gobierno se está poniendo en práctica el modelo de Mejora Regulatoria de la Gestión, plasmado en el Programa de Mejora de la Gestión 2007-2012. El programa se centra en asegurar mejoras en los diferentes sistemas de gestión institucional.

³³ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; Op.Cit nota 24 art.90,

1.2. Nueva Gerencia Pública

A partir de las décadas de los setentas se despliega en la mayor parte de los países desarrollados una serie de procesos de reformas que tienen como eje central la importancia concedida a los temas de gestión.

Uno de los aspectos más decisivos para reconsiderar los modos de gestión del sector público va a ser el cambio del entorno. El fenómeno de la globalización, entendido en un sentido amplio y sin pretender acotar aquí lo que es objeto de una viva polémica, implica un cambio radical del entorno que se vuelve más fluido e inestable. La globalización es retratada como una fuerza homogeneizadora, que lima la diferencia política y las capacidades de los Estados-Nación. “El Estado pierde su centralidad como eje de la cohesión y reproducción social compitiendo con fuerzas y movimientos transnacionales no sólo en el control de los mercados en su capacidad para movilizar recursos y aún estados de opinión”.³⁴

La internalización de los mercados industriales, comerciales y financieros provocan problemas de coordinación administrativa y pone en relieve los desajustes entre las estructuras administrativas nacionales. “Las dimensiones del sector público, extraordinariamente desarrolladas en muchos países, agravan los problemas de lentitud y coordinación señalados”.³⁵

La Nueva Gestión Pública es un término común en el debate contemporáneo sobre reformas administrativas pero carece de fronteras conceptuales claras. Originalmente identificaba tendencias de cambio en el sector público en Nueva Zelanda y el Reino Unido (países que habían instrumentado reformas comprensivas en la maquinaria del gobierno, en respuesta a lo que se percibía como exceso de rigidez en los procesos y dispendio de recursos.

³⁴ Olias de Lima, Blanca; *La Nueva Gestión Pública*, Prentice Hall, Madrid, 2001; p.7

³⁵ idem

Las soluciones intentadas se basaban en lo que Christopher Hood ha identificado como un cambio drástico de doctrinas administrativas: “de la hechura de las políticas a las habilidades gerenciales, del énfasis en los procesos al énfasis en los productos, de las jerarquías ordenadas a un esquema de mayor competencia en la provisión de servicios públicos, de sistemas homogéneos de pago a sistemas con variación y de un servicio público uniforme e incluyente a una estructura diversa, con más énfasis en contratos de prestación de servicios”³⁶ El objetivo era claro mayor competencia en el sector público y estructuras menos jerárquicas y regidas.

La Nueva Gestión Pública tiene su fundamento en dos escuelas; La teoría de la elección pública (public choice) y el gerencialismo (managerialism) (Guillermo Cejudo, referido por Christopher Hood “A Public Management for All Seasons, Public Administration, 69.1991 pp 93-109: Peter Aucoin “Administrative Reform Public Management: Paradigms. Principles, Paradoxes and Pendulums” Governante 3. 1990 pp 115-137. La Teoría de la elección pública pone el acento en los mecanismos del mercado y la rendición de cuentas para inducir la competencia entre agencias públicas y reducir las tendencias expansivas de la burocracia, el gerencialismo aboga por otorgar mayor autonomía a los managers, reducir las regulaciones y enfocarse en los resultados.

Omar Guerrero describe que los conceptos fundacionales en los que se engendró la nueva gerencia pública son: “Orientación al cliente, privatización, mercado y competencia”.³⁷ Después se observó el aparato de sistematización de la reforma neogerencial del sector público, que estructura una nueva base organizativa y operacional con conceptos como: “enfoque empresarial-gerencial, gerencia por

³⁶ Referido en: Cejudo, Guillermo M, “Los Motores del Cambio en la Administración Mexicana: Los Límites de la Nueva Gerencia Pública”, en Pardo, María del Carme y Sánchez Velasco, Ernesto (coord.), *La Gerencia Pública en América del Norte, Tendencias actuales de la reforma administrativa en Canadá*, Estados Unidos y México, El Colegio de México, Instituto de Administración Pública de Nuevo León, 2009.

³⁷ Guerrero, Omar; *La nueva gestión pública* incluye tres problemáticas: la institucional, la organizacional y la de procesos de *gerencia pública*. p 57; Primera edición:, México, Distribuciones Fontamara S.A.; 2004

objetivos y resultados y agenciación. Finalmente comenta que emerge el móvil que animó a la nueva gerencia pública y que es el de reducir costos”.³⁸

Olias de Lima considera que los atributos fundamentales de las propuestas de la Nueva Gestión Pública son: “la reducción del tamaño del sector público, la descentralización de las organizaciones, las jerarquías aplanadas, la ruptura del monolitismo (final de las grandes organizaciones administrativas) y la especialización (aparición de agencias autónomas), la desburocratización y competencia interna, el desmantelamiento de la estructura estatutaria (del empleo público), la clientelización, la evaluación, el cambio cultural”.³⁹

La definición de la OCDE (1995) afirma programáticamente que “en muchos países se ha buscado transitar de una administración centralizada, jerárquica, dirigida por reglas, a una que se caracteriza por la devolución de las actividades de gestión de sus agentes, por su orientación de mercado y por el interés por los resultados más que por el mero acatamiento de los procedimientos”

Al respecto de la gestión Pública, el Doctor Juan Rosales Núñez explica que esta enlaza al gobierno y la Administración Pública, por lo que se define como un conjunto de procesos, condiciones, valores, capacidades y contextos, cuyo objeto es crear, diseñar e implementar y evaluar diversos cursos de acción, para atender, regular y responder a las también diversas necesidades que plantea el ciudadano.”⁴⁰

También señala que “No hay que confundir a la gerencia pública con la gestión gubernamental ya que la primera es la encargada de dirigir la gestión gubernamental”⁴¹

³⁸ Idem.

³⁹ Aguilar Villanueva, Luis F, *Gobernanza y gestión pública*, 3ª reimpresión, México, Fondo de Cultura Económica, 2009, p. 149

⁴⁰ Rosales Juan: op.cit. nota 1; p. 134

⁴¹ Rosales Juan: op.cit. nota 1; p. 21

Ferlie y otros distinguen cuatro modelos de la Nueva gestión pública: el de la eficiencia, el del redimensionamiento, el de la descentralización y el de servicios públicos de calidad.⁴²

1.3 Buenas Prácticas

La Nueva Gerencia Publica también ha estado asociada con otros elementos originados en la administración del sector privado, como el acento en la calidad⁴³, la innovación como fuente de valor y la medición de resultados como mecanismo de control que solo requieren adecuaciones organizacionales, explotando experiencias similares, Benchmarking y Buenas Practicas, identificación de patrones generales aplicables a países desarrollados o en vías de desarrollo y que han experimentado mayor difusión.

Robert Camp, refiere que el concepto de la Buena Práctica no se puede separar de la concepción misma del Benchmarking, ya que “es la metodología para capturar y/o identificar las mejores formas de hacer las cosas o sea de las buenas prácticas”⁴⁴ con el fin de encontrar la excelencia.

A Robert Camp se le considera como el creador del Benchmarking y define este concepto como “el proceso continuo de medir nuestros productos, servicios, y prácticas contra nuestra competencia o compañías líderes”.⁴⁵ La palabra Benchmark se traduce en una metodología para encontrar y poner las mejores prácticas en ejecución’.

⁴² Idem.

⁴³ Calidad: Es primordialmente un atributo de los productos y servicios pero también es un atributo de los procesos y actividades, de los insumos e instrumentos de producción, de las personas y hasta de los ambientes organizacionales, laboral, físico en el que tiene lugar la producción o la prestación de servicios. (AGUILAR Villanueva 2009).

⁴⁴ Management Web: Podemos hacerlo mejor (We can do it better). Entrevista a Robert Camp. En <http://www.managementweb.com.ar/Benchmarking2.html>

⁴⁵ Cleary, Eda; *Benchmarking (BM) desde el sector privado al sector público*, Apuntes sobre su aplicación en el sector público de América Latina p. 2 <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000002/2725.pdf>.

Para el autor del Benchmarking, la gente puede encontrar muchas razones para hacer benchmarking, pero explica: “Nosotros comenzamos a hacerlo debido a una crisis. Nos encontramos ante una significativa desventaja competitiva hace aproximadamente doce años en un mercado particular. Y nos dio una sacudida eléctrica para salir y para encontrar otros que hacían cosas de las maneras que eran perceptiblemente diferentes de cómo las hacíamos nosotros, más eficiente, con tecnología más avanzada. Vimos al benchmarking como la manera de recuperar nuestra competitividad”.⁴⁶

La experiencia del Benchmarking en el sector privado y sus éxitos fueron los que detonaron el interés del sector público por conocer esa experiencia e incorporarlo al mejoramiento de sus prácticas de gestión. Las administraciones públicas de los países anglosajones se encontraban en plena inclusión de elementos de la Nueva Gestión Pública con la tarea de modernización de sus servicios, especialmente el Reino Unido, en un contexto de restricción presupuestaria y presión ciudadana por obtener servicios públicos de mayor calidad.⁴⁷

Robert Camp, no dudó en la utilidad que podía tener el benchmarking en el sector público y lo denominó como “Benchmarking no competitivo”⁴⁸ para diferenciarlo de los procesos en el sector privado.

Los pioneros en la aplicación del Benchmarking en términos de las Buenas Prácticas en el Sector Público fueron “los países de la OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) a través de PUMA (Public Managemet Service) que ya a mediados de los noventa comenzaron a trabajar en su difusión como herramienta de gestión en el marco de los procesos de modernización del

⁴⁶ Management Web: Podemos hacerlo mejor Op. cit. nota 44

⁴⁷ idem

⁴⁸ Idem

estado basados en los conceptos de la Nueva Gestión Pública (NGP)”,⁴⁹ “especialmente en EEUU, Reino Unido, Australia, Canadá y los países nórdicos. “En 1999, la Unión Europea inició la “European Best Practice Initiative (EBPI) para apoyar a todos los países miembros en el desarrollo y coordinación de programas para la difusión del Benchmarking y las Buenas Prácticas.”⁵⁰

En América Latina, el sector público es aquel que ha servido de motor para la difusión del Benchmarking en torno a la modernización de la Gestión Pública y que a menudo a partir de esta experiencia el sector privado incorpora iniciativas similares. Es el caso de Chile, donde el estado ha impulsado el Gobierno Electrónico y fomenta la participación de la empresa privada en estos procesos. Otros casos son el Banco de Éxitos colombiano a cargo del Departamento Administrativo de la Función Pública (Concurso de Innovación de la Gestión Pública Federal que es una iniciativa conjunta entre la Escuela de Administración Pública y el Ministerio de Planeación, Presupuesto y Gestión del Brasil.

El Sistema de Experiencias de gestión pública de Chile impulsada por el “proyecto de Reforma y Modernización del Estado de la Secretaría General de la Presidencia de Chile que luego se convirtió en el Sistema de Información de Buenas Prácticas de Gobierno Electrónico y Gestión Pública a cargo de la misma institución”.⁵¹

El intercambio regional de experiencias se produce casi exclusivamente a través de la participación en concursos de premiación de Buenas Prácticas o bien de premios a la calidad, o a través de estudios de casos comparados que

⁴⁹ Barzelay, Michael: Diseñando el proceso de cambios en las políticas de gerenciamiento público. Documento elaborado en el marco del Dialogo Regional sobre Gobernabilidad y Transparencia del BID. En : www.top.org.ar/publicac.htm

⁵⁰ Helgason, Sigurdur (PUMA) OECD: *International Benchmarking*. Experiences from OECD Countries. Paper presented at a Conference by the Danish Ministry of Finance on: International Benchmarking. Copenhagen, 20-21 de febrero , 1997

⁵¹ Armijo, Marianela: *Buenas prácticas de gestión pública en América Latina*. Paper presentado en el IX Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la Administración Pública, Madrid, 2-5 de noviembre 2004, pág. 9-10

generalmente son realizados por el CLAD, BID, CEPAL, ILPES, el Banco Mundial, y otras entidades de investigación.

A partir del año 2005 quien promueve la difusión de las Buenas Prácticas de Gestión Pública a nivel regional es el Sistema de Información de Buenas Prácticas de Gestión Pública en América Latina y El Caribe.

Para el Sistema Regional de Información Buenas Prácticas de América Latina y el Caribe una Buena Práctica es una experiencia sistematizada y documentada que tenga como fundamento la aplicación de métodos de excelencia y/o innovativos que agreguen calidad adicional al desempeño de los distintos procesos de la gestión.

En el ámbito de la Gestión Pública, el Maestro José Morales, explica que las Buenas Prácticas “son el conjunto de acciones que surgen de una necesidad o área de oportunidad dentro de una organización y que son eficientes, eficaces, sostenibles y flexibles, que son construidas por los integrantes de alguna área o los miembros de un proceso dentro de dicha institución”.⁵²

También explica el Maestro Morales que para considerarse como una Buena Práctica, este conjunto de acciones “Puede ser contrastada, evaluada y mostrar que ha sido capaz de alcanzar los resultados planteados de acuerdo a los atributos y estándares establecidos”.⁵³ En ese mismo sentido el Maestro Morales plantea ocho características generales que definen a las Buenas Prácticas, que se han tomado como base para establecer los criterios a través de los cuáles se analizará el Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia y que se detallan a continuación:

⁵² Morales, José, Conferencia para la Maestría en Administración Pública en el INAP, octubre de 2010.

⁵³ idem

- “Alineamiento: Debe vincularse a la visión, misión, objetivos, estructura y normatividad de la organización, a sus políticas públicas, así como a sus valores y principios éticos y técnicos.
- Innovación: Se refiere a la introducción o mejora de los elementos de gestión, a fin de mejorar el funcionamiento interno de algún proceso, servicio, o estructura y su relación con el entorno, además de que su impacto sea visible en el resultado de dichas actuaciones.
- Transferibilidad: Capacidad de una experiencia para permitir su repetición de sus elementos esenciales en un contexto distinto al de su creación, con elevadas posibilidades de éxito.
- Factibilidad: Viabilidad en la implantación basada en la consideración del contexto de la organización.
- Participación: El involucramiento de los diversos actores internos y externos que intervienen en la mejora, el interés es escuchar su opinión y legitimar las acciones mejoradas.
- Sostenibilidad: Disponibilidad de las autoridades y demás actores para mantener y sostener esta práctica.
- Flexibilidad: Capacidad de adaptación a las necesidades y cambios en el contexto.
- Eficiencia: Logro de objetivos en relación a los recursos empleados y a los resultados obtenidos
- Eficacia: Resultados alcanzados de acuerdo a los objetivos planeados en tiempo, recursos y forma.”⁵⁴

1.4 Sistemas de Información en Salud

Los sistemas de información se han ido convirtiendo con el tiempo, en otra área funcional de una empresa, tal como la de contabilidad, finanzas, mercadeo, o producción. En la actualidad toda organización exitosa se ha concientizado de la importancia del manejo de las tecnologías de información como elemento que brinda ventajas comparativas con respecto a la competencia.

⁵⁴ idem

Es importante tener en cuenta que un sistema de información necesita justificar su implementación desde el punto de vista - costo / beneficio -, partiendo de la concepción del valor que se le otorgue a la información dentro de una organización.

Los beneficios se pueden medir a nivel intangible y tangible de acuerdo a la organización, pues es diferente hacer el análisis desde el punto de vista de una empresa comercial a una de tipo académico que pretende prestar un servicio social como lo es la salud o educación pública.

Los beneficios que se pueden obtener usando sistemas de información son los siguientes:

- Acceso rápido a la información y por ende mejora en la atención a los usuarios.
- Mayor motivación en los mandos medios para anticipar los requerimientos de las directivas.
- Generación de informes e indicadores, que permiten corregir fallas difíciles de detectar y controlar con un sistema manual.
- Posibilidad de planear y generar proyectos institucionales soportados en sistemas de información que presentan elementos claros y sustentados.
- Evitar pérdida de tiempo recopilando información que ya está almacenada en bases de datos que se pueden compartir.
- Impulso a la creación de grupos de trabajo e investigación debido a la facilidad para encontrar y manipular la información.
- Soluciona el problema de falta de comunicación entre las diferentes instancias. A nivel directivo se hace más efectiva la comunicación
- Organización en el manejo de archivos e información clasificada por temas de interés específico, general y particular.

- Generación de nuevas dinámicas, utilizando medios informáticos como el correo electrónico, multimedia, teleconferencia, acceso directo a bases de datos y redes nacionales e internacionales
- Acceso a programas y convenios e intercambios institucionales.
- Aumento de la productividad gracias a la liberación de tiempos en búsqueda y generación de información repetida.⁵⁵

Un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente relacionados entre sí, con la finalidad de alcanzar un objetivo común.

Los elementos de un Sistema de Información en Salud dependen del Marco conceptual que se utilice para definirlo, tomando la visión sistémica de la Secretaría de Salud, “el Sistema de información en salud es el esfuerzo integrado de recolectar, procesar, reportar y usar información en salud y conocimiento para que influya en las decisiones de política, programas de acción e investigación”.⁵⁶

La NOM 040- SSA2-2004 040 en materia de Información en Salud define al Sistema de información en salud como el conjunto de elementos, recursos y personas que interactúan, bajo criterios y procedimientos definidos, para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información.⁵⁷

Define también a “la Información en salud como los datos, la información, el conocimiento y la evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud. Existe la información estadística, la epidemiológica y financiera”.⁵⁸

⁵⁵ <http://definicion.de/sistema-de-informacion/>

⁵⁶ Lozano, Rafael y Solís, Patricia. Presentación Sistemas de Información Instituto Nacional de Salud Pública. Julio 2007

⁵⁷ NOM-040-SSA2-2004. Diario Oficial de la Federación 28 de septiembre del 2005 p. 37.

⁵⁸ Ibidem p. 37

La Red de métricas de salud (HMN) es una asociación global que facilita la mejor información sobre salud en el país, regional y mundial. La red fue lanzada formalmente en mayo de 2005 durante el 58^o período de sesiones de la Asamblea Mundial de la salud (WHA). Auspiciada por la Organización Mundial de la salud (OMS) en Geneva, Suiza, HMN pretende aumentar la disponibilidad y utilización de información de salud oportuna y precisa por catalizar la financiación conjunta y desarrollo de sistemas de información de salud de país de núcleo.

HMN tiene un único objetivo estratégico: incrementar la disponibilidad y utilización de información de salud oportuna y precisa por catalizar el desarrollo de sistemas de información de salud de país de núcleo. En pos de este objetivo, HMN expone una visión e identifica estrategias para el desarrollo de sistema (HIS) de información de salud.

HMN apoya esta meta a través de la Asociación, promoción, movilización de recursos, apoyo a la aplicación país catalítica. HMN también promueve la generación de nuevos conocimientos y bienes públicos globales a través de la investigación, la innovación técnica y compartidas las lecciones aprendidas. Específicamente, HMN persigue los siguientes objetivos interrelacionados:

- “Crear un marco armonizado para el país en su desarrollo (marco HMN), que describe las normas para sistemas de información de salud;
- Grabación de cada nacimiento, muerte y causa de muerte (MOVE IT para los ODM);
- Desarrollar métodos para seguir los avances en sistemas de información de salud
- Garantizar el acceso y uso de información por distritos electorales locales, regionales y globales

Measure and evaluation Demanda de datos e información de uso en el Sector de la salud un Marco Conceptual”⁵⁹

⁵⁹ Lozano Rafael, Solís Patricia. Op.cit. nota 56

Demanda de datos y uso de información (DDIU o DDU) es una estrategia para identificar oportunidades y limitaciones para la recopilación de datos eficaz y estratégica, análisis, disponibilidad y uso. Esta estrategia comienza con una evaluación que ayuda a las partes interesadas, los legisladores y el monitoreo y practicantes de evaluación (M & E) determinan los puntos de entrada para la intervención DDIU. Una vez que se identifican necesidades específicas, herramientas básicas DDIU pueden ser utilizados para estimular la demanda de datos y creación de capacidad y mejorar la toma de decisiones basada en evidencia.

Los datos que se obtienen en los sistemas de información en salud reflejan hechos directos, los cuales son procesados con el propósito de que sean útiles para la toma de decisiones o para generar acciones, en este contexto la información tiene un significado relativo dependiendo del tiempo y la situación en la que se toma la decisión. El conocimiento es la experiencia acumulada de aplicar la información a las decisiones. El resultado de este proceso es la generación de reglas o asociaciones útiles para el desarrollo.⁶⁰

Las áreas de aplicación de los Sistemas de Información en Salud son:

Información para el aseguramiento: Identificación de población con financiamientos y sistemas de aseguramiento y coberturas diferentes, Tarjetas inteligentes.

Información Gerencial: Costos, Presupuestación y contabilidad analítica, Estados financieros y Recursos.

Información Epidemiológica: Vigilancia epidemiológica, Registro estadístico de morbilidad y mortalidad, Estadísticas vitales.

⁶⁰ Idem

Información para la decisión clínica: Medicina basada en la evidencia, guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, Modelación y simulación en biomedicina.

Información para la Gestión Clínica: Gestión de pacientes, Expediente clínico electrónico, indicadores de actividad clasificación de pacientes.

La información en salud no consiste nada más en un conjunto de datos de los que se dispone, sino que expresa de manera clara una imagen de lo que acontece en la realidad. El uso de la información en salud, puesta a disposición y apropiada de forma transparente por diversos demandantes de los distintos sectores sociales, es el objetivo final del sistema de información.

Existe la convicción entre los especialistas del Sector Salud y entre el público usuario de otros sectores, de que la información debe ser confiable, de que los pasos para ponerla a disposición pública debe reflejar un proceso eficiente de depuración y validación. Además, existe la certeza de que la disponibilidad de información de calidad, redundante en un conocimiento más preciso sobre la salud de las personas.

La información que reúne las características referidas proporciona los elementos esenciales para la determinación de los condicionantes de la salud y para la toma de decisiones. Los organismos internacionales de salud han insistido, por medio de sus informes y por acuerdos y compromisos adquiridos, en que la información es esencial para realizar intervenciones públicas, privadas y sociales en busca de lograr mejoras a la salud.

La disposición de información en salud de alta calidad requiere de un proceso exhaustivo, desde la recolección de los datos, hasta la creación de indicadores sofisticados que tratan de medir el estado de salud de una población. Indudablemente que los sistemas de información más innovadores son aquellos

que se difunden a una amplia gama de usuarios y que los medios para hacerlo sean diversificados.

1.5 VIOLENCIA

“El siglo XX se recordará como un siglo marcado por la violencia”

Nelson Mandela, Premio Nobel de la Paz

Desafortunadamente, hoy en día los comportamientos violentos están más difundidos y generalizados en la mayoría de las sociedades y en ocasiones la violencia prevalece en tal medida que desbarata las esperanzas de desarrollo económico y social.

En esta circunstancia, el mayor peligro es que muchas personas que conviven con la violencia a diario la asumen como consustancial a la condición humana, pero no es así. Es posible prevenirla, así como reorientar por completo las culturas en la que impera. Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación.

Desafortunadamente cuando ni los gobiernos, ni las comunidades, ni los individuos asumen la responsabilidad que les corresponde en el control de la violencia, lo único que observaremos es el crecimiento del fenómeno. Nelson Mandela (premio Nobel de la Paz 1993), afirma que la violencia medra cuando no existe democracia, respeto por los derechos humanos ni gobernanza.

Por otro lado, aunque la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente.

De acuerdo con el informe mundial sobre la violencia y la salud publicado en el año 2002, una de las razones por las que de manera tardía se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es:

“La falta de una definición clara del problema. La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan.”⁶¹

En la literatura actual pueden encontrarse diferentes definiciones de **violencia**, sin embargo, el desarrollo de este trabajo requiere una definición ligada al ámbito de la salud pública, que cuente con el consenso mundial, en ese sentido resulta de utilidad la definición que ofrece La Organización Mundial de la Salud:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones.”⁶²

La definición de la OMS comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, además de cuestiones tan sutiles como la amenaza o intimidación. Al mismo tiempo la definición abarca las numerosas consecuencias del comportamiento violento.

De esta manera, podemos definir que existe la violencia física, la psicológica y la sexual. Sus causas pueden variar y dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insostenibles en la vida de la persona, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece (lo

⁶¹ OPS, *Informe mundial sobre violencia y salud*,
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

⁶² ídem

cual es muy común en las escuelas), así como el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía, entre otras muchas causas.

Para comprender el problema de la violencia es esencial disponer de datos confiables, que también son importantes para sensibilizar a la población; sin ellos, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él.

Según el Informe Mundial sobre Salud y Violencia, editado por la OMS en año 2002, en las últimas décadas, millones de personas mueren cada año por causas atribuibles a la violencia y la mortalidad representa solo la parte más visible, ya que “Por cada muerte violenta se producen decenas o cientos de lesiones de diversa gravedad”.⁶³

Algunas cifras representativas del fenómeno de la violencia en el mundo que se presentan también en el informe de OMS del año 2002, relacionado con el número de personas que pierden la vida por actos de violencia, refiere que “1.6 millones de personas pierden la vida por actos de violencia, más de 199 000 tienen entre 10 y 29 años, unos 57 000 niños de entre 0 y 4 años son asesinados en el mismo período. Globalmente la violencia es la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años; son hombres el 14 % de estos muertos y mujeres el 7%. No hay país que tenga índice de violencia contra la mujer menor al 10 % y en algunos alcanza hasta el 69 %.”⁶⁴

La mayor parte de los actos violentos no son mortales, tienen como consecuencia lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. Los efectos sobre la salud pueden durar años y a veces consisten en discapacidades físicas o mentales permanentes.

⁶³ OMS, OPS, *Prevención de lesiones y violencia* (guía para los ministerios de salud)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf

⁶⁴ Ídem

La OMS estima que, 1 de cada 4 a 9 personas en los países en desarrollo sufre cada año lesiones por actos violentos, y que el 2 % del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia.⁶⁵

Además del sufrimiento humano, la violencia representa costos sociales y económicos que, aunque difíciles de cuantificar, son considerables, por lo que es fundamental atender la violencia como un problema de salud pública, entendiendo que además de producir directamente lesiones invalidez y defunciones, provoca, consecuencias en el nivel social, psicológico y biológico, con una amplia influencia en el deterioro de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se suele denominar como “capital social.”⁶⁶

Alberto Pellegrini Filho dice que “no son las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más igualitarias, es decir, las que también poseen alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria”⁶⁷

Ante esta condición, el Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud ha insistido en que los gobiernos deben desarrollar políticas y estrategias eficaces que permitan abordar el problema, pero plantean como tarea fundamental la recopilación de datos para comprender el alcance de las lesiones y la violencia en el país, con lo que los responsables de formular políticas podrán tomar decisiones informadas acerca de las prioridades del país, a la luz de las demandas que compiten por los recursos.

⁶⁵ Ídem

⁶⁶ En términos de Robert D. Putnam: el capital social se refiere a las conexiones entre individuos – redes sociales y normas de reciprocidad y confianza que se desprenden de ellas. El capital social facilita la vida en común, fortalece la identidad al interior de un grupo, generando solidaridad entre sus miembros y al mismo tiempo crea puentes con grupos y personas fuera de nuestro propio círculo, haciendo más sencillo enfrentar problemas compartidos, circular información y fomentar el entendimiento.

⁶⁷ Pellegrini, Alberto, La violencia y la salud pública, p. 219, Rev. Panam Salud Publica vol.5 n.4-5 Washington Apr. /May 1999 <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000400005>

Dado que la recopilación de datos puede ser costosa, la OMS y la OPS, sugiere que la información recabada se comparta activamente y se utilice para impulsar las medidas de prevención, en vez de mantenerla con carácter confidencial, o de reunirlos con el único objeto de acumular estadísticas.⁶⁸

Se reconoce también que los ministerios de salud desempeñan un papel fundamental en la recopilación de datos, por su singular acceso a las víctimas de lesiones y violencia. Por lo que sugiere recabar la información de manera que permita la clasificación de datos por edad, sexo y causa de la lesión.

La OMS y la OPS, sugiere recabar como causas de violencia las siguientes:

- “Muertes causadas por lesiones y violencia;
- Lesiones no fatales;
- Discapacidad resultante de toda forma de lesiones y violencia;
- Además de las lesiones, consecuencias adversas para la salud derivadas de violencia y lesiones;
- Distribución geográfica, entornos y circunstancias en que tuvieron lugar los incidentes;
- Impacto económico de las lesiones y la violencia, incluidos los costos para el sistema de atención médica”.⁶⁹

Se propone que los ministerios y sus organismos asociados promuevan el intercambio de datos entre los sectores y que den a conocer al público los resultados de sus hallazgos, con el fin de ayudar a impulsar las medidas de prevención.

Al mismo tiempo se sugiere que los ministerios de salud también recaben información sobre los servicios disponibles y la distribución de los mismos, y sobre el número de pacientes que atienden. En función de la información disponible

⁶⁸ Ídem

⁶⁹ Ídem

sobre lesiones y violencia, los ministerios podrán utilizar estos datos para evaluar las necesidades y las carencias en términos de servicios. En algunos casos, los ministerios podrán recabar datos por sí mismos, y en otros, convocar a especialistas para que desarrollen esta actividad y den apoyo a sus investigaciones.

En México la transición demográfica y epidemiológica, la modernización y las condiciones de vida y de trabajo han conducido a una mayor exposición de ambientes de riesgo y al incremento en la tendencia de afecciones causadas por violencia y lesiones de causa externa.

En el marco de las políticas internacionales, El gobierno mexicano a través de la Secretaria de Salud se planteó el compromiso de otorgar, modificar y planear la atención médica para estos padecimientos, no solo de manera curativa en las unidades hospitalarias, o en todo el campo de la promoción, prevención y atención de estos eventos de daño a la salud; además de otros aspectos de salud pública, sustentado en la emisión de leyes de protección contra la violencia, el fomento y regulación de lugares no violentos ni inseguros, como las vialidades, escuelas y sitios de trabajo

Para dar respuesta al daño que a la salud representan la violencia y las lesiones de causa externa, se dispuso que el personal de salud, los administradores de las instituciones de salud y diversos actores dispusieran de información sobre las características de la ocurrencia de estos eventos y de cómo se presentan a partir de la atención en las unidades médicas.

La DGIS, asumió el compromiso de atender esta necesidad y en el 2010 puso en marcha el Subsistema de Información de Violencia y Lesiones de Causa Externa, como parte del Sistema Nacional de información en Salud,, con la virtud de que además de ser nominal, consideró las diversas variables conductuales y

situacionales que hacen tan complejas a las casusas, presentaciones y formas de atención médica, pero que son necesarias de recolectar para comprender y atender más efectivamente a estas afecciones.

2.- MARCO JURÍDICO

2.1 Normatividad en Salud

La Constitución, es la fuente formal y directa, más importante y de mayor jerarquía, del Derecho administrativo, y de todas las ramas de la ciencia jurídica, es la Ley suprema de un Estado.

México, como nación independiente y soberana (Estado Mexicano) a través de La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, refleja la soberanía del pueblo, y manifiesta su voluntad para estructurarse en una república representativa, democrática y federal, con un territorio determinado y con órganos específicos, a través de los cuales ejerce el poder de acuerdo con las funciones y atributos que a cada uno le ha signado.

De acuerdo con Delgadillo:

“La constituciones la espina dorsal del Derecho Administrativo, toda vez que se derivan normas, jurídicas y principios que establecen lineamientos imperativos, a los que debe ajustarse toda la actuación estatal, tanto en la producción de normas jurídicas generales (leyes y reglamentos), como en su ejecución al dictar actos concretos, generadores de normas jurídicas individualizadas. En estas circunstancias, sólo el pueblo, y no sus órganos, pueden reformar la ley suprema”.⁷⁰

Ahora, como la Constitución representa la base del sistema jurídico mexicano; toda la legislación de orden jerárquico menor y la actuación de las autoridades

⁷⁰ Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; Op. cit., nota 5; p. 67

deben corresponder a las directrices que en ella se establecen. Esto significa que la Constitución regula el poder público y define las garantías de los ciudadanos mexicanos.

En la conformación de la Constitución Mexicana, se establece la estructura del Estado en los artículos 40, 49. En ellos se refiere que: “Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, pero unidos en una Federación...”⁷¹

En el artículo 41 se establece que “el pueblo ejerce su soberanía por medio de los Poderes de la Unión...y que la renovación de los poderes el c Legislativo y Ejecutivo se realizará mediante elecciones libre, auténticas y periódicas”⁷² Al respecto, la competencia del órgano, ejecutivo se observa en los art. 80, 89, la competencia del órgano legislativo en el art. 73, 79, y la competencia del órgano judicial se observa en los artículos 94, 103, 104, 107. La existencia de la Administración Pública está respaldada en los artículos 90, 91, 92, 93.

El artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece:

“Toda persona tiene derecho a la protección a la salud, la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los Servicios de Salud y establecerá la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del art. 73 de esta Constitución”⁷³

Las Leyes son otra de las fuentes importantes del Derecho Administrativo, jerárquicamente están en forma inmediata a la Constitución, regulan las

⁷¹ *Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos*. Art. 40, op.cit. nota 24, p.30

⁷² *Idem*. Art. 41

⁷³ *Idem*. Art. 73

conductas de la personas, de manera general, abstractas, obligatorias o imperativas y permanente, sancionadas por el Poder Legislativo.

De acuerdo con Delgadillo:

“Se puede explicar el carácter general en tanto que regula todos los casos o situaciones que se generan durante su vigencia; es abstracta en cuanto no regula situaciones concretas e individualizadas; es obligatoria e imperativa en virtud de que sus disposiciones deben cumplirse aun en contra de la voluntad de los sujetos de derecho; y permanente en razón de que no se agota con su aplicación, ya que permanece vigente para otros casos que lleguen a presentarse en el futuro, hasta que su creador decida su derogación”.⁷⁴

Las Leyes se pueden clasificar en Federales o Locales, de acuerdo al ámbito de aplicación. Las Leyes federales son emitidas por el Congreso de la Unión, y tienen aplicación en todo el ámbito del territorio nacional.

Otra clasificación de las Leyes define que pueden ser orgánicas, reglamentarias y ordinarias. Delgadillo explica que: “las orgánicas, tienen como función principal el establecer la estructura y funcionamiento de los diferentes órganos estatales; las reglamentarias, se emiten para detallar los aspectos específicos de los derechos y obligaciones que un determinado precepto de la Constitución establece; y las ordinarias, que resultan de una actividad autorizada al legislador en la propia Constitución pero que no son reglamentarias ni orgánicas”⁷⁵

La Ley General de Salud conforme a su artículo 1º reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del art 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la

⁷⁴ Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; op. cit., not 5 ; p. 68

⁷⁵ Ibidem p 70

Federación y las entidades Federativas en materia de Salubridad General. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social

El artículo 3º en materia de Salubridad General en la fracción X, regula la “información relativa las condiciones, recursos y servicios de salud en el país” en el artículo 7 especifica que La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud correspondiéndole a esta: conforme a la fracción X: “Promover el establecimiento de un Sistema Nacional de información básica en materia de salud.”⁷⁶

Conforme al artículo 30 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal corresponde a la Secretaría de Salud entre otros el despacho de los siguientes asuntos:

I.-Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

VI.- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia

⁷⁶ Presidencia de la República. *Ley General de Salud* (DOF 5-03.2012) p. 1 a 4

Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.”⁷⁷

En el artículo 2 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud especifica que al frente de la Secretaría de Salud estará el Secretario del Despacho, quien para el desahogo de los asuntos de su competencia se auxiliara de “inciso B” las unidades administrativas con el numeral VIII la Dirección General de Información en Salud.⁷⁸

2.2. Políticas gubernamentales para la implementación de la Nueva gerencia pública en México durante los gobiernos panistas

En el caso Mexicano al igual que lo ocurrido en otros países no ha sido ajeno a la Nueva Gerencia Pública, las doctrinas fueron recibidas por una parte con escepticismo por los académicos ya que si bien se aceptaba el diagnóstico sobre la necesidad de cambios en el sector público, no se sabía con claridad cuáles eran las soluciones basadas en la Nueva Gerencia Pública que correspondieran a los problemas concretos de la administración pública mexicana. “Para los encargados de las reformas prometía resultados sin costos excesivos, así como un argumento para la revolución global.”⁷⁹

El primer intento por una reforma de la administración federal ocurrió a finales de 1994 con el gobierno de Ernesto Zedillo con la transformación de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación en una nueva Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (Secodam) quien a través de la Unidad de Desarrollo Administrativo (UDA) se encargó del proyecto modernizador.

Los objetivos se estipularon en el Plan Nacional de Desarrollo en el que se buscaba flexibilidad, eficiencia y rendición de cuentas en el sector público y la creación de un servicio civil de carrera profesional, se basó en las experiencias de

⁷⁷ Ibidem p.1

⁷⁸ *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Diario Oficial de la Federación, 10 de enero de 2011

⁷⁹ Referido en: Cejudo, Guillermo, *la Gerencia Pública en América del Norte*; op. Cit nota 36 p. 138.

reforma de los países de la OCDE particularmente el Reino Unido, también incluyeron experiencias de algunos gobiernos estatales sobre todo en lo referente a “técnicas de gestión de calidad total, benchmarking”⁸⁰ y “buenas practicas”⁸¹ en el sector público de Nuevo León.

El proyecto no tuvo buen inicio por la crisis económica que se desato en diciembre de 1994, desviando la atención a temas más urgentes y hubo reducción de recursos para la modernización administrativa, en mayo de 1996 se presentó formalmente el Programa de Modernización Administrativa Federal 1995-2000 (Promap) que sería una guía para la introducción de prácticas de nueva gerencia en el gobierno federal y la reorganización del régimen de relaciones laborales

Como resultado se dieron algunos cambios cualitativos, “diversas áreas realizaron una planeación estratégica básica, se fijaron estándares de calidad, plazos y otros factores relativos al desempeño de sus áreas, el promedio del 65% de las áreas desarrolló indicadores y estándares de desempeño”.⁸²

En ese período la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Unidad de Política y Control Presupuestal “diseñó una reforma al sistema presupuestario que se ligara con los objetivos de los recursos públicos, misma que fue exitosa en mejorar el control de Hacienda sobre los gastos de las dependencias federales”.⁸³

El Maestro Roberto Rives señala “El proceso electoral del 2 de julio del 2002 fue de gran trascendencia para la vida política del país, dado que con él se cerró un

⁸⁰ El benchmarking es un anglicismo que, en las ciencias de la administración de empresas, puede definirse como un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicio y procesos de trabajo en organizaciones. Consiste en tomar “compradores” o benchmarks a aquellos productos, servicios y procesos de trabajo que pertenezcan a organizaciones que evidencien las mejores prácticas sobre el área de interés, con el propósito de transferir el conocimiento de las mejores prácticas y su aplicación.

⁸¹ Las buenas prácticas son el conjunto de acciones que surgen de una necesidad o área de oportunidad dentro de una organización y que son eficientes, eficaces, sostenibles y flexibles, que son construidas por los integrantes de alguna área o los miembros de un proceso dentro de dicha institución. Debe ser una acción ejecutada, la cual puede ser contrastada y evaluada, que haya sido capaz de alcanzar los resultados planteados de acuerdo a los atributos y estándares establecidos.

⁸² *Ibíd*em p. 22

⁸³ *Ibíd*em. p 26

siglo marcado, en su mayor parte, por el predominio de un partido único, el PRI, una de las dos piezas con que Cosío Villegas había descrito el funcionamiento del régimen político mexicano”.⁸⁴

El 30 de mayo de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo (PND) sobre el que se basa el plan de trabajo del gobierno, este documento refiere que en el marco de un buen gobierno, de una política exterior proactiva y de la vigencia plena del Estado de Derecho, incorpora la visión, la misión, los objetivos, las estrategias y los aspectos estructurales del desarrollo en el marco de las tres prioridades marcadas por los ciudadanos: a) Desarrollo social y humano, b) Crecimiento con Calidad c) orden y respeto.

La referencia de futuro, es la llamada “visión de futuro de México en el año 2025”. Que según palabras textuales de dicho Plan Nacional, “puede sintetizarse así:

“México será una nación plenamente democrática con alta calidad de vida que habrá logrado reducir los desequilibrios sociales extremos y que ofrecerá a sus ciudadanos oportunidades de desarrollo humano integral y convivencia basadas en el respeto a la legalidad y en el ejercicio real de los derechos humanos. Será una nación dinámica, con liderazgo en el entorno mundial, con un crecimiento estable y competitivo y con un desarrollo incluyente y en equilibrio con el medio ambiente. Será una nación orgullosamente sustentada en sus raíces, pluriétnica y multicultural, con un profundo sentido de unidad nacional”.⁸⁵

Con la llegada de Vicente Fox a la presidencia de la república los temas de Gerencia Pública tomaron una mayor relevancia, se conformó la Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental, los objetivos de este gobierno en términos de reforma administrativa se plasmaron en el documento Modelo

⁸⁴ Rives, Roberto, Op cit nota 10; p 406

⁸⁵ Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2001 p 25

Estratégico para la Innovación Gubernamental escrito por Ramón Muñoz, encargado de la mencionada oficina de innovación.

El modelo de Innovación y Calidad buscó dar valor agregado a lo que hace el gobierno, Innovación implica ser responsable de visualizar las necesidades no percibidas por los ciudadanos y actuar para satisfacerlas. Por eso hay que intentar ir más allá de las expectativas.⁸⁶

Dos años después la Oficina de Innovación emitió la agenda presidencial de buen gobierno con seis ejes, tres de ellos llamados procesos: gobierno profesional, gobierno digital y gobierno que busca mejoras regulatorias; para obtener a su vez tres resultados: Gobierno honesto y transparente, gobierno que cueste menos y gobierno de calidad. La propuesta intentaba que todas las dependencias de la Administración Pública promovieran cambios que apuntaran en esas seis direcciones, incluyendo procesos mediante los cuales se establecería una competencia que permitiera entrar en una dinámica, en la cual las dependencias serían calificadas de acuerdo con el grado de avance y madurez que se lograra a través del cambio.

Las reformas de carácter económico y político se acompañaron de una nueva agenda para los procesos de gestión interna de los gobiernos y las administraciones públicas, que pretendió determinar un cambio radical en los estilos de gestión, evaluación y la integración de nuevas pautas de desempeño de la función pública.

Como consecuencia del avance la globalización se buscó generar un mayor acercamiento a los procesos de gestión del sector privado a los del sector público, provocando la incorporación, en la gestión gubernamental, de instrumentos como

⁸⁶ *Modelo Estratégico para la Innovación y la Calidad Gubernamental*; Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental; p. 5

la planeación estratégica, el marketing público, el Benchmarking, mejores prácticas, la reingeniería de procesos y la calidad total.

En este orden de ideas, se planteó la necesidad de incorporar este tipo de instrumentos, para fortalecer la capacidad directiva y contar con un sector público más “eficiente y competitivo”, obligando a fomentar nuevas pautas de desempeño entre los funcionarios, con la intención de recuperar la legitimidad de lo público, como son la rendición de cuentas, la ética, la transparencia, la calidad del servicio y la atención a los gobernados.

Los resultados generales fueron “la introducción de tecnologías de información en múltiples áreas de la administración, promoción de varias iniciativas promovidas por la OCDE como premios a la innovación, cartas ciudadanas y simplificación de trámites, enfoque hacia el usuario de los servicios públicos, indicadores de desempeño, el proceso de democratización desarrollo presiones para que la administración pública fuera más transparente y eficaz en atender las demandas ciudadanas,”⁸⁷ en Julio del 2002 el Congreso aprobó la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, se creó un servicio civil de carrera con la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y se transformó a la Secodam en la Secretaría de la Función Pública

El Presidente Felipe Calderón en su política de gobierno, apoyada por el Banco Mundial, es la de establecer mejores prácticas y mecanismos de gestión, sin negar los avances generados por las políticas de competencias de los sexenios anteriores, este gobierno ha puesto en práctica el modelo de mejora regulatoria de la gestión plasmado en el Programa de Mejora de la Gestión 2007-2012, el cual se centra en asegurar mejoras en los diferentes sistemas de gestión institucional.

⁸⁷ Idem.

México ha adoptado un sendero de reformas moderado, tratando de balancear ciertas medidas de delegación con un control político central y realizando cambios moderados en la ejecución de sus funciones políticas y administrativas centrales, sin embargo este equilibrio está cada vez bajo mayor presión por las fuerzas de delegación estructural.

Con el Programa de Mejora de la Gestión el Ejecutivo Federal hace propios diversos postulados de la nueva gestión pública tales como:

“Reducir la desigualdad en el grado de desarrollo de las organizaciones públicas mediante la mejora de áreas comunes y la estandarización en la aplicación de mejores prácticas.

Facilitar la mejora de la gestión de las instituciones mediante reformas al marco regulatorio de la Administración Pública Federal (APF).

Permitir una toma de decisiones informada, considerando los resultados de la gestión.

Mejorar la rendición de cuentas mediante la generación y difusión de información sobre el desempeño institucional y el de la Administración Pública en su conjunto.”⁸⁸

En los últimos sexenios los proceso de reforma han consistido en una combinación de desconcentración de autoridad hacia distintos organismos, como resultado, más organismos autónomos y reguladores de control se ha establecido, hasta mediados de los años noventa no había ninguna opinión sobre los organismos reguladores, sin embargo durante los últimos diez años, las críticas sobre estos han sido de varios tipos:

⁸⁸ *Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal Op. Cit nota 2 .*

- “Permitir una toma de decisiones informada, considerando los resultados de la gestión.
 - Mejorar la rendición de cuentas mediante la generación y difusión de información sobre el desempeño institucional y el de la Administración Pública en su conjunto.”⁸⁹

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se consideraron las siguientes estrategias para mejorar el desempeño de la Administración Pública Federal:

“Elevar los estándares de eficiencia y eficacia gubernamental a través de la sistematización y digitalización de todos los trámites administrativos y el aprovechamiento de tecnologías de la información y comunicaciones para la gestión pública.”⁹⁰

La estrategia consistió en desmaterializar y estandarizar los procedimientos administrativos del Gobierno Federal mediante la digitalización, se realizaron ajustes en aspectos administrativos, organizacionales, jurídicos y técnicos. El Gobierno Digital tuvo una gran relevancia como estrategia para “Elevar los estándares de eficiencia y eficacia gubernamental a través de la sistematización y digitalización de todos los trámites administrativos y el aprovechamiento de tecnologías de información y comunicaciones para la gestión pública”.⁹¹

En el mes de septiembre del 2011 la Secretaría de la Función Pública publicó el acuerdo por el que se establece el Esquema de Interoperabilidad y de Datos Abiertos de la Administración Pública Federal, asimismo, se dieron a conocer las modificaciones al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MAAGTIC), en el esquema de interoperabilidad se determinan las bases, principios y políticas para integrar los

⁸⁹ Ídem

⁹⁰ Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo* Op.cit. nota 85, cuarta sección; Estrategia 4.1

⁹¹ Ídem

procesos relacionados con servicios digitales, así como para compartir y reutilizar plataformas y sistemas de información.

El propósito de estas medidas que son obligatorias para las dependencias y entidades federales, así como para la Procuraduría General de la República- es incrementar la eficiencia operativa de la Administración Pública Federal y su relación con la sociedad.

2.3. La responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud (DGIS)

Los objetivos planteados en el “Plan Nacional de Desarrollo”⁹² en atención a las prioridades en materia de salud son retomados en “el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. A su vez, este Programa establece diez estrategias que, junto con las acciones y metas establecidas, constituyen la base para el cumplimiento de los compromisos asumidos por el sector y para desarrollo de las actividades de las diferentes unidades administrativas que forman parte de la Secretaría de Salud”⁹³.

En este sentido el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, identificó que en México: “predominaban enfermedades no transmisibles y lesiones, por encima de las infecciones comunes, los problemas de salud relacionados con la reproducción humana y los padecimientos asociados a la desnutrición, que antaño se encontraban encabezando las listas de la morbi-mortalidad nacional”.⁹⁴ Esta transición epidemiológica, íntimamente asociada al envejecimiento poblacional, a la desigualdad de oportunidades y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, plantearon desafíos al desempeño del Sistema Nacional de Salud y requerían de una atención compleja, de larga duración, costosa, y del empleo de altas tecnologías.

⁹², Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo* Op.cit. nota 85, cuarta sección.

⁹³ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-20012*; publicado en el Diario Oficial de la Federación Tercera sección , Línea de acción 2.14 DOF 17-01-2008

⁹⁴ Idem.

Para lograr un avance en salud se requería implementar estrategias anticipatorias que fortalecieran y ampliaran la lucha contra los riesgos sanitarios, construyendo en la población cultura de salud para alcanzar el desarrollo de oportunidades y elegir estilos de vida saludables.

La política nacional pretendió incidir sobre los determinantes de la salud y adaptar los servicios de atención médica, de todo el sector, a las nuevas necesidades promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia. El fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, estaba orientado a reducir el impacto de las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Considerando que la salud es un asunto que atañe a la sociedad y al Gobierno en sus diferentes ámbitos y niveles, requiere de la corresponsabilidad en las tareas de detección de necesidades, organización, planeación, prestación de servicios de salud, seguimiento y evaluación del impacto de las acciones emprendidas en beneficio de la salud. Para favorecer la salud de la población, se requiere que el Estado, los ciudadanos, las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto asuman de manera efectiva la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, individual y colectiva, por lo que en Plan sectorial se planteó estrechar lazos de colaboración entre los múltiples actores.

El mayor desafío que afrontaba en ese momento la gestión pública, era la transformar las estructuras y los procesos de actuación del poder público y garantizar eficiencia, eficacia y calidad y explorar soluciones diferentes en la prestación de servicios para alcanzar resultados de mayor valor y efecto ciudadano.

La mejora de la gestión fue la estrategia del Gobierno enfocada a realizar avances para transformar la operación cotidiana de las instituciones públicas hacia el logro de resultados tangibles y verificables.

En ese contexto, la responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) como parte estructural de la Secretaría de Salud, fue coordinar y normar el proceso de recolección, análisis, difusión y uso de la información en salud en las diferentes Instituciones del Sector público y privado que conforman el sector salud, para la generación de información ágil, veraz y oportuna que influyera en la toma de decisiones de la operación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del Sistema de Salud y conforme al artículo 24 del Reglamento Interior de Salud le corresponde entre otras atribuciones la de :

- “Coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con las disposiciones aplicables;
- Elaborar, difundir y vigilar la normatividad para los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de la estadística en salud, de conformidad con las disposiciones aplicables;
- Generar la información estadística en salud que requieran las unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades;
- Establecer los mecanismos de coordinación y control con las unidades administrativas de la Secretaría, las entidades agrupadas administrativamente en el sector y los establecimientos privados que presten servicios de atención médica, para la generación y recepción de los datos requeridos por el Sistema Nacional de Información en Salud;
- Diseñar, coordinar y normar los sistemas de información estadísticos, electrónicos e impresos del Sistema Nacional de Salud, así como los catálogos y estándares que se incorporen a ellos;
- Diseñar y establecer métodos para la recolección y análisis de la información generada por las unidades administrativas de la Secretaría y el Sistema Nacional de Salud;
- Diseñar y establecer métodos para la recolección y análisis de la información generada por las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, por el

Sistema Nacional de Salud en su conjunto y por el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, para construir la métrica de la salud en México;

- Diseñar y establecer métodos de verificación, validación y auditoría de datos reportados por las unidades del Sistema Nacional de Salud⁹⁵

Las responsabilidades descritas para la DGIS en el reglamento interior, así como los compromisos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Plan Sectorial de Salud se concretaron en el Programa de Acción específico del 2007-2012 el cual se sustentó en la convicción de que la información de calidad, oportuna, confiable y válida, es una de las piezas claves para la planeación del desarrollo Nacional y de manera sensible es el insumo básico para la toma de decisiones en el ámbito público.

Existe una convicción de que la disposición de información en salud de alta calidad requiere de un proceso exhaustivo, desde la recolección de los datos, hasta la creación de indicadores sofisticados para medir el estado de salud de una población.

Por otro lado “los sistemas de salud más innovadores son aquellos que difunden a una amplia gama de usuarios y que los medios para hacerlo sean diversificados”.⁹⁶

La información en salud no consiste nada más en un conjunto de datos de los que se dispone, sino que expresa de manera clara una imagen de lo que acontece en la realidad. El uso de la información en salud, puesta a disposición y apropiada de forma transparente por diversos demandantes de los distintos sectores sociales, como responsable y siendo el objetivo final del sistema de información en salud. El SINAIS se ha dado a la tarea de implementar mecanismos de modernización

⁹⁵ Congreso de la Unión, *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Op. Cit; Nota 78; 02-02- 2010

⁹⁶ Lozano Rafael, Solís Patricia. Op.cit. nota 56

administrativa como la Plataforma Integral de Información en Salud que incluye el desarrollo de 8 subsistemas, de los cuales en este trabajo analizamos la puesta en operación del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia.

El sistema de información en salud constituye el soporte de gran relevancia para la toma de decisiones, para consultas ciudadanas, investigaciones, información para estudiantes, respuestas para solicitudes de transparencia del IFAI, permitiendo un control y seguimiento de los resultados obtenidos.

3.- El Sistema Nacional de información en Salud (SINAIS)

3.1. Generalidades

El origen del Sistema Nacional de Información en Salud está vinculado al origen de la presencia de la estructura orgánica de la Unidad de Informática, la cual data del siglo pasado:

“En 1931, el Departamento de Salubridad Pública contaba con un área encargada de recopilación de datos sobre enfermedades transmisibles, su incidencia en la población y las defunciones causadas por éstas, así como la natalidad y la mortalidad registradas en la Ciudad de México, puertos marítimos y zonas fronterizas. Para 1936, se creó la Oficina de Demografía y Estadística, la que al fundarse la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, obtuvo el nivel de Departamento y posteriormente en 1952 el nivel de Dirección, denominándose Dirección de Bioestadística. Al integrarse la Subsecretaría de Planeación en 1977”,⁹⁷ La Dirección de Bioestadística registró cambios en su estructura orgánica funcional, pasando a ser Dirección General.”⁹⁸

Por otro lado también encontramos antecedentes en el Departamento de Proceso de Datos, el que en 1943 dependía de la Dirección General de Administración y tenía como función la de procesar la información emitida por la Secretaría:

⁹⁷ Idem

⁹⁸ <http://dgis.salud.gob.mx/acercade/index.html>

“Para abril de 1973, el Departamento de Proceso de Datos se transformó en la Dirección de Información, Sistemas e Informática, dependiente de Oficialía Mayor. Durante 1977 se llevó a cabo la revisión del Reglamento Interior de la SSA y como resultado de ésta, la Dirección anteriormente citada se transformó en la Dirección General de Sistemas e Informática. Para 1980 y debido a la similitud y complemento de las funciones y actividades de estas dos Direcciones Generales, se decidió por parte del C. Secretario del Ramo fusionarlas en una sola, creándose así la Dirección General de Bioestadística, Informática y Sistemas, para de esta manera aprovechar al máximo los recursos disponibles evitando además la duplicidad de funciones y la indeterminación de áreas de responsabilidad y autoridad.”⁹⁹

Con la publicación del Reglamento Interior de la SSA en el Diario Oficial de la Federación el 16 de marzo de 1981, se dio vida a la Unidad de Información dependiente directamente del área del C. Secretario del Ramo, a fin de que ésta se responsabilizará de la función de integrar el sistema global de información de la Secretaría y de producir las estadísticas oficiales de la misma. El Reglamento Interno, publicado el 13 de octubre de 1983, representó la primera etapa formal de modernización de la SSA, implicó la reorganización de las áreas de dirección, a cargo del C. Secretario, las de regulación y coordinación dentro del Sector Salud y de otros sectores, a cargo de la Subsecretaría de Planeación, las de apoyo a la Oficialía Mayor, y las de control a la Contraloría Interna, motivo por el cual en estos términos la Dirección General de Estadística pasa a formar parte de la Subsecretaría de Planeación.

“En enero de 1977, la Secretaría de Salud se reestructura, desapareciendo la Subsecretaría de Planeación y se crea la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, en donde, como parte de su estructura orgánica, está la Dirección General de Estadística e Informática. A principios del año 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transformó en la Secretaría de Salud (Diario Oficial de la Federación del 21 de enero de 1985).

⁹⁹ Ídem

En marzo de 1990 se crea la Subsecretaría de Organización y Desarrollo en donde, como parte de su estructura orgánica, está la Dirección General de Estadística y Proyectos Estratégicos. En junio de 1991 se reestructura y se crea nuevamente la Subsecretaría de Organización y Desarrollo, desapareciendo la Dirección General de Planeación y Desarrollo, con lo que se distribuyen las funciones de planeación de la Dirección General de Estadística y Proyectos Estratégicos.

Hasta 1997, con la aprobación en el Diario Oficial de la Federación del 6 de agosto de 1997, se formalizó legalmente la nueva estructura orgánica de la Dirección General, creando nuevas funciones que permiten unificar criterios entre las instituciones y propiciar la consolidación de los Sistemas de Información en Salud”.¹⁰⁰

Al inicio del sexenio 2000-2006, la nueva administración llevó a cabo una reorganización y reestructuración de sus dependencias federales, acorde a su Plan Nacional de Desarrollo, en el caso de la Secretaría de Salud se da una reforma a la Ley General de Salud.

“La Dirección General de Estadística e Informática cambian de tramo de control, pasando de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades a la nueva Coordinación de Planeación Estratégica; asimismo cambia de denominación a Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Finalmente en el año 2003, debido a las estrategias y líneas de acción relacionadas con la vinculación de la salud con el desarrollo económico y social, se emprende una Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, reduciendo los rezagos y la marginación mediante la aplicación de nuevos programas como la Protección Financiera, Arranque Parejo en la Vida, Seguro Popular, entre otros.

En este sentido, la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño sufre una modificación en su estructura, cambiando de adscripción de la extinta Coordinación General de Planeación Estratégica a la

¹⁰⁰ Ídem.

Subsecretaría de Innovación y Calidad, bajo el nombre de Dirección General de Información en Salud.¹⁰¹

El Sistema Nacional de Información en Salud está sustentado jurídicamente en la Ley General de Salud. Específicamente en el décimo apartado del artículo 7 se menciona que “la Secretaría de Salud es la encargada de promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud”. En este mismo instrumento se señalan los aspectos en los que centrará este sistema, lo cuales son: I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; II. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y III. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

En un contexto más amplio, se encuentra la Ley de Información Estadística y Geográfica que norma la captación, producción y procesamiento de la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

En materia de acceso a la información en salud existen ordenamientos que tienen como propósito dar transparencia a las acciones de gobierno incorporadas en los programas, proyectos, metas y en el ejercicio del gasto, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental está diseñada con la finalidad de “proveer lo necesario para garantizar el acceso de toda persona a la información en posesión de los Poderes de la Unión, los órganos constitucionales autónomos o con autonomía legal, y cualquier otra entidad federal”¹⁰²

¹⁰¹ Ídem.

¹⁰² Cámara de Diputados; *Ley Federal de Transparencia y acceso a la información pública gubernamental*; Diario Oficial de la Federación 6 de junio de 2012,

Otro importante instrumento en el que se sustenta el Sistema Nacional de Información en Salud es la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en Materia de Información en Salud, que tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud, su campo de aplicación es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para establecimientos, personas físicas y morales del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención a la salud.¹⁰³

Finalmente, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (artículo 24) define las atribuciones de la Dirección General de Información en Salud, entre las que se encuentra “Coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y el Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Sistema de Protección Social en Salud conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes”¹⁰⁴.

De esta manera, la Dirección General de Información en Salud asume como uno de sus ejes principales de trabajo la modernización y administración del Sistema Nacional de Información en Salud, el cual ha sido definido como “un sistema único, moderno, confiable, flexible, oportuno e integrador que administra los datos humanos, físicos y financieros, la información, y los conocimientos relacionados con a) la población y cobertura, b) los recursos, c) los servicios, d) los daños a la salud; y lleva a cabo la evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud”¹⁰⁵.

Los propósitos del Sistema, entre otros, fueron contar con la infraestructura de información que apoye los procesos de toma de decisiones de los diferentes

¹⁰³ *NOM 040 –SSA2-2004* Op. cit. nota 57; p 34

¹⁰⁴ *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*; op. cit. nota 78, art. 24

¹⁰⁵ <http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html>

actores y usuarios del Sistema Nacional de Salud, relacionados con los servicios de atención a la salud, la enseñanza, la investigación y con la sociedad en general, así como apoyar los lineamientos para incrementar la calidad, la seguridad, la universalidad, la equidad, la eficiencia y la transparencia del Sistema Nacional de Salud”¹⁰⁶, para elevar continuamente las condiciones de salud de las personas, contribuir al logro del Programa Nacional de Salud 2007-2012, y orientar el sistema hacia “la visión de estado denominada México 2030”.¹⁰⁷

El Sistema Nacional de Información en Salud es transversal contribuye al cumplimiento de los objetivos señalados tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Sectorial. Las acciones en materia de información se encuentran identificadas en dos estrategias del Programa que son: “Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud y promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector”¹⁰⁸.

Los datos que capta el Sistema Nacional de Información en Salud se agrupan en cuatro temas: Población y Cobertura, Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros, Servicios Otorgados, Daños a la salud y Nacimientos, tal como se observa en la *figura No 1 que muestra la pantalla principal de presentación del SINAIS disponible en la página web de la DGIS. Recuperada el 15 de abril del 2013*

¹⁰⁶ Idem.

¹⁰⁷ Presidencia de la República, Visión 2030 El México que queremos
<http://www.vision2030.gob.mx/pdf/folleto.pdf>

¹⁰⁸ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012; op.cit. nota 93

FIGURA 1. Pantalla principal de presentación del SINAIS pantalla principal de presentación del SINAIS disponible en la página web de la DGIS.

Inicio | Directorio | Contacto | Mapa del Sitio | RSS | English

SALUD **SINAIS** SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD **sinais.salud.gob.mx**

Conoce al SINAIS Estadísticas por Tema Bases de Datos Publicaciones Indicadores Normatividad y Estándares Transparencia

CONSULTA DE INFORMACIÓN EN BASES DE DATOS EN FORMATO DE CUBO DINÁMICO

La Dirección General de Información en Salud pone a su disposición la consulta a las bases de datos de la información que capta el SINAIS a través del modelo de "cubo dinámico".

Con esta aplicación podrá explorar la información desde una visión multidimensional con diferentes enfoques invirtiendo su tiempo en determinar "qué información desea y no cómo la puede obtener", asimismo, es posible realizar operaciones para calcular indicadores entre otras.

La información consultada puede exportarse a MS-Excel® como tabla dinámica o con la acción de copiar y pegar.

POBLACIÓN Y COBERTURA

- Estimaciones de Población CONAPO-COLMEX
- Estimaciones de Nacimientos CONAPO-COLMEX
- Nacidos vivos registrados
- Indicadores básicos

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

- Recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud
- Unidades médicas del sector público (en operación)
- Cuentas en salud a nivel federal y estatal

SERVICIOS OTORGADOS

- Servicios Otorgados y Programas Sustantivos

DAÑOS A LA SALUD Y NACIMIENTOS

- Certificado de Nacimiento nacimientos ocurridos 2008
- Nacimientos ocurridos 2009
- Nacimientos ocurridos 2010
- Egresos Hospitalarios
- Morbilidad (Instituciones Públicas por entidad federativa)
- Mortalidad (Instituciones Públicas por entidad federativa)
- Mortalidad (defunciones) Generales
- Fetales

Av. Paseo de la Reforma No. 400 - 11 Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc México D.F. C.P. 06600 - Tel: +52 (55) 5514 5964, 5514 5909 Ext. 1120

Comentarios sobre este Sitio de Internet

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, MÉXICO - ALGUNOS DERECHOS RESERVADOS © 2011 - POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Recuperada el 15 de abril de 2013

El de Población y Cobertura contempla datos demográficos como el número de personas, la edad, el sexo y el espacio geográfico en que habitan, con aspectos que inciden de manera redundante en las condiciones de salud de cualquier

individuo, esta información se desarrolla y presenta tomando como fuente de información los datos que presenta el Consejo Nacional de Población en sus proyecciones.

Además se presenta información de las poblaciones 1990-2012 total y condición de aseguramiento, se encuentra disponible la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2006,¹⁰⁹ Bases de datos multidimensional de indicadores básicos, Base de datos multidimensional de nacidos vivos registrados y Publicaciones sobre población.

Un segundo apartado lo integran los Recursos Humanos, Físicos y Materiales del cual se analizan en forma general las siguientes cifras en cuanto a la Infraestructura en salud por ejemplo el total de unidades en los que se analiza que el 86.8% pertenecen al sector público y solamente 13.2% a instituciones privada.

La información presenta análisis como del periodo 2000-2007 en donde el “número de unidades médicas del sector público refleja un crecimiento de 8.2%, pasando de 19 099 a 20 664 unidades, las unidades hospitalarias muestran un incremento de 17.3% en tanto que las de consulta externa solamente del 7.7%, la capacidad instalada en camas presenta incrementos de 6.3% y 11.2% en las instituciones del sector público y en medicina privada respectivamente, el número de consultorios crece en el sector público 11.6%, pasa de 51 384 a 57 338.”¹¹⁰

En relación a la información correspondiente a Recursos Humanos “el total de médicos 70.2% se ubican en el sector público y 29.8% en instituciones privadas. Asimismo 84.2% de las enfermeras están en el sector público, el crecimiento del personal médico dentro del sector público muestra avances importantes en el

¹⁰⁹ <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/index.html> (recuperada 15-04-2013)

¹¹⁰ <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/index.html> (recuperada 15-04-2013)

periodo 2000 a 2007, el cual es de 27.7%, lo que representa 30 054 médicos más.”¹¹¹

En lo que se refiere a los Servicios Otorgados, el conocimiento de la atención a la población demandante, aporta al investigador y al tomador de decisiones elementos suficientes para el Diagnóstico de Salud en los diferentes niveles administrativos. La fuente de información son los reportes mensuales que se generan a partir de los datos registrados en las unidades médicas en donde se otorga la consulta, en ellas se tienen tanto registros nominales como los informes, éstos últimos resultan ser un concentrado de dicha información y son reportados por cada una de las entidades federativas, lo que da la posibilidad de contar en el nivel nacional con información desglosada por estado, institución que otorga el servicio y con una periodicidad anual.

El apartado de daños a la salud y nacimientos cuenta con estadísticas de Nacimientos estimados por sexo y condición de seguridad social según municipio. El Sistema de Información en Salud es la aplicación automatizada que se ejecuta en línea, la cual está incluida dentro de la Plataforma Integral de Información en Salud., por este medio se realiza la captación e integración mensual de las actividades realizadas en los establecimientos de salud y de las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

Los lineamientos generales que se consideran para garantizar la funcionalidad de la Plataforma son:

- Las disposiciones generales de la plataforma y de cada sistema son de aplicación en todas las unidades médicas y establecimientos que llevan a cabo funciones de integración de información.

¹¹¹ <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/index.html> (recuperada 15-04-2013)

- Los reportes de actividades que realizan las unidades, establecimientos así como fuera de la unidad y en la comunidad, deberán ser asociadas e identificadas mediante la “Clave única de Establecimientos en Salud (CLUES)”¹¹². En la plataforma el Sistema de Información en Salud mostrará las unidades con estatus “funcionando”. Subtipo de unidad de acuerdo al tipo de actividad e informe a reportar.
- Los “formatos que se utilizan para cada reporte”¹¹³ son de uso obligatorio.
- Los usuarios para acceder a la Plataforma deben contar con un usuario, capturista en cada punto, Jefe de estadística, responsable de programas y directivos.
- El usuario de acuerdo a su “Perfil Autorizado”¹¹⁴ tendrá permiso de: capturar, validar, ver tableros de control por unidad médica, por jurisdicción, general reportes, ver reportes gráficos.
- La Dirección General de Información en Salud es la unidad que cuenta con los atributos para realizar la administración del módulo del Sistema de Información en Salud, de tal forma que desde este punto se define el calendario estadístico, los tipos de unidad que aplican a cada apartado, las variables por apartado, los criterios de verificación y su aplicación por subtipología.

En el año 2010 el Sistema Nacional de Información en Salud ya contaba en su estructura con 9 subsistemas, divididos en tres grupos: Daños a la salud y Nacimientos, Servicios Otorgados y Recursos.

El Grupo de Daños a la Salud y Nacimientos a la fecha cuenta con 3 subsistemas: SEED (Sistema Epidemiológico Estadístico de las Defunciones), SINAC (Sistema

¹¹² La asignación de claves y actualización del catálogo es atribución y responsabilidad exclusiva de la DGIS. Por otra parte, es responsabilidad de todas las instituciones que integran el Sector Salud utilizar dicho directorio con el fin de homogeneizar la información y lograr la unificación del inventario funcional a nivel nacional. Toda información contenida en el catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), se considerará oficial para las acciones de planeación, evaluación y monitoreo. http://sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/Lineamientos_CLUES.pdf

¹¹³ La estandarización de los formatos represento una de las tareas más importantes de la reforma del Sistema

¹¹⁴ Perfiles del Manual del SINAIS

de Información sobre Nacimientos), SREO: Sistema de Registro de Enfermedades obstetricias

El grupo de Servicios Otorgados tiene integrados cuatro subsistemas: SIS (Subsistema de Prestación de Servicios), SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios), Lesiones (accidentes y violencia) y Urgencias

El grupo de Recursos contempla dos subsistemas: SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud), SICUENTAS (Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México).

La Plataforma Integral de Información en Salud capta las actividades realizadas en las unidades médicas y fuera de ellas, así como las de los establecimientos de apoyo, con base en los requerimientos de Programas de Salud, su objetivo es generar información relevante, oportuna, homogénea y confiable de la prestación de servicios de salud de la secretaria.

Capta la atención de salud de 13,042 unidades de consulta externa, 694 hospitales, 237 jurisdicciones sanitarias, 32 servicios estatales e Institutos Nacionales de Salud.¹¹⁵

La figura No. 2 muestra un cuadro con los Programas específicos de los que se recopila información estadística así como el número de variables que se han consensado para su inclusión en los formatos específicos por Programa

Figura 2. Características del Sistema Nacional de Información en Salud

¹¹⁵ *Presentación Dirección General de Información en Salud. Agosto 2011*

(Total de variables por dirección y programa definidos en el año 2011)

DIRECCION Y/O PROGRAMA	NUMERO DE VARIABLES	NUMERO DE PROGRAMAS
PROMOCION DE LA SALUD	86	4
ADICCIONES	300	INCLUYE UNEME's
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL	227	5 participantes
SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS	41	1
SALUD REPRODUCTIVA	234	5
INDRE	143	1
CCAyAC	207	1
VECTORES	258	6
MICROBACTERIOSIS	24	2
SALUD BUCAL	99	INCLUYE SN SB
INFANCIA Y ADOLESCENCIA	283	3
OPORTUNIDADES	114	1
SMNG	3	1
SEGURO POPULAR	32	1
ADULTO Y ANCIANO	147	INCLUYE UNEME's
ZONOSIS	76	4
VIH/SIDA	170	INCLUYE UNEME's
DISCAPACIDAD	6	1
TELEMEDICINA	12	1
VARIABLES COMUNES	125	

Información tomada de la Presentación Dirección General de Información en Salud. Agosto 2011
 Los logros generales en la implementación de la Plataforma Integral en Salud son entre otros la adecuación y actualización del Sistema de Información en Salud,

Captura en línea, actualización diaria de cubos dinámicos, optimizar tiempos de cierres mensuales así como homogenizar instrucciones de variables compartidas por diferentes programas de salud.

3.2 El Subsistema de Lesiones y causas de violencia

3.2.1 Antecedentes

La Secretaría de Salud ha buscado contar con información sobre las lesiones y las consecuencias de violencia realizando esfuerzos por separado, en donde se han implementado algunos desarrollos derivados de las necesidades detectadas por diversas áreas, con el objeto de contar con datos que permitieran tomar decisiones con un fundamento numérico en donde se refleje, el detalle sobre la atención brindada.

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica CENAVECE, “implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones por Causa Externa, SVELECE”.¹¹⁶ Desarrollo, que no contaba con la cobertura nacional en forma total. Por lo que se detectó la necesidad de contar con un sistema automatizado que permita la recolección, consolidación, reporte y envío de los datos relacionados con el tema de violencia con el fin de disponer de datos estadísticos confiables.

En los años 2002 y 2003, La Dirección General de Información en Salud (DGIS), “implemento en algunas Entidades Federativas un Sistema Automatizado que recolectaba información parcial sobre el tema se utilizó a nivel nacional el Subsistema Automatizado, SISPA”¹¹⁷ - Lesiones, que recolectaba información por registro nominal de la atención de lesiones y causas de violencia, atendidos en las

¹¹⁶ <http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html>

¹¹⁷ Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA),
sinais.salud.gob.mxsinais.salud.gob.mx/descargas/xls/so_ssa_0010.xls
<http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html> recuperado 15-04-2013

unidades médicas de la Secretaría de Salud. Solo algunas Entidades Federativas, continuaron con este desarrollo durante los años subsecuentes.

El Subsistema de Información en Salud (SIS), identificaba desde entonces, hasta 2009, la prestación de estos servicios, contabilizando solo los eventos por grupos de edad y sexo, referidos mensualmente y por unidad de atención y se recababan a través del formato SIS-2007 (ver anexo 1)

Con la transición epidemiológica, en el que las características de la pirámide poblacional, la modernización y las condiciones de vida y trabajo conducen a una mayor exposición a ambientes de riesgo, existe ya una gran proporción y tendencia al aumento de morir o padecer afecciones causadas por violencia y lesiones de causa externa.

En ese contexto el sistema de salud debe otorgar, modificar y planear la atención médica para estos padecimientos, no únicamente de manera curativa en las unidades hospitalarias, también en todo el campo de la promoción, prevención y atención de estos eventos de daño a la salud; además de los demás aspectos de salud pública como la emisión de leyes de protección contra la violencia, el fomento y regulación de lugares no violentos ni inseguros, como las vialidades, escuelas y sitios de trabajo.

Para dar respuesta al daño que a la salud representan la violencia y las lesiones de causa externa¹¹⁸ y conocer que tan bien se está respondiendo, es necesario que el personal de salud, los administradores de las instituciones de salud y diversos actores dispongan de información sobre las características de la ocurrencia de estos eventos y de cómo se están presentando y atendiendo en las unidades médicas.

¹¹⁸ La denominación Lesiones de Causa Externa No Intencional viene a remplazar al concepto de Accidentes que ha tenido una interpretación de ser sucesos que no son prevenibles y por lo tanto distantes de ser considerados para tomar acciones personales, sociales y de autoridad para atenderse como problema de salud.

Como ya se mencionó el Subsistema de causas de Lesiones y violencias manejaba el formato SIS-2007 (referido en el Anexo 1) información parcial, por lo que no existía un consenso con las áreas usuarias, no se contaba con información a nivel nacional, lo que repercutía en escasa información para toma de decisiones.

La información se recibía a través de una página electrónica de descargas.

Las bases de datos eran enviadas a la DGIS durante los siguientes 40 días naturales, se notificaba la extemporaneidad de la información, se confirmaba la recepción de archivos todo mediante correo electrónico.

Cada área de estadística generaba un envío sobre la base de datos. La Subdirección de Información hospitalaria consolidaba la base de datos nacionales, mismos que era difundida mediante las herramientas en línea “OnLine Analytical Processing” o procesamiento Analítico en línea (OLAP)¹¹⁹, hacia la Secretaría de Salud en forma preliminar, los últimos días de cada mes. La base de datos definitiva debía ser consolidada cada año, con el fin de pasarla por el proceso de revisión, mismo que serviría para garantizar una calidad aceptable para cada cierre definitivo.

Para el año 2009 se detectó la necesidad de contar con un sistema automatizado que permitiera la recolección, consolidación, reporte y envío de los datos relacionados con el tema con mayor oportunidad.

¹¹⁹ OLAP, OnLine Analytical Processing o procesamiento Analítico En Línea, término acuñado por Edgar Frank Codd de EF Codd & Associates, encargado por Arbor Software (en la actualidad Hyperion Solutions), es una base de datos multidimensional, en la cual el almacenamiento físico de los datos se realiza en un vector multidimensional. Los cubos OLAP se pueden considerar como una ampliación de las dos dimensiones de una hoja de cálculo

El Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia modifico su proceso de recolección de datos para integrar las estadísticas con una disposición de información en WEB que pretende ser un ejemplo de buenas prácticas.¹²⁰

En el interés de alcanzar el consenso de la información a nivel nacional, La DGIS “estableció un plan de trabajo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia”¹²¹; a partir de lo cual se logró estructurar una hoja de recolección adecuada a las necesidades de todos los interesados, mezclando estratégicamente en un mismo formato los temas de lesiones y violencia. De esta forma se vuelve a poner en marcha el Subsistema de Información de Violencia y Lesiones de Causa Externa, que además de ser nominal, considera las diversas variables conductuales y situacionales que hacen tan complejas a las casusas, presentaciones y formas de atención médica, pero que son necesarias de recolectar para comprender y atender más efectivamente a estas afecciones, en apego a las políticas establecidas para este tema por la Organización Mundial de la Salud.

3.2.2 Estructura y procesos

*La misión del sistema es generar información en cuanto a la atención brindada por traumatismos y/o causas de violencia, durante su primera etapa*¹²². Dicho desarrollo permite contar con una base de datos única, estructurada de tal forma que distintos actores dentro y fuera de esta institución tienen acceso a la información.

“La Visión del Sistema es que este se consolide como el sistema ideal de información sobre consecuencias de lesiones y violencias, que cumpla con todos los requerimientos, en forma altamente eficiente, que promueva bajo un

¹²⁰ En el sexenio del Presidente Felipe Calderón se incentivó el uso de mejores prácticas como parte de su política de gobierno, apoyada por el Banco Mundial, dentro del programa de Mejora de la Gestión.

¹²¹ DGIS, términos de referencia anexo técnico para la licitación de la plataforma del subsistema de Lesiones y Causas de Violencia 2008. p.5

¹²² Ídem

reconocido liderazgo el uso de los registros recopilados por todas nuestras unidades, bajo procesos de clase mundial”.¹²³

El objetivo general del sistema consiste en “generar, integrar y proporcionar información estadística; consolidada a partir de los servicios médicos prestados por las unidades de la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud así como del Sector Salud a nivel nacional, que sea útil para la continua toma de decisiones”.¹²⁴

Los objetivos Específicos diseñar e implementar una herramienta que permita la captura, recolección y explotación de los eventos atendidos por lesiones (Accidentes y violencia), consolidando el 100% de registros en la Secretaría de Salud así como”:

- “Promover el uso de un formato único de recolección, en donde se especifiquen los datos tanto del agresor como del agredido, así como información sobre la atención brindada.
- Generar información relacionada con las Lesiones y Consecuencias de Violencia atendidas en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud a nivel Nacional.
- Difundir las estadísticas generadas de la información recolectada, por medio de reportes oficiales y herramientas dinámicas.
- Normar el uso adecuado de la información obtenida bajo esta herramienta automatizada”¹²⁵

Las políticas de funcionamiento del Subsistema están orientadas a:

- Utilizar el formato de Lesiones y Causas de Violencia como única forma de recolección de los registros. Estos se realizarán en forma nominal (uno por episodio de atención).

¹²³ Idem

¹²⁴ Ibídem p.6

¹²⁵ Idem

- Capturar los registros en cada Unidad Hospitalaria o Jurisdicción Médica, consolidando una base de datos única por CLUES.
- Contar con salidas de información estática y dinámica, a fin de contar con un fácil acceso a los datos.¹²⁶

Los lineamientos generales del sistema son:

- “El uso de la hoja SIS-SS-17-P “Hoja de registros de consecuencias de lesiones y violencias” es de uso obligatorio (ver Anexo 2).
- El informe mensual abarca desde el día 26 de cada mes en curso al día 25 del siguiente mes, su integración deberá llevarse a cabo durante los cinco primeros días posteriores al último día del mes estadístico al que corresponde la información.
- El informe mensual deberá mantenerse a resguardo en la unidad médica por periodo de cinco años, independiente de que se trate de informe en papel o electrónico.
- Es responsabilidad de cada unidad o establecimiento contar con el equipo necesario para llevar a cabo la captura de la información.
- Todas las unidades o establecimientos deberán contar con capacidad tecnológica para llevar a cabo la captura de la información”.¹²⁷

Los beneficios del Sistema que se definieron fueron los siguientes:

- Contar con información estadística; consolidada a partir de los servicios médicos prestados por las unidades de la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud así como del Sector Salud a nivel nacional, que es útil para la continua toma de decisiones.
- Contar con una base que es de utilidad tanto para las Lesiones como para las Causas de Violencia.
- Contar con los elementos necesarios para formalizar indicadores de temas varios provenientes de la información recolectada.¹²⁸

¹²⁶ *Ibíd*em p.8

¹²⁷ *Ibíd*em p.9

¹²⁸ *Ibíd*em p.10

El sistema incluye conceptos que permiten reforzar la operación mediante las Normas vigentes.

El usuario final es la persona que requiere obtener información para la toma de decisiones, teniendo acceso definido a los reportes dinámicos (cubos dinámicos).

El formato de recolección SIS-SS-17-P (ver anexo 2) cumple con los requisitos de información de acuerdo a los requerimientos de la Organización Mundial de la Salud.

El formato que se utiliza para la recolección de información se integra por 4 bloques de registros los cuales son: datos del afectado, datos sobre el agresor, atención prestada y responsable de la atención.

En el bloque de datos del afectado se captura todos los datos que son necesarios recabar información de la persona afectada, incluye la codificación del formato SIS-SS-17-P; contiene el detalle de datos importantes para el seguimiento: número de folio, Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES) así como los datos generales del afectado: nombre(s) y apellidos del Paciente, Derechohabencia (contempla algunas afiliaciones), CURP "Clave única de registro de la población, Afiliación (Seguro Popular y Gratuidad), edad, sexo, entre otros, tal como se observa en la figura 3.

Figura 4. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos del evento)

26. FECHA OCURRENCIA		27. BUENA		28. FUE DIFERENTE		29. DISCAPACIDAD PREEXISTENTE	
Día Mes Año		Hora Minutos		Si No		Si No	
30. INTENCIONALIDAD		31. VIOLENCIA FAMILIAR		32. VIOLENCIA NO FAMILIAR		33. AUTOINFLIGIDA	
Accidental		Violencia familiar		Violencia no familiar		Autoinfligida	
34. OTRO TIPO DE VIOLENCIA		35. VIOLENCIA FÍSICA		36. VIOLENCIA PSICOLÓGICA		37. VIOLENCIA ACCIDENTAL/PASIVIDAD	
Violencia física		Violencia psicológica		Violencia accidental/pasividad		Altruismo y negligencia	
38. PARA CASOS DE VIOLENCIA O EVENTO AUTOMÓVIL		39. SE SUSPECHA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE:		40. TIPO DE VEHÍCULO		41. TIPO DE LUGAR	
Único		Alcohol		Alcohol		Calle	
Múltiple		Drogas por indicación médica		Drogas ilegales		Calle y avenida	
42. TIPO DE VIOLENCIA		43. TIPO DE VEHÍCULO		44. TIPO DE LUGAR		45. TIPO DE LUGAR	
Violencia		Auto		Calle		Calle y avenida	
46. AGENTE DE LA LESIÓN		47. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		48. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		49. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD	
Fuego, flema, veneno, cableado, vapor		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad	
50. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR		51. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		52. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		53. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD	
El hecho de que		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad	
54. ÁREA ANATOMICA DE MAYOR GRAVEDAD		55. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		56. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		57. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD	
Cabeza		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad	
58. CONSECUENCIAS RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD		59. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		60. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		61. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD	
Depresión		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad	
62. RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		63. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA		64. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA		65. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA	
Si		Hora		Hora		Hora	

Tal como se observa en la figura 5, el formato SIS-SS-17-P contiene también un bloque de captura de Datos sobre el agresor que es utilizado solo para casos de violencia y en los que se detallara si el agresor fue único o más de uno, la edad del agresor, el sexo, el parentesco con el afectado, este último incluye 9 campos de captura: cónyuge, padre, madre, entre otros y si se sospecha que el agresor se encontraba bajo los efectos del alcohol o drogas

Figura 5. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos del agresor)

AGRESOR	26. AGRESOR		27. EDAD		28. SEXO		29. PARENTESCO CON EL AFECTADO		
	Único		Años		Masculino		Padre		
	Múltiple				Femenino		Madre		
30. SE SUSPECHA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE:		31. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		32. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		33. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD		34. TIPO DE EQUIPO DE SEGURIDAD	
Alcohol		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad		Cinturón de Seguridad	

En la figura 6 se observa que el formato SIS-SS-17-P contiene un bloque de Atención Prestada para recabar la información relacionada con la atención que se

dio al lesionado en la unidad médica y contempla datos de la fecha y hora de atención, servicio, tiempo de estancia en el área de urgencias, tipo de atención, referencia, destino después de la atención, diagnósticos tratados, causa externa de la lesión así como la observación de si se dio o no aviso al Ministerio Público.

Figura 6. Formato SIS-SS-17-P (Apartado: Datos de la atención)

ATENCIÓN	46. FECHA		47. HORA DE ATENCIÓN		48. SERVICIO DE ATENCIÓN			49. SI FUE ATENDIDO EN URGENCIAS, ESCRIBA EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO		
	Día: [] Mes: [] Año: []		Hora: [] Minutos: []		Consulta externa [1]		Hospitalización [2]	Urgencias [3]	Hora: [] Minutos: []	
			Servicio especializado de atención a la violencia [4]		Otro Servicio [5]					
	50. TIPO DE ATENCIÓN Médica [1] Psicológica [2] Quirúrgica [3] Fisiológica [4] Contingente [5] Otro [6]									
	51. USUARIO REFERIDO POR:					52. DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN				
	Unidad Médica de los Servicios Esenciales de Salud [1]		Tratado a otra unidad médica [2]		Servicio especializado atención a la violencia [3]		Comando [1]		Defunción [5]	
	Unidad de Salud de esta Institución del Sector Salud [2]	Procuraduría de Justicia [3]	Secretaría de Educación [4]	Refugio o albergue [5]	DEF [7]	Hospitalización [8]	Consulta externa [4]	Otro [13]		
	Desarrollo Social [6]	Instituciones no Gubernamentales [8]	Sin referencia (Institución Propia) [7]	Ministerio Público [9]	Grupo de ayuda mutua [10]					
	53. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA									
	1. _____	CODIGO DE ICD-10	[] [] [] []	2. _____	[] [] [] []	3. _____	[] [] [] []	Res. Afec. Principal	[] [] [] []	
57. CAUSA EXTERNA [] [] [] []										
58. SE DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO Si [1] No [2]										

En el formato también se registra el Responsable, y solicita se registre el nombre y firma de quien proporciona la atención. (Ver anexo 2).

Es importante aclarar que para la ejecución del este proceso de registro de datos del subsistema de lesiones y causas de violencia no se encontró un manual de procedimientos con descripción exacta del proceso ni diagramas de flujo que faciliten la tarea de los usuarios en los diferentes niveles del proceso, por lo que para el desarrollo de este trabajo se realizó un análisis del proceso a partir de la revisión de los lineamientos establecidos en el Manual del usuario¹²⁹, de la entrevista a usuarios operativos del sistema y a usuarios de diferentes niveles administrativos.¹³⁰ La información se complementó con el análisis del Formato SIS-SS-17-P (anexo 2).

Los resultados del análisis se presentan a manera de diagramas de flujo correspondientes al proceso general en las figuras de la 7 a la 12, que como se observará representan 6 etapas del proceso que fueron denominados:

Registro de datos, Captura de Datos, *Integración de la Base de Datos Mensual*, *Verificación y Consolidación de la Información*, Supervisión y Asesoría a Distancia.

En el proceso de la investigación la identificación de la carencia de manuales de procedimiento se consideró un área de oportunidad dentro del cumplimiento de la metodología de las buenas prácticas, aunque se debe destacar que la definición del Formato SIS-SS-17-P (anexo 2) represento en sí mismo una estrategia importante para homogeneizar el proceso que se realizó de captura en todas las unidades médicas.

A partir del análisis de las etapas del proceso con la metodología del análisis Foda se identificaron nuevas virtudes y áreas de oportunidad del subsistema de lesiones

¹²⁹ Manual del usuario del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia 2010 (DGIS – SSA)

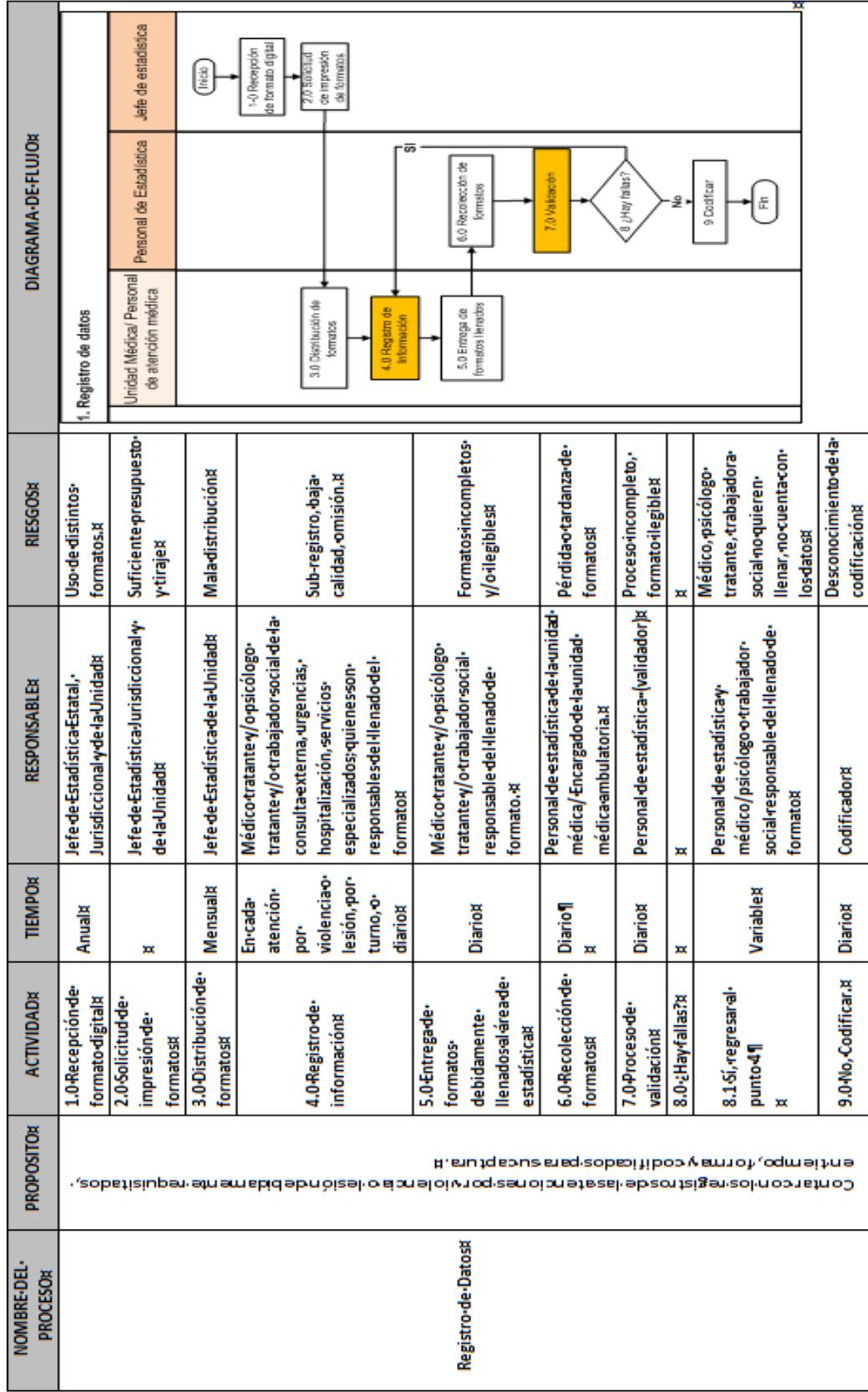
¹³⁰ En Noviembre del 2011 se realizaron 5 entrevistas a usuarios del subsistema de lesiones y causas de violencia. Se entrevistó a dos Jefes de Jurisdicción Sanitaria en el Distrito Federal, dos administrativos de nivel Institucional en el Estado de México y el Estado de Morelos y una entrevista al Ing. Jesús Téllez Téllez que en ese momento fungía como Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud en la DGIS.

y causas de violencia las cuáles se presentan en el apartado de Análisis del sistema con el enfoque de una buena práctica.

A continuación se presentan los seis procesos referidos:

En la etapa de registro de datos puede observarse que la definición del formato SIS-SS-17-P en versión digital e impresa permite garantizar la homogeneidad de la información que se levanta en las unidades médicas por los responsables de la atención médica a los usuarios, sin embargo se detectaron como riesgos en el procesos, la insuficiencia en el tiraje de la impresión de los formatos que se requieren en la impresión diaria, subregistro del formato por exceso de pacientes asignados debido a que la demanda ha rebasado la capacidad de atención de los médicos, lo que se suma al exceso de requerimientos de registro de información de los diferentes subsistemas del SINAIIS y da como resultado formatos incompletos y/o ilegibles. Esta descripción de riesgos puede observarse a continuación en la figura 7.

Figura 7. Proceso Gráfico del registro de datos del subsistema de lesiones y causas de violencia.



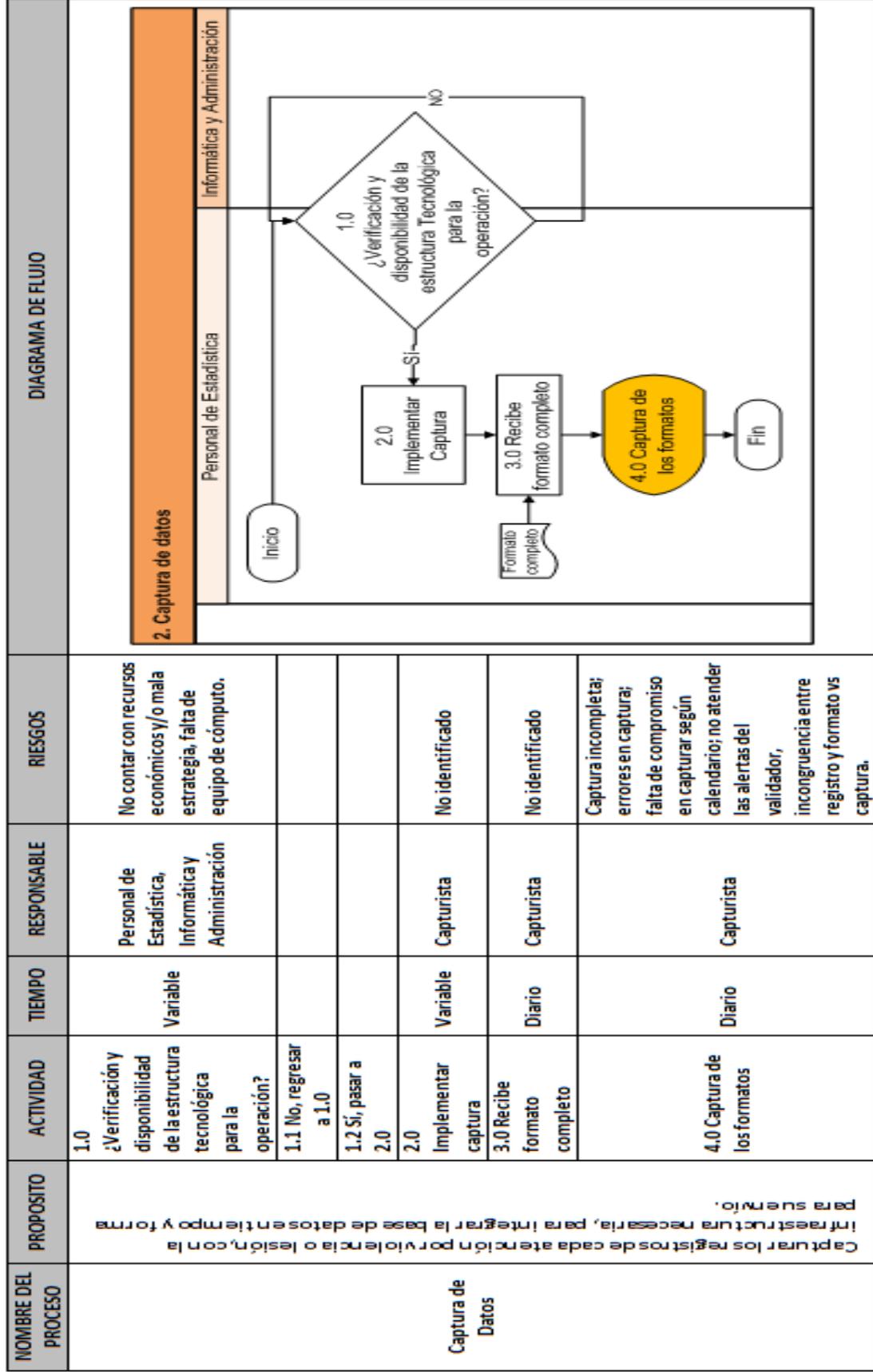
Una vez concluida la etapa del proceso de registro en formatos impresos, la información recabada debe capturarse en el SINAIS específicamente en el subsistema de lesiones y causas de violencia, para esta captura se requiere que la unidad médica cuente con recursos informáticos ya el subsistema operara vía WEB, con requerimientos mínimos de hardware como: 1. Procesador Pentium II o superior, 2. Conexión a internet, 3. 200 Mb de espacio libre en disco duro para su instalación y operación, 4. 512 Mb. De memoria RAM, 5. Monitor SVGA con resolución 800 * 600 píxeles, 6. Impresora láser o de inyección de tinta, 7. Mouse, 8. Lector de CD. Por otro lado los requerimientos mínimos de software son contar con Windows 98 segunda edición o superior, Internet Explorer Versión 6 en adelante, Acrobat Reader (deseable) así como Microsoft office 2000 en adelante (deseable).

Debido a que no existe homogeneidad en la capacidad de infraestructura de las unidades médicas de las diferentes regiones del país, la información no puede capturarse de forma directa en todas las unidades, muchas de ellas requieren enviar la información en los formatos a las áreas administrativas concentradoras.

Aunque la programación de la plataforma del subsistema es coincidente con la estructura del formato de captura y está programado para identificar errores de captura, no siempre es posible evitar los riesgos cuando se trata de unidades médicas que no pueden capturar directamente en la web, otro riesgo identificado está relacionado con el hecho de que el personal responsable de la captura no tiene perfil clínico y no pueden diferenciar los errores del formato impreso y finalmente la movilidad del personal de captura representa pérdidas en el esfuerzo de capacitación de los mismos incrementando el riesgo de error.

La figura 8 presenta el análisis de los riesgos encontrados en éste proceso.

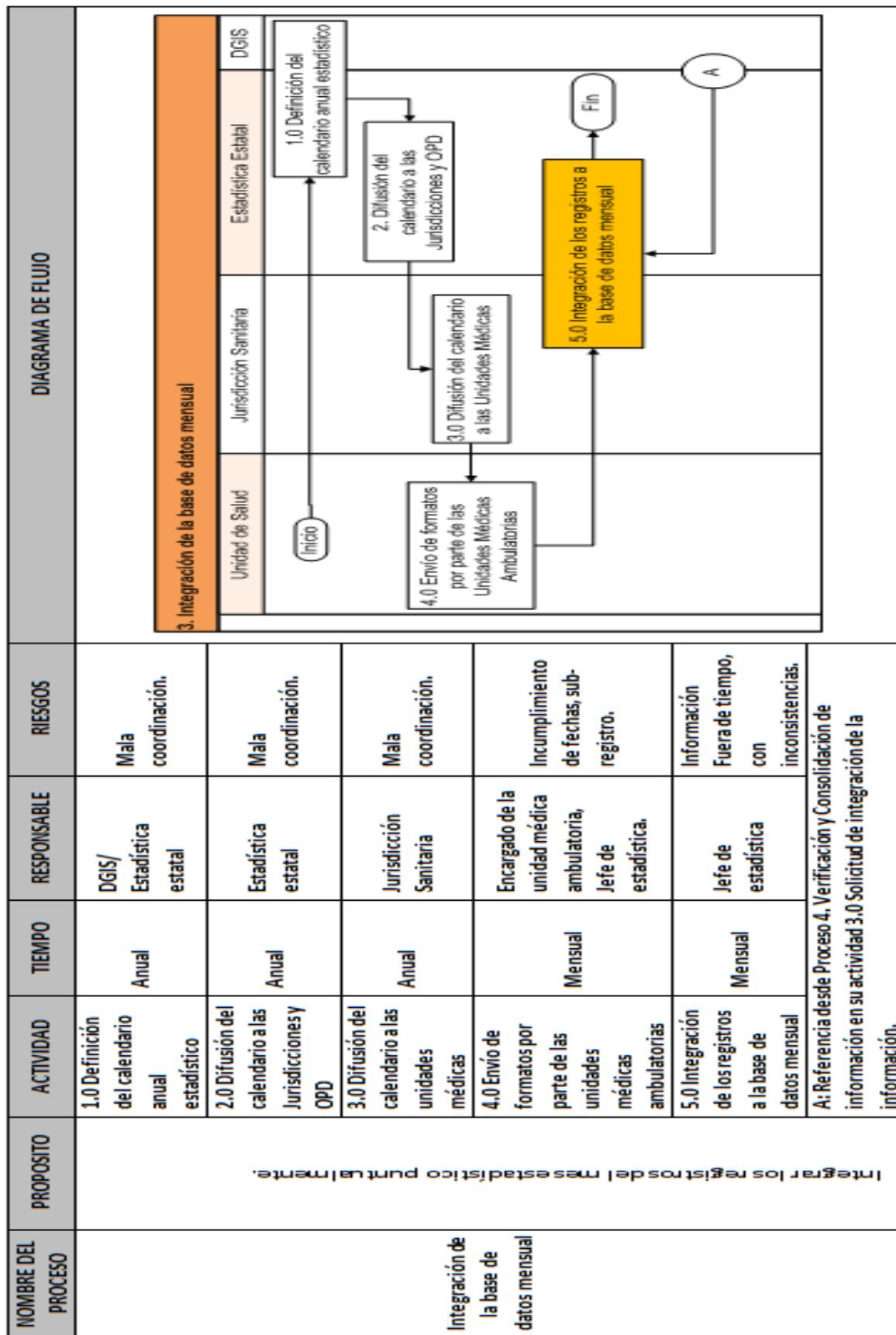
Figura 8. Proceso Gráfico de Captura de Datos



Para la integración de las bases de datos, se debe considerar que no todas las unidades tienen recursos informáticos por lo que el personal de salud llena los formatos en papel y la captura en el sistema, se realiza en las unidades de mayor jerarquía dentro de la estructura que si cuentan con el recurso informático, con base en el calendario estadístico que se difunde con anterioridad e incluye corte en la presentación de la información, el sistema nos permite tener información preliminar al día por la disposición de la información vía web.

El diagrama de flujo de la figura no. 9 muestra como la información escala para su integración en nivel jerárquico de unidad de salud, jurisdicción sanitaria, estadística estatal y DGIS.

Figura 9. Proceso Integración de la Base de Datos



Para llegar a la consolidación de la información que ha sido registrada, esta pasa por un proceso de verificación continua en los diferentes niveles jerárquicos de la estructura organizacional (ver Figura No. 10), y de supervisión en las áreas administrativas, a fin de garantizar el cumplimiento de los lineamientos del funcionamiento del sistema (ver Figura No.11). En caso necesario la DGIS, el nivel estatal y/o el nivel Jurisdiccional ofrece asesoría a distancia para corregir la información que el sistema ha detectado como error y en la que los capturistas no encontraron la forma de atender (ver Figura 12).

Figura 10. Proceso Verificación y Consolidación de la Información

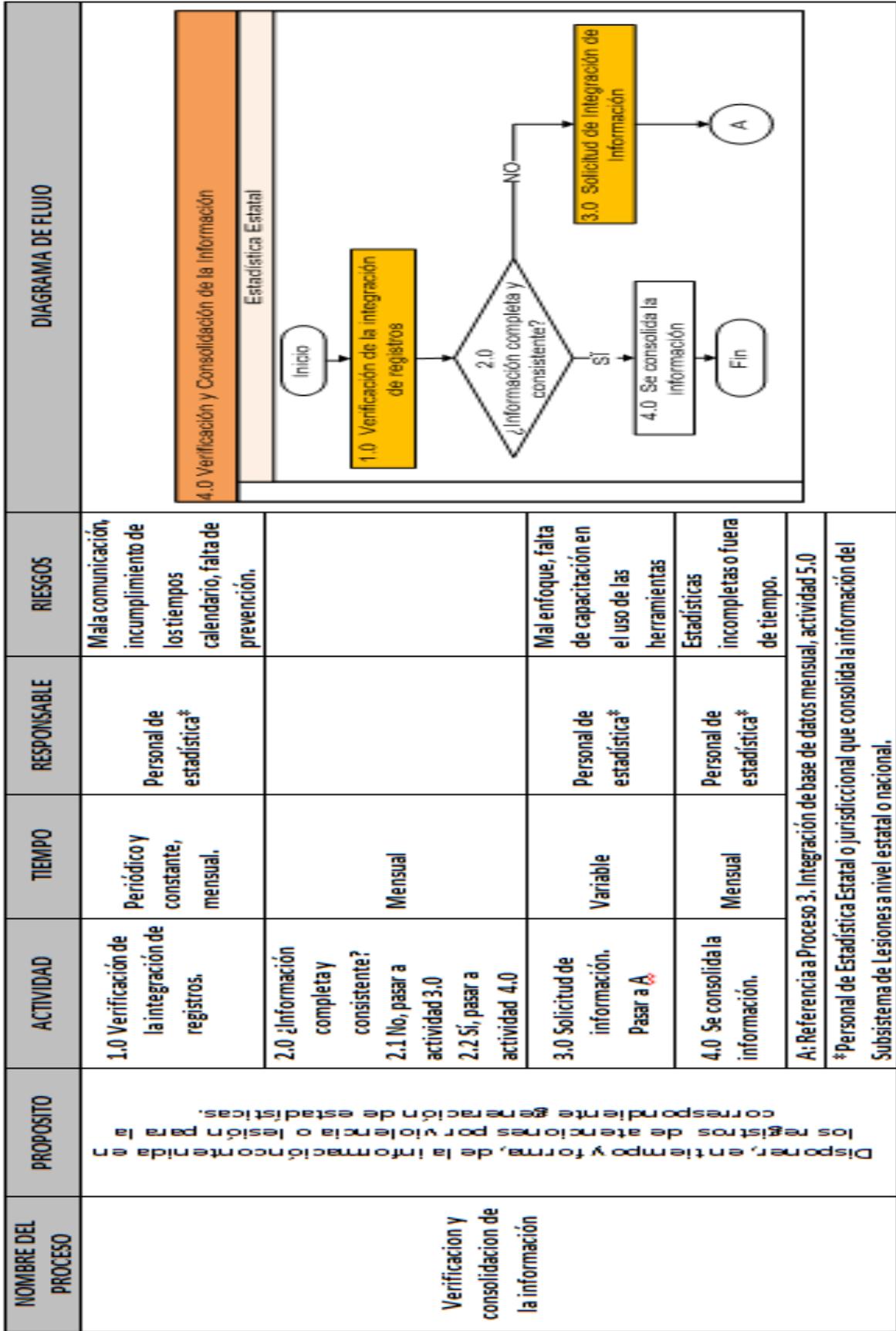


Figura 11 Proceso Gráfico de Supervisión del subsistema de lesiones y causas de violencia

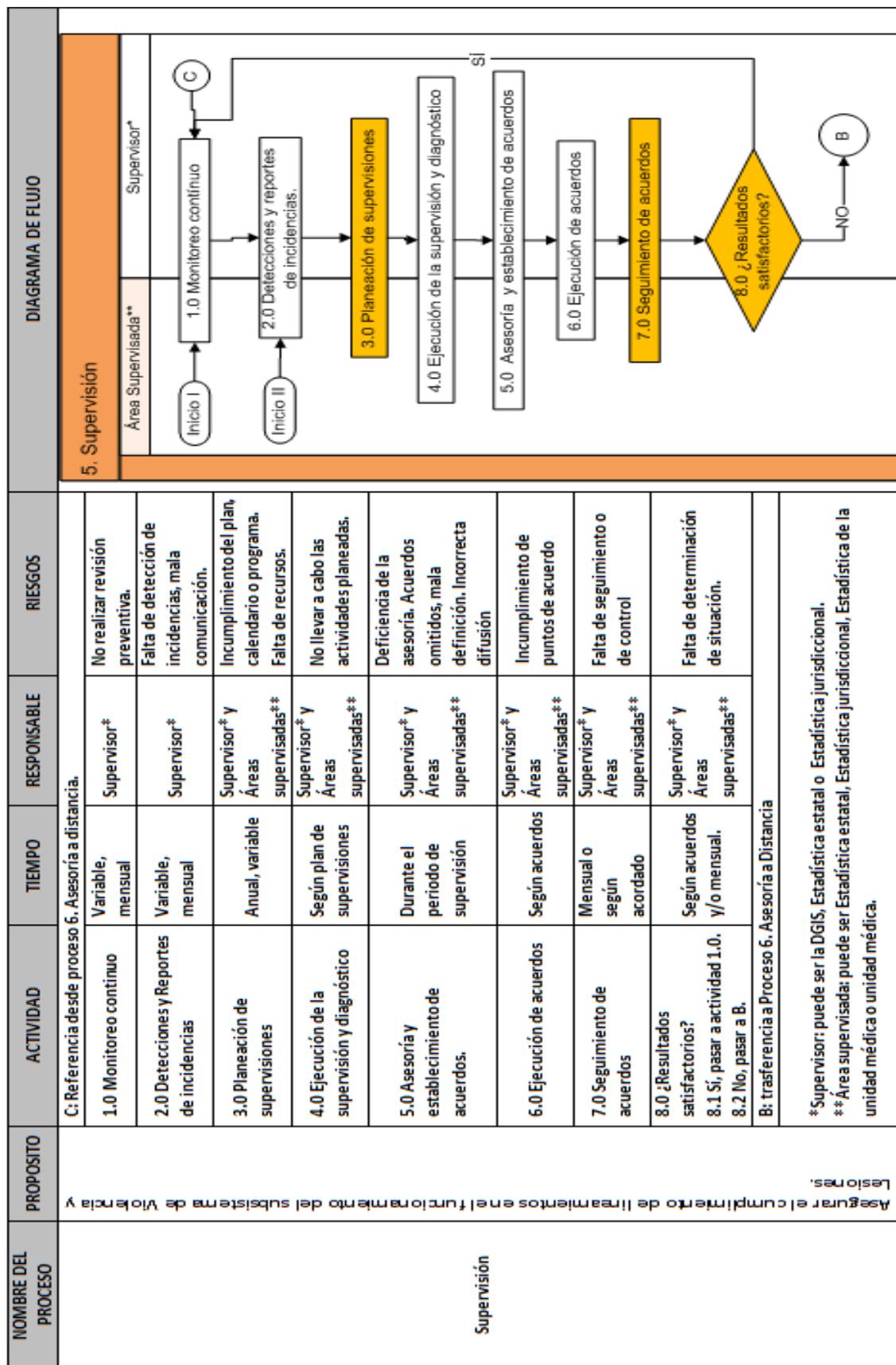
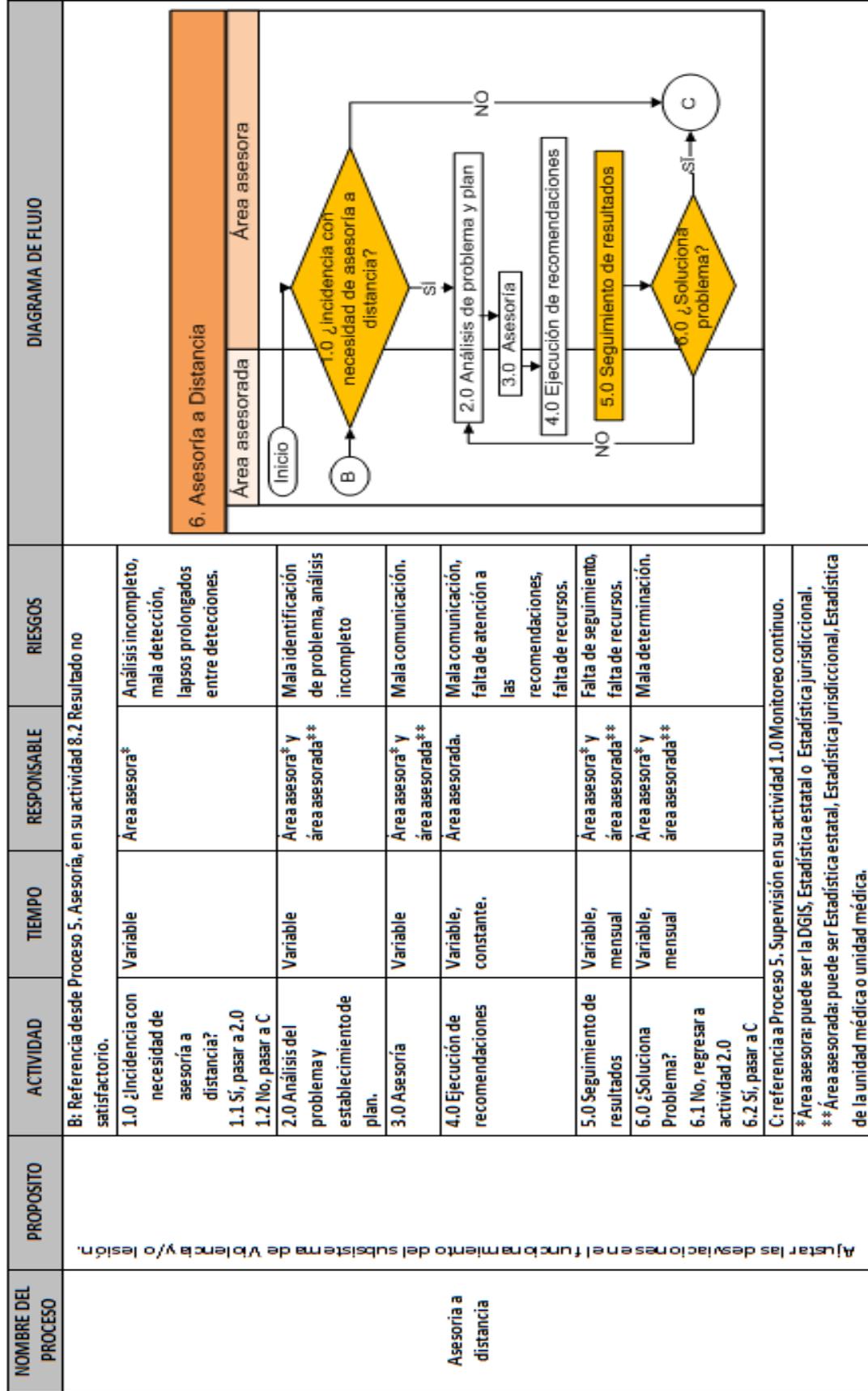


Figura 12 Proceso Gráfico Asesoría a Distancia del subsistema de lesiones y causas de violencia.



Como ya se explicó la mayor virtud del formato SIS SP 17 (Anexo 2), fue la de homogeneizar la información que se recolectaba en las unidades médicas, por lo que se hizo necesario reflejar los campos identificados en el sistema informático.

De tal manera que para la captura en el sistema se requiera la correlación de cada uno de los apartados del formato. A continuación se muestran imágenes de la pantalla del sistema sobre las que se registra dicha información.

La Figura No. 13 muestra la captura del apartado “DATOS DEL AFECTADO”.

Figura 13. “Datos del Afectado”

DATOS DEL AFECTADO

3.Nombre:
Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

4.Derechohabienda:

5.CURP: 6.Afiliación: 7.Expediente:

8-9.Edad Cumplida:
Edad: Clave de edad:

10.Sexo: 11.Paciente Embarazada:

12.Sabe Leer/Escribir: 13.Escolaridad:

14-19.Domicilio de Ocurrencia:
Calle: Entre la calle: y la calle:

Barrio o Colonia:

Entidad Federativa:

Municipio:

Localidad:

Como puede observarse la pantalla de la Figura No. 13 nos va desplegando los campos de captura de lo que tenemos registrado en el formato como Apellido Paterno.- Apellido paterno del afectado.

Apellido Materno.- Apellido materno del afectado Nombre (s).- Nombre(s) del afectado. Derechohabiencia: Especificar de qué institución es derechohabiente el afectado. Esta variable es múltiple, por lo que se podrán agregar todas las instituciones y/o programas a las que el afectado pertenezca, una por una en el mismo campo de captura. CURP.- Insertar Clave Única de Registro de Población del afectado, de 18 caracteres. Afiliación.- Ingresar afiliación, únicamente en caso de especificar “8” o “G” en el recuadro correspondiente a Derechohabiencia; en caso contrario no permitirá al cursor posicionarse en dicho campo.

Si especifica “8” la afiliación consta de 10 caracteres.

Si especifica “G”, la afiliación consta de 12 caracteres ingresando un “-” después del carácter número 10 y es válido únicamente para el Distrito Federal.

Expediente.- Ingresar el número de expediente del afectado designado para esa

En la Figura No. 14 “Datos del Evento” se observa la pantalla del sistema en la que se ingresan las circunstancias y características de ocurrencia de la lesión, Fecha de Ocurrencia, Día en el que ocurrió el evento atendido. Se registran fechas menores o iguales a la fecha actual, pero no mayores a la Fecha de atención.

Figura 14. "Datos del evento"

DATOS DEL EVENTO

20-22.Fecha de ocurrencia: 23.Hora de Ocurrencia:

24.Fue Día Festivo: 25.Discapacidad preexistente:

26.Intencionalidad:

27.Si la respuesta anterior es 2 o 3, especificar el o los tipos de violencia: **Agregar**

28.En cualquier atención por Violencia o Evento Auto infligido este es:

29.Se sospecha que el paciente estaba bajo los efectos de: **Agregar**

30.Sitio de Ocurrencia: 31.Agente de la Lesión:

32.Si la causa fue accidente de vehículo de motor, el lesionado es: 33.Uso equipo de seguridad:

34.Que equipo de seguridad utilizó: 35.Área anatómica de mayor gravedad:

36.Consecuencia resultante de mayor gravedad: 37.Recibió atención prehospitalaria:

38.Tiempo de traslado a la unidad hospitalaria: :

En la Figura No. 15 se observa que el sistema cuenta con un submódulo que permite realizar consultas específicas y actualización de los casos de violencia y/o lesión.

Figura 15. "Módulo de consultas

The screenshot displays the DGIS (Dirección General de Información en Salud) web application interface. The top navigation bar includes the DGIS logo, the text 'Dirección General de Información en Salud', and a list of menu items: Administración, Colegios, Claves, Lesiones, Salud, SIMC, Síntesis, and Sociodem. The main content area features a search form titled 'Consulta y actualización de los casos de violencia y/o lesión'. The form contains three input fields labeled 'Claves:', 'Folio:', and 'Fecha de Atención:', followed by a 'Buscar' button. The top right corner of the page shows the user's name 'Usuario: administrador Jerezquis Federal' and a 'Contacto' link. The URL 'www.dgis.salud.gob.mx' is visible in the browser's address bar.

Dentro del sistema también se puede observar el sub módulo de reportes con el que cuenta el sistema, que permite generar reportes estadísticos automatizados de los datos registrados en el del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia (ver Figura No. 16).

Figura 16. "Reportes"



Página web de la DGIS recuperada 15-04-2013

Los reportes que arroja el sistema pueden ser específicos ya que se pueden obtener reportes por edades, fechas, zonas geográficas, entidades de residencia, derechohabiencia. En total se cuenta con 15 reportes que apoyan el análisis de los registros captados en esta aplicación, proporcionando algunas combinaciones entre las variables contenidas. (Ver Figura 17)

Figura 17. "Reportes establecidos"

fechaInicial: 24/12/2008 fechaFinal: 17/04/2009 Ver informe

Geografía: Todas Derechohabiente: Todas

Entidad de Residencia: Todas Sexo: Todas

Clave de Edad: Todas Edad Inicial: 1

Edad final: 120

Seleccionar un formato

- Seleccionar un formato
- Archivo XML con datos de informe
- CSV (delimitado por comas)
- Archivo TIFF
- Archivo PDF de Acrobat
- Archivo Web
- Excel

Página web de la DGIS recuperada 15-04-2013

A continuación presentamos ejemplos de reportes estadísticos e indicadores que arroja el sistema (ver Figuras 18-23)

Figura 18. "Registro por intencionalidad"



El seguimiento del mes estadístico, el sistema nos permite realizarlo por los casos de violencia conforme a la fecha de atención, por año estadístico, por entidad federativa, por unidad hospitalaria, elaborando las gráficas estadísticas que se requieran para la consolidación de la información que se esté analizando, a continuación presentamos dos graficas que ejemplifican.

Figura 19. "Seguimiento en el mes Estadístico casos"

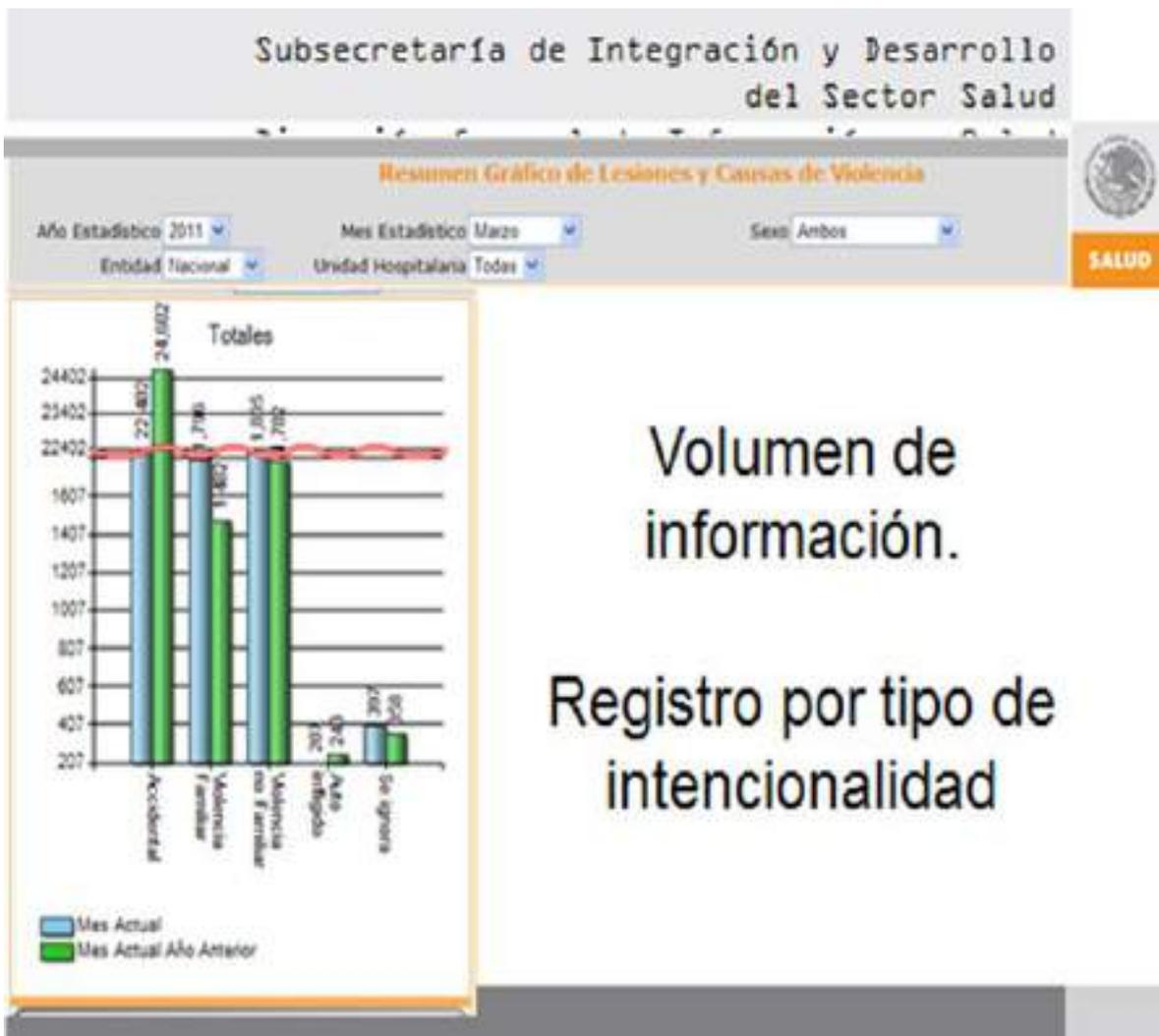


Figura 20. "Seguimiento en el mes Estadístico accidentales"

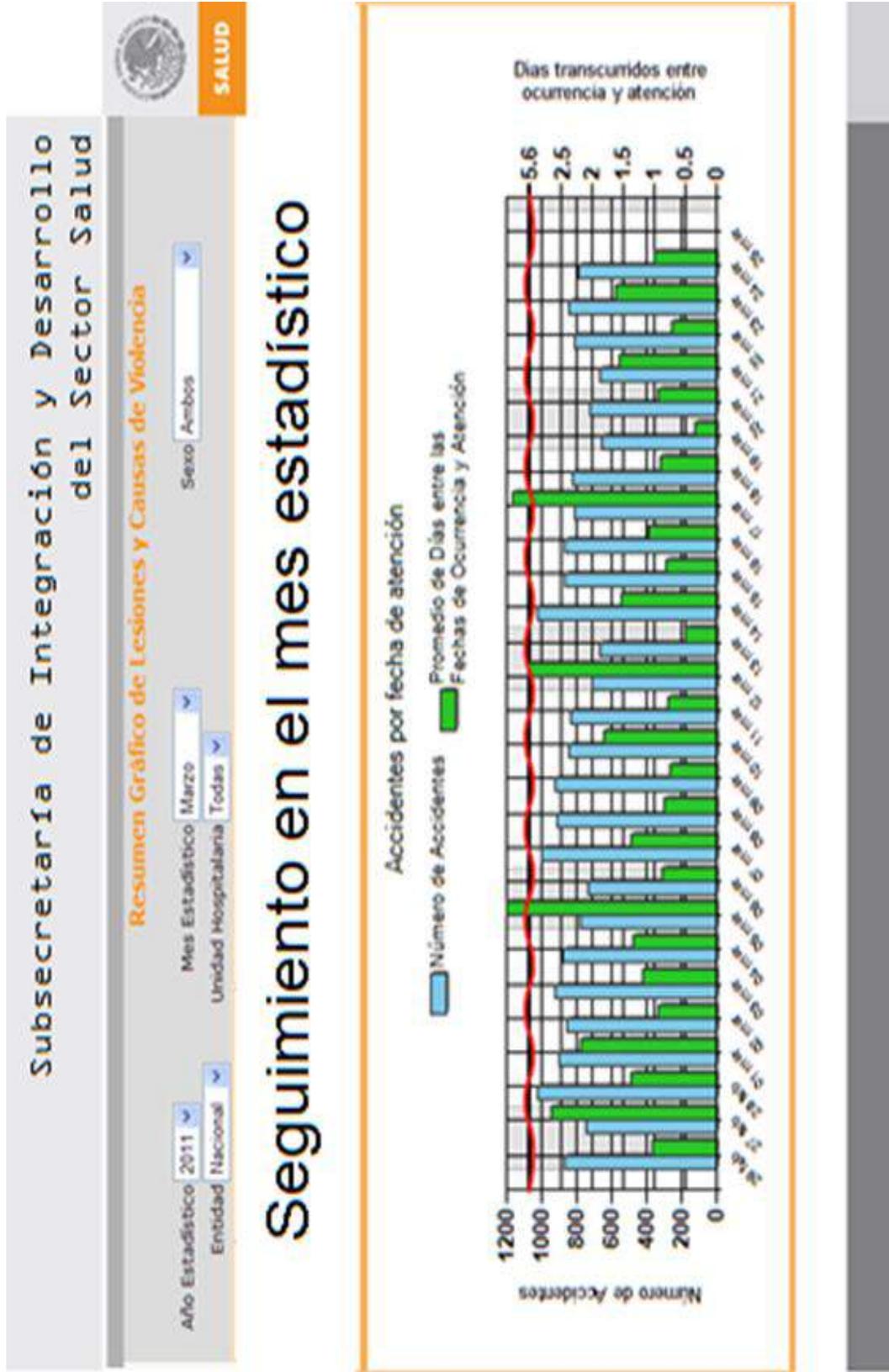


Figura 21. "Indicadores para el análisis del desempeño"

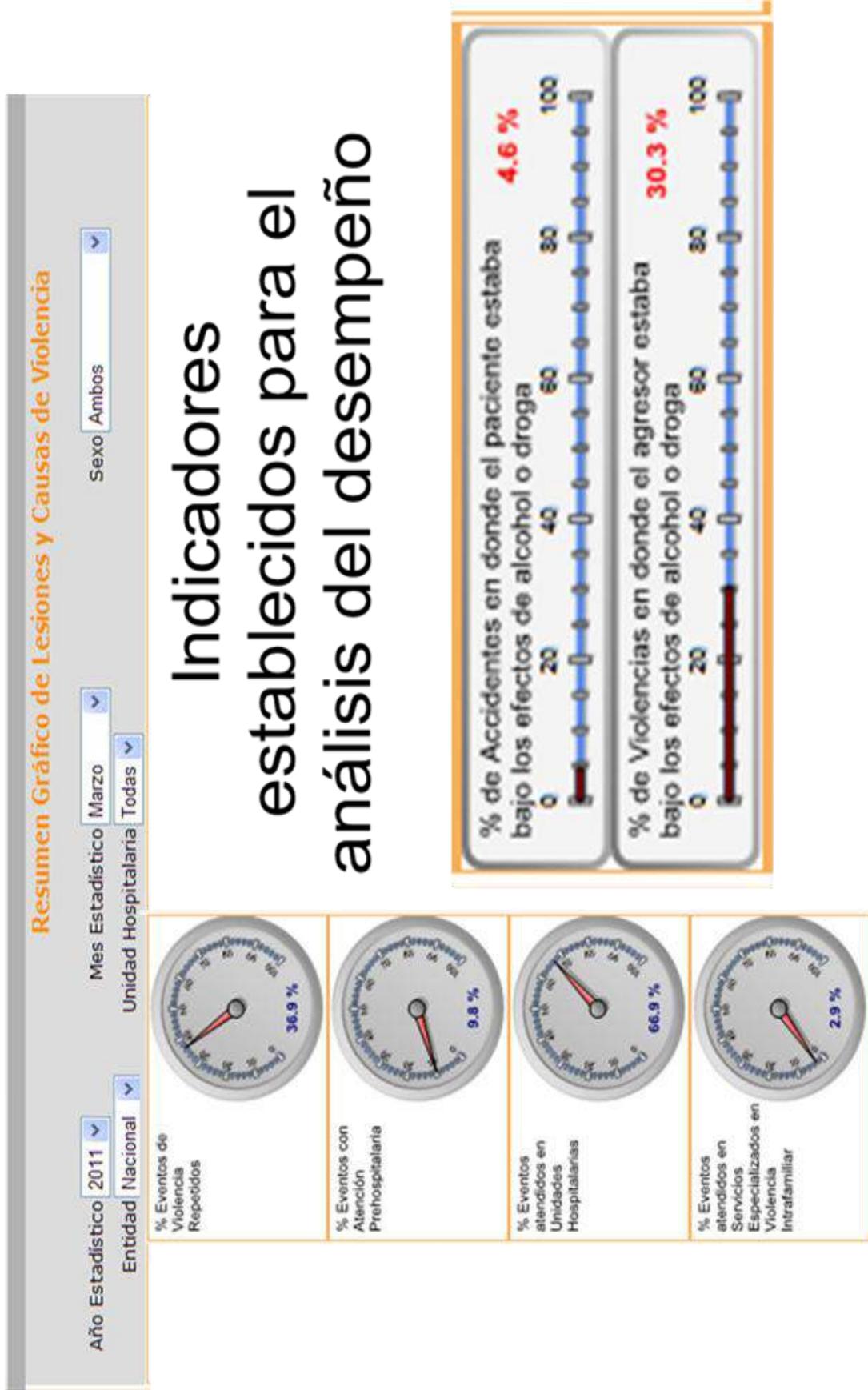


Figura 22. "Indicadores para accidentes y casos de violencia por separado"



Indicadores para accidentes y casos de violencia, por separado

Métrica	Mes Actual	Mes Actual Año Anterior	Diferencia	Variación %	Acumulado al mes	Acumulado al mes año anterior	Diferencia	Variación %
Accidentes								
% Accidentes de vehículo de motor sobre el total de accidentes	8.3 %	7.7 %	0.5	--	9.1 %	8.2 %	0.9	--
% Accidentes de vehículo de motor con uso de equipo de seguridad sobre el total de accidentes de vehículo de motor	15.9 %	15.8 %	0.1	--	15.6 %	15.5 %	0.1	--
Casos de Violencia								
Número de mujeres mayores de 15 años en situación de violencia familiar	1,389	1,351	38	2.8 %	8,517	6,454	2,063	32.0 %
% Pacientes menores a 19 años, atendidos por violencia (Familiar y Otra Violencia) y Autoinfligido	6.3 %	5.2 %	1.1	--	6.8 %	5.9 %	0.9	--

Figura 23. “Indicadores complementarios”

21/07/2011 01:06

Tablero de Control de Lesiones y Causas de Violencia

Año Estadístico: 2011 | Mes Estadístico: Mayo | Sexo: Ambos | Grupo de Edad: Todos
 Entidad: Nacional | Unidad Hospitalaria: Todas

Indicadores complementarios

Métrica	Mes Actual	Mes Actual Año Anterior	Diferencia	Variación %	Acumulado al mes	Acumulado año anterior	Diferencia	Variación %
Generales								
Accidentes, tiempo promedio en horas entre la fecha de ocurrencia y la fecha de atención	38.9	38.3	0.5	1.4 %	66.3	39.6	26.7	67.6 %
Casos de violencia, tiempo promedio en horas entre la fecha de ocurrencia y la fecha de atención	1,797.0	1,051.9	745.1	70.8 %	1,136.3	956.8	179.5	18.8 %
% de pacientes que dieron aviso al Ministerio Público	13.5 %	13.5 %	0.0	--	13.9 %	14.4 %	-0.5	--

El sistema nos permite establecer comparativos sobre el número de eventos registrados, contra los recolectados en el mismo periodo de tiempo, tanto del mes estadístico como en las cifras acumuladas durante el año anterior, lo que nos permite hacer un análisis del comportamiento que van presentando las estadísticas, como se muestra en la Figura No. 24.

Figura 24. “Tableros de control”



En el sitio web de la DGIS se pueden realizar consultas a las bases de datos de la información que capta el SINAIS a través del modelo “cubo dinámico”, es decir a través de un procesamiento analítico en línea, en la cual el almacenamiento físico de los datos se realiza en un vector multidimensional. Ésta aplicación permite que los usuarios de manera ágil obtengan la información que desean sin la necesidad de que construyan las variables para obtenerla, otra virtud del modelo es que permite realizar operaciones para calcular indicadores.

Figura 25. “Formato de cubos dinámicos”

Subsecretaría de Integración y Desarrollo
del Sector Salud
Dirección General de Información en Salud

<http://dgis.salud.gob.mx/cubos>

Egresos hospitalarios

Secretaría de Salud Metadatos Descripción de variables

- 2000 - 2009 SAEH
- 2010 SAEH
- 2010 productos SAEH preliminar
- 2010 procedimientos SAEH preliminar
- 2004 - 2009 SAEH procedimientos en medicina
- Urgencias 2007
- Urgencias 2008
- Urgencias 2009
- Urgencias 2010 preliminar
- Lesiones 2010 y 2011 Plataforma datos preliminares actualizado diariamente.

<http://plataforma.salud.gob.mx/salud.plataforma/DirApp/Default.aspx>

3.2.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA CON EL ENFOQUE DE UNA BUENA PRÁCTICA

Como se refirió en el capítulo anterior, el Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia modificó su proceso de recolección y registro de datos para integrar las estadísticas con una disposición de información en WEB que facilite el acceso a cualquier interesado en la información con fines de planeación o investigación. En éste contexto de innovación tecnológica, de procesos y de reestructuración del subsistema intentaremos analizarlo en el contexto de la metodología de las buenas prácticas.

Partiendo de la definición aportada por Robert Camp, el concepto de la buena práctica no se puede separar de la concepción misma del benchmarking, ya que es la metodología para capturar y/o identificar las mejores formas de hacer las cosas o sea de las “buenas prácticas” con el fin de encontrar la excelencia para el desarrollo. Para el autor en el contexto del sector público el benchmarking se denomina como “benchmarking no competitivo” para diferenciarlo de los procesos del sector privado.

En ese sentido el Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia surge en un contexto de análisis internacional bajo los principios que establece el Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud, que insisten en que “los gobiernos deben desarrollar políticas y estrategias eficaces para abordar el problema, planteando como tarea fundamental la recopilación de los datos para que los responsables de formular políticas puedan tomar decisiones informadas acerca de las prioridades del país, a la luz de las demandas en salud y orientadas hacia la prevención”¹³¹.

¹³¹ Informe mundial sobre la violencia y la salud, Op. Cit. Nota 61; p. 35.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

De la misma manera atendiendo a las recomendaciones de la OMS y de la OPS el subsistema fue creado con el interés de compartir activamente la información entre los diferentes sectores de la Administración Pública con el fin de optimizar costos y potencializar la utilidad de la información.

Bajo el enfoque de la definición de las buenas practicas que plantea Roberto Camp, el subsistema de Lesiones puede ser considerado, en principio como una buena práctica.

Por otro lado, el Sistema Regional de Información Buenas Prácticas de América Latina y el Caribe establece que una Buena Práctica es una experiencia sistematizada y documentada que tiene como fundamento la aplicación de métodos de excelencia y/o innovativos que agreguen calidad adicional al desempeño de los distintos procesos de gestión, considerando como criterios de evaluación: la capacidad de dar solución a un problema, obtener resultados, capacidad de innovación, replicabilidad y sustentabilidad.

El planteamiento de la SIPAL es compatible con las características de las Buenas Prácticas que refiere el maestro José Morales ¹³² quién destaca 8 rubros relacionados con el alineamiento, la innovación, la transferibilidad, la factibilidad, la participación, sostenibilidad, flexibilidad, eficiencia y eficacia.

Para determinar como el subsistema de lesiones y causas de violencia cubre los criterios referidos en el planteamiento que hace la SIPAL y el maestro José Morales, se analizaron los procesos de registro, captura, integración, verificación, consolidación con la metodología del análisis FODA, a través del cual se encontraron los siguientes resultados:

¹³² El Maestro José Morales se desempeña como funcionario en la Secretaría de la Función Pública y es profesor e investigador del Instituto Nacional de Administración Pública. Clase Maestría en Administración Pública.

Como puede observarse el análisis que se presenta en la figura No. 26 las fortalezas del subsistema representan el cumplimiento del criterio de alineamiento con la misión, la visión, objetivos, estructura y valores éticos y técnicos de la organización y su implementación se ha establecido a través de la incorporación de tecnologías innovadoras, sin embargo se identificaron diversas debilidades relacionadas directamente con las debilidades de infraestructura que tienen las unidades médicas que componen el sistema nacional de salud y que terminan impactando los resultados y la efectividad y la eficacia de cada uno de los procesos.

Figura 26 “Análisis FODA del Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia”

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato único • Registros nominales • Generación de estadísticas • Mayor oportunidad en la consolidación de información • Políticas establecidas para el uso del sistema • Normatividad • El sistema ejecuta algunos procesos de validaciones en errores de captura garantizando calidad de los datos • Alineación de Catálogos Maestros de la DGIS 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal • Falta de equipo informático • Conectividad limitada • Insuficiente número de codificadores capacitados • Falta de compromiso del personal Médico para registrar información de calidad • Datos incorrectos • El sistema está limitado para validar omisiones de registro de información • Registro parcialmente automatizado.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de un alto % de información nacional. • Generar Programas de violencia y de accidentes, que orienten la atención a partir de las causa. • Toma de decisiones con información actualizada • Cobertura Nacional 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindicatos • Alta rotación de personal • Cambio de Políticas por cambio de Gobierno. • Actualización en tecnologías dejando obsoleto el sistema

Las Oportunidades que es posible analizar en el Subsistema de Lesiones y causas de violencia representan la posibilidad de un alto porcentaje de consolidación a nivel nacional, así como la generación de programas de violencia, lesiones y accidentes que orienten la atención a partir de causas específicas así como la toma de decisiones con información actualizada.

Al respecto de las debilidades del sistema el análisis FODA reflejó que en las unidades médicas de las zonas rurales más alejadas no cuentan con servicios de telecomunicaciones por lo que no les es posible acceder desde el sitio de trabajo al subsistema para el registro de los datos y ésta situación representa un desfase de tiempo en el registro de la información, aun cuando se soluciona con el envío de la información en papel a las áreas jurisdiccionales, esta misma condición refleja que el sistema no ha logrado la automatización de todos sus procesos y mantiene una condición mixta de registro manual y automatizado.

Por otro lado es importante destacar que debido a la carencia de expedientes electrónicos los médicos tratantes hacen registros incompletos de la información a fin de agilizar su labor, en tanto que en las unidades médicas existe una alta rotación del personal que realiza la labor de codificación por lo que no se puede asegurar la capacitación de los mismos. Al respecto el subsistema de lesiones no tiene condiciones para identificar los faltantes en el registro de información o algunos errores que cometen los codificadores por falta de capacitación, disminuyendo con ello la calidad de la información que se obtiene.

Con este análisis registramos que el Subsistema cumple los criterios de las buenas prácticas pero está limitado debido a cuestiones de organización por la intervención de los sindicatos que limitan el desarrollo del personal en vez de generar una motivación que apoye la capacitación y evite la alta rotación del personal de infraestructura, así como de infraestructura por la actualización de tecnologías dejando obsoleto el sistema así como el cambio de políticas y la no continuidad de los proyectos desarrollados por cambio de gobierno.

3.2.4 Alcances del Subsistema como herramienta para la mejora de la gestión gubernamental

De acuerdo con el Doctor Juan Rosales Núñez, “La gerencia pública se explica como la suma de procesos tecnológicos que dan vida a las decisiones que el Estado adopta: de ahí que hay que situarla como pieza central de la administración pública, universo multifacético donde ella adquiere cuerpo para la toma de decisiones, la implementación de programas, de políticas y de procedimientos que permitan el diseño y la ejecución de las decisiones públicas”¹³³

El uso de la tecnología para el manejo de la información representa una herramienta fundamental dentro de los requerimientos del fenómeno de la globalización, debido a la necesidad de cubrir las demandas de un acelerado intercambio de información y es esta condición la que sustenta el origen de los sistemas de información en salud.

Por otro lado el sistema de información en salud y en específico el subsistema de lesiones y causas de violencia se generó en el contexto de la administración de los gobiernos panistas que se caracterizaron por la implementación de políticas de gestión administrativa orientadas a la Nueva Gerencia Pública, su diseño y conformación observaron características de estas teorías, incorporando herramientas de gestión, como marco de modernización de los procesos del estado en la búsqueda de obtener servicios públicos de mayor calidad.

En el ámbito de la salud, de acuerdo con la Norma 035 en materia de información en salud, contar con información oportuna y de calidad permite:

¹³³ Rosales, Juan; op.cit. nota 1 p. 157

- “ a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas;
- b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud;
- c) Proveer la adecuada participación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y
- e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas.”¹³⁴

Particularmente el subsistema de lesiones y causas de violencia responde a los criterios Internacionales establecidos por la OMS para el registro de información en la materia. Esta información es recabada, procesada y puesta a disposición de los diferentes sectores de la población y grupos de la administración pública a fin de apoyar la toma de decisiones.

El análisis de la función de éste Subsistema, en el contexto de la Nueva Gerencia Pública, se muestra como una herramienta gerencial, ya que está orientada hacia los resultados en salud y permite poner acento en la rendición de cuentas otorgando mayor autonomía a los responsables de la toma de decisiones, así como facilitar su labor, lo que en teoría debe de impactar en la reducción de costos, en la medida en que dicho subsistema sea utilizado en todas sus capacidades técnicas y tecnológicas.

¹³⁴ NOM-035-SSA3-2012 En materia de información en salud. DOF 30-11-2012

Dos contribuciones de la responsabilidad gerencial de la Nueva Gerencia Pública: la primera propicia que los administradores públicos sean responsables de sus actos de manera directa e inmediata ante el público ciudadano, el cual es ahora entendido como cliente de un servicio o bien público, que evalúa la calidad y eficiencia del servicio recibido, fundamentalmente la calidad del servicio que descansa en los procedimientos técnicos que hace posible que los productos posean los atributos esperados de beneficio.

La segunda contribución es hacer responsables a los administradores de los procesos y resultados de la administración pública, al otorgarles autonomía de decisión de gestión.

La descentralización que impulsa la Nueva Gerencia Pública hace referencia a las teorías organizacionales y éstas señalan que la estandarización (estándar de procesos y/o estándares de producto y/o estándares de habilidades del productor) y la creación de sistemas de información medición para dar seguimiento y evaluar el desempeño de los empoderados es el esquema directivo apropiado para las organizaciones descentralizadas.¹³⁵

En el año 2011 la Secretaría de la Función Pública emite el documento “Agenda Digital...”¹³⁶ cuyo objetivo era el de homogenizar los criterios... lo que impactará al SINAIS en su totalidad y en específico al subsistema de lesiones y causas de violencia.

¹³⁵ Aguilar Villanueva, Luis F.; op.cit.; nota 39; p.150

¹³⁶ *Agenda del Gobierno Digital*. Secretaría de la Función Pública

CONCLUSIONES

- El fenómeno del incremento de la violencia en la sociedad y sus consecuencias en la salud pública así como el impacto social y económico requieren la participación del gobierno en la recopilación de los datos que permita tomar decisiones informadas y formular políticas públicas en la materia por lo que la incorporación del subsistema de lesiones y causas de violencia en el sistema de información en salud representó un área de oportunidad para atender las demandas de los responsables de la toma de decisiones en salud, para los profesionales y ciudadanos interesados en el tema.
- Los procesos de Registro, captura de datos, verificación y consolidación de la información, supervisión y asesoría a distancia del subsistema de lesiones y causas de violencia pueden ser analizados con las características generales de las Buenas Prácticas y de la teoría del benchmarking, cubriendo gran parte de los criterios, aun cuando de inicio en su conformación no se consideró la metodología en su desarrollo.
- Los procesos del subsistema de lesiones y causas de violencia responden a los criterios de alineamiento, innovación, participación y sostenibilidad de la metodología de las buenas prácticas, sin embargo no cubren en su totalidad los criterios de transferibilidad, factibilidad y flexibilidad, eficiencia y eficacia.
- En cuanto al criterio de alineamiento puede demostrarse a través de la visión, misión, objetivos, estructura y normatividad, del subsistema de Lesiones y causas de violencia, porque es congruente con las políticas y los valores y principios éticos y técnicos de la Dirección General de Información

en Salud así como de toda la estructura organizacional de la Secretaría de Salud vinculada a la responsabilidad de la generación, control y difusión de la información en salud.

- Por otro lado, la Secretaría de Salud es la autoridad normativa del sistema nacional de salud, el SINAIS se planeó como un sistema transversal, orientado a cumplir los objetivos señalados en el Plan Nacional de Desarrollo y en el programa sectorial, de tal manera que las diversas instituciones del sector, están obligados a atender los lineamientos que ésta establezca, por lo que se demuestra el criterio de alineamiento.
- La implementación del subsistema de lesiones y causas de violencia representó una experiencia importante de innovación debido a que requirió la reingeniería de los procesos antecedentes, relacionados con la recolección de la información en la materia, y aunque no resolvieron la automatización de todo el proceso si favoreció la confiabilidad, la oportunidad, la cobertura nacional, la seguridad en el control de la información y la comunicación para el intercambio de información entre unidades o la disposición de información consolidada para la toma de decisiones.
- El criterio de participación y sostenibilidad se cumple con el involucramiento de todos los actores internos y externos, ya que para recopilar la información que se procesa en el sistema se utiliza un formato en el que para la definición de las variables del sistema de lesiones y causas de violencia, se considera la intervención de los responsables de los programas involucrados a nivel nacional.

- En cuanto a los criterios de eficiencia y eficacia resulta compleja la valoración debido a que los recursos presupuestales se asignan a la Dirección General de Información en Salud y al sistema de información en salud y no desagregados a nivel de cada uno de los subsistemas.
- En relación a los resultados alcanzados de acuerdo con los objetivos establecidos podemos considerar como un éxito los resultados debido a la transversalidad del sistema y a que se alcanza la cobertura nacional dado que todas las unidades médicas del sistema nacional de salud reportan la información alineadas al uso de catálogos maestros.
- Aún cuando el Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado y existen dificultades geográficas para el acceso y la comunicación con las unidades médicas de las diferentes instituciones del Sistema, ha sido factible implementar la metodología de trabajo gracias a que las políticas del sistema permiten garantizar la captura de la información a partir de la estructura regional, para los casos en los que no se cuenta con acceso a la tecnología informática.
- El diseño del subsistema de lesiones y causas de violencia cumple los criterios Internacionales establecidos por la OMS para el registro de información en la materia, por lo que, respecto al criterio de transferibilidad se puede decir que el modelo es replicable en otros países de Latinoamérica que comparten la problemática sociodemográfica y de organización del sistema nacional de salud. A nivel nacional no hay condiciones para medir la factibilidad de su repetición dado que ya está integrado a nivel federal, pero el éxito en los resultados puede ser considerado como modelo para el registro de información sobre otros padecimientos.

- A pesar de la reconocida necesidad de incorporar la tecnología a todos los procesos administrativos del Gobierno Federal y de los Gobiernos Estatales, la velocidad del cambio tecnológico exige actualización continua de la infraestructura informática en las unidades médicas del sistema nacional de salud para garantizar el óptimo desempeño. Sin embargo éstos cambios representan altos costos que el sistema no puede solventar, esta condición afecta de manera directa al criterio de flexibilidad para evaluar el subsistema de lesiones y causas de violencia, ya que no podrá lograr contener el rezago de las unidades menos favorecidas en equipamiento tecnológico, con impacto en la eficiencia y la eficacia de los resultados.
- Dada la complejidad y diversidad de instituciones que forman al Gobierno Federal, los avances en el tema estuvieron limitados por la multiplicación de esfuerzos ya que durante los primeros 4 años del sexenio no se habían definido criterios para homogenizar la adquisición de los software, por lo que el software adquirido por las Instituciones para automatizar los procesos de información en salud no se mantuvieron dentro de los mismos criterios, representando condiciones de incompatibilidad.
- Aunque en el año 2011 se definen dichos criterios, estos llegaron tarde aún para el subsistema de lesiones por lo que ahora tendrá que entrar en un proceso de revisión, ajuste y actualización con la finalidad de garantizar el cumplimiento de dichos criterios.
- Aún cuando el Subsistema de lesiones y causas de violencia se desarrolló dentro del marco técnico normativo, se ve rebasado por la actualización de las tecnologías y aun cuando en su inicio se consideró exitoso, tendrá que enfrentar actualizaciones constantes.
- El presente trabajo también nos ha permitido demostrar que la metodología de las Buenas Practicas por sí misma no es suficiente para alcanzar los

objetivos si no cuenta con el soporte financiero, y la voluntad política de los diferentes actores, que permitan concretar los esfuerzos.

En una conclusión global al desarrollo de este trabajo, podemos decir que la Administración Pública Mexicana ha experimentado cambios en el contexto de la Nueva Gerencia Pública, visibles en la administración de los gobiernos panistas, sin embargo, como lo expresa el Maestro Guillermo M. Cejudo, “Estos cambios han generado reformas organizacionales tímidas que modifican el vocabulario y algunas prácticas gerenciales, pero que no afectan la estructura centralizada y jerárquica del sector público y no otorgan más autonomía a la agencias públicas, ni toman en cuenta las decisiones presupuestales en las evaluaciones de resultados”¹³⁷.

El maestro Cejudo, refiere que en México, la implementación de la Nueva Gerencia Pública, dentro de la administración, “no se ha dado a través de reformas deliberadas y congruentes, por el contrario, han sido consecuencias de la aplicación de una versión light de la NGP y se ha enfocado erróneamente en la transferencia de políticas y en la difusión de Mejores Prácticas”¹³⁸, lo que en lo particular puede ser de gran utilidad, pero que nos orienta a fabricar soluciones a cambios superficiales, sin atender los problemas estructurales en la operación cotidiana del Gobierno.

¹³⁷ Referido en: Cejudo, Guillermo, *la Gerencia Pública en América del Norte*; Op. Cit nota 36 p. 152.

¹³⁸ Cfr. *Ibíd*em P.153

PROPUESTAS

Los sistemas de salud en el mundo, requieren contar con información en salud para la toma de decisiones desde la atención del paciente hasta la elaboración de políticas públicas en salud y se ha definido la necesidad de implementar “expedientes electrónicos”¹³⁹ que permitan regular el uso de registros electrónicos en salud, a través del establecimiento de estándares que permitan la interoperabilidad de las aplicaciones existentes en las diversas instituciones públicas, privadas y sociales que prestan servicios de salud a la población.

La interoperabilidad de los Sistemas de Salud es un modelo aceptado a nivel mundial en donde las bases de datos residen en las instituciones participantes, atendiendo a criterios legales.

El expediente clínico electrónico constituye una herramienta de enorme apoyo al médico y a la gestión de los servicios en las unidades de salud, que genera beneficios en calidad de los servicios de atención médica, la oportunidad, la eficacia y la eficiencia del gasto en salud, al disponer integralmente de información de costos que representa la atención de paciente a lo largo de su vida.

A través de esta herramienta se brinda la oportunidad de dotar al Sistema Nacional de Salud de un instrumento confiable para la toma de decisiones en situaciones de emergencia, epidemiológica y de desastre y para la planeación del ejercicio de los recursos, tales como la formación de recursos humanos, abasto de insumo e infraestructura de manera confiable y en tiempo real.

En México, durante los gobiernos panistas se realizaron diversos esfuerzos institucionales, por dotar de un expediente clínico electrónico a los trabajadores de la salud, lo que ha generado la disponibilidad de diferentes herramientas

¹³⁹ Expediente clínico electrónico es el medio electrónico en el cuál el personal de salud, deberá registrar, anotar y certificar su intervención, relacionada con el paciente con arreglo a las disposiciones sanitarias. Permite la gestión de un único registro de salud longitudinal de cada paciente en un formato digital.

informáticas que permiten con diversos grados de complejidad compartir recursos, servicios e información de los usuarios de los servicios de salud, sin embargo lamentablemente estas no son compatibles entre sí, debido a la multiplicad de criterios tomados en diferentes circunstancias de la administración de los servicios para disponer de las tecnologías y acceder a los registros de salud de los pacientes.

Independientemente de la capacidad de las diversas instituciones que componen el sistema de salud mexicano para incorporar el expediente electrónico a todas las unidades médicas, es importante destacar que éste podría representar, en un solo esfuerzo económico, un mecanismo importante para el registro de la información que demanda el Sistema Nacional de Información en Salud y en específico el subsistema de lesiones y causas de violencia.

La presencia de un expediente electrónico ligado a los diferentes subsistemas del SINAIS a través de su definición conceptual y tecnológica permitiría registrar de primera fuente la presencia de datos relacionados con las variables que contempla las hojas de registro de los subsistemas, eliminando a codificadores y capturistas de la cadena del proceso de registro con lo cual se disminuye el factor de error humano en el registro y se optimizan recursos humanos, obteniendo información con mayor grado de confiabilidad.

Sin embargo las dificultades económicas, estructurales y organizacionales de las instituciones del sistema de salud, no han permitido avanzar en la implementación del expediente clínico electrónico, tal como se ha referido en la norma oficial mexicana de reciente creación ¹⁴⁰

Para que en México, en al menos en un periodo de mediano alcance, se logre la implementación del expediente clínico electrónico en condiciones de alimentar a

¹⁴⁰ *NOM 024-SSA3-2010*.- Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de Septiembre del 2010.

los diferentes subsistemas del SINAIS, se requiere crear condiciones políticas, tecnológicas, jurídicas y económicas necesarias para normar el uso de estándares con mecanismos innovadores en materia de administración de bases de datos.

Lo anterior solo se podrá lograr, si se define la implementación del expediente electrónico como política de gobierno con un fuerte apoyo financiero, otorgado de manera transversal en todo el Sector Salud para que sustenten una infraestructura robusta y basada en estándares que soporten las transferencias cruzadas entre las diversas instituciones y se alcance la cobertura nacional, dando cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En el mundo existen experiencias exitosas de implementación del Expediente Electrónico en países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y Australia tardaron 10 años en promedio para implementarlo, en todo el sistema de salud.

Actualmente, Chile y otros países de Latinoamérica, siguen esta misma ruta de interoperabilidad o interconexión de expedientes clínicos electrónicos de primer nivel a tercer nivel para poder referenciar pacientes dentro de un mismo sistema de salud sin complicaciones.

En México, dada la complejidad del sistema de salud y su heterogeneidad económica y estructural tardará no menos de 20 años en implementar el expediente electrónico como herramienta de interoperabilidad en el sistema de salud, siempre que se exista continuidad en el proyecto definido y se den las condiciones políticas, tecnológicas, jurídicas y económicas señaladas en este proyecto.

En opinión del Doctor Juan Rosales el objeto de la Gerencia Pública no debe encerrarnos en una falsa alternativa, sino responder a las principales necesidades

que, para un adecuado equilibrio interno debe cubrir la acción del Gobierno. Es preferible y en ocasiones hasta indispensable escoger diferentes opciones a largo plazo que faciliten los trabajos de planificación en vez de aprovechar reacciones coyunturales.”¹⁴¹

En este contexto, implementar el expediente electrónico como herramienta de interoperabilidad en el sistema de salud, representa un reto para la Administración Pública del Gobierno Mexicano, pues requiere acciones de planeación financiera, política y organizacional, capaces de superar las coyunturas sexenales, para lo cual es indispensable fortalecerse jurídicamente, al menos, desde un plan de reforma de la Ley General de Salud, que permita alinear a todas las instituciones, garantizando la Rectoría de la Secretaría de salud en la materia.

¹⁴¹ Rosales Juan: op.cit. nota 1; p. 159-160

ANEXO 1

Formato de registro SIS-2007 (utilizado en el año 2007)

Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión

FOLIO | | | | | | | | | |

		1. NOMBRE DE LA UNIDAD _____	
2. CLUES		E D O	INSTITUCIÓN
		CONSECUTIVO	VER
DATOS DEL AFECTADO			
1. NOMBRE			
Apellido paterno _____		Apellido materno _____	
		Nombre(s) _____	
2. CURP		3. EXPEDIENTE _____	
4. AFILIACIÓN AL SPSS			
5. EDAD Años	6. SEXO	Femenino <input type="checkbox"/> 1	Masculino <input type="checkbox"/> 2
7. EMBARAZADA (para mujer)		Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2
8. DISCAPACIDAD	Si <input type="checkbox"/> 1	9. ESCOLARIDAD	
	No <input type="checkbox"/> 2	Analfabeta <input type="checkbox"/> 1	Ninguna <input type="checkbox"/> 2
		Primaria <input type="checkbox"/> 3	Secundaria <input type="checkbox"/> 4
		Bachillerato <input type="checkbox"/> 5	Superior <input type="checkbox"/> 6
10. DERECHO HABIENTE			
IMSS <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 2	SEDENA <input type="checkbox"/> 3	PEMEX <input type="checkbox"/> 4
		SEMAR <input type="checkbox"/> 5	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 6
		Otro <input type="checkbox"/> 7	Ninguna <input type="checkbox"/> 8
		Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
11. DOMICILIO			
Calle _____	Num. Exterior _____	Num. Interior _____	Barrio o Colonia _____
			C.P. _____
Localidad _____	Municipio _____	Entidad Federativa _____	
DATOS DEL EVENTO			
1. FECHA OCURRENCIA	2. DÍA DE LA SEMANA	3. FUE DÍA FESTIVO	4. HORA
 día mes año	L M M J V S D	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	: Hora Minutos
5. TIPO DE LESIÓN			
Accidental <input type="checkbox"/> 1	Auto infligido <input type="checkbox"/> 2	Provocado <input type="checkbox"/> 3	Desastre Natural <input type="checkbox"/> 4
Violencia física <input type="checkbox"/> 5	Violencia sexual <input type="checkbox"/> 6	Violencia psicológica <input type="checkbox"/> 7	Abandono <input type="checkbox"/> 8
			Otras lesiones <input type="checkbox"/> 9
6. EN CASO DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EL EVENTO ES:			
	Primera vez <input type="checkbox"/> 1	Subsecuente <input type="checkbox"/> 2	
7. SE SOSPECHA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE:			
Alcohol <input type="checkbox"/> 1	Droga por indicación médica <input type="checkbox"/> 2	Drogas ilegales <input type="checkbox"/> 3	
	Se ignora <input type="checkbox"/> 4	Ninguna <input type="checkbox"/> 5	
8. SITIO DE OCURRENCIA			
Hogar <input type="checkbox"/> 1	Centro de trabajo <input type="checkbox"/> 2	Vía pública <input type="checkbox"/> 3	Automóvil particular <input type="checkbox"/> 4
Escuela <input type="checkbox"/> 5	Recreación y deporte <input type="checkbox"/> 6	Transporte público <input type="checkbox"/> 7	Otras <input type="checkbox"/> 8
	Especificar: _____		
9. AGENTE DE LA LESIÓN			
Fuego, flama, sustancia caliente/ vapor <input type="checkbox"/> 1	Intoxicación por drogas o medicamentos <input type="checkbox"/> 2		
Pie o mano <input type="checkbox"/> 3	Caída <input type="checkbox"/> 4	Objeto contundente <input type="checkbox"/> 5	Objeto punzo cortante <input type="checkbox"/> 6
Golpe contra piso o pared <input type="checkbox"/> 7	Cuerpo extraño <input type="checkbox"/> 8	Explosión <input type="checkbox"/> 9	Asfixia o sofocación <input type="checkbox"/> 10
Múltiples agentes <input type="checkbox"/> 11	Ahorcamiento <input type="checkbox"/> 13	Radiación <input type="checkbox"/> 14	Sustancias químicas <input type="checkbox"/> 15
Corriente eléctrica <input type="checkbox"/> 16	Se ignora <input type="checkbox"/> 18	Otra <input type="checkbox"/> 19	Intoxicación alimentos <input type="checkbox"/> 20
			Piquete/ mordedura de animal <input type="checkbox"/> 21
10. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO			
El lesionado es:		Conductor <input type="checkbox"/> 1	Ocupante <input type="checkbox"/> 2
		Peatón <input type="checkbox"/> 3	
En caso de ser conductor u ocupante utilizaba el cinturón de seguridad: Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
11. ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD			
Cabeza <input type="checkbox"/> 1	Pelvis <input type="checkbox"/> 2	Región Genital <input type="checkbox"/> 3	Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> 4
Mano <input type="checkbox"/> 5	Otros <input type="checkbox"/> 6	Cara <input type="checkbox"/> 7	Tórax <input type="checkbox"/> 8
Región ocular <input type="checkbox"/> 9	Extremidades superiores <input type="checkbox"/> 10	Cuello <input type="checkbox"/> 13	Abdomen <input type="checkbox"/> 14
Columna vertebral <input type="checkbox"/> 15	Espalda y/o glúteos <input type="checkbox"/> 16		Múltiples <input type="checkbox"/> 17
			Sin dato <input type="checkbox"/> 12
12. CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD			
Laceración/Abrasión <input type="checkbox"/> 1	Aplastamiento <input type="checkbox"/> 2	Cicatrices <input type="checkbox"/> 3	Depresión <input type="checkbox"/> 4
Contusión/Mallugamiento <input type="checkbox"/> 5	Congelamiento <input type="checkbox"/> 6	Aborto <input type="checkbox"/> 7	Trastornos de ansiedad <input type="checkbox"/> 8
Quemadura/Corrosión <input type="checkbox"/> 9	Asfixia <input type="checkbox"/> 10	Embarazo <input type="checkbox"/> 11	Trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> 12
Luxación/Esguince <input type="checkbox"/> 13	Herida <input type="checkbox"/> 14	ITS <input type="checkbox"/> 15	Otro <input type="checkbox"/> 16
Amputación/Avulsión <input type="checkbox"/> 17	Fractura <input type="checkbox"/> 18	Defunciones <input type="checkbox"/> 19	
13. RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA			
Si <input type="checkbox"/> 1		No <input type="checkbox"/> 2	

ANVERSO

SIS-2007

**DATOS DEL AGRESOR**

1. EDAD	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (años)	2. SEXO	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	
3. PARENTESCO CON EL AFECTADO	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Cónyuge / pareja / novio <input type="checkbox"/>	Otro pariente <input type="checkbox"/>	Hijo/a <input type="checkbox"/>
	Padrastro <input type="checkbox"/>	Madrastra <input type="checkbox"/>	Conocido sin parentesco <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	

ATENCIÓN

1. FECHA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	2. HORA	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Hora Minutos	3. SERVICIO DE ATENCIÓN	Consulta externa <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>
					Urgencias <input type="checkbox"/>	Otro servicio <input type="checkbox"/>

4. SI FUE ATENDIDO EN URGENCIAS, ESCRIBA EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO

 :
Hora Minutos

5. TIPO DE ATENCIÓN

Tratamiento médico <input type="checkbox"/>	Tratamiento psicológico o psiquiátrico <input type="checkbox"/>
Tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

6. DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN

Domicilio <input type="checkbox"/>	Referido a otra unidad <input type="checkbox"/>	Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual <input type="checkbox"/>	
Consulta externa <input type="checkbox"/>	Traslado a otra unidad médica <input type="checkbox"/>	Refugio o albergue <input type="checkbox"/>	DIF <input type="checkbox"/>
Hospitalización <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/>	Grupo de ayuda mutua <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

7. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA

1º. _____

2º. _____

3º. _____

8. SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

RESPONSABLE

1. RESPONSABLE DEL LLENADO/NOTIFICANTE

NOMBRE _____ FIRMA _____

CARGO _____

REVERSO

SIS-2007

ANEXO No.2

Formato de registro SIS-SS-17-P (utilizado en 2010)

Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión

		HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN						SIS-SS-17-P		
1. FOLIO _____		CLUES: E.O. _____ I.S.I.A. _____ C.O.S.C.U.F.T.O. _____						E.F. _____		
DATOS DEL AFECTADO	3. NOMBRE Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____		4. DERECHOHABIENTIA IMSS <input type="checkbox"/> 1 SSSTE <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 5 Seguro Privado <input type="checkbox"/> 7 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 8 Seguro Gratuidad <input type="checkbox"/> 6 Oportunidades <input type="checkbox"/> P Se ignora <input type="checkbox"/> 9 Gov. Estatal <input type="checkbox"/> 8 Ninguna <input type="checkbox"/> 0		5. CURP _____		6. AFILIACIÓN _____		7. EXPEDIENTE _____	
	8-9. EDAD CUMPLIDA Horas (en menores de 24 hrs.) _____ Meses (en menores de 1 año) _____ Días (en menores de 30 días) _____ Años (1 año y más) _____		10. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 2		11. PACIENTE EMBARAZADA Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		12. SABE LEER Y ESCRIBIR Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		13. ESCOLARIDAD Primaria <input type="checkbox"/> 1 Secundaria <input type="checkbox"/> 2 Bachillerato <input type="checkbox"/> 3 Superior <input type="checkbox"/> 4 Otra <input type="checkbox"/> 5 Ninguna <input type="checkbox"/> 6	
	14-19. DOMICILIO DE OCURRENCIA Calle _____ Entre que calles _____ Barrio o Colonia _____ Entidad Federativa _____ Municipio _____ Localidad _____									
	20-22. FECHA OCURRENCIA Día _____ Mes _____ Año _____			23. HORA Hora _____ Minutos _____		24. FUE DIA FESTIVO Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		25. DISCAPACIDAD PREEXISTENTE Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
	26. INTENCIONALIDAD Accidental <input type="checkbox"/> 1 Violencia familiar <input type="checkbox"/> 2 Violencia no familiar <input type="checkbox"/> 3 Auto infligido <input type="checkbox"/> 4 Se ignora <input type="checkbox"/> 5			27. Si la respuesta anterior es 2 ó 3 especificar el (los) tipo (s) de violencia (s) Violencia física <input type="checkbox"/> 6 Violencia sexual <input type="checkbox"/> 7 Violencia psicológica <input type="checkbox"/> 8 Violencia económica/patrimonial <input type="checkbox"/> 9 Abandono y/o negligencia <input type="checkbox"/> 10						
	28. PARA CASO DE VIOLENCIA O EVENTO AUTOINFLIGIDO: Única vez <input type="checkbox"/> 1 Repetido <input type="checkbox"/> 2			29. SE SOSPECHA QUE EL PACIENTE ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol <input type="checkbox"/> 1 Droga por indicación médica <input type="checkbox"/> 2 Drogas ilegales <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 4 Ninguna <input type="checkbox"/> 5						
	30. SITIO DE OCURRENCIA Vivienda <input type="checkbox"/> 0 Institución residencial <input type="checkbox"/> 1 Escuela <input type="checkbox"/> 2 Área de deporte y atletismo <input type="checkbox"/> 3 Vía pública (Peatón) <input type="checkbox"/> 4 Comercio y áreas de servicio <input type="checkbox"/> 5 Trabajo <input type="checkbox"/> 6 Granja <input type="checkbox"/> 7 Club, cantina, bar <input type="checkbox"/> 8 Vehículo automotor público <input type="checkbox"/> 9 Vehículo automotor privado <input type="checkbox"/> 10 Otro Lugar <input type="checkbox"/> 11 Lugar no especificado <input type="checkbox"/> 12									
	31. AGENTE DE LA LESIÓN Fuego, flama, sustancia caliente / vapor <input type="checkbox"/> 1 Intoxicación por drogas o medicamentos <input type="checkbox"/> 2 Pie o mano <input type="checkbox"/> 3 Caída <input type="checkbox"/> 4 Objeto contundente <input type="checkbox"/> 5 Objeto punzo cortante <input type="checkbox"/> 6 Golpe contra piso o pared <input type="checkbox"/> 7 Cuerpo extraño <input type="checkbox"/> 8 Explosión <input type="checkbox"/> 9 Asfixia o sofocación <input type="checkbox"/> 10 Múltiples agentes <input type="checkbox"/> 11 Proyectil arma de fuego <input type="checkbox"/> 12 Ahorcamiento <input type="checkbox"/> 13 Radiación <input type="checkbox"/> 14 Sustancias químicas <input type="checkbox"/> 15 Corriente eléctrica <input type="checkbox"/> 16 Herramienta o maquinaria <input type="checkbox"/> 17 Sacudidas <input type="checkbox"/> 18 Desastre natural <input type="checkbox"/> 19 Vehículo de motor <input type="checkbox"/> 20 Ahogamiento por sumersión <input type="checkbox"/> 21 Piquete / mordedura de animal <input type="checkbox"/> 22 Fuerzas de la naturaleza <input type="checkbox"/> 23 Intoxicación por plantas hongos venenosos <input type="checkbox"/> 24 Otra <input type="checkbox"/> 25 Se ignora <input type="checkbox"/> 26									
	32. SI LA CAUSA FUE ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR El lesionado es: Conductor <input type="checkbox"/> 1 Ocupante <input type="checkbox"/> 2 Peatón <input type="checkbox"/> 3			33. USO EQUIPO DE SEGURIDAD Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3			34. QUÉ EQUIPO DE SEGURIDAD UTILIZÓ Cinturón de Seguridad <input type="checkbox"/> 1 Casco <input type="checkbox"/> 2 Sillín Porta Infante <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4			
	35. ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD Cabeza <input type="checkbox"/> 1 Cara <input type="checkbox"/> 2 Región ocular <input type="checkbox"/> 3 Cuello <input type="checkbox"/> 4 Columna vertebral <input type="checkbox"/> 5 Extremidades superiores <input type="checkbox"/> 6 Mano <input type="checkbox"/> 7 Tórax <input type="checkbox"/> 8 Espalda y/o glúteos <input type="checkbox"/> 9 Abdomen <input type="checkbox"/> 10 Pelvis <input type="checkbox"/> 11 Región genital <input type="checkbox"/> 12 Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> 13 Pies <input type="checkbox"/> 14 Múltiples <input type="checkbox"/> 15 Otros <input type="checkbox"/> 16 Se ignora <input type="checkbox"/> 17									
36. CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD Depresión <input type="checkbox"/> 4 Contusión / mallugamiento <input type="checkbox"/> 5 Laceración / abrasión <input type="checkbox"/> 1 Aplastamiento <input type="checkbox"/> 2 Cicatrices <input type="checkbox"/> 3 Quemadura / corrosión <input type="checkbox"/> 9 Asfixia <input type="checkbox"/> 10 Embarazo <input type="checkbox"/> 11 Trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> 12 Trastornos de ansiedad / estrés posttraumático <input type="checkbox"/> 8 Herida <input type="checkbox"/> 14 Infección de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> 15 Múltiple <input type="checkbox"/> 16 Amputación / avulsión <input type="checkbox"/> 17 Luxación / esguince <input type="checkbox"/> 13 Defunción <input type="checkbox"/> 19 Malestar emocional <input type="checkbox"/> 20 Trastorno del estado de animo <input type="checkbox"/> 21 Otra <input type="checkbox"/> 22 Fractura <input type="checkbox"/> 18										
37. RECIBIÓ ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			38. TIEMPO DE TRASLADO A LA UNIDAD HOSPITALARIA Hora _____ Minutos _____							
AGRESOR	39. AGRESOR Único <input type="checkbox"/> 1 Más de uno <input type="checkbox"/> 2		40. EDAD _____ Años		41. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 2		42. PARENTESCO CON EL AFECTADO Padre <input type="checkbox"/> 1 Madre <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge / pareja / novio <input type="checkbox"/> 3 Otro pariente <input type="checkbox"/> 4 Padrastro <input type="checkbox"/> 5 Madrastra <input type="checkbox"/> 6 Conocido sin parentesco <input type="checkbox"/> 7 Desconocido <input type="checkbox"/> 8 Hijo / a <input type="checkbox"/> 9			
	43. SE SOSPECHA QUE FUE BAJO LOS EFECTOS DE: Alcohol <input type="checkbox"/> 1 Droga por indicación médica <input type="checkbox"/> 2 Drogas ilegales <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 4 Ninguna <input type="checkbox"/> 5									
	44-46. FECHA Día _____ Mes _____ Año _____			47. HORA DE ATENCIÓN Hora _____ Minutos _____		48. SERVICIO DE ATENCIÓN Consulta externa <input type="checkbox"/> 1 Hospitalización <input type="checkbox"/> 2 Urgencias <input type="checkbox"/> 3 Servicio especializado de atención a la violencia <input type="checkbox"/> 4 Otro Servicio <input type="checkbox"/> 5		49. SI FUE ATENDIDO EN URGENCIAS, ESCRIBA EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO Hora _____ Minutos _____		
50. TIPO DE ATENCIÓN Médica <input type="checkbox"/> 1 Psicológica <input type="checkbox"/> 2 Quirúrgica <input type="checkbox"/> 3 Psiquiátrica <input type="checkbox"/> 4 Consejería <input type="checkbox"/> 5 Otra <input type="checkbox"/> 6										
51. USUARIO REFERIDO POR: Unidad Médica de los Servicios Estatales de Salud <input type="checkbox"/> 1 Unidad de Salud de otra Institución del Sector Salud <input type="checkbox"/> 2 Procuración de Justicia <input type="checkbox"/> 3 Secretaría de Educación <input type="checkbox"/> 4 Desarrollo Social <input type="checkbox"/> 5 Instituciones no Gubernamentales <input type="checkbox"/> 6 Sin referencia (Iniciativa Propia) <input type="checkbox"/> 7					52. DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN Traslado a otra unidad médica <input type="checkbox"/> 2 Servicio especializada atención a la violencia <input type="checkbox"/> 3 Domicilio Consulta externa <input type="checkbox"/> 1 Refugio o albergue <input type="checkbox"/> 6 DIF <input type="checkbox"/> 7 Hospitalización <input type="checkbox"/> 8 Ministerio Público <input type="checkbox"/> 9 Grupo de ayuda mutua <input type="checkbox"/> 10 Otro <input type="checkbox"/> 11 Defunción <input type="checkbox"/> 5					
53-56. DIAGNÓSTICOS FINALES EN ORDEN DE IMPORTANCIA 1. _____ CÓDIGO CIE-10 _____ 2. _____ 3. _____ Res. Afec. Principal _____										
57. CAUSA EXTERNA _____										
58. SE DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2										
RESPONSABLE	59-60. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Psicólogo tratante <input type="checkbox"/> 2 Trabajadora social <input type="checkbox"/> 3									
	NOMBRE _____				FIRMA _____					

ANEXO 3

Cuadro comparativo de la etapa inicial y la etapa de desarrollo del subsistema de lesiones y causas de violencia

2007-2009	2010-2011
<ul style="list-style-type: none"> ✚ El sistema automatizado de lesiones formaba parte de los subsistemas del SINAIS ✚ Políticas de operación del Sistema de Información en Salud de Prestación de Servicios: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La información se entregará mensualmente y el calendario de entrega se publicaba en la página electrónica del SIS ✓ La información la validaban los responsables a nivel estatal ✓ Se enviaba y recibía la información por medio de la página electrónica de descarga ✓ Se notificaba la extemporaneidad de información, se confirmaba la recepción del archivo ambas mediante correo electrónico ✚ Políticas de operación del Sistema Automatizado de Lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Para integrar la información de los diversos subsistemas la DGIS lanzo la iniciativa de las CLUES, que se refiere a un identificador único de las unidades que prestan servicios de atención médica ✚ E Sistema Permite <ul style="list-style-type: none"> ✓ El uso de un formato único de recolección La Generación de información relacionada con lesiones y violencia atendidas a nivel nacional <ul style="list-style-type: none"> ✓ Difusión de las estadísticas por medio de reportes oficiales y herramientas dinámicas ✓ Normar el uso adecuado de la información ✚ El sistema cuenta con dos opciones de captura: <ul style="list-style-type: none"> ✓ On-line ✓ Stand alone ✚ Estas dos opciones de captura permiten que de acuerdo a la infraestructura tecnológica de cada unidad médica se recolecte la información de manera oportuna ✚ La recolección de los registros tiene una consolidación semiautomática lo que permite contar con una base de datos médica, jurisdiccional, estatal y nacional ✚ La base de datos es relacional, lo cual garantiza la integridad de la información ✚ Cuenta con una interfaz para su difusión automática mediante los cubos de

2007-2009	2010-2011
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada área de Estadística generaba un envío sobre la base de datos mediante la herramienta automatizada ✓ La base de datos era enviada a la Subdirección de Información hospitalaria, durante los siguientes 40 días naturales ✓ La Subdirección de Información hospitalaria consolidaba la base de datos nacional, misma que era difundida mediante las herramientas OLAP, hacia la Secretaría de Salud en forma preliminar, los últimos días de cada mes ✓ La base de datos definitiva debía ser consolidada cada año, con el fin de pasarla por el proceso de calidad, mismo que serviría para garantizar una calidad aceptable para cada cierre definitivo 	<p>información de la DGIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Los módulos de catálogos cuentan con hasta 30 catálogos de variables a utilizar, el sistema permite consultar e imprimir ✚ Pantalla de captura: garantiza una navegación idéntica a la hoja SIS-SS-17-P. el sistema contempla 80 validaciones para garantizar la congruencia y calidad en la información captada ✚ Herramienta de filtrado: permite una búsqueda rápida de registros con la finalidad de que el capturista pueda lograr un acceso ágil para la visualización o modificación ✚ Herramienta de base de datos: proporciona las herramientas necesarias para garantizar el respaldo y restauración de la información y a su vez la posibilidad de elegir la base a la que desea conectarse ✚ Módulo de reportes: el sistema cuenta con 20 reportes estadísticos con opciones de segmentación, además de 6 reportes dinámicos desarrollados mediante herramientas OLAP ✚ Módulo de envío y recepción de bases de datos: para la captura Stand Alone (fuera de línea) el envío y recepción de bases de datos se entregan en archivos compactados de fácil manejo. ✚ Consolidación de información: para la captura en opción Online, reside en el servidor de la DGIS y da las herramientas para la recepción de los envíos y garantiza la consolidación de la base de datos nacional así como un control de la información que recibe.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar Villanueva Luis F.- *Gobernanza y gestión pública*, México, FCE, 2008
2. Armijo, Marianela: *Buenas prácticas de gestión pública en América Latina*. Paper presentado en el IX Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la Administración Pública, Madrid, 2-5 de noviembre 2004.
3. Biscaretti di Ruffia Paolo, *Derecho constitucional*, Editorial Madrid. Tecnos, 1984
4. Bobbio, Norberto, *Estado Gobierno y Sociedad*, México, FCE, 1989.
5. Castelazo, José R, *Administración Pública: una visión de Estado*, Trabajo presentado durante el XI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 2006
6. Cejudo, Guillermo M, “*Los Motores del Cambio en la Administración Mexicana: Los Límites de la Nueva Gerencia Pública*”, en Pardo, María del Carme y Sánchez Velasco, Ernesto (coord.), *La Gerencia Pública en América del Norte, Tendencias actuales de la reforma administrativa en Canadá, Estados Unidos y México*, El Colegio de México, Instituto de Administración Pública de Nuevo León, 2009.
7. Delgadillo, Luis y Lucero, Manuel; *Compendio de derecho administrativo*, 8ª edición, México, Porrúa, 2008.
8. E.N. Gladen, *Una Historia de la Administración Pública*, No. 1, México, Fondo de Cultura Económica, INAP, 1989, Primera edición en español.
9. Fraga, Gabino, *Derecho Administrativo*, México, Editorial Porrúa, 1980
10. Helgason, Sigurdur (PUMA) OECD: *International Benchmarking. Experiences from OECD Countries*. Paper presented at a Conference by the Danish Ministry of Finance on: International Benchmarking. Copenhagen, 20-21 de febrero, 1997.
11. Henry Pratt. *Diccionario de Sociología, México*, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1975.

12. Lozano, Rafael y Solís, Patricia. *Presentación Sistemas de Información Instituto Nacional de Salud Pública*. Julio 2007
13. *Memoria Institucional 1955-2010*. 55 años INAP al servicio de México.
14. *Modelo Estratégico para la Innovación y la Calidad Gubernamental*. Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental.
15. Morales, José, *Conferencia para la Maestría en Administración Pública en el INAP*, octubre de 2010.
16. Olias de Lima, Blanca; *La Nueva Gestión Pública*, Prentice Hall, Madrid, 2001.
17. Omar Guerrero *La Nueva Gerencia Pública México*, Fontamara 2004.
18. Omar Guerrero, *Teoría administrativa del estado*, México, Oxford University Press, 2000.
19. Organización Panamericana de la Salud, *La Salud en las Américas*, Informe de la Dirección, Washington, 2003.
20. Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000
21. Rives, Roberto, *La administración Pública de México en su Bicentenario*, México, FUNDAP-IAPEM, 2009, Colección Fundap Política y Administración Pública.
22. Secretaría de Salud, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, México*, 2005, Secretaría de Salud de México para la edición en Español.
23. Uvalle, Ricardo, *El Gobierno en acción, la información del régimen presidencial de la administración pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.
24. Uvalle, Ricardo. *Las transformaciones del Estado y la Administración Pública en la sociedad contemporánea*, México, Editado por UAEM, 1996.

CONSULTAS EN INTERNET

1. Management Web: Podemos hacerlo mejor (We can do it better). Entrevista a Robert Camp. En <http://www.managementweb.com.ar/Benchmarking2.html>
2. www.gestionpublica.gov.cl.
3. (<http://www.dapf.gov.co/banexitos/consultas.asp>);
4. www.sipalonline.org
5. OPS, Informe mundial sobre violencia y salud, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
6. Barzelay, Michael: "Diseñando el proceso de cambios en las políticas de gerenciamiento público". Documento elaborado en el marco del Dialogo Regional sobre Gobernabilidad y Transparencia del BID. En : www.top.org.ar/publicac.htm
7. OMS, OPS, "Prevención de lesiones y violencia" (guía para los ministerios de salud) http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf
8. Pellegrini, Alberto, "La violencia y la salud pública", p. 219, RevPanam Salud Publica vol.5 n.4-5 Washington Apr./May 1999 <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000400005>
9. Cleary, Eda; *Benchmarking (BM) desde el sector privado al sector público*, Apuntes sobre su aplicación en el sector público de América Latina p. 2 <http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000002/2725.pdf>
10. Presidencia de la República, Visión 2030 El México que queremos <http://www.vision2030.gob.mx/pdf/folleto.pdf>
11. <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/index.html> (recuperada 15-04-2013)
12. <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/index.html> (recuperada 15-04-2013)
13. <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/index.html> (recuperada 15-04-2013)
14. <http://dgis.salud.gob.mx/acercade/index.html>
15. <http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html>

16. Cleary, Eda; *Benchmarking (BM) desde el sector privado al sector público*, Apuntes sobre su aplicación en el sector público de América Latina p. 2
<http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000002/2725.pdf>.
17. <http://definicion.de/sistema-de-informacion/>
18. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
19. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf
20. http://sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/Lineamientos_CLUES.pdf
21. <http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html>
22. Sistema de Información en Salud para Población Abierta (**SISPA**),
sinais.salud.gob.mxsinais.salud.gob.mx/descargas/xls/so_ssa_0010.xls
<http://www.dgis.salud.gob.mx/snece/index.html> recuperado 15-04-2013
23. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
24. <http://dgis.salud.gob.mx/acercade/index.html>

NORMATIVA

1. Cámara de Diputados; *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental*; Diario Oficial de la Federación 6 de junio de 2012,
2. Congreso de la Unión, *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación, 16-03-2012.
3. Congreso de la Unión, *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Diario Oficial de la Federación, 02-02- 2010
4. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* art.40, Última reforma del Diario Oficial de la Federación, 13 de octubre de 2011.
5. *Ley de Información Estadística y Geográfica*. Diario Oficial de la Federación, 16-04- 2008
6. Modelo Estratégico para la Innovación y la Calidad Gubernamental; Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental;
7. NOM 024-SSA3-2010.- Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de Septiembre del 2010.
8. NOM-035-SSA3-2012 En materia de información en salud. DOF 30-11-2012
9. NOM-040-SSA2-2004. Diario Oficial de la Federación 28 de septiembre del 2005 .
10. OMS, OPS, *Prevención de lesiones y violencia* (guía para los ministerios de salud).
11. OPS, *Informe mundial sobre violencia y salud*,
12. Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2001
13. Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de mayo de 2007, cuarta sección, Estrategia 4.1.
14. Presidencia de la República. *Ley General de Salud* (DOF 5-03.2012)

15. Presidencia de la República. *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal* DOF 15-12-2011.
16. *Programa de Acción específico de la Dirección General de Información en Salud* del 2007-2012.
17. Secretaría de la Función Pública. *Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal* (2008-2012)
18. *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Diario Oficial de la Federación, 10 de enero de 2011
19. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de mayo de 2007, cuarta sección
20. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*; publicado en el Diario Oficial de la Federación Tercera sección , Línea de acción 2.14 DOF 17-01-2008