

Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA 1994-2000

Acad. Dr. Ignacio Trigos-Micoló,* Dra. Martha Barquín-Donnadieu,** Dra. Laura Gutiérrez-Soriano**

Resumen

El Programa Nacional de Cirugía Extramuros está diseñado para llevar atención quirúrgica especializada, altruista, con tecnología de punta a la población marginada del país en sus propias comunidades.

Con el objetivo de difundir la actividad que desempeñó este programa de la SSA a través de la Dirección General de Extensión de Cobertura, con el apoyo de instituciones privadas como las fundaciones Telmex y Prasad, la Academia Mexicana de Cirugía y Médicos Privados. Se presenta la organización, funcionamiento, actividad desarrollada y resultados obtenidos por el Programa Nacional de Cirugía Extramuros, en los últimos seis años analizando su filosofía, las estrategias aplicadas y las instituciones involucradas. Más de 50,000 pacientes fueron valorados y recibieron los beneficios del programa, llevando a cabo de manera altruista, 42,609 procedimientos quirúrgicos por más de 500 cirujanos y anestesiólogos, a lo largo y ancho del país, destacándose en los años más recientes, dentro del Federalismo, la ascendente tendencia a la descentralización de los servicios acorde a la Reforma del Sector Salud.

Palabras clave: cirugía extramuros, lineamientos de operación, calidad, resultados.

Summary

The objective of the program is to provide specialized surgical care to the poor Mexican population near or at their location throughout the country, providing excellent attention and quality of care free of any charge.

With this article, we pretend to inform how we carried this out and the results obtained in the last 6 years. The National Program is supported by the Mexican Health Secretariat and private foundations such as Telmex and Prasad, and is applied by the General Council of Coverage Extension. We also hope to stimulate the integration of new groups of Mexican surgeons.

More than 50,000 patients have benefitted and 42,609 surgical procedures were effected by more than 500 surgeons and anesthesiologists free of charge. The program is working according to the national tendency of decentralizing the activities, so that many groups are integrated by surgeons in their own Federal State of Mexico. In this article, we report the surgeries done and the specialties and institutions involved in this work.

Key words: Extramural surgery, Operative procedures, Quality, Results.

Introducción

A nivel nacional existe un alto porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza y marginación extrema que les impide obtener los satisfactores mínimos necesarios

acordes a la época actual. En materia de salud, existe un rezago en la atención y solución de múltiples problemas médicos quirúrgicos especialmente en el Sur y Sureste del país. Por esas razones, en el último lustro, México ha realizado un esfuerzo sin precedente para ampliar la cobertura de los Servicios de Salud a los rincones más apartados del ámbito rural entre la población con mayores índices de marginación.

La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y de la Dirección General de Extensión de Cobertura, ha aplicado tres acciones específicas como son: 1) el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), 2) el componente de salud del Programa de Educación Salud y Alimentación (PROGRESA), y 3) el Programa de Cirugía Extramuros con los cuales, ha trazado una estrategia para ensanchar la cobertura de los servicios y hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.

En el gremio médico nacional, sigue prevaleciendo un amplio sentido de solidaridad, entrega y mística de servicio comunitario altruista que, con un adecuado esquema directriz, como es el Programa de Cirugía Extramuros de la SSA,

* Académico Titular, Academia Mexicana de Cirugía. Director del Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA. México, D.F.

** Sub-directora Regional del Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Ignacio Trigos-Micoló
José María Vasconcelos No. 221
Col. San Miguel Chapultepec
México 11850, México, D.F.
Tel. y Fax 55 53 05 32
E-mail: itrigos@hotmail.com.mx

Recibido para publicación: 26/01/01.

Aceptado para publicación: 04/06/01.

es posible estimular y canalizar especialmente en las especialidades quirúrgicas.

Cirugía Extramuros representa una opción y alivio a este rezago nacional. Significa también, una forma de encausar la motivación y vocación de servicio del personal médico y paramédico, aplicando soluciones quirúrgicas modernas, con tecnología de punta, con calidad humana y profesional, capaz de solucionar múltiples problemas en las propias comunidades donde se encuentran los afectados.

Antecedentes y evolución

A mediados de los años sesenta y para proporcionar atención quirúrgica especializada a nivel nacional y contribuir con una visión realista, impregnada de solidaridad con la población marginada, un grupo de cirujanos del Hospital General de la SSA encabezados y estimulados por el profesor Acad. Dr. Fernando Ortíz Monasterio, se inicia un conjunto de acciones quirúrgicas, llevando atención de tercer nivel a los pacientes con defectos congénitos en sus propias comunidades⁽¹⁾.

Con dicho ejemplo, pronto se integraron en programas similares, otras especialidades quirúrgicas y, durante la siguiente década, se realizaron diferentes esfuerzos por diversas instituciones, especialmente por la Academia Mexicana de Cirugía. Esta institución, desde 1972 establece las “Misiones Médico Quirúrgicas” y, posteriormente en 1989 las “Convivencias Quirúrgicas” integradas con la misma mística para acercar y ofrecer servicios quirúrgicos especializados a la población rural que carece de acceso a este tipo de beneficios⁽²⁾.

Estos antecedentes, sensibilizaron a las autoridades sanitarias nacionales, quienes marcaron la necesidad de normar, sistematizar y regular la atención en campañas, por lo que a partir de 1989, la Secretaría de Salud, con el Acad. Dr. Jesús Kumate Rodríguez al frente, logró integrar el programa, ampliando su alcance e impacto a una mayor población hasta el término de su gestión^(2,3).

En la administración 1994-2000, el Acad. Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud, a través de la Subsecretaría de Planeación, intensificó las labores y, en 1997, por los atributos propios del programa, con el objetivo de avanzar en la cobertura y por su carácter social y altruista, el programa de Cirugía Extramuros, se integró a la Dirección General de Extensión de Cobertura de la recién estructurada Subsecretaría de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud⁽⁴⁻⁶⁾. A raíz de esta incorporación, el programa evolucionó conceptualmente y se adaptó a la nueva forma de operar de nuestras instituciones y elevó sus metas con horizontes más amplios y apoyos mejor estructurados⁽⁷⁾.

En esta labor, destacar la participación del Director del Programa (1991-1999) Acad. Dr. Federico Chávez Peón (q.e.p.d.) es un reconocimiento que queda en la memoria y en los anales de los hombres destacados, por su gran perso-

nalidad, entusiasmo y visión pero, sobre todo, por la nobleza, eficiencia, entrega y capacidad motivadora por él mostradas y, así logró obtener apoyos de instituciones privadas como TELMEX y PRASAD que siguen siendo pilares insustituibles del programa por su apoyo logístico y económico. Nuestro perenne reconocimiento.

Más recientemente (noviembre de 1999), con el ingreso del Lic. José Antonio González Fernández a la Secretaría de Salud, se efectuó una adecuación del organigrama de las áreas de Extensión de Cobertura y, en el año 2000 se integró el programa en una estructura horizontal, reforzándolo con las Direcciones Adjuntas de Apoyo a la Operación, de Planeación y de Administración de la propia Dirección General de Extensión de Cobertura con lo que, se consolidó su operatividad⁽⁸⁾. Con el apoyo de estas direcciones y mediante la apropiada coordinación de las mismas, con la dirección del programa, se aseguró, consolidó y transparentó la acción global y la instrumentación programática y presupuestal, administrando los recursos disponibles para optimizar el funcionamiento integral del propio programa. También a partir del año 2000, el Programa de Cirugía Extramuros ha entrado a formar parte de la nueva estructura programática (NEP) consolidando el financiamiento federal, su programación central y control de seguimiento en la contraloría interna (UCI), la SECODAM y CMHCD y de evaluación por la DGPOP y SHCP^(8,9).

Con dicho proceso evolutivo, en la actualidad, Cirugía Extramuros contribuye en la actualidad a atender los objetivos de la Reforma del Sector Salud, promoviendo la calidad y eficiencia de la prestación de servicios y ampliando la cobertura de los mismos⁽⁴⁾.

El objetivo general del Programa de Cirugía Extramuros, es llevar a la población marginada del país, en forma gratuita, atención quirúrgica especializada, con tecnología de punta, proporcionada por cirujanos certificados y de amplio reconocimiento nacional, en las localidades cercanas a su sitio de residencia, a través de campañas quirúrgicas, con coordinación de los tres niveles de atención, asegurándose la planeación, programación, presupuestación, control y evaluación del propio programa.

En la estructura actual, Cirugía Extramuros cuenta con una Dirección Nacional apoyada por dos Subdirecciones sectoriales, y un reducido grupo de personal operativo central con apoyo de la Dirección General de Extensión de Cobertura y sus diversas Direcciones ya mencionadas. Existe también un coordinador estatal (en cada entidad federativa) y coordinadores de campaña por cada especialidad quirúrgica además de un Consejo Consultivo por especialidad.

Por los acuerdos y alianzas ya establecidas con los Secretarios de Salud de las entidades federativas, se efectúan las acciones correspondientes, coordinando la detección de pacientes, su agrupamiento por tipo de patología, el hospital sede y las

instituciones participantes para que a través del coordinador estatal y con la anuencia del Secretario de Salud, se coordine una campaña, se determine el hospital sede, fecha probable y el grupo quirúrgico que tomará acción para programar la campaña y señalar los insumos requeridos, coordinando a nivel central los tiempos, entregas y transportación de cirujanos.

La participación del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Estatal) es fundamental, porque converge en la captación de la población a tratar, en el desarrollo operativo y en la promoción, así como en la difusión del mismo. El DIF estatal coordina el traslado gratuito de los pacientes y sus familiares a los lugares donde se efectuarán los procedimientos quirúrgicos y proporciona alojamiento y los alimentos requeridos durante la estancia en el albergue designado, con lo cual se cumplen sus objetivos primordiales además de lograr la coordinación de los eventos promovidos a nivel local.

Siempre en coordinación con el director del hospital, la participación de los hospitales sede y de su personal para las acciones quirúrgicas es determinante, porque contribuyen a la realización de los objetivos del programa, colaborando a otorgar la atención médica con calidad y garantizar las óptimas condiciones de su funcionamiento, con carácter altruista, tanto de la propia institución como del personal que ahí labora. Paralelamente, se promueve la actualización, capacitación e intercambio de experiencias profesionales y humanas entre los involucrados.

Las instituciones no gubernamentales médicas o sociales, como la Academia Mexicana de Cirugía o Sociedades y Asociaciones Nacionales, colaboran eficazmente con el programa, porque son las que proveen al personal médico especializado y los requerimientos de equipo, instrumental e insumos específicos; además de contribuir en la enseñanza e investigación, promueven el intercambio de experiencias y, finalmente, proporcionan los servicios a la población necesitada a lo largo y ancho del país. Por cada una de las instituciones involucradas, participan varios cirujanos y enfermeras que trabajan en equipo en forma perfectamente coordinada.

La optimización de los procedimientos, la expedita comunicación entre todos los sectores involucrados, la noble participación altruista de los cirujanos y sus grupos de trabajo, la coordinación del sector salud, el apoyo de la sociedad civil y de grupos e instituciones privadas, le han permitido al programa cumplir con sus objetivos.

Una vez integrados y coordinados todos los sectores involucrados, basados en el programa operativo, como estrategia de acción, se aplica cualquiera de los dos tipos de campañas quirúrgicas que se han diseñado:

Campaña desconcentrada

Evento quirúrgico organizado por la Dirección Nacional con la visita y participación de cirujanos de la ciudad de Méxi-

co, a las diferentes localidades del país, con financiamiento y apoyo federal, a través de la Dirección Nacional y de las Direcciones de Extensión de Cobertura.

En estas campañas, las intervenciones quirúrgicas son realizadas con carácter altruista por cirujanos del área central. Todos los cirujanos participantes son ampliamente reconocidos por su trayectoria y pertenecientes a diversas instituciones, academias, asociaciones, sociedades, colegios y universidades, que apoyan al programa. Por cada institución participante, se nombra un coordinador quirúrgico, responsable de la conducción de cada campaña quirúrgica asignada.

Campañas descentralizadas

Eventos quirúrgicos organizados por cada entidad federativa. Aplicados a sus propias comunidades con la participación altruista de cirujanos de la localidad, con financiamiento propio y, ocasionalmente con ayuda central en lo referente a insumos y equipo médico especializado como microscopios quirúrgicos, lentes intraoculares y viscoelástico para cirugía oftálmica.

La actualización y consolidación del programa estatal depende, dentro del marco de descentralización, de la implementación y aplicación de los lineamientos y procedimientos del programa, así como del estímulo y la participación de los promotores, coordinadores, directivos estatales y gremio médico para obtener las metas y objetivos trazados.

El éxito de las campañas descentralizadas, depende primordialmente de la motivación y adecuada coordinación local. Los lineamientos generales, los pacientes, los apoyos locales y centrales existen, la motivación y organización local en algunas entidades requiere reforzarse.

Dentro de sus principios generales, el programa hace hincapié en prever y evitar la competencia injustificada y desleal de sus actividades frente a la consulta y práctica privada de los médicos locales, porque su actividad se enfoca exclusivamente a la población marginada en estado de pobreza que les impide el acceso a los servicios médicos quirúrgicos en cualquier nivel por lo que este programa no significa ninguna competencia para el gremio médico. Cirugía Extramuros es la única opción que tiene la población marginada en pobreza extrema, para obtener servicios quirúrgicos de tercer nivel.

El objetivo fundamental de esta presentación, es difundir la existencia del programa, reportar las actividades realizadas en los últimos años, con especial referencia al año 2000, y analizar su proyección con el ámbito nacional.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Resultados

De diciembre de 1994 a diciembre de 2000, se organizaron financiaron, supervisaron y efectuaron 300 campañas quirúrgi-

cas en 29 entidades federativas, habiéndose atendido a más de 50,000 mexicanos en quienes se efectuaron 42,609 diferentes procedimientos quirúrgicos variados, con la participación de más de 550 cirujanos y anestesiólogos, habiéndose efectuado 13,168 cirugías en el año 2000 hasta diciembre. Estos logros crecientes, están en relación directa con el incremento presupuestario pero, más directamente con el cumplimiento de los lineamientos del programa que se presentaron en este año^(13,14) así como con la creciente participación de diversos grupos quirúrgicos (Figuras 1, 2, 3 y Cuadros I, II y III).

De las 42,609 cirugías realizadas en 29 entidades federativas, 20,701 son de cirugía general, en donde se incluyen a diversas especialidades quirúrgicas como son; cirugía gastroen-

terológica y hernias diversas de pared. También se encuentran incluidas en menor proporción: cirugías de urología, de vascular periférico, otorrinolaringología, de neurocirugía y pocos casos de cirugía de corazón. En esa misma cifra hay en proporción mayor, la cirugía pediátrica general y a la cirugía ginecológica (no obstétrica). En estas áreas, encasilladas como cirugía general, la Academia Mexicana de Cirugía y los Colegios Estatales, han tenido el papel preponderante a través de las convivencias quirúrgicas en el primer grupo y, a través de campañas descentralizadas en el segundo. Nuevas instituciones privadas se han integrado en el último año, dando un incremento y variedad al tipo de campañas.

Como especialidad específica, la oftalmología ha contribuido con los números mayores porque durante el último sexenio, se efectuó un total de 16,521 cirugías de las cuales, más de 65% de ellas, es cirugía de catarata con colocación del mismo número de lentes intraoculares aplicándose incluso, las más modernas técnicas de facoemulsificación en algunos casos, a pesar de lo sofisticado que pueda parecer el procedimiento en recónditos parajes nacionales. Cirugía de estrabismo y tratamientos de pterigionos complementan el panorama de atención de esta especialidad, en la cual participan diversos grupos de la ciudad de México como son: la Asociación para Evitar la Ceguera, la Fundación Conde de la Valenciana, y oftalmólogos de los Hospitales Juárez, Xoco, Nuestra Señora de la Luz, Hospital General de México y del Gea González, así como de la Academia Mexicana de Cirugía. Los Colegios Estatales de Oftalmología de Puebla, Coahuila, Nuevo León, Durango, Guanajuato, San Luis Potosí, Sinaloa, Campeche y Michoacán, han sido particularmente activos en sus propias comunidades, manteniendo siempre los más altos niveles de calidad y control de la aten-

Campañas en 29 entidades federativas: 300
Cirugías realizadas: 42,609

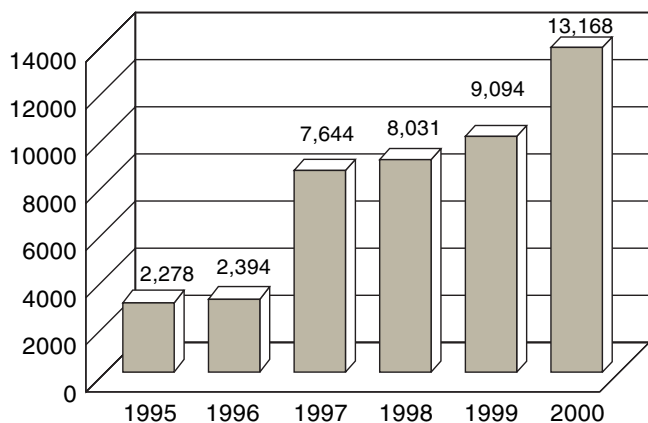


Figura 1. Programa Nacional de Cirugía Extramuros. Cirugías realizadas 1995-2000.

Tipo de campañas
114 campañas

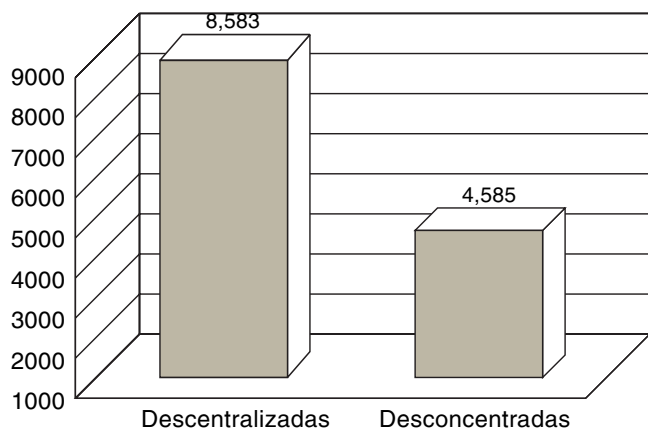


Figura 2. Programa Nacional de Cirugía Extramuros. Cirugías realizadas en el año 2000: 13,168.

Cirugías: 13,168

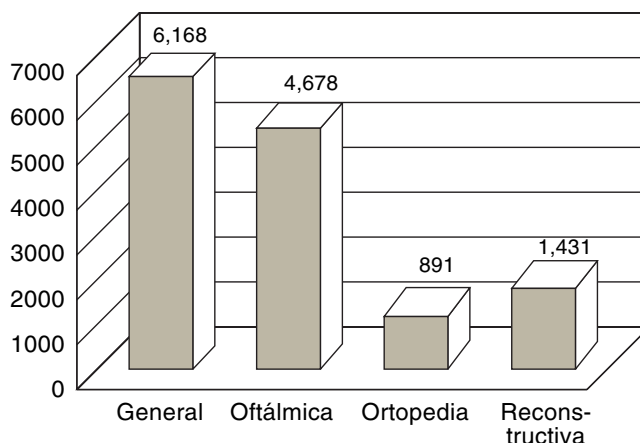


Figura 3. Programa Nacional de Cirugía Extramuros. Cirugías realizadas por especialidad en el año 2000.

Cuadro I. Distribución de 13,168 cirugías realizadas en el año 2000

Entidad	Cirugías realizadas	Gral.	Oft.	Rec.	Ort.
Campeche	420	58	234	93	35
Coahuila	1186	468	597	74	47
Chiapas	567	224	171	78	94
Chihuahua	18	—	—	18	—
D.F.	45	—	—	45	—
Durango	880	—	646	93	141
Guanajuato	315	—	112	203	—
Guerrero	288	—	137	28	123
Jalisco	47	—	—	—	47
Edo. de México	744	617	113	11	3
Michoacán	393	55	224	101	13
Oaxaca	522	154	285	76	7
Puebla	5484	3724	1252	163	340
Quintana Roo	429	—	265	164	—
San Luis Potosí	461	83	330	48	—
Sinaloa	124	—	7	117	—
Tamaulipas	440	400	40	—	—
Tlaxcala	158	—	158	—	—
Veracruz	431	277	39	115	—
Zacatecas	128	15	107	4	2

ción brindada. Múltiples ejemplos y testimonios de los propios pacientes, así avalan la labor realizada.

La cirugía ortopédica se ha enfocado primordialmente a tratar alteraciones congénitas en los miembros inferiores como son: el pie equino-varo y otras en donde la participación del Instituto Nacional de Ortopedia ha sido determinante. Hasta la fecha se han efectuado 3,127 procedimientos quirúrgicos por esta especialidad.

Finalmente, la cirugía plástica y reconstructiva, especialidad pionera en estas actividades, en este periodo ha intervenido y efectuado 2,260 procedimientos fundamentalmente de labio y paladar hendido y de secuelas de quemaduras. Cabe destacar que la mitad de estos actos quirúrgicos se efectuó en el último año (1,431 cirugías en el año 2000). Esta especialidad ha incrementado su participación por la incorporación de grupos quirúrgicos como “Operación Sonrisa” y el grupo “Nuevo Amanecer” que, aunque anteriormente venían funcionando, no lo hacían en combinación con el Programa de Cirugía Extramuros. Otros grupos del interior del país también trabajaban aisladamente, y ahora, al integrarse, son coordinados por el programa con lo que se ha podido establecer una estrategia de regionalización armónica, sin que interfieran unos grupos con otros. Así, en San Luis Potosí, Quintana Roo, Durango y Guerrero, los grupos de cirujanos locales han reforzado las acciones con el apoyo e infraestructura de Cirugía Extramuros.

En los cuadros I, II y III se indica la entidad federativa y los logros alcanzados, además los resultados y la divi-

sión por especialidad, aspectos más aparentes en las figuras 1, 2 y 3.

Toda esta actividad quirúrgica ha sido financiada con el presupuesto asignado al programa por parte de la Secretaría de Salud, y complementado generosamente por la Fundación TELMEX y, por el apoyo específico de otras fundaciones privadas, como es el caso de PRASAD, que apoya “en especie” las actividades de diversos grupos de oftalmología.

Cabe destacar que la calidad de los servicios otorgados siempre se encuentra en supervisión estrecha en lo que se refiere a calidad, tanto profesional como humana, a fin de otorgar siempre a los beneficiados, servicio de excelencia, con tecnología de punta. Las complicaciones que se encontraron fueron mínimas y siempre resueltas o en su propio ámbito, o en algunos casos, trasladando a los pacientes y sus familiares a centros de atención de tercer nivel. Durante el último año, sólo se presentó una complicación irreversible con el fallecimiento de un niño, con deformidades congénitas, durante el proceso de inducción anestésica antes de iniciar la cirugía propiamente dicha. La cirugía no puede considerarse como una actividad libre de complicaciones en su práctica y ejecución por lo que, Cirugía Extramuros ha hecho, y seguirá haciendo, hincapié en cuidar al máximo la calidad de los servicios otorgados, así como de los cirujanos involucrados, y su responsabilidad compartida con el resto del personal participante en el cuidado de los pacientes a todos los niveles. Se debe vigi-

Cuadro II. Cirugías realizadas 1995-2000.

Entidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Baja California	-	-	-	-	100	-	100
Campeche	53	205	189	402	822	420	2,091
Coahuila	-	356	320	846	744	1,186	3,452
Chiapas	455	62	518	501	620	567	2,723
Chihuahua	-	-	65	116	80	18	279
D.F.	-	-	-	59	92	45	196
Durango	497	206	564	758	570	880	3,465
Guanajuato	-	-	14	-	-	315	329
Guerrero	913	298	137	181	248	288	2,065
Hidalgo	-	-	81	55	112	-	248
Jalisco	24	196	37	80	861	47	1,245
Edo. de México	-	-	96	202	210	744	1,252
Michoacán	156	195	407	246	240	393	1,637
Morelos	-	-	82	144	100	-	326
Nuevo León	-	-	100	138	220	-	458
Nayarit	156	516	-	32	210	-	914
Oaxaca	-	145	190	170	328	522	1,355
Puebla	-	-	2,424	1,370	1,399	5,484	10,677
Querétaro	-	-	-	101	19	-	120
Quintana Roo	-	36	93	221	427	429	1,206
San Luis Potosí	-	-	-	312	-	461	773
Sinaloa	-	-	-	-	50	124	174
Sonora	-	-	-	-	80	88	168
Tabasco	-	134	487	558	690	-	1,869
Tamaulipas	-	-	1,733	787	250	440	3,210
Tlaxcala	-	-	-	702	-	158	860
Veracruz	-	45	107	-	522	431	1,105
Yucatán	24	-	-	50	100	-	174
Zacatecas	-	-	-	-	-	128	128
Total	2,278	2,394	7,644	8,031	9,094	13,168	42,609

Cuadro III. Cirugía por año y especialidad

Especialidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Cir. general	548	879	5,040	4,022	4,044	6,168	20,701
Oftalmología	1,246	1,139	1,930	3,360	4,150	4,678	16,521
Ortopedia	422	340	438	386	630	891	3,127
Cir. reconstructiva	24	36	236	263	270	1,431	2,260
Totales	2,278	2,394	7,644	8,031	9,094	13,168	42,609

lar –y así se hace– que la participación de todos, se considere como un privilegio de servir y un alto compromiso con el bienestar de cada individuo, responsabilizando al coordinador de cada campaña, para ofrecer siempre los más altos parámetros de control y calidad.

Hablar de resultados y números fríos no representa fielmente la realidad de los beneficios proporcionados por el programa, por lo que debe destacarse además de la labor asistencial, las labores de seguimiento y control de los pa-

cientes, así como sus reales repercusiones en la calidad de vida de los pacientes tratados.

El justo reconocimiento a la labor de los Cirujanos participantes es incuestionable. En esta labor no debe omitirse reconocer además el noble esfuerzo llevado a cabo por los anesthesiólogos, parte fundamental en el desarrollo de la cirugía. Se deben reconocer además las participaciones de los médicos ayudantes, la labor desempeñada por las enfermeras instrumentistas y circulantes de cada quirófano.

no, del personal de recuperación postoperatoria y de las centrales de equipos que preparan los requerimientos para cada cirugía y tienen los insumos listos y los equipos disponibles al momento. La participación destacada de los médicos de cada Hospital, particularmente de cada uno de los directores y de cada área comunitaria que detectan, estudian y cuidan a los pacientes en su evolución. Cabe destacar además, a todo el personal que labora en los diferentes albergues y que sirven de apoyo a los inquietos familiares que viven la angustia de entregar a sus pacientes a un acto quirúrgico desconocido, y a veces mágico para muchos de ellos. Finalmente, las labores de los choferes y personal de apoyo en diferentes áreas para coordinar la distribución, entrega de insumos y traslado de los pacientes, sin olvidar a las trabajadoras sociales y comunitarias, cuya labor es también destacada para otorgar los servicios comprometidos.

Gracias, muchas gracias a todos, porque cada quien en el nivel correspondiente, hemos contribuido exitosamente para que muchos mexicanos puedan ver, hablar, caminar y sonreír.

Agradecimientos

A la Lic. María de Lourdes Ponce de León, analista económico, por su valiosa cooperación en la elaboración de este material estadístico y gráfico, así como a la secretaria del Programa Magdalena Salmorán, por su constante y eficiente actividad en el programa.

Referencias

1. Trigos MI, Mendoza M, Ramos G, Ortiz Monasterio F. A cleft palate team. A mobile unit in Mexico 1974-1981. Abstracts of the IV International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies. Acapulco, México: 1981.
2. Convivencias Quirúrgicas 1989-93. Academia Mexicana de Cirugía. 1994. México.
3. Convivencias Quirúrgicas 1993-94. Academia Mexicana de Cirugía. 1995. México.
4. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. (Poder Ejecutivo Federal.) México, 1995.
5. De la Fuente JR. Federalismo y descentralización del Sector Salud. Hacia la Federalización de la Salud en México. Ed. SSA. Consejo Nacional de Salubridad. México 1996.
6. Convenios de coordinación sectorial para la instrumentación de ampliación de cobertura en las Entidades Federativas. SSA, Dir. Gral. del PAC. México, 1996.
7. Manual de organización de la Dirección General de Extensión de Cobertura. Subsecretaría de Coordinación Sectorial de la SSA. Oct. 1998.
8. La extensión de los Servicios de Salud en México. Estrategias y programas actuales. Ed. SSA. México 1999.
9. Memorias de la Reunión Nacional de Responsables Estatales de los Programas y Estrategias de Extensión de Cobertura. Ed. SSA. México, Junio 2000.
10. Memorias de la Reunión Nacional de Coordinadores Estatales y de Especialidades Quirúrgicas del Programa de Cirugía Extramuros. SSA. México, julio de 2000.
11. Lineamientos de operación. Programa de Cirugía Extramuros. SSA. México, Julio 2000.
12. Programa de Cirugía Extramuros. Lineamientos de operación. Cuadernos técnicos de la SSA. Ed. Grafik, México, D.F. Nov. 2000.
13. Memoria de una experiencia de atención especializada a la Salud en el medio rural. 1994-2000. Programa de Cirugía Extramuros. Ed. SSA, México, 2000.
14. Convivencias quirúrgicas 1999-2000. Academia Mexicana de Cirugía 2000. México.