



PROGRAMA DE TRABAJO 2013

Dr. Eruviel Ávila Villegas
Gobernador Constitucional del Estado de México
Coordinador de la Comisión de Salud



Comisión de Salud
CONAGO

PROGRAMA DE TRABAJO 2013

Dr. Eruviel Ávila Villegas

Gobernador Constitucional del Estado de México
Coordinador de la Comisión de Salud

DIRECTORIO

Dr. Eruviel Ávila Villegas

Gobernador Constitucional del Estado de México
y Coordinador de la Comisión de Salud de la CONAGO

Lic. Mario López Valdez

Gobernador Constitucional del Estado de Sinaloa
y Presidente de la LXV Reunión Ordinaria de la CONAGO

Lic. Rolando Rodrigo Zapata Bello

Gobernador Constitucional del Estado de Yucatán
Vicecoordinador de la Comisión de Salud de la CONAGO

Ing. José Carlos Lozano de la Torre

Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes

Lic. José Guadalupe Osuna Millán

Gobernador Constitucional del Estado de Baja California

Lic. Marcos Alberto Covarrubias Villaseñor

Gobernador Constitucional del Estado de Baja California Sur

Lic. Fernando Eutimio Ortega Bernés

Gobernador Constitucional del Estado de Campeche

Lic. Rubén Ignacio Moreira Valdez

Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila

Lic. Mario Anguiano Moreno

Gobernador Constitucional del Estado de Colima

Lic. Manuel Velasco Coello

Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas

Lic. César Horacio Duarte Jáquez

Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua

Dr. Miguel Ángel Mancera Espinosa

Jefe de Gobierno del Distrito Federal

C.P. Jorge Herrera Caldera

Gobernador Constitucional del Estado de Durango

Mtro. Miguel Márquez Márquez

Gobernador Constitucional del Estado de Guanajuato

Lic. Ángel Heladio Aguirre Rivero

Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero

Lic. José Francisco Olvera Ruiz
Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo

C.P. Emilio González Márquez
Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco

Lic. José Jesús Reyna García
Gobernador Interino del Estado de Michoacán

Sr. Graco Luis Garrido Abreu
Gobernador Constitucional del Estado de Morelos

Sr. Roberto Sandoval Castañeda
Gobernador Constitucional del Estado de Nayarit

Lic. Rodrigo Medina de la Cruz
Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León

Lic. Gabino Cué Monteagudo
Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca

Lic. Rafael Moreno Valle Rosas
Gobernador Constitucional del Estado de Puebla

Lic. José Eduardo Calzada Rovirosa
Gobernador Constitucional del Estado de Querétaro

Lic. Roberto Borge Angulo
Gobernador Constitucional del Estado de Quintana Roo

Dr. Fernando Toranzo Fernández
Gobernador Constitucional del Estado de San Luis Potosí

Lic. Guillermo Padrés Elías
Gobernador Constitucional del Estado de Sonora

Lic. Arturo Núñez Jiménez
Gobernador Constitucional del Estado de Tabasco

Ing. Egidio Torre Cantú
Gobernador Constitucional del Estado de Tamaulipas

C.P. Mariano González Zarur
Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala

Dr. Javier Duarte de Ochoa
Gobernador Constitucional del Estado de Veracruz

Lic. Miguel Alejandro Alonso Reyes
Gobernador Constitucional del Estado de Zacatecas

PRESENTACIÓN

ANTECEDENTES

OBJETIVO

ESTRATEGIAS

ESTRUCTURA

METAS

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Fortalecimiento de las acciones en los Estados para reducir la mortalidad materna.
2. Fortalecimiento de las acciones en los Estados para alcanzar la cobertura universal.
3. Promover un modelo de intercambio de experiencias a nivel estatal para dar mayor acceso a las entidades federativas a la alta especialización para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que corresponden al tercer nivel de atención.
4. Introducción de modelos innovadores de gestión que promuevan la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios e intercambio de experiencias en los Estados.
5. Fomentar el empleo de herramientas tecnológicas y de Información para mejorar la gestión de los servicios de salud.
6. Seguridad del paciente.
7. Impulsar la rectoría del Sector Salud mediante la implementación de modelos de formación de la alta dirección.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES 2013

El pacto federal tiene como base la garantía y salvaguarda de los derechos fundamentales de todos los habitantes de nuestro país, como queda establecido en el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. De esta manera, los tres niveles de gobierno adquirimos la obligación de trabajar para que la población tenga acceso pleno a estos derechos.

Asegurar el acceso a la salud se encuentra, entonces, entre los primeros compromisos con la ciudadanía, cuyo cumplimiento recae principalmente en la Federación y en los Estados. Es en este contexto que la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO) decide constituir un grupo de trabajo específico, abocado a analizar y proponer estrategias para lograr una mayor cobertura en salud, a través de las acciones coordinadas de las Entidades Federativas y el Gobierno de la República.

El 16 de octubre de 2002, durante la Primera Reunión Extraordinaria, celebrada en el Recinto del Federalismo en Metepec, Estado de México, quedó formalmente constituida la Comisión de Salud, coordinada por el Gobierno de Tabasco. En 2007, esta distinción recayó en el Ejecutivo del Estado de Morelos, y partir del 18 de febrero de 2013, el Dr. Eruviel Ávila Villegas, Gobernador Constitucional del Estado de México, asumió esta alta responsabilidad.

En sus casi once años de trabajo, el Pleno de Gobernadores ha señalado la necesidad de atender temas relevantes con plena vigencia al día de hoy, como el acceso en las Entidades Federativas a la alta especialización para la atención de enfermedades; acciones coordinadas para el combate a enfermedades transmitidas por vector y zoonosis; la seguridad vial y el combate a las adicciones.

No obstante, es necesario revisar alcances y replantear estrategias; este documento establece las bases programáticas que guiarán los esfuerzos de la Comisión de Salud de la Conferencia Nacional de Gobernadores en el actual entorno dinámico, el que vive el México de la segunda década del Siglo XXI.

Resoluciones relevantes del Pleno de Gobernadores 2002-2013, en materia de salud:

16 de octubre de 2002, Primera Reunión Extraordinaria, Metepec, Estado de México: Constitución de la Comisión de Salud,

XXIV Reunión Ordinaria, 27 de mayo de 2005, en Aguascalientes, Aguascalientes. Propuesta de Reforma al Artículo Cuarto Constitucional, para que la población abierta cuente con un sistema de protección social, con independencia de su condición laboral.

19 de mayo de 2006, Ixtapan de la Sal, Estado de México, XXVIII Reunión Ordinaria, se presenta la iniciativa de modificación al artículo 4º constitucional para garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud de toda la población:

Puerto Vallarta, Jalisco 29 de mayo de 2007, XXXII Reunión Ordinaria. Presentación de la propuesta de vinculación entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación para el fortalecimiento de programas como Educación Saludable, conformación de redes para la prevención, educación de médicos en preparación con un enfoque en salud pública y formación de recursos humanos en salud altamente especializados, de acuerdo a las necesidades del país. Asimismo, se aprueba la instalación de una mesa de trabajo conjunta de la Comisión de Salud de la CONAGO con la Secretaría de Salud, para el desarrollo de temas comunes

XXXIII Reunión Ordinaria, 19 de octubre de 2007, Manzanillo Colima. La CONAGO se compromete a promover políticas públicas de prevención de accidentes de tránsito a través diversas acciones enmarcadas en la Estrategia Nacional de Seguridad Vial.

30 de marzo de 2009, XXXVI Reunión Ordinaria, Monterrey, Nuevo León. Creación y fomento de una “estrategia única aplicable a todo el país, dirigida a la prevención y control de diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular” en coordinación con el sector de salud federal. Publicación de la “Proclama para la Prevención y Control de la Diabetes en México”.

Durango, Durango. XXXVII Reunión Ordinaria, 17 de diciembre de 2009. Se incorpora a la agenda de trabajo de la Comisión, la elaboración de un diagnóstico para la prevención de accidentes de tránsito que considere elementos como: La normatividad actual sobre el tema; el cumplimiento y vigilancia de las medidas preventivas; acceso a la información confiable y oportuna; acciones de coordinación intersectorial; promoción de la seguridad vial en coordinación con los municipios; atención oportuna a víctimas; y capacidad y adiestramiento.

23 de marzo de 2010, XXXVIII Reunión Ordinaria, Morelia, Michoacán. Aprobación de la “Declaratoria para la Salud Alimentaria, Sumándonos a la Estrategia Nacional Contra el Sobrepeso y Obesidad”, con la que se busca coadyuvar y apoyar el “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad” del gobierno federal.

Monterrey, Nuevo León, 27 de mayo de 2011. La CONAGO se suma “Acuerdo por el que se da a conocer la Estrategia Nacional Sobre Seguridad Vial 2011-2020”, y manifiesta su voluntad de contar con una política nacional que reduzca en un 50% la tasa de lesiones, discapacidades y muertes por accidentes viales antes del año 2020. Además, la CONAGO impulsará el “Programa Visión Integral para una Nueva Vida 2012” para la prevención y atención de adicciones.

13 de julio de 2012, Querétaro, Querétaro. XLIII Reunión Ordinaria. Propuesta de un plan de apoyo y coordinación ante el riesgo de la Influenza en México, que considera: Sesiones permanentes de los consejos estatales de salud; coordinación de acciones estatales por regiones y con la Secretaría de Salud Nacional; fomento de la vacunación a personas de mayor riesgo; envío de información de los Estados a la Federación para la toma de decisiones.

En coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública, se impulsará la “Proclama para la Prevención y Control de Diabetes en México”, padecimiento que registra una prevalencia nacional del 14.4% en la población adulta de 20 años y más, y constituye la primera causa de muerte en la población.

OBJETIVO

Establecer las bases para una participación coordinada y consensuada más eficiente de los Gobiernos Estatales en materia de salud, a fin de garantizar este derecho fundamental de todos los habitantes de nuestro país.

1. Trabajar de manera coordinada con la Secretaría de Salud y las Comisiones Nacionales del Ramo, como la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; la Comisión Nacional contra las Adicciones; la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; la Comisión Nacional de Bioética; y los demás organismos federales relacionados con la prevención y atención de la salud y salubridad en el país.
2. Mantener la cercanía y la cooperación con las asociaciones gremiales de médicos y profesionistas de la salud, así como con las instituciones educativas y de investigación de los ámbitos de la salud y salubridad pública.
3. Apoyar esquemas de coordinación regional y nacional para la atención de emergencias médicas y de salud, en las que participen los tres niveles de gobierno.
4. Promover modelos regionales de consulta externa y hospitalarios, para atender indistintamente a la población de diferentes Entidades Federativas y Municipios.
5. Incrementar los programas de medicina preventiva, fomentando la participación de la sociedad.
6. Promover modelos de alimentación más sanos y eficientes.
7. Establecer programas de activación física accesibles a toda la sociedad.
8. Estrechar la cooperación con Organismos No Gubernamentales e Instituciones de Asistencia Privada, en programas preventivos y de atención a grupos de personas con capacidades diferentes.
9. Establecimiento de acuerdos generales con entidades internacionales de salud, que sirvan como marco para la firma de convenios específicos con las 32 Entidades Federativas.

La Comisión de Salud cuenta con la siguiente estructura:

Dr. Eruviel Ávila Villegas
Gobernador Constitucional del Estado de México
Coordinador

Lic. Rolando Rodrigo Zapata Bello
Gobernador Constitucional del Estado de Yucatán
Vicecoordinador

La constitución o desaparición de nuevas vicecoordinaciones, deberá ser aprobada en el seno de la Comisión Ejecutiva de Salud.

La comisión se reunirá al menos semestralmente, en su formato de Comisión Ejecutiva, con quince días de anticipación a la realización de la siguiente Reunión Ordinaria de Gobernadores, a fin de conocer los avances y preparar los informes de actividades. Queda abierta la posibilidad de reunirse cuantas veces sea necesario, ya sea bajo la modalidad técnica o ejecutiva.

Las vicecoordinaciones podrán integrar grupos de trabajo, que se reunirán cuando lo dicte el vicecoordinador.

1. Coadyuvar de manera decidida, cuantificable y tangible, en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio en materia de Salud:
 - Reducir la mortalidad materna
 - Disminuir la mortalidad en menores de 5 años
 - Combatir ciertas enfermedades de relevancia internacional, como el SIDA, el paludismo y la tuberculosis
2. Lograr la disminución en la incidencia de la Diabetes Mellitus en la población, en tasas perfectamente medibles y diferenciadas para cada Entidad Federativa.
3. Establecer un Sistema de Coordinación Nacional en Materia Médico – Hospitalaria, entre las 32 Entidades Federativas, y entre éstas y el Gobierno de la República.
4. Derivar de este sistema, acuerdos regionales de intercambio y asistencia médico – hospitalaria, que involucren a distintos Estados y cuyos beneficios alcancen también a los Municipios.
5. Fortalecer las campañas de salud preventiva en todo el territorio nacional, promoviendo la participación ciudadana, en temas como: salud reproductiva, prevención de cáncer cérvico – uterino y de próstata; activación física y deporte; alimentación sana, combate al tabaquismo, al alcoholismo y prevención de adicciones, entre otros.
6. Promover entre la sociedad esquemas de seguridad vial, laboral y escolar.

1. Fortalecimiento de las Acciones en los Estados para reducir la Mortalidad Materna.

En el año 2000 se llevó a cabo la Cumbre del Milenio, en la que representantes de 189 gobiernos firmaron un acuerdo comprometiéndose a disminuir la pobreza y el hambre; a mejorar la salud, la educación y la equidad en sus países. Estas aspiraciones generales se concretaron en ocho objetivos específicos –conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y 18 metas concretas y cuantificables. De manera directa, al sistema de salud se le asignó la responsabilidad de llevar a cabo acciones para dar cumplimiento a tres de estos objetivos: reducir la mortalidad materna, disminuir la mortalidad en menores de 5 años y combatir ciertas enfermedades de relevancia internacional, como el SIDA, el paludismo y la tuberculosis.

En nuestro país, gracias a las diferentes acciones implementadas entre 2001 y 2005, la razón de mortalidad materna se redujo en este periodo 10.5% y el avance acumulado a partir de 1990 asciende a casi 29%. A pesar de estos avances, la rapidez de la disminución parece insuficiente para lograr la meta 6 de los ODM, que es reducir para el año 2015 la mortalidad materna al 25% del valor que tenía en 1990.

2. Fortalecimiento de las Acciones en los Estados para alcanzar la Cobertura Universal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) han fijado el objetivo de alcanzar la cobertura universal y de acceso a los servicios de salud como prioritarios en la agenda mundial de salud y constituye el principal objetivo del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. En este contexto es de primordial importancia asumir el enfoque de los determinantes sociales y económicos de la salud que promueven estos organismos internacionales. Se sugiere llevar a cabo un acercamiento con estas entidades para fortalecer y enriquecer estas acciones.

3. Promover un modelo de intercambio de experiencias a nivel estatal para dar mayor acceso a las entidades federativas a la alta especialización para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que corresponden al tercer nivel de atención.

La inequitativa distribución de los recursos para acceder a la atención médica de alta especialidad en el país requiere desarrollar un nuevo enfoque que ofrezca servicios de

calidad a bajo costo en el diagnóstico y tratamiento que este al alcance, tanto por su costo y acceso geográfico, de la población. Se requiere el uso intensivo de tecnología de última generación en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades consideradas de tercer nivel de atención. El uso de economías de escala, el uso intensivo de alta tecnología y la concentración geográfica en ciudades que cuenten con infraestructura y recursos para brindar estos servicios en forma regional. En principio se pueden dar en ciudades como Toluca en el centro, Guadalajara en el occidente, Mérida o Villahermosa en el sur-sureste, y Monterrey o Tijuana en el norte del país. (ver documento anexo)

4. Introducción de modelos innovadores de gestión que promuevan la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios e intercambio de experiencias en los Estados.

La fragmentación del Sistema Nacional (y estatales) de Salud constituye uno de los principales problemas del sector en su conjunto. Esta situación refuerza los problemas de acceso y eficiencia en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Esta falta de coordinación constituye una barrera para mejorar la eficiencia, equidad y calidad en el servicio.

El sistema enfrenta problemas de capacidad resolutive y de control de costos. La limitada capacidad resolutive en las instalaciones de primer nivel genera una mayor demanda de atención en los hospitales, congestionando sus servicios de emergencia y elevando los costos administrativos y de operación. Gran parte de las cirugías que se llevan a cabo en los hospitales generales de segundo nivel podrían llevarse a cabo en instalaciones de cirugía ambulatoria a un costo mucho menor.

La estricta división de la atención y la carencia de mecanismos de reasignación de recursos y de subrogación de servicios entre hospitales y centros de salud de diferentes instituciones, restringe el acceso de la población a los servicios de salud. En varios Municipios es común observar hospitales de las diferentes instituciones públicas, con demandas diferenciadas por el tipo de población a atender o estado de afiliación, que se encuentran a poca distancia, generando desequilibrios en la oferta. Existen marcadas diferencias en los porcentajes de ocupación de los hospitales, clínicas y centros de salud de las distintas instituciones.

En general, el sistema de referencia y contrarreferencia no funciona, por lo que se genera una fuerte demanda de atención médica en el área de urgencias de los hospitales. Problemas adicionales surgen de la división de la responsabilidad entre los distintos prestadores del servicio, así como de la falta de un sistema de catálogo único de afiliación que permita verificar la vigencia de derechos.

Las dificultades de coordinación entre los servicios de atención primaria prestados a nivel ambulatorio y en los hospitales públicos se agravan por la existencia de un modelo de gestión

centralizado que limita las posibilidades de una visión integral de red de servicios de salud. La integración de la red, tanto pública como privada, con adecuados mecanismos de compra y venta de servicios ofrecería a los médicos del primer nivel un papel prioritario para incrementar la eficiencia y reducir los costos; asegurando así que la referencia y contrarreferencia eviten redundancias en los servicios de diagnósticos y laboratorio y garantizando la salud preventiva y la continuidad en la atención.

Se requiere de un mayor esfuerzo financiero, de la introducción de acciones tendientes a mejorar la calidad de la atención y lograr ahorros en la operación del servicio, así como de una coordinación más extensa entre las diferentes instituciones. Las medidas incluyen: i) destinar más recursos al sector, ii) aumento de los ingresos propios de las OPDs en los Estados a través de la recaudación por cuotas de recuperación y reducción de costos de adquisición de insumos médicos; iii) control de costos de medicamentos en los sistemas de seguridad social estatales, y iv) la optimización de la utilización de las diversas redes públicas existentes en los Estados.

Asimismo, se requiere fomentar las compras conjuntas de medicamentos, vacunas, reactivos y material de curación.

A fin de optimizar la utilización de la red de servicios de salud, se plantea el establecimiento de nuevos mecanismos de contratación entre las instituciones públicas y el sector privado así como la introducción de modelos innovadores de gestión que promuevan la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios. Se espera que este intercambio de servicios resulte en menores costos administrativos, de operación e inversión.

Para optimizar el uso de la capacidad instalada se sugiere que las diferentes redes públicas dependientes del Estado lleven a cabo iniciativas que les permitieran compartir sus instalaciones y servicios. Para ello, es necesario que las instituciones identifiquen las necesidades no satisfechas, oportunidades y mecanismos de subrogación entre ellas mismas; posibilidades de venta al sector público (ISSSTE e IMSS); y compra-venta de servicios al sector privado. Para llevar a cabo esto se sugiere la utilización de convenios de prestación de servicios interinstitucionales entre las instituciones de salud que operan en el estado, incluyendo al sector privado.

Los convenios anteriores contribuirán a: i) optimizar la utilización de la red pública de servicios de salud en los Estados; ii) generar ingresos adicionales a los sistemas públicos; iii) ampliar la cobertura geográfica del IMSS e ISSSTE en áreas donde no tiene hospitales y subsiste una población flotante de derechohabientes cuya fuente de trabajo se encuentra en otro lugar. Existen experiencias valiosas de estos convenios en estados como Aguascalientes, Veracruz, Guerrero y Estado de México que valdría la pena compartir.

Aún hay mucho que hacer para mejorar aspectos sustanciales relacionados con la gestión de servicios de salud: i) modernizar las estructuras administrativas y financieras que permitan brindar servicios de mayor calidad con los escasos recursos existentes; ii) modernizar e instrumentar los procesos clínicos y de gestión; y iii) diseñar e integrar los sistemas de

información que faciliten la facturación, el procesamiento y análisis de datos de forma integrada y que en última instancia permitan el flujo de información en tiempo real para la toma de decisiones.

Existe evidencia importante de que a nivel local se pueden emprender acciones que permiten avanzar en la solución de problemas estructurales del sistema.

5. Fomentar el empleo de herramientas Tecnológicas y de Información para mejorar la gestión de los servicios de salud.

No obstante los importantes avances registrados por el sistema de información en salud, resulta incuestionable la existencia de problemas y limitaciones que repercuten tanto en la disponibilidad como en la calidad de la información, y por ende, constituyen un obstáculo para alcanzar de manera idónea los objetivos que dicho sistema se ha propuesto.

Hasta el momento se han llevado a cabo una gran cantidad de iniciativas incompletas en la implementación de expedientes clínicos electrónicos en el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SS y algunas instituciones privadas, todos conscientes de que el individuo es el centro del sistema de salud y el principal generador de información, sin embargo aún no se ha logrado un sistema integral de registro de información, ni tampoco un ECE que cumpla con todos los requerimientos de la Norma Oficial Mexicana.

La salud de la población de un país es un componente central del nivel de su desarrollo. En los últimos años, la reforma del sector público ha incluido la incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a los procesos y servicios que el gobierno oferta; el sector salud no ha sido la excepción. En México los esfuerzos para desarrollar la e-salud han evolucionado de proyectos individuales y relativamente aislados a la creación de programas nacionales que buscan aprovechar los beneficios del uso de las TIC. Los resultados son disímiles entre los distintos componentes de dichos programas y entre las distintas instituciones de salud que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS). La fragmentación del SNS, la concentración de las tecnologías en algunas zonas del país, los elevados costos de las TIC y el desconocimiento de las mismas por los médicos y los pacientes, representan algunos de los principales retos que la estrategia e-salud debe enfrentar para ser exitosa.

6. Seguridad del Paciente.

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes a fin de promover el estudio y la prevención de los eventos adversos que sufren los usuarios de los servicios de salud. En México, la Secretaría de Salud ha impulsado varias estrategias orientadas a sensibilizar a los prestadores de servicios sobre este tema a fin de establecer estrategias de registro y notificación de los eventos adversos, y difundir

experiencias que favorezcan el aprendizaje institucional. Por ahora se han estado midiendo Indicadores de estructura y de procesos relacionados con la seguridad en hospitales, entre los cuales se encuentra el indicador de servicios hospitalarios de apoyo diagnóstico regulados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Con el fin de garantizar la operación segura de los servicios de apoyo que se efectúan en los hospitales, se diseñaron una serie de lineamientos oficiales que definen los requisitos para la operación de laboratorios clínicos, unidades de rayos X y farmacia. Además de los requisitos en materia de equipamiento, los servicios de apoyo deben estar bajo la dirección de personal con el perfil profesional adecuado a fin de garantizar la efectividad de los servicios y la reducción de los riesgos potenciales en su operación. En este sentido se debe trabajar de manera intersectorial e interinstitucional para impulsar este importante componente de la atención a la salud de la población.

7. Impulsar la rectoría del Sector Salud mediante la implementación de modelos de formación de la alta dirección.

Los esquemas tradicionales de la rectoría de los sistemas de salud de nuestro país han asignado la responsabilidad de esta delicada tarea de administración y gestión de servicios de salud a los médicos especialistas destacados en alguna disciplina médica, para que ocupen alguna posición de alta dirección que se vuelve complicada al no contar con la formación y experiencia en esta área del quehacer en salud y que además repercute en la operación y adecuado funcionamiento de los servicios de salud. Por ello resulta imprescindible que se procure la formación del personal de alto nivel de los servicios de salud estatales, para con ello hacer más eficiente la prestación y calidad de los servicios de salud.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES 2013

Para dar cumplimiento a los objetivos, metas y líneas de acción, se propone el siguiente calendario de actividades de la Comisión de Salud de la Conferencia Nacional de Gobernadores, mismo que no es limitativo, por lo que podrá enriquecerse o cambiarse, con base en el avance que registren los asuntos propuestos.

Cabe señalar que este calendario sólo relaciona las actividades relevantes, y no refleja el trabajo diario que deben realizar la Coordinación y las Vicecoordinaciones.

FECHA PROPUESTA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
2013		
16 de agosto	Reunión Ejecutiva de la Comisión de Salud de la Conferencia Nacional de Gobernadores	Instalación de la Comisión. Presentación del Plan de Trabajo 2013.
20 de agosto	XLV Reunión Ordinaria de la Conferencia Nacional de Gobernadores	Aprobación del Plan de Trabajo 2013.
Por definir	Acercamiento con las Comisiones de Salud de las HH. Cámaras de Diputados y de Senadores del Congreso de la Unión.	Establecer lazos permanentes de coordinación con las comisiones correspondientes.
Por definir	Acercamiento con las autoridades Federales del Sector Salud	Concertar reuniones de acercamiento con los Titulares de las Comisiones y Organismos Federales del Sector, a fin de generar esquemas de cooperación.
Por definir	Acercamiento con ONG's e IAP's del Sector	Establecer posibilidades de un trabajo conjunto.
Por definir	Reunión Técnica de la Comisión de Salud	Revisar y enriquecer el Plan de Trabajo, y generar la agenda de actividades 2014. Informar sobre los resultados del acercamiento con otros actores del Sector, y establecer las posibilidades y mecanismos de cooperación.

