



GOBIERNO DEL ESTADO
2010-2016



ZACATECAS
CONTIGO EN MOVIMIENTO

DIAGNOSTICO ESTATAL SECTORIAL DE SALUD 2016

Índice

Introducción

Marco Jurídico

I. Objetivos del Sector

- 1.1 Objetivo General
- 1.2 Objetivos Específicos
- 1.3 Misión, Visión, Valores

II. Diagnóstico de la Situación Actual de Salud

2.1 Antecedentes

2.2 Aspectos Socio-demográficos

2.2.1 Dispersión de la Población

2.2.2 Dinámica de Población

2.2.3 Indicadores Socioeconómicos

2.3 Daños a la Salud

2.3.1 Morbilidad

2.3.2 Principales causas de Egresos Hospitalarios

2.3.3 Mortalidad

2.4 Respuesta Social Organizada

2.4.1 Infraestructura en Salud

2.4.2 Recursos Humanos

2.4.3 Servicios Otorgados

2.4.4 Capacidad Hospitalaria

2.4.5 Servicios de Protección contra Riesgos Sanitarios

2.4.6 Régimen Estatal de Protección Social en Salud

III. Anexos

INTRODUCCIÓN

El **Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud** se considera como la investigación operativa por excelencia del Sector; se constituye como un punto de partida para el proceso de la planeación de los servicios, ya que le permite identificar las diferentes necesidades en el tema de recursos materiales, financieros y humanos.

El eje central de todo **Diagnóstico de Salud** es la epidemiología ya que constituye la base para identificar los daños existentes en la salud de la población, a través de la morbilidad y la mortalidad así como los factores que determinan el comportamiento del proceso Salud – Enfermedad.

El presente documento se integra por los siguientes apartados:

Introducción: Breve explicación acerca de lo que es el documento.

Marco Jurídico: Sustento jurídico del documento.

Objetivos del Sector: Da a conocer los alcances que el sector quiere obtener.

Diagnóstico de la situación actual de salud: Breve explicación de los antecedentes y aspectos socio - demográficos.

Daños a la Salud: Identifican los factores que determinan el comportamiento del proceso salud – enfermedad.

Respuesta Social Organizada: Documenta la infraestructura, recurso humano y servicios otorgados.

Anexos: Da la referencia bibliográfica y de donde se obtuvieron los datos del presente diagnóstico.

La elaboración de este documento es un proceso anual que concentra la información del Sector Salud (**IMSS, ISSSTE, IMSS–Prospera, Servicios de Salud de Zacatecas, Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la Secretaría de Salud del Estado**), en donde se incorporan aspectos que analizan y elevan la calidad de los Servicios de Salud.

Con ello se documenta la naturaleza y magnitud de los retos que enfrenta una sociedad, se define de manera más racional las prioridades, y se fortalece la toma de decisiones; se puede llegar a la conclusión más objetiva sobre el impacto del quehacer diario de las instituciones.

Por otra parte, facilita valorar las posibilidades y recursos de la comunidad para incorporarlas y que coadyuven a la planeación y programación de acciones locales de salud y por lo tanto en la operación de los servicios.

MARCO JURÍDICO**DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 5-II-1917 y sus reformas.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Zacatecas. Periódico. Suplemento del Periódico Oficial del Estado de Zacatecas 11-VII-1998 y sus reformas.

LEYES

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 7-II-1984 y sus reformas.

Ley de Salud del Estado de Zacatecas publicada en el Suplemento al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, 30-VI-2001 y sus reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación 29-XII-1976 y sus reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Zacatecas. Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado 04-VIII-2012 y sus reformas.

Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación 01-IV-1970 y sus reformas.

Ley Federal de Responsabilidad Administrativa de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación el 13-III-2002 y sus reformas.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Zacatecas. Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado de Zacatecas 06-II-2013.

Ley del Instituto de Seguridad Social y Servicios de Los Trabajadores del Estado. Diario Oficial de la Federación el 31-III-2007 y sus reformas.

Ley de Planeación. Diario Oficial de la Federación 5-I-1983 y sus reformas.

Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Zacatecas. Publicada en el Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado de Zacatecas, el 07-V-2003.

Ley de las Entidades Públicas Paraestatales del Estado de Zacatecas. Publicada en el Suplemento al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 07-0I-1989 y sus reformas.

Ley del Servicio Civil del Estado de Zacatecas. Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 11-IX-1996 y sus reformas.

Ley General de Contabilidad Gubernamental, Diario Oficial de la Federación 31-XII-2008.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Zacatecas. Publicada en el Suplemento 4 al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 2-VI-2016.

DECRETOS

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de la Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Diario Oficial de la Federación 30-VIII-1983.

CONVENIOS

Convenio Único de Desarrollo que suscribe el Ejecutivo Federal y el Estatal Diario Oficial de la Federación 26-IV-1991.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional. Diario Oficial de la Federación 18-II-1985 – F.E.D.O.F. 10/VII/85

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Diario Oficial de la Federación 20-II-1985 – F.E.D.O.F. 26/XI/87 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación 14-V-86 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad. Diario Oficial de la Federación 26-X-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación 6-I-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. Diario Oficial de la Federación 1-I-1988.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación 29-V-1989.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Diario Oficial de la Federación 26-III-2014.

ACUERDOS

Acuerdo interno que crea y establece las normas de modernización administrativa para la organización de las unidades administrativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación 22-VI-1983.

Acuerdo de coordinación para la realización del Programa sectorial concertado, denominado Promoción y Gestión para el establecimiento del Sistema Estatal de Control. Diario Oficial de la Federación 17-II-1984.

Acuerdo que crea las oficinas de quejas y denuncias de la Secretaria de Salubridad y Asistencia y por el que se establece el procedimiento para aplicar la Ley Federal de Responsabilidades de los Servicios Públicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y de las entidades paraestatales agrupadas en el sector salud en los términos de los artículos 50 y 51 de la ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación 22-VI-1983.

Acuerdo Interno No. 25 por el que las Unidades Administrativas de la Secretaria de Salud, que se indican, deben contar con una Unidad de Planeación. Diario Oficial de la Federación 2-IV-1984.

Acuerdo Interno No. 31 por el que se establecen las normas a las que se ajustara la organización y funcionamiento de las Delegaciones Administrativas de la Secretaría de Salud y Asistencia. Diario Oficial de la Federación 17-VIII-1984.

Acuerdo Interno No. 33 por el que se desconcentran las facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas. Diario Oficial de la Federación 31-VIII-1984.

Acuerdo No. 55 por el que se integran patronatos en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación 17-III-1986.

NORMATIVIDAD SECUNDARIA

Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud de Zacatecas, publicado en el Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado 07-II-2015 y sus Reformas

Manual de Organización de los Servicios de Salud de Zacatecas, publicado en el Suplemento del Periódico Oficial de Estado 14-V-2016

OTROS

NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación. Modificación 15-X-2012.

NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación. 30-V-1994.

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación. 06-I-1995.

NOM-007-SSA2-1993- Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

NOM-034-SSA2-2002- Prevención y Control de Defectos al Nacimiento.

Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preclamsia/eclampsia 2007.

Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y manejo de Hemorragia Obstétrica.

Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y manejo de Sepsis Puerperal.

Lineamiento Técnico de Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros y Recién Nacido Sano.

Lineamiento Técnico de Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel.

Lineamiento Técnico de Cesárea Segura.

Lineamiento Técnico de Tamiz Neonatal

Estrategia del Hospital Amigo del Niño y de la Madre

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Diario Oficial de la Federación 19-II-2013.

NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria. Diario Oficial de la Federación 19-XII-2012.

NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. Diario Oficial de la Federación. 07-I-2013.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación 17-II-2003.

I. OBJETIVOS DEL SECTOR

1.1 OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer al Sector Salud y a las áreas competentes información con respecto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades más comunes en el Estado, así como los recursos físicos y humanos existentes con el fin de establecer estrategias que garanticen la calidad de los servicios que se otorgan.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fortalecer la prevención y promoción de la salud a través de la identificación de las condiciones de salud.
- ✓ Identificar áreas de oportunidad para lograr la equidad, calidad y accesibilidad de los Servicios de Salud a la población.
- ✓ Mejorar la capacitación y el desarrollo del recurso humano.
- ✓ Contribuir al fortalecimiento del Sector Salud mediante la optimización de los recursos humanos, materiales y financieros.
- ✓ Mejorar la capacidad instalada de infraestructura a través de la ubicación de las redes de servicios.

1.3 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN

Proporcionan servicios integrados de atención a la salud de la población con dignidad, y equidad de género, a través de la implementación de políticas públicas para contribuir a la construcción de una sociedad más justa.

VISIÓN

Ser la dependencia líder del Sector que garantice la prestación de servicios de salud con calidad y equidad de género, asegurando la igualdad de oportunidades sin discriminación al interior y exterior de la institución.

VALORES

Responsabilidad, Identidad, Empatía, Calidad, Compromiso Social, Honestidad, Sentido Práctico, Humanismo, Eficiencia, Respeto, Disciplina, Tolerancia.

II. SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

2.1 ANTECEDENTES

El propósito de la elaboración de un diagnóstico de salud es tener un estudio objetivo del nivel de salud del Estado mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada región, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. El diagnóstico de salud es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria.

Conocer la situación del proceso salud – enfermedad de cada una de las regiones del Estado, para lo cual, hay que realizar lo siguiente:

- Crear un plan o proyecto para producir mejor salud.
- Mejorar el nivel de salud de cada región.
- Ayudar a la región y dar solución a los problemas que esta presenta.

¿Cómo comenzar?

Para planificar una intervención de salud lo primero que hay que hacer es analizar y medir el estado de salud de la población. La realización de un diagnóstico de salud se parte de cero, pues apenas se va a conocer y ver qué problemas presenta el estado.

Se deben tomar en cuenta varios datos sobre el Estado de Zacatecas que nos permita conocerlo así poder determinar los problemas que presenta. Estos deben estar divididos o analizados desde el punto de vista cuantitativo y el cualitativo, ya que necesitamos los datos y cifras para registrar, pero también necesitamos del testimonio y opinión de quienes integran la comunidad. Para así facilitar el proceso de determinación de problemas.

2.2 ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Zacatecas es la octava Entidad Federativa por su tamaño; cuenta con **75,539.33** km² de superficie territorial se localiza al centro norte de la República Mexicana.

Su territorio comprende extensas llanuras semidesérticas en la zona norte, así como valles situados entre los altos sistemas montañosos; al suroeste se encuentra ubicada la Sierra Madre Occidental, limita al Norte con Coahuila, al Este con San Luis Potosí, al Sur y Sureste con Jalisco y Aguascalientes, al Suroeste con Nayarit y al Noroeste con Durango (**ver mapa N° 1**)

Cuenta con **58** municipios, los cuales se encuentran agrupados en **10** regiones respondiendo a criterios establecidos por el *Comité de Planeación para el Desarrollo de*

Zacatecas (**COPLADEZ**); en aspectos de salud, los Servicios de Salud de Zacatecas han regionalizado el Estado en **7** Jurisdicciones Sanitarias (**ver mapa N° 2 y 3**)

2.2.1 DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN

Su población de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 es de 1'490,668 habitantes y para el 2016 es de **1'588,418** habitantes según proyección de población CONAPO y con una densidad de población de **21.03** hab. por km² (**ver cuadro N° 1 y 2**)

La población urbana representa el **61.35** % y la rural el **38.65** del total, esta última teniendo un decremento con respecto a los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Sin embargo, varias Jurisdicciones Sanitarias aún presentan niveles altos de población rural como son **Ojocaliente, y Concepción del Oro** (**ver cuadro N° 3**)

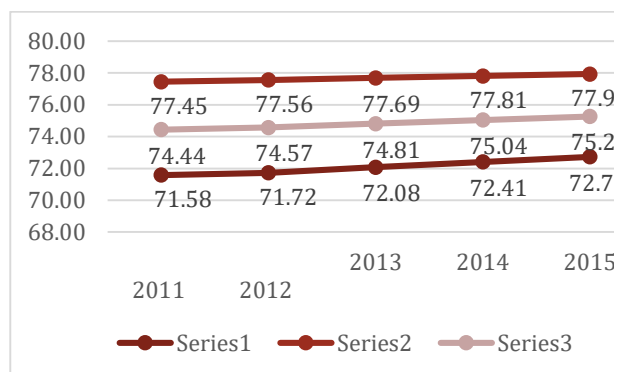
Los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, indican que en el Estado existen **4,672** localidades donde se destacan **3,437** menores de 100 habitantes, que representan el **73.57** %. Este hecho, representa una de las grandes limitantes para ofertar servicios de salud a esta población (**ver cuadro N° 4**)

La emigración hacia las principales ciudades del país y hacia los Estados Unidos dada por las características muy peculiares de la Entidad, por un lado, ha impreso a la entidad situaciones socioeconómicas específicas y por otro lado, ha sostenido una tasa de crecimiento social de **-0.56** lo que representa una disminución en el total de la población sobre todo en los municipios de mayor expulsión de fuerza de trabajo (**ver cuadro N° 5**)

La permanencia de altas tasas de natalidad y la constante disminución de las tasas de mortalidad tanto en el nivel nacional como en el Estado, tuvieron como consecuencia un rejuvenecimiento de la población hasta los años setentas y ochentas, sin embargo, en las últimas décadas este fenómeno se ha detenido por lo que hoy el grueso de la población se encuentra en los grupos de edad productiva y adultos mayores (**ver cuadro N° 6 y 7**)

La esperanza de vida de los zacatecanos al nacimiento es un indicador resumen de muchos factores que inciden en el estado de salud de una comunidad, para la entidad se ha elevado del 2011 al 2015 de **71.58** a **72.73** en hombres y de **77.45** a **77.93** en mujeres.

Mientras que el mismo indicador a la edad de 40 años es de **37.0** en hombres y de **41.5** en mujeres, lo que repercute en una mayor demanda de servicios en programas de enfermedades crónico no transmisibles y por ende, se requiere de un mayor presupuesto para la atención de este tipo de pacientes (ver cuadro N° 8)



Fuente: CONAPO.- Zacatecas: Indicadores demográficos (Esperanza de Vida), 1990-2030

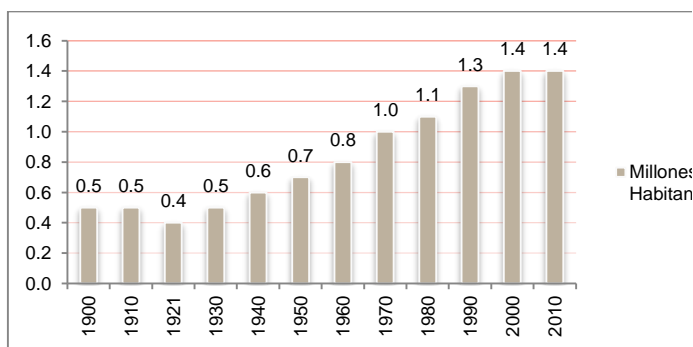
De acuerdo al indicador elaborado por CONAPO, la marginación en el Estado ocupa el 13° lugar en el contexto nacional. De los 58 municipios de la entidad, 1 se clasifica en alto, 33 en medio, 21 en bajo y sólo 3 en muy bajo (ver cuadro N° 9 y mapa N° 4)

Actualmente solo el de Jiménez del Teúl presenta alto grado de marginación, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Fresnillo. Los 5 primeros municipios con Medio Grado de Marginación son General Enrique Estrada, Momax, Sombrerete, Tabasco y Vetagrande, donde las Jurisdicciones predominantes son las de Jalpa y Tlaltenango. Los 5 primeros municipios de la lista con Bajo Grado de Marginación son Calera, Concepción del Oro, Fresnillo, Jerez y Juchipila aquí predominan las Jurisdicciones de Ojocaliente. Y solamente los municipios de Guadalupe, Morelos y Zacatecas presentan un nivel Muy Bajo de Grado de Marginación.

El total de población clasificada en alto grado de marginación es de **4,453**, con grado medio **482,312**; grado bajo **751,135** y por último con grado muy bajo **338,168**.

2.2.2 DINÁMICA DE POBLACIÓN

En el Estado de Zacatecas, los Censos de Población se han realizado desde el año 1900 hasta el 2010. En la siguiente gráfica se muestra el crecimiento de la población a través de los años y por cada Censo.



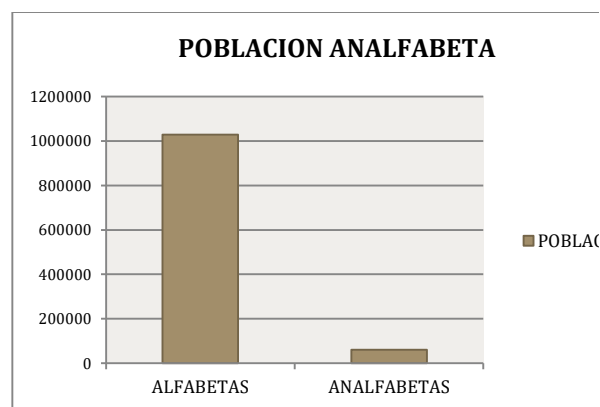
Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda 2010.

De 1900 a 1910 prácticamente la población se mantuvo, pero en el Censo de 1921, se registró una disminución en el número de habitantes, y a partir de 1930 y hasta la fecha se ha presentado un crecimiento constante, observando solo un ligero crecimiento en la última década.

2.2.3 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

ANALFABETISMO

Los índices de analfabetismo en el Estado de Zacatecas se encuentran relativamente bajos, se ha logrado avanzar en forma sustancial, alcanzando el **93.89** % de la población de 15 años y más de acuerdo a los datos del Censo de Población y Vivienda 2010, saben leer y escribir; sin embargo, es importante impulsar los programas de alfabetización para abatir el rezago aún existente que es de **5.55** % (cuadro N° 10)

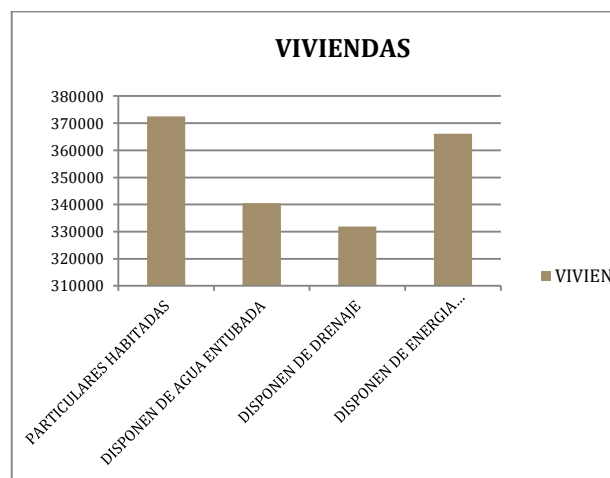


FUENTE: INEGI.- Censo de Población y Vivienda 2010

VIVIENDA

La disponibilidad de servicios en las viviendas se asocia no sólo a los niveles de bienestar social sino también con los niveles de salud de la población.

El número de viviendas en relación a sus ocupantes refleja el promedio de personas por vivienda; para Zacatecas este es de **3.96** de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, la disponibilidad en las viviendas zacatecanas de los tres servicios básicos; agua entubada, drenaje y energía eléctrica, han incrementado notablemente, aunque existe una variación significativa entre el medio urbano y el rural; de acuerdo a la fuente anterior se tiene que del total de viviendas un **91.40** %



FUENTE: INEGI.- Censo de Población y Vivienda 2010

cuenta con agua potable, un **89.11 %** tiene drenaje y un **98.30 %** con electricidad (**ver cuadro N° 11**).

2.3 DAÑOS A LA SALUD

SALUD PÚBLICA

La transición epidemiológica es el aparente cambio de los patrones de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas – degenerativas, teniendo como resultado una ganancia en la esperanza de vida poblacional. Se divide en tres etapas fundamentales:

1. Estancamiento en las tasas de morbilidad en niveles muy altos.
2. Control importante en la morbilidad, determinado por el mejoramiento de las condiciones de vida y medidas de control sanitario.
3. Enfermedades crónicas – no transmisibles provocadas por el hombre, esta constituye una fase de meseta para las tasas de mortalidad, pero en niveles más bajos.

Los acelerados cambios demográficos que proporcionan el envejecimiento de las poblaciones no han dejado de manifestarse en el Estado. La pirámide poblacional empieza a dar muestra de ello, con un ensanchamiento en su cúspide al tiempo que la base se estrecha.

El incremento de la esperanza de vida, aunado a las mejores condiciones de vida de la población y al adelanto en la calidad de la atención médica, conduce al fenómeno observado de morbilidad y mortalidad en los últimos decenios.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, accidentes, trastornos circulatorios, enfermedades del metabolismo y enfermedades degenerativas, actualmente ocupan los primeros sitios.

La mayoría de las enfermedades infecciosas han declinado como causa de muerte, sin embargo, aún tienen gran importancia en cuanto a impacto sobre la demanda de servicios de salud y de producción de incapacidad, secuelas y muerte.

La distribución y la incidencia de la mortalidad en el interior de la población distan mucho de ser homogéneas. Estudiar las características de la distribución de estos problemas a través de los estratos urbano y rural, así como de los estratos socioeconómicos es indispensable.

México y por ende el Estado de Zacatecas podría estar experimentando una transición retardada, donde la combinación de las enfermedades crónicas e infecciosas persistiría por largo tiempo.

Esto reflejaría una polarización epidemiológica de la sociedad, donde los segmentos más acomodados habrían llegado al término de la transición, mientras que los grupos más pobres, seguirían presentando la patología pre - transicional, como sería la coexistencia de enfermedades infecciosas y desnutrición con enfermedades crónicas degenerativas y accidentes.

SALUD REPRODUCTIVA

Las mujeres en edad fértil representan el 30.25% del total de la estructura poblacional, el número de Usuarías Activas en el 2015 fue de 181,163 en las instituciones públicas del sector salud de las cuales 126,579 que representan el 69.87% son atendidas por instituciones de población abierta y 54,584 con un 30.13% por la seguridad social (ver cuadro N° 12).

Uno de los objetivos principales de la salud reproductiva es el mejorar la oportunidad de integralidad en la atención prenatal, parto y puerperio, así como la promoción adecuada de la atención al recién nacido e incrementar la cobertura anticonceptiva en el posparto e intervalo intergenesico.

SALUD MATERNA Y PERINATAL

Como es de nuestro conocimiento, la Muerte Materna, es el fallecimiento de una madre por complicaciones severas durante el embarazo, parto y puerperio, pero no por causas accidentales o incidentales. Es el punto final de un curso multicausal, cuando las circunstancias adversas, de tipo biológico, culturales, sociales, económicas, geográficas y de asistencia médica, se suman desfavorablemente para terminar en funesto deceso de una madre de familia.

Es un suceso trágico de alta repercusión y costo social, por el gran vacío físico, afectivo, de guía y cohesión, que ocasiona esta orfandad en el hogar, con su consecuente desintegración familiar.

Es también un indicador médico, que manifiesta deficiencia, tanto en la cobertura universal y deficiente control de embarazadas.

Al ser un deceso de causa multifactorial, en la que participan varias circunstancias, que explican, más no justifican la Muerte Materna y que en traducción de tiempo, se consideran las tres fatales demoras que son:

Causas	Motivo	Alternativa/Solución
Primera Demora en decidir buscar atención	En la decisión de acudir a una atención médica para revisión, por	Otorgar orientación a toda embarazada sobre los signos y síntomas de

	desconocimiento y desinformación, sobre los datos de alarma obstétrica.	alarma y acudir de inmediato al centro de salud más cercano.
Segunda Demora en llegar al servicio de salud	Tomar la decisión de buscar ayuda para el traslado de la embarazada complicada, hacia una atención hospitalaria, por no haber disponibilidad de vehículo o por razones económicas.	Redes de atención para el cuidado de la salud materna.
Tercera Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece	De la atención médica, por deficiencias en la infraestructura, equipamiento, insumos o recurso humano. Factores que limitan la capacidad resolutive para la emergencia obstétrica.	Otorgar los insumos suficientes a cada unidad de salud, capacitación constate y permanente sobre la atención de la Emergencia Obstétrica al médico sobre todo al Ginecoobstetra.

En los últimos 10 años, se han registrado 132 Muertes Maternas, dando así un promedio anual de 13 fallecimientos.

En nuestro Estado de Zacatecas el comportamiento de la Muerte materna y la Razón de muerte Materna se ha comportado de la siguiente manera:

Años	Casos de Muerte Materna	Razón de Muerte Materna (Defunciones por cada 100mil Nacidos Vivos)
2015	10	33.2
2014	10	32.1
2013	14	44.8
2012	10	31.9

Fuentes:

- 1) SINAVE/DGE/Salud/Sistema de Muertes Maternas/Información al 24 de agosto de ambos años
- 2) DGIS/Salud/SINAC/Nacimientos 2011-2015
- 3) DGIS/Salud/Bases y Estadísticas de Mortalidad Materna 2006-2013

El lugar que ocupa nuestro estado de Zacatecas a nivel Nacional es el 5to lugar, con menor número (10) Muerte Materna para el 2015 con una Razón de Muerte materna de 30.5 muy por abajo de la registrada en nivel nacional con una Razón de Muerte Materna de 38.2.

Dentro de las principales causas básicas de la Muerte Materna se encuentran:

- Hemorragia Obstétrica
- Pre eclampsia/eclampsia
- Embolia Obstétrica
- Sepsis
- Muerte maternal indirecta 1 caso. (absceso cerebral)

Por lo anterior y considerando a la Muerte Materna como un gran problema de Salud Pública, para evitar su incidencia, es necesario, ser consciente de sus causas, su magnitud y trascendencia. Con amplia capacidad profesional y sensibilidad humana, Para aceptar, que estas Muertes Maternas, constituyen **un ineludible reto médico**, que a todos nos involucra y que debemos de afrontar.

En cuanto a las debilidades con la que nos hemos enfrentado, es que no se cuenta con la cultura **de la consulta Preconcepcional**, en la cual si la mujer que pretende embarazarse acudiera a dicha consulta se podrían detectar gran cantidad de factores de riesgo y por ende evitar la muerte materna al orientarle sobre el riesgo de muerte si se llegara a embarazar.

La fortaleza con la que se cuenta para la reducción de la Muerte Materna es la universalización de la atención de la Emergencia Obstétrica, en la cual cualquier mujer embarazada que acuda a cualquier institución de salud deberá ser atendida sin importar si es o no derechohabiente.

Por ello, es urgente establecer una sinergia de capacidades, experiencias y actitudes propositivas, para pensar, diseñar, elaborar, aplicar, supervisar, evaluar, corregir y enriquecer, cuantas estrategias y acciones se propongan, para evitar una Muerte Materna. Mediante las premisas: **del enfoque de riesgo, previsión de complicaciones y prevención del daño.**

Es importante señalar que es indispensable el proceso de información, educación y comunicación a la población sobre los beneficios del programa, las acciones preventivas, factores de riesgo, signos de alarma y uso oportuno de servicios de atención en materia de salud reproductiva.

CÁNCER CERVICO-UTERINO Y MAMARIO

El cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino actualmente constituyen las dos primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años. La incidencia y mortalidad por estas neoplasias están asociadas de la manera importante con el envejecimiento de la población y la incidencia de neoplasias malignas. Sin embargo, los estilos de vida y capacidad de respuesta de los sistemas de salud marcan los distintos panoramas regionales.

En México, estas neoplasias, cumplen las principales características reconocidas por la Organización Mundial de Salud Pública (OMS) y otras instituciones para ser consideradas como problema de salud pública:

- **Magnitud:** Constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad.
- **Vulnerabilidad:** Existen, desde la dimensión técnica, métodos eficaces de prevención y control.
- **Trascendencia:** Un elevado impacto económico por años saludable perdidos.

La detección temprana del cáncer aumenta las posibilidades de cura y por tanto, disminuye la mortalidad por esta causa. Los componentes principales de la detección son: la educación para promover un diagnóstico en etapas tempranas y el tamizaje o cribado.

El programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2013-2018, tiene un modelo de atención con enfoque de procesos que considera acciones e indicadores para cada una de las etapas del mismo.

CÁNCER DE MAMA

En México el cáncer de mama constituye a partir del 2016 la primera causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres mayores de 25 años, teniendo en ese año un total de 4,440 defunciones y una tasa de 1.58 por 100 mil mujeres en ese rango de edad.

En el 2014 se registraron 5980 defunciones con una tasa de 17.6 por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Siendo que en nuestro estado para el año 2014 se presentaron un total de 74 defunciones con una tasa correspondiente a 18 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más años por arriba de la media nacional.

Ante este panorama de incremento de casos y defunciones es indispensable mejorar las acciones de tamizaje en la población objetivo, mejorar el seguimiento de las pacientes con sospecha de cáncer de mama, impulsar estrategias de mejoras de competitividad y la capacitación en el primer nivel de atención.

CÁNCER CERVICO- UTERINO

El Cáncer Cervico-uterino constituye la segunda causa de muerte de origen neoplásico en nuestro país, cada mes mueren 3 mujeres de entre 35 a 64 años por esta causa.

La mortalidad en la entidad para el 2014 fue de una tasa de 9.7 por cada 100 000 mujeres de 25 y más años, estando esto por abajo de la Nacional que fue de 11.9.

Las acciones de detección se han orientado a los grupos de edad con mayor riesgo y al fortalecimiento de diagnóstico y tratamiento de las clínicas de colposcopia; como resultado de estas acciones se ha incrementado la cobertura de grupos de edad al 76%, aún por debajo de lo ideal que es del 80%.

La implantación en nuestro Estado desde el 2009 de la Estrategia de Toma de Muestra de Virus de Papiloma Humano por captura de Híbridos en pacientes de 35 a 64 años de edad, ha facilitado la detección oportuna de la infección por este tipo de virus, reduciendo así de manera importante la tasa de mortalidad por cáncer cervico-uterino.

NUTRICIÓN

La nutrición es ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.

El sobrepeso y la obesidad han aumentado considerablemente durante las últimas décadas en nuestro país, considerándose un problema de salud pública que lleva el riesgo de desencadenar enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes, hipertensión, Dislipidemias, entre otras, además representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición publicada en el 2012 nos dice que en el Estado de Zacatecas en la población menor de 5 a 11 años un 27.3% tiene exceso de peso, es decir una combinación de sobrepeso y obesidad.

En el grupo de edad de 12 a 19 años, nos indica que un 30.9% de los adolescentes tienen exceso de peso, presentándose 32.3% en hombres y 29.4% en mujeres, así mismo se presenta mayor incidencia en el área urbana con 34.8% en comparación al área rural 24.2%.

En la población de mayores de 20 años el 68.9% de la población tiene sobrepeso u obesidad, siendo más marcado en la zona urbana con un 35.3%.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, aproximadamente 15.9% de los habitantes eran inactivos, 7.5% moderadamente activos, es decir, realizaban el mínimo de actividad física sugerido por la OMS, y 76.5% activos.

De la muestra de adultos, 49.4% informó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, 39.0% reportó pasar entre 2 y 4 horas diarias y 11.6% cuatro o más horas diarias promedio frente a una pantalla. Es decir, en Zacatecas un porcentaje similar de la población adulta pasó dos horas o menos frente a una pantalla en comparación con 51.4% en el ámbito nacional.

En OMENT (Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles) nos menciona los siguientes datos de las características que tiene la población en gasto y consumo de alimentos:

- 955.5 litros de agua por hogar
- 276.02 kg y litros de alimentos con alto contenido de azúcar y sal
- 1103.52 kg y litros de frutas, verduras, hortalizas, huevo, lácteos.

Se busca entonces la educación nutricional que ayude a la población a tomar las decisiones correctas en base a la alimentación, así mismo la prevención será eje importante, de igual manera en materia de comunicación educativa e intervenciones para la regulación, control y sensibilización que reduzcan el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutricional.

ACTIVIDAD FÍSICA

La inactividad física es considerada como uno de los factores de riesgo de mortalidad más importante de México y está asociada con la aparición y falta de control de diversas enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemias, osteoporosis y ciertos tipos de cánceres, además, es el cuarto factor de riesgo para mortalidad en el plano mundial.

Los cambios tecnológicos han propiciado que las personas tengan un estilo de vida más sedentario con episodios breves y ocasionales de actividad moderada o vigorosa durante el día. Las actividades laborales, el transporte y el tiempo libre se han convertido en tareas de muy baja demanda energética. Actualmente, diversos estudios han reportado que las actividades sedentarias tienen una influencia directa en el metabolismo, la salud ósea y cardiovascular.

En ENSANUT 2012, se estima que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años no refieren haber realizado alguna actividad física organizada durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó uno o dos actividades y 2.5% más de tres actividades; la actividad más frecuente para este grupo de edad es el fútbol soccer. De acuerdo con la clasificación de la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. Por otro lado, se estimó que, en adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente a 47.3% en los últimos seis años.

En cuanto a los datos del OMENT (Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles) se registran los siguientes datos en la población zacatecana:

Porcentaje de la población Activa de 15 a 69 años: 70.3%.

Niños entre 10 y 14 años que al menos ha practicado un deporte los últimos 12 meses: 47.22%

Porcentaje de personas que están empleadas en ocupaciones sedentarias 9.07%

El porcentaje de niños que pasan más de 3 horas frente a la pantalla: 50%

El gobierno y todos los sectores sociales deben prestar atención a este factor y buscar prevenirlo en la población. Es importante reconocer que, dentro de las acciones orientadas a prevenir la obesidad y otras enfermedades crónicas, se tiene que incluir un esfuerzo importante para promover y facilitar estilos de vida más activos, así como integrarlos a la rutina diaria, para lo cual será fundamental contar con políticas integrales, multisectoriales y de apoyo de la sociedad en su conjunto.

VACUNACIÓN UNIVERSAL

El Estado de Zacatecas se encuentra ubicado como una de las diez Entidades Federativas con mejores coberturas de vacunación a nivel nacional. Para el 2014 se dieron cambios de trascendencia mayúscula en el Programa de Vacunación Universal, algunos de ellos, incluyeron la modificación de los Sistemas de Información fuentes para la evaluación del programa, en aras de homologar los criterios de evaluación con los estándares internacionales.

La cobertura con esquema completo por grupo poblacional para 2015 es la siguiente: En el grupo de menores de un año de edad en el año 2015, se obtuvo un logro de 94.45% en esquemas completos de vacunación con la participación coordinada de las instituciones que forman el Sistema Estatal de Salud, así como por la implementación del Certificado de Nacimiento en hospitales públicos y privados; lo cual nos permite el ingreso de los recién nacidos a los censos nominales y que permite dar seguimiento al esquema de vacunación.

En el grupo de un año de edad, logramos una cobertura de 95.22%, en el grupo de edad de 6 años 90%. Otro aspecto importante es la coordinación con el programa de planificación familiar para la captación e intercambio de información con las parteras tradicionales para la incorporación e inicio de esquemas básicos de vacunación de los recién nacidos atendidos.

Para dar seguimiento a los esquemas vacúnales de los menores de ocho años se realizan acciones de fortalecimiento del uso del censo nominal, el cual permite llevar un registro de los niños con las dosis aplicadas y faltantes, identificar el domicilio de

residencia habitual, lográndose así una más fácil localización geográfica de la población de riesgo. Se cuenta además también con 55 vacunadores de los cuales 14 se encuentran en las brigadas de vacunación que tienen la misión de llegar a las áreas más inaccesibles del Estado, y 41 están ubicados en unidades médicas de mayor complejidad.

El componente de vacunación, integra en sus actividades a dos grandes estrategias, el programa permanente, el cual comprende el conjunto de actividades de vacunación susceptible que se realiza todos los días hábiles del año, en todas las unidades médicas del sistema nacional de salud y las jornadas intensivas de vacunación esta tiene como propósito fundamental elevar las coberturas de vacunación en periodo corto llevándose a cabo antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que el esquema previene.

Los logros obtenidos han permitido mantener erradicada la poliomielitis del continente americano, El número de casos de tuberculosis meníngea, tosferina y sarampión en Zacatecas presenta un franco descenso, para en el 2015. Estos logros obtenidos han requerido de la participación del personal de salud, de la voluntad política de las autoridades municipales y sanitarias del Estado, así como de la participación organizada de la comunidad.

Para mantener altas coberturas se requiere un esfuerzo todavía mayor, así como de mayores recursos, ya que los grupos no vacunados, aunque pequeños, son de muy difícil acceso: urbanos y rurales marginados.

NOVEDADES EN VACUNACIÓN

Para el 2014, se inician los trabajos para modificar las poblaciones de responsabilidad institucional. Las instituciones de derechohabencia como el ISSSTE y el IMSS Régimen Obligatorio, dejan de vacunar extramuros y se centran exclusivamente a vacunar intramuros y apoyar en Semana Nacional de Salud y operativos especiales.

Iniciaremos campaña de medios, para proporcionar y difundir en todo el Estado la necesidad de acudir a demandar la aplicación de las vacunas a las unidades médicas en el entendido que ya no acudirán los vacunadores a aplicar las vacunas a los domicilios.

Trabajaremos de forma coordinada con el Consejo Estatal de Vacunación para implementar las mejores estrategias que permitan reposicionar el término de Universalización en el Programa de Vacunación de forma tal que se garantice la aplicación de las vacunas.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS

La demanda de atención para las enfermedades diarreicas durante los últimos 5 años se encuentra entre la segunda y tercera causa a nivel estatal, en el año 2015 se

ubicaron en el tercer lugar donde se reportaron 88,604 casos y una tasa de 5,621.84 por cada 100,000 habitantes. Los menores de 5 años se notificaron **23,771** tasa de 15,789.75 por cada 100,000 menores de 5 años, correspondiendo a un 26,8% del total de casos. En el grupo de menor de un año el cual es el más vulnerable y presentan más complicaciones sumaron 6,168 casos.

En cuanto a la mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas ha disminuido de manera significativa, sobre todo en menores de cinco años de edad, esto es debido a las acciones y políticas que se han establecido en nuestro país, tales como la vacuna contra el Sarampión y Rotavirus, aplicación de vitamina "A" y el antiparasitario Albendazol en las Semanas Nacionales de Salud a poblaciones de riesgo; la promoción de la lactancia materna, así como la terapia de hidratación oral, siendo esta una de las estrategias de mayor impacto que ha permitido reducir de manera importante la mortalidad por este padecimiento.

Como prueba de ello en el Estado de Zacatecas para el 2015 (preliminar) en los menores de cinco años se tienen registradas 1 defunción por este grupo de padecimientos, posicionándose a nivel nacional entre los 10 estados con menos mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda con una tasa de 3.3 por cada 100,000 menores de este grupo etario.

Este resultado se ha logrado gracias al trabajo coordinado que día con día se realiza por el personal de salud de cada una de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, en donde se brinda capacitación a la madre o cuidador del menor de 5 años de edad en relación a los cuidados que debe tener en el hogar, reconocimiento de los signos de alarma y la promoción del uso del vida suero oral, que ha logrado tener el reconocimiento como un medicamento que ha salvado millones de vidas.

Otra de las estrategias es la creación de los Comités Jurisdiccionales y Estatal para la reducción de la Mortalidad Infantil (COERMI) que ha merecido el reconocimiento a nivel federal considerándolo como uno de los cinco (COERMI) con mayor desempeño.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) continúan siendo el primer motivo de consulta en cualquier grupo de edad con 545,258 y una tasa de 34,596.10 por cada 100,000 habitantes la incidencia es mayor en la temporada invernal. Según los grupos etarios, los menores de cinco años son los que mayormente requirieron la atención con **164,090** casos de infección de vías respiratorias, la tasa se eleva hasta 108,995.86 por cada 100,000 menores de 5 años. Los menores de un año un total de 51,255 y 113,835 de 1-5 años casos, ambos grupos representan un 30.09% del total de los casos.

Dentro del grupo de las IRAS se encuentran las Neumonías, consideradas las formas graves o complicaciones de este grupo de padecimientos, el porcentaje que se tuvo de atención por este motivo es del 0.64% con un total de 3,490 casos del total de los

grupos de edad y únicamente de las neumonías los menores de 5 años representan el 35.1 % de la demanda de atención.

El comportamiento de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda presenta estacionalidad siendo que los factores que influyen para la mayor incidencia y la severidad de la temporada invernal y circulación de diversos agentes infecciosos.

Las neumonías se encuentran entre las 10 principales causas de mortalidad posicionándose en el cuarto lugar para la población infantil en el 2015 con una tasa de 16.4 por cada 100,000 menores de un año, asimismo en los menores de cinco años la tasa corresponde a 0.8 de este grupo etario.

Como parte de las actividades que contribuyen a tener una reducción de complicaciones por este grupo de padecimientos, así como una disminución de la mortalidad especialmente en el menor de cinco años, se tiene implementada una estrategia de capacitación a la madre de familia sobre los cuidados en el hogar, así como reconocimiento de los signos de alarma las acciones de vacunación, además la capacitación continua del personal de salud.

Respecto a los Comités Jurisdiccionales y Estatal de Reducción de la Mortalidad Infantil (COERMI) cabe mencionar que cada vez se encuentran más fortalecidos, lo cual permite tener un dictamen de mayor calidad de las defunciones, además de establecer las causas preventivas específicas y estrategias que se deben realizar para la disminución de la mortalidad específica.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÓLERA

Las EDAS son la segunda causa de morbilidad en el Estado de Zacatecas, al contar con varios factores de riesgo que favorecen la persistencia de las diarreas agudas, se vigila también la circulación de *Vibrio cholerae*, el cual al momento está bajo control epidemiológico, sin presentar casos desde el año de 1997. Se muestrean el 2% los casos de diarrea aguda registrados en SUIVE interinstitucionalmente, obteniendo también distintas etiologías de diarreas, como *Escherichia Coli*, *Salmonella* y *Shigella*, de ésta manera se aplican medidas de prevención específicas de saneamiento básico para minimizar el riesgo de padecer diarreas y limitar la presencia de brotes por esta patología. También se realizan capacitaciones a personal médico de las unidades de primer y segundo nivel de atención, con la finalidad de mantener actualizados en el diagnóstico y tratamiento de las diarreas, y a la población se les informa continuamente las medidas de prevención, sobre todo el efectivo lavado de manos.

DIABETES

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida.

Es un reto de salud global; estimaciones de la OMS indican que en 1995 había en el mundo 30 millones de personas con diabetes, actualmente se estima que 347 millones de personas viven con diabetes.

La esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce hasta entre 5 y 10 años. La prevención del desarrollo de la diabetes puede ser altamente costo-efectiva, modificaciones en estilos de vida, en particular en la dieta y actividad física, así como evitar el tabaquismo, pueden retrasar la progresión de la diabetes.

Todas las enfermedades son importantes, pero la diabetes y sus principales factores de riesgo son una verdadera emergencia de salud pública ya que ponen en riesgo la viabilidad del sistema de salud. La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente, ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura.

La prevalencia de diabetes reportada en ENSANUT 2012, por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Zacatecas fue de 9.4%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.9%). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (9.6%) que en hombres (9.2%), con una razón mujer-hombre de uno. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (13.9 y 10.4%, respectivamente), la cual aumentó en ambos sexos de 60 años o más (23.9 y 30.5% respectivamente). En los hombres hubo casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años de edad, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.7 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue 4.2 y 12.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años respectivamente.

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Zacatecas se ubicó por encima de la media nacional (9.2%)

Actualmente la Secretaría de Salud de Zacatecas, contamos con 15,106 pacientes con Diabetes, de los cuales 69.7% corresponden al sexo femenino y 30.3% al masculino.

El manejo farmacológico está basado principalmente con antidiabéticos orales: Metformina 56.5% Glibenclamida 37.2% Insulinas 13.9%.

Se ha implementado el Sistema de Información en Crónicas, mismo 183 nos permiten disponer de información la línea sobre el número de pacientes, manejo cifras de

control etc. Además, que en los últimos años se han ejecutado diferentes programas de acción para hacer frente al reto de la diabetes. Estas iniciativas se han reflejado en el desarrollo de programas de alcance estatal y federal. Sin embargo, los resultados en agregado y documentados en la ENSANUT 2012 sugieren la necesidad de ajustar estos programas por lo que se considera importante tomar en consideración los siguientes puntos:

1. Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud para consolidar política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular.
2. Identificar los recursos financieros para apoyar estas acciones
3. Fortalecer la estructura de la Secretaria de Salud Federal para conducir y evaluar las diferentes políticas y sus programas.
4. Fortalecer la generación de recursos humanos y materiales para aumentar la capacidad de respuesta a la demanda de la atención a los pacientes diabéticos en los servicios de salud.
5. Capacitar al personal de salud, médicos y trabajadores comunitarios para mejorar los procesos de atención de los prestadores de servicios, incluyendo el sector privado.
6. Actualizar y reforzar la implementación de las guías de práctica clínica para la unificación de criterios de atención.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incremento 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%)

Los factores que contribuyen a la aparición de HTA son la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre otros factores. En México, esta enfermedad ha sido caracterizada epidemiológicamente gracias a las encuestas nacionales de salud. Con esta información los tomadores de decisiones en salud publica pueden identificar acciones para prevenir, aumentar el diagnóstico oportuno y controlar esta patología.

En el ENSANUT 2012 se reporta que la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más en el estado de Zacatecas fue de 15.9%, la cual disminuyó en 2.4% respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT 2006 (16.3%). La prevalencia de hipertensión arterial fue de 21.3% en mujeres y 9.8% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1:0.5. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial a partir de los 40 años (7.8% en hombres y 25.8% en mujeres), que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (32.5% en hombres y 68.9% en

mujeres). En los hombres, en la población de 60 años o más tuvo una prevalencia 11.6 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres fue 19.7 veces mayor.

Al momento se tienen en tratamiento, en esta Secretaría de Salud, 25,325 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, de los cuales el 68.6% corresponde al sexo femenino y 27.9% masculinos.

El Estado, los gobiernos locales y las comunidades deben intensificar sus esfuerzos para identificar los instrumentos legales para que permitan promover la práctica de actividad física, así como la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa. Al mismo tiempo, se debe fomentar que la industria coopere con una transformación gradual de la oferta y la demanda a través de la educación y promoción de productos más saludables.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

PALUDISMO

El área palúdica ocupa 14 de los 58 municipios del estado y tiene una extensión de 14,147 km². Después de 14 años de no presentarse casos autoctonos, en el 2006 se reportaron 6 de paludismo siendo 2 autóctonos y 4 importados, además durante el 2013 se detectó un caso importado del estado de Jalisco en el municipio de Valparaíso.

Los municipios objeto de vigilancia epidemiológica y entomológica y con la presencia del *Anopheles* spp vector del paludismo son:

- Jurisdicción Sanitaria no. 3 Fresnillo: Municipios Jiménez del Teúl y Valparaíso.
- Jurisdicción Sanitaria no. 5 Jalpa: Municipios Tabasco, Huanusco, Jalpa, Apozol, Juchipila, Moyahua y Mezquital del Oro.
- Jurisdicción Sanitaria no. 6 Tlaltenango: Municipios Momax, Tlaltenango, Tepechitlán, Teúl de González Ortega y Monte Escobedo.
- Durante el periodo comprendido de 2010 – 2015 se han observado 75,900 muestras hemáticas con un promedio anual de 12,650 laminillas.

Los objetivos del programa son;

Lograr el efectivo control del paludismo en el Estado, evitar el restablecimiento de la transmisión en áreas liberadas de la endemia, continuar en cero la morbi-mortalidad por paludismo. Lograr la certificación de áreas geográficas libres de paludismo para 2017.

Es de mencionar que el estado colinda con Jalisco y Nayarit, entidades con focos de persistencia y que, debido a los movimientos migratorios, comerciales, religiosos, etc. Se corre el riesgo de contraer tal padecimiento activo por lo que se realizan las acciones preventivas – promocionales.

De continuar la aplicación de las medidas establecidas, el paludismo pronto estará ausente en la entidad. Sin embargo, la aplicación de un programa basado en la vigilancia epidemiológica suficiente en términos de localidades con información y puestos voluntarios de la notificación eficiente, será la base para mantener los logros del programa (ver mapa N° 5)

DENGUE

Para el 2007 se registraron 66 casos de Dengue Clásico y 2 Hemorrágico en el municipio de Mazapil.

En 2009 se presentaron 28 casos de Dengue Clásico y 2 Hemorrágico importados en los municipios de: Juchipila, Apozol, Moyahua y Tlaltenango.

En 2012 se registraron 40 casos de fiebre por dengue autóctonos de la cabecera municipal de Tabasco, el caso índice se infectó en las costas del pacifico de Estado de Jalisco. No se registraron casos de dengue hemorrágico. Se continúa con las medidas de prevención y control, realizando visitas mensuales de vigilancia entomológica.

En 2013 se detectaron 8 casos de los cuales solo uno fue autóctono, del municipio de Guadalupe. Se enviaron 32 muestras al Laboratorio Estatal de Salud Publica resultando 8 positivos a fiebre por dengue.

En 2014 se detectaron 6 casos importados de fiebre por Dengue, 1 Nayarit, 1 de Quintana Roo, 1 de Coahuila, 1 de Colima y 2 de Sinaloa. Se enviaron 16 muestras de sospechosos a Dengue al Laboratorio Estatal de Salud Pública, resultando Negativas.

En 2015 se presenta el brote más fuerte registrado en el Estado, se envían 228 muestras serológicas al LESP, resultando 166 positivas a Fiebre por Dengue no grave.

El municipio con mayor número de casos fue la cabecera municipal de Jalpa con 152, seguido de Juchipila con 8, Tabasco con 5 y Apozol con 1 Todos los municipios anteriores pertenecen a la Juridicción Sanitaria No. 5

Además de contar con el monitoreo entomológico con la colaboración de 520 ovitrampas en 7 municipios prioritarios para la vigilancia y acciones de control del Vector.

Los municipios con presencia del Vector *Aedes Aegypti* son: Tabasco, Huanusco Jalpa, Apozol, Juchipila, Moyahua y Mezquital del Oro de la Juridicción Sanitaria N° 5

Jalpa, Tlaltenango de la jurisdicción N° 6 Tlaltenango y Valparaíso de la Jurisdicción 3 Fresnillo.

Durante el periodo comprendido de 2010 – 2015 se han eliminado 1,821 toneladas de cacharros; se han tratado 308,018 casas con larvicida y se han nebulizado 35,850 manzanas.

Los principales problemas que interfieren son:

- La presencia de cacharros y depósitos con agua para uso doméstico que son criaderos del mosquito Aedes.
- Carencia de programas educativos que faciliten los cambios culturales de la población para que asuma su responsabilidad de apoyo al programa, que interesen a la población en mejorar su vivienda y fomentar la participación comunitaria.
- Los movimientos migratorios internos regionales de estados vecinos e internacionales de países centroamericanos que propician la transmisión.
- Respuesta limitada de los municipios para asumir corresponsablemente las acciones en los sistemas de recolección de basura y de las redes de abastecimiento de agua entubada.

A partir del 2003 se cambia el concepto de descacharrización por el de Patio Limpio y cuidado del agua almacenada, hasta la actualidad.

TUBERCULOSIS

La Tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a la especie humana; desde 1993 se considera por la OMS como reemergente por que se ha asociado al VIH/Sida y actualmente con la Diabetes Mellitus, así como aparición de cepas de M. tuberculosis resistentes.

La morbilidad de Tuberculosis pulmonar en el estado de Zacatecas ha descendido relativamente en los últimos años, en el año 2000 se presentaron 64 casos y una tasa de 4.46 por 100 mil habitantes, teniendo un comportamiento irregular, la incidencia para el cierre 2015 fue de 102 casos tuberculosis todas formas con una tasa de 6.4 por 100,000 habitantes de los cuales 67 casos fueron de variedad pulmonar que representa el 65.6% del total con una tasa de 4.25.

La mortalidad por tuberculosis todas las formas para 1983 se encontraba dentro de las primeras 20 causas con una tasa de 7.34 muertes por cada 100,000 habitantes. Para 1990 la tuberculosis pulmonar ocupó el lugar número 18 con una tasa de 4.14 defunciones por cada cien mil habitantes. La mortalidad por tuberculosis pulmonar ha

descendido considerablemente en los últimos años, en 2001 con una tasa de 1.43 muertes por cada 100,000 habitantes, actualmente al cierre 2015 con 6 muertes de tuberculosis pulmonar y una tasa de 0.38 por 100,000 habitantes.

VIH y SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La infección por el VIH y SIDA en Zacatecas es considerada problema de Salud Pública que nos obliga a continuar con los mecanismos y estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo que se utilizan hasta la fecha para la finalidad de realizar detecciones tempranas en fase de VIH, mejorando la calidad y expectativa de vida de las y los zacatecanos.

Reconociendo la enfermedad como un problema de salud pública; se requiere para su control; acciones conjuntas e innovadoras de carácter intersectorial y social, a través de una participación multidisciplinaria y activa de instituciones públicas, privadas y organizaciones civiles vinculadas a la educación, salud, trabajo, migración, derechos humanos, desarrollo social y grupos claves, incluyendo siempre a personas que viven con VIH/SIDA con el objeto de conocer su percepción de las estrategias de salud y medir el impacto objetivo que nos permita innovar acciones de mejora a corto plazo para la garantía de atención integral a nuestros clientes internos y externos.

Contando para esto con mecanismos adecuados de interlocución y cooperación entre instituciones y estrategias para promover la participación activa de la comunidad zacatecana.

La migración de los sectores productivos hacia la Unión Americana es un fenómeno importante en el aspecto de la proliferación de infecciones de transmisión sexual entre las cuales se encuentra el VIH y el SIDA, ubicando a la población en una amplia posibilidad de adquirirlas y diseminarlas al retornar a sus comunidades, por esto es esencial continuar con estrategias específicas en el estado que nos permitan incidir con grandes resultados en la Prevención y Control del VIH y el SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

De lo anterior, se deriva que el SIDA es una pandemia de dimensiones catastróficas que ha afectado a todos los países del mundo, que desde su aparición en 1981 son muchos los avances que se ha logrado en la prevención del VIH, sin embargo debemos reconocer que todavía existen múltiples resistencias entre el personal de salud y otros sectores para incorporar adecuadamente los temas relacionados con la sexualidad, para abordar a los grupos con mayores prácticas de riesgo y para trabajar de manera decidida en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil.

La Epidemiología del VIH/SIDA demanda el uso de herramientas útiles entre las que destacan la vigilancia epidemiológica basada en la notificación, estudios de los casos y seguimiento de la mortalidad por esta causa, pero también es necesaria una

vigilancia que incluya los comportamientos de riesgo y la sensibilidad para detectar los factores que favorecen la vulnerabilidad de las personas y comunidades.

Para enfrentar cada uno de los retos, en el siguiente plan se adoptan las siguientes estrategias consistentes con el área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo y Programas Estatales:

- Mejorar las condiciones de salud de las y los zacatecanos.
- Abatir la desigualdad en salud.
- Garantizar un trato adecuado y digno dentro de los Servicios de Salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el sistema de salud en particular a instituciones públicas prestadoras de Servicios.

Además, incorporar retos y objetivos con referencia a la necesidad de asegurar la equidad, la calidad y la protección financiera en salud de las personas y comunidades afectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, a través de campañas masivas de prevención dependiendo del autodiagnóstico previo. (En zacatecas las estrategias deberán ser dirigidas a grupos claves; hombres que tienen sexo con hombres, heterosexuales con múltiples parejas sexuales, población adolescente y mujeres embarazadas).

En la ejecución del programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS aún prevalece una visión medico asistencial que no incorpora en su totalidad otros elementos fundamentales, como son: el trabajo de defensa de los derechos humanos, acciones para disminuir el estigma y discriminación, planes con enfoque de género, grupos de autoayuda, servicios de apoyo comunitario y asesoría legal.

Por ello, para lograr las metas de este programa será de vital importancia incorporar al mayor número de sectores y actores, fortalecer el compromiso y cumplimiento de la normatividad vigente; establecer mecanismos de coordinación sectorial eficientes, al más alto nivel; y garantizar el cumplimiento de acuerdos y la asignación de recursos necesarios.

Se requiere además ampliar la respuesta y enfocar las acciones preventivas a las poblaciones más afectadas o con mayor vulnerabilidad: mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras y trabajadores de sexo comercial y usuarios de drogas inyectadas, poblaciones móviles, personas privadas de la libertad, así como a los contextos sociales y económicos que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH/SIDA e ITS dentro del territorio zacatecano.

Se establece como estrategias clave, promover las medidas de prevención entre las personas que están más expuestas a contraer y transmitir inadvertidamente el virus, incrementar el uso correcto y adecuado del condón masculino y femenino, impulsar programas de mitigación del daño por uso de drogas inyectables, interrumpir la transmisión vertical mediante el diagnóstico adecuado y oportuno del VIH en mujeres

embarazadas y aumentar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de las Infecciones de Transmisión Sexual en las y los zacatecanos, mediante la promoción para la detección para la detección del VIH a través de la realización de pruebas rápidas de VIH.

Este Plan Anual de Trabajo 2016 hace referencia para todos los que trabajen en la Respuesta ante el VIH/SIDA, para su elaboración se tomaron en cuenta las situaciones presentadas en Zacatecas, a través de las Jurisdicciones Sanitarias, otras Instituciones, Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales, los cuales a través de una sesión o reunión del COESIDA, se equiparará y se dará a conocer a las Organizaciones de la Sociedad Civil para continuar con el **“Programa Magno en movimiento para combatir y abatir el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual”** en nuestro Estado.

El presente Programa se ejecutará en el estado de Zacatecas, en los 58 municipios, haciendo énfasis en las áreas identificadas de mayor riesgo. El tiempo planteado para realizarse corresponde del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, mediante evaluaciones de manera trimestrales por parte del Responsable Estatal del Programa para planear, replantear y/o re direccionar cuando sea necesario e intensificar acciones en regiones críticas para dicha enfermedad.

Zacatecas se encuentra entre los estados afectados que tienen características peculiares de tipo social, demográficas, sociopolíticas, etc. que los hacen susceptibles de manera especial, donde influye de sobremanera la migración.

Indica que el Estado de Zacatecas es la Entidad federativa con menos casos de VIH/SIDA registrados en la historia de la Enfermedad en el País solo representado el 0.5 % de los casos de VIH Y 0.3% en casos de Sida registrados en México, a la semana epidemiológica 13 del presente año, tenemos un registro acumulado a través de los años de 1,363, por lo que continuaremos con las estrategias permanentes de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las personas claves, con mayor vulnerabilidad y población en general para mantener la prevalencia, morbilidad y mortalidad del VIH por debajo de los Estándares Nacionales.

Siendo las personas en edad productiva y reproductiva, es decir entre los 25 a los 45 años de edad las más afectadas por esta enfermedad, seguidas por la población joven de los 15 a los 24 años, con predominio del género masculino 4:1 en relación con el género femenino.

En nuestro Estado al igual que el resto del país; la categoría de Transmisión principal es la Vía Sexual (88.70%), con mayor afectación; Heterosexuales con múltiples parejas sexuales no protegidas con personas que viven con VIH, Hombres que tienen sexo con otros Hombres, Bisexuales, Usuarios de Drogas Inyectables, personas privadas de su libertad, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, clientes de los mismos, entre otros.

En los Servicios de Salud de Zacatecas tenemos la accesibilidad de servicios de atención del VIH, a través de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA y otras Infecciones de transmisión Sexual en los municipios de Fresnillo y Guadalupe.

Actualmente se otorga atención Integral de manera gratuita para las y los ciudadanos que lo soliciten tanto para información, prevención, sensibilización, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y de las personas con factores de riesgos para VIH/SIDA o alguna Infección de Transmisión Sexual que no tengan derechohabencia, es decir, con Seguro popular.

En caso que cuenten con algún tipo de afiliación al IMSS, ISSSTE y SEDENA de igual forma serán atendidos de manera gratuita en cada una de estas Instituciones de salud.

Actualmente los Servicios de Salud de Zacatecas tienen bajo su responsabilidad a 401 pacientes de los cuales hasta este momento 367 (91.50%) requieren de medicamentos Antirretrovirales para su control y 19 (4.70%) pacientes en control, que aún por estado inmunológico y cantidad de virus de VIH, no requiere tratamiento farmacológico, 12 menores de edad en seguimiento (no infectados); hijos de madres con VIH (3.00%), 3 usuarios activos en profilaxis de VIH por violencia Sexual (0.70%).

Siendo la adherencia al tratamiento el factor fundamental para el control virológico de las y los pacientes, es decir, con la posibilidad de tener una buena calidad y expectativa de vida de hasta 35 a 40 años con la Enfermedad.

Es importante destacar que en la población abierta es donde se ha presentado el más alto porcentaje de casos, correspondiendo a los Servicios de Salud de Zacatecas brindar seguimiento al 76.02% de la población infectada en el Estado.

Según la regionalización jurisdiccional, el número I (Zacatecas), la II (Ojocaliente) y la III (Fresnillo) son las que presentan más casos, correspondiendo al 72.05 % del total, influyendo de manera importante el antecedente en los individuos captados como infectados de ser migrante y/o pareja de migrante a los Estados Unidos de Norteamérica, corresponde al 15.63%.

Por lo anterior este 2016, las estrategias de prevención que se realicen de manera interinstitucional a través del Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida en el Estado (COESIDA Zacatecas), deberán ir de la mano de incidir en la población en clave, vulnerable y general perciba el riesgo de la enfermedad, ya que, si no hay percepción del riesgo, no hay detección ni diagnóstico oportuno.

Se enviará a todas las Instituciones el Plan de Trabajo 2016, así como al interior de los Servicios de Salud de Zacatecas (CAPASTIS, Hospitales Generales, Hospitales Comunitarios, Jurisdicciones), para unificar los criterios y estrategias de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH y Sida en nuestro Estado.

2.3.1 MORBILIDAD

El Sector Salud y privado por normatividad utiliza el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), el cual, con los Sistemas de Apoyo como son el Estadístico y Epidemiológico, de Defunciones y el Sistema Especial para Padecimientos de Interés Epidemiológico, nos permite conocer la morbilidad del Estado.

Morbilidad por enfermedades transmisibles. - En el 2015 se registraron 808,973 casos con una tasa de 51.328 por 100,000 habitantes.

Del 2011 al 2015 las primeras causas siguen siendo las infecciones respiratorias agudas, seguidas de infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, otitis media y conjuntivitis (ver cuadro N° 25).

Morbilidad por enfermedades no transmisibles. - Con 90,884 casos registrados y tasa de 5,893.4 por 100,000 habitantes para 2015.

Desde el 2011 hasta el 2015 continúan en los primeros dos lugares las úlceras, gastritis y duodenitis, y las gingivitis y enfermedades periodontal, seguidas de la hipertensión arterial, diabetes Mellitus, desnutrición leve, asma y estado asmático.

Cabe destacar que actualmente se realiza un mejor registro de los padecimientos, y esto está permitiendo determinar lo real de la consulta demandada por la población (ver cuadro N° 26)

Morbilidad por accidentes y lesiones. - Con 11,481 casos y una tasa de 728.5 por 100,000 habitantes para 2015.

Aparece como primera causa de morbilidad para este año la intoxicación por picadura de alacrán, que continua dando señales de alarma sobre todo en las zonas endémicas de Jalpa, Tlaltenango y Fresnillo, con una tasa de 224.0 (ver mapa N° 6) y llama la atención el número de casos por intoxicación por ponzoña de animales 1,140 con una tasa de 72.3 y 1,409 quemaduras con una tasa de 89.4, así como un ligero incremento de accidentes de transporte en vehículos con motor, en el 2011 fue de 993 y una tasa de 65.2, para el 2015 son 1,320 y una tasa de 83.8, lo que nos habla de seguir fortaleciendo la prevención de este tipo de accidentes, aparece en el quinto lugar la violencia intrafamiliar con 1,204 casos registrados y una tasa de 76.4, todas las tasas por 100,000 habitantes (ver cuadro N° 27)

Morbilidad Hospitalaria. - El segundo nivel de atención registra porcentajes de ocupación crecientes, por lo que los eventos que causan egreso hospitalario son la base de la información considerada como morbilidad hospitalaria. En primer término, aparece el parto único espontáneo con 9,139 egresos lo que representa el 25.3%, y las causas

obstétricas directas, excepto el aborto y parto único espontáneo con el 20.6% (ver cuadros del N°28)

Se presentan cuadros de morbilidad hospitalaria por sexo y causas de cada Hospital General (ver cuadros del N° 28.1 al N° 32.2)

2.3.2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

Orden	Principales Causas	Número de Egresos	%
1	Parto único espontáneo	9,139	25.3%
2	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	7,440	20.6%
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	3,542	9.8%
4	Aborto (solo morbilidad)	2,105	5.8%
5	Colelitiasis y colecistitis	961	2.7%
6	Tumores Malignos	737	2.0%
7	Hernia de la cavidad abdominal	709	2.0%
8	Enfermedades del Apéndice	643	1.8%
9	Insuficiencia renal	623	1.7%
10	Neumonía e influenza	566	1.6%

2.3.3 MORTALIDAD

De los indicadores más relevantes para medir los daños a la salud de la población es la mortalidad ya que refleja las condiciones de vida en todos sus aspectos, así como la transición epidemiológica de las enfermedades, los avances y deficiencias en materia de salud.

Mortalidad General. - Para el año 2015 (preliminar) se presentan en el Estado 8,315 defunciones con una tasa de 5.28 por 1,000 habitantes. De las cuales 3,573 corresponden a mujeres con una tasa de 4.4 y de 4,647 hombres con tasa de 6.1. Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 637,644 defunciones y una tasa de 5.27 por 1,000 habitantes. Las mujeres presentan una tasa de 4.61 con 285,345 defunciones y los hombres con 352,299 una tasa de 5.97. por 1,000. (ver cuadro N° 14,14.1, 14.2, 14.2.1 14.3 y 14.3.1)

Continúan siendo las enfermedades del corazón la principal causa de muerte. De 2011 a 2015 (preliminar) solo se ha alterado en orden de importancia las 7 principales causas de muerte predominando las enfermedades crónicas degenerativas, accidentes y agresiones

Las enfermedades infecciosas intestinales no aparecen dentro de las 10 principales causas de muerte; sin embargo vemos que los tumores malignos aparecen en el 3er.lugar y la diabetes Mellitus y la enfermedad Cerebrovascular nos habla de los cambios en los hábitos y estilos de vida de la época actual, la desnutrición aunque para el 2015 (preliminar) no está considera entre las 10 principales causas de registro, nos permite considerar este problema en su magnitud real sobre todo en los menores de 5 años (cuadro N° 14)

En las mujeres las tres principales causas de muerte son: Enfermedades del corazón, Tumores malignos y Diabetes Mellitus y en los hombres se presentan: Enfermedades del corazón, Accidentes y Tumores malignos, lo que nos habla de un comportamiento muy similar al que presenta la mortalidad general (ver cuadros N° 14.2 y 14.3).

Mortalidad infantil. - Para el 2015 (preliminar) se presentan en el Estado 317 defunciones y una tasa de 10.43 por 1,000 N.V.R., de las cuales 156 corresponden a las mujeres con una tasa de 10.50 y 150 a los hombres con una tasa de 9.65 (ver cuadros N° 15.1 15.2.1 y 15.3.1)

Destacan en los primeros lugares las afecciones perinatales, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas seguidas de accidentes, influenza y neumonía, septicemia, infecciones respiratorias agudas, enfermedades Infecciosas intestinales, desnutrición y otras enfermedades nutricionales. Siendo las mismas causas en ambos sexos, las cuales durante los últimos años han mostrado un importante incremento, lo que nos habla que aún falta mucho por hacer en la población infantil (ver cuadro N° 15)

Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 24,985 defunciones y tasa de 11.28 por 1,000 N.V.R. Las mujeres presentan una tasa de 10.18 con 11,010 muertes y los hombres con 13,975 y una tasa de 12.33 (ver cuadros N° 15.1, 15.2.1 y 15.3.1)

Mortalidad preescolar. - Durante el año 2015 (preliminar) se registraron 51 defunciones lo que representa una tasa de 0.42 por 1,000 habitantes de 1 a 4 años, de las cuales 23 corresponden a las mujeres con una tasa de 0.39 y 28 a los hombres con una tasa de 0.46 (ver cuadro N° 16.1, 16.2.1 y 16.3.1)

En esta edad es de verdadera preocupación como los accidentes ocupan el primer lugar de mortalidad preescolar, los cuales representan el 10.2% del total de las defunciones, para nuestro Estado debe ser un foco rojo en la prevención de estos, sobre todo en el hogar; a esta causa le siguen la influenza, neumonía, tumores malignos y

malformaciones congénitas, lo que nos lleva a redoblar esfuerzos en los programas preventivos (ver cuadro N° 16)

Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 4,761 defunciones lo que representa una tasa de 0.54 por 1,000 habitantes de 1 a 4 años. Las mujeres presentan una tasa de 0.49 con 2,123 muertes y los hombres con 2,638 y una tasa de 0.58 (ver cuadros N° 16.1, 16.2.1 y 16.3.1)

Mortalidad Escolar. - En el 2015 (preliminar) ocurrieron 68 defunciones con tasa de 0.22 por 1000 habitantes de 5-14 años, de las cuales 32 corresponden a las mujeres con una tasa de 0.21 y 36 a los hombres con una tasa de 0.23 (ver cuadro N° 17.1 17.2.1 y 17.3.1)

En este grupo de edad nuevamente los accidentes se presentan como primera causa, sin embargo, es preocupante la persistencia de agresiones (homicidios), tumores malignos, enfermedades del corazón, en este año no aparecen las defunciones por anemias, pero es necesario seguir con la prevención de salud en estas edades (ver cuadro N° 17)

Aun cuando la casuística es menor, así como la tasa en relación a la mortalidad general del Estado son preocupantes las causas que originan la muerte a estos dos últimos grupos de edad.

Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 5,534 defunciones y una tasa de 0.25 por 1,000 habitantes de 5 a 14 años. Las mujeres presentan una tasa de 0.22 con 2,382 muertes y los hombres con 3,152 y una tasa de 0.28 (ver cuadros N° 17.1, 17.2.1 y 17.3.1)

Mortalidad materna. - Presenta 10 defunciones y una Razón de 33.20 por 10,000 N.V.R., para el año 2015 (preliminar) y la república mexicana en este periodo aparece con 701 muertes y una Razón de 32.68 (ver cuadro N° 18.1)

Llama la atención de que Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio es la principal causa de muerte en el 2015 la cual nos señala la necesidad de tener una mayor eficiencia en los programas de salud perinatal, así como mejorar la calidad de atención del parto en nuestros hospitales y centros de salud evitando al máximo la atención de la embarazada de riesgo en el medio rural, mejorar la capacitación de los recursos humanos y la capacidad técnico administrativa instalada en nuestras unidades (ver cuadro N° 18)

Mortalidad productiva y post productiva. - Con 2,632 y 5,220 defunciones, tasas de 2.64 y 43.05 respectivamente por 1,000 habitantes para el 2015 (preliminar). (ver cuadro N° 19.1 y 19.4.1)

Se destacan prácticamente las mismas causas de la mortalidad general, en la edad productiva predominan los accidentes sobre las enfermedades crónico degenerativas; lo

que resulta lógico para este grupo de edad que se ve afectado por los diferentes factores de riesgo en la vida actual, y otros factores condicionantes (ver cuadro N° 19 y 19.4)

Se presentan por sexo y causas principales estas mortalidades (ver cuadros N° 19.2, 19.3 y 19.5, 19.6)

MORTALIDAD HOSPITALARIA

En 2015 se presentaron en total 790 muertes hospitalarias de las cuales 729 corresponden a Hospitales Generales y que representa el 92.28% y 61 a Comunitarios con un 7.72% del total estatal pertenecientes a los Servicios de Salud de Zacatecas; Hospital General Zacatecas con 390 lo que representa el 49.37% del total estatal; Hospital General Fresnillo con 239 con el 30.13%, Hospital General Jerez con 61 y el 7.72 %, Hospital General Loreto con 38 con 4.81% por último, se anexa el Hospital de la Mujer Zacatecana con 2 que representa el 0.25%.

En la mortalidad del Hospital General Zacatecas en sus primeras causas se destacan los tumores malignos en primer lugar, seguido de las enfermedades del corazón y la influenza y neumonía, entre otras (ver cuadro No. 21). El Hospital General Fresnillo presenta como su primera causa la influenza y neumonía seguida de las enfermedades del corazón y accidentes, (ver cuadro No. 22). El Hospital General de Jerez presenta las enfermedades del corazón en primer lugar, seguida, influenza y neumonía, y la tercera Enfermedades Pulmonares, Obstétricas, Crónicas, excepto Bronquitis, Bronquiectasia, enfisema y Asma (ver cuadro No. 23), el Hospital de la Mujer Zacatecana presenta como su principal causa el embarazo, parto y puerperio (ver cuadro No. 21.3). Por último, en el Hospital General de Loreto aparece en primer lugar la insuficiencia renal seguida de las enfermedades del corazón, y enfermedades del hígado (ver cuadro No. 24).

Se presentan cuadros de mortalidad hospitalaria por sexo y causa de cada Hospital General (ver cuadros No. 21.1 al 24.2)

2.4 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

2.4.1 INFRAESTRUCTURA EN SALUD

El programa de inversión 2015 presente la propuesta de fortalecimiento en el primer nivel de atención en sus variantes de la ampliación geográfica y funcional pretende contar con una oferta eficaz y organizada de acciones que aseguren la disponibilidad y acceso a los servicios de salud de buena calidad acorde a las características del estado de Zacatecas, considerando la dispersión, marginación y los centros naturales de concentración poblacional como puntos torales, requiriéndose para ello la construcción de nuevos centros de salud. Para el presente año se pondrán en marcha los nuevos Centros de Salud con Servicios Ampliados de Tlaltenango en la cabecera municipal, el Centro de

Salud urbano en la Col. González Ortega del municipio de Zacatecas, así como de la unidad médica en las localidades de Estancia de Ánimas, Villa González Ortega; Sauceda de la Borda, Vetagrande, Pozo de Gamboa y Pánuco.

El fortalecimiento al segundo nivel de atención se analiza a través de la infraestructura en salud expresada en camas censables, los Servicios de Salud cuentan con 516 camas censables, arrojando el 0.74 camas por 1000 habitantes de responsabilidad, comparándose con el indicador ideal que es 1 cama por cada 1000 habitantes.

Para ello se lleva a cabo la construcción del Hospital Comunitario de Sombrerete por sustitución y ampliación de 12 a 15 camas censables, además se propone de igual manera la construcción del Hospital de la Mujer en Fresnillo con una capacidad de 45 camas censables.

Por otro lado, las unidades de especialidades han tenido un propósito especial para la atención especializada para la población por ello los Servicios de Salud de Zacatecas están construyendo la UNEME de Cáncer de mama en la ciudad de Guadalupe con capacidad para tres mastografos, además la construcción de la UNEME de atención contra las adicciones en Concepción del Oro.

Con la terminación del hospital de Sombrerete y el inicio de operaciones del Hospital de la Mujer de Fresnillo lograremos tener 564 camas censables en los servicios de Salud de Zacatecas, quedando el indicador en 0.81 camas por cada mil habitantes.

El Sector Salud cuenta en el 2015 con 428 unidades en el primer nivel de atención; de estas corresponden a seguridad social 68; 33 del IMSS y 35 del ISSSTE; para población sin seguridad suman 360; dependientes de los Servicios de Salud de Zacatecas son 146 y 75 Unidades Móviles y del IMSS–Prospera 141 (ver cuadro N° 33)

Así mismo se cuenta con 18 unidades de especialidades médicas de (UNEME´S) de atención ambulatoria y son las siguientes; Enfermedades Crónicas (4), Centros Nueva Vida (8), Hemodiálisis (1), Capasits (2), Salud Mental (2), las cuales pertenecen a los Servicios de Salud, y (1) Hospital de Cirugía ambulatoria dependiente del IMSS (ver cuadro No. 33.1)

Los consultorios de medicina general para población sin seguridad son 655 y para seguridad social 141 (ver cuadro N° 34)

En el segundo nivel de atención, la entidad tiene una capacidad instalada de 16 hospitales generales correspondientes a instituciones del sector público; 5 de seguridad social y 11 de población sin seguridad, incluyendo los Hospitales de la Mujer Zacatecana y Salud Mental (ver cuadro N° 35)

Los Servicios de Salud, opera con 11 hospitales comunitarios, los cuales se encuentran en lugares estratégicos para fortalecer la red prestadora de servicios (ver cuadro N° 35.1)

Los hospitales comunitarios tienen entre **12 y 15 camas censables los cuales son:** con 12 camas **Trancoso, Sombrerete y Tabasco, con 15 camas Calera, Ojocaliente, Valparaíso, Juan Aldama, y Villa de Cos** los cuales ofrecen las especialidades básicas de: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia, **Jalpa, Juchipila y Nochistlán** además de ser también de 15 camas cuentan con la especialidad Traumatología.

Según número de camas censables el IMSS cuenta con 235, el ISSSTE con 80, los SSZ con 516 y el IMSS-Prospera 138 (ver cuadro N° 36)

2.4.2 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos para brindar atención en las unidades médicas básicos son los médicos(as), enfermeras(os) y paramédicos.

En el 2015 en el primer nivel de atención existían 1,010 médicos(as); de los que corresponden 508 a población abierta y 502 a seguridad social; 1,039 enfermeras(os) de los cuales 754 están en población abierta y 285 en seguridad social (ver cuadro N° 37).

El segundo nivel cuenta con 8,019 recursos humanos, 1,751 corresponden a médicos(as); 2,980 enfermeras(os) y 1,331 paramédicos, el resto pertenece a personal administrativo y otros los cuales 1,957 (ver cuadro N° 38)

2.4.3 SERVICIOS OTORGADOS

El primer nivel de atención la productividad en el 2015 registra: 3,338,911 consultas otorgadas en todas las unidades de salud, el 68.71% corresponde a población sin seguridad social y el 31.29% a seguridad social; el indicador de consulta por 1000 habitantes, en el Estatal es de 1,936.81; en seguridad social alcanzo el 1,670.05 y en población sin seguridad fue de 2,088.75 (ver cuadro N° 34)

2.4.4 CAPACIDAD HOSPITALARIA

Los Hospitales Generales en el Estado son polos de segundo nivel de atención, siendo el de Zacatecas de concentración estatal, aún para población abierta del IMSS-Prospera ya que una vez que rebasan su capacidad operativa los hospitales de campo, son referidos los pacientes a los hospitales de los Servicios de Salud de Zacatecas.

De acuerdo al indicador ideal de 1 cama por cada 1,000 habitantes, resulta el Estado de Zacatecas, deficitario, alcanzando 0.61 en promedio, lo que significa un poco más de la mitad de los requerimientos. Si se analiza este indicador en población abierta el indicador es de 0.74 por 1,000 habitantes de responsabilidad, debido sobre todo al incremento de camas en los hospitales de los Servicios de Salud en seguridad social es más bajo 0.52

De acuerdo al estudio de regionalización operativa de los Servicios de Salud de Zacatecas, para 2015, en el Estado de Zacatecas el 39.4% de la población es atendida por la seguridad social; el IMSS cubre al 28.7% y el ISSSTE al 10.7 %; el 60.6 % restante es población no asegurada es decir abierta, cuya responsabilidad se distribuye entre los Servicios de Salud de Zacatecas con el 43.2 % y el IMSS–Prospera con un 17.4 % (ver cuadro N° 40 y mapa N° 7)

El Hospital General de Zacatecas con 120 camas es el de mayor referencia de pacientes permaneciendo como hospital de concentración estatal, incluso de localidades de Estados vecinos, presenta una complejidad mayor de operación y gasto ya que cuenta con servicios y subespecialidades que lo enlazan con un tercer nivel de atención por la diversidad de patología que maneja, la ocupación acumulada al cierre del 2015 fue del 118.56 %.

El Hospital General de Fresnillo con 90 camas cuenta con las especialidades básicas y además traumatología que resuelve la problemática de accidentes y violencias de aquella región. Su productividad alcanza el 102.67% de ocupación en el 2015 y alivia en gran parte la demanda de atención de la zona noreste incluyendo municipios de Estados circunvecinos.

El Hospital General de Jerez, con 30 camas ha mostrado en el 2015 un 95.90% de ocupación hospitalaria, ha ampliado su cobertura de servicio implementando la especialidad de traumatología y se perfila también como hospital de referencia de aquella región del Estado y algunos municipios de Jalisco.

El Hospital de la Mujer Zacatecana, cuenta con 60 camas, y otorga servicios de Ginecología, Obstetricia y Neonatología y es un hospital de referencia estatal, así como de localidades de Estados vecinos, las acciones que se realizan ahí son para beneficiar a la población femenina y niños menores de un año. En el 2015 su ocupación hospitalaria fue de 75.11%

El Hospital General Loreto, con 30 camas, inicio su operación en octubre de 2008 y cuenta con las especialidades básicas para atender a la región sureste del Estado. Presenta para el 2015 un incremento en su ocupación hospitalaria a 72.24%.

El indicador propuesto para Zacatecas como meta estatal de ocupación hospitalaria es de 85% y en el 2015 la ocupación hospitalaria estatal de los Servicios de Salud fue de 105.60%.

El objetivo del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS), es contribuir a restablecer la salud de los pacientes a través de los servicios de transfusión; 4 Hospitales Generales, Hospital de la Mujer Zacatecana, 11 Hospitales Comunitarios y 45 Hospitales Privados. En la entidad, el manejo institucional y provisión de la sangre ha sido concentrado a través de 3 Bancos de Sangre; Hospital General Fresnillo, IMSS e ISSSTE, 5 puestos de sangrado de las Unidades Médicas Rurales IMSS-Prospera y el propio CETS, quien coordina a estas Unidades Médicas mencionadas, las cuales a través de convenios de intercambio de sangre y componentes sanguíneos con establecimientos públicos y privados garantizan la calidad de las unidades que se transfunden.

Las acciones más relevantes que se realizaron en el 2015 fue el reforzamiento de equipo y remodelación del Centro con el fin de hacerlo más operativo.

Se efectuó en cuatro ocasiones la recolección de células placentarias, enviándose mismo número de paquetes al nivel nacional para su procesamiento y conservación y así mismo se continúa con el convenio de colaboración para incrementar el inventario de unidades de células progenitoras hematopoyéticas con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

El CETS continúa participando en la evaluación de control de calidad externa con el Programa de LICON en inmunohematología y serología, con lo que se logró obtener dos premios, uno por las excelentes calificaciones en el control externo de la calidad en inmunohematología y el segundo por la evaluación externa de la calidad en serología infecciosa.

En relación a los recursos de servicios auxiliares de diagnóstico, en los Servicios de Salud de Zacatecas se cuenta para el 2015 físicamente con **85** peines de laboratorio, pero operativamente son 145 incluyendo al laboratorio estatal de salud pública que sirve como unidad de referencia, así como **24** gabinetes de Rayos X, **158** salas de expulsión y **26** quirófanos.

La medicina tradicional en Zacatecas es representada por parteras tradicionales, que en el 90% se encuentran ya capacitadas, además de algunos recursos alternativos.

2.4.5 SERVICIOS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Las funciones relativas a la regulación y al fomento datan de la década de los sesentas, con la figura de oficiales sanitarios, cuyas actividades se centraban únicamente en la inspección sanitaria, y dependían administrativamente de los Centros de Salud de las cabeceras municipales en donde se ubicaban.

En el año de 1968 la entonces oficina de Ingeniería Sanitaria, que tenía a su cargo las inspecciones sanitarias, se transforma en el Departamento de Control Sanitario de los Servicios Coordinados de Salud Pública; para el año de 1971 se adopta el nombre de

Departamento de Salud Ambiental, y se inicia con la capacitación en materia sanitaria del personal adscrito a estos departamentos.

Es en el periodo de 1974 a 1980 en que el Departamento de Salud Ambiental cambia de nueva cuenta su nombre por el de Regulación Sanitaria.

Desde el año de 1986, con las reformas constitucionales promovidas por el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, la reforma sanitaria señaló que la protección de la salud habría de conseguirse con el incremento del bienestar físico, mental y social, así como la defensa y promoción de la calidad del medio ambiente en general y de los lugares de trabajo en especial la salvaguarda de la salubridad y de la higiene de los alimentos, la responsabilidad del ciudadano, el control de la experimentación, producción, distribución y dispensación de medicamentos y la formación continua del personal sanitario. Con estas reformas se inicia el proceso de descentralización administrativa de los servicios de salud, y con ello la precisión de las funciones de vigilancia sanitaria de actividades, establecimientos, productos y servicios, a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Fue hasta el año de 1996 en el que se concretó la descentralización administrativa, entonces el Estado crea su propio organismo público, que se denominó Servicios de Salud de Zacatecas, y en cuyo Decreto de creación por lo que se refiere a las funciones de regulación y fomento sanitario las consigna en el artículo 3° fracciones I y V, esto es porque el objeto del organismo público descentralizado es prestar servicios de salud a población abierta en la entidad, no así para el ejercicio de actos de autoridad en materia administrativa (desplegar actos contra terceros de manera fundada y motivada en apego a los preceptos 14 y 16 constitucionales).

Con la publicación del acuerdo para la descentralización de los servicios de salud en el Diario Oficial de la federación el 11 de marzo de 1998, en materia de control sanitario se descentralizan en favor del Estado las siguientes materias:

- El control sanitario de la disposición de la sangre humana
- Bienes y Servicios
- Insumos para la Salud
- Salud ambiental y;
- Control Sanitario de la Publicidad

En el año dos mil con la creación de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, cambia el paradigma meramente regulatorio y se inicia con la conjunción de evidencias para el manejo de riesgos sanitarios, y de esta manera priorizar sobre aquellos derivados por el uso o consumo de productos y servicios que generan más riesgo a la salud de la población; en esta tesitura se crea el Sistema Federal Sanitario, en consecuencia las entidades federativas inician la transformación de sus oficinas de regulación y fomento sanitario a oficinas de protección contra riesgos sanitarios.

No obstante, lo anterior, no es sino hasta el año 2015 en que esta Entidad logra su tránsito de la regulación a la protección de la población contra riesgos sanitarios, según el nuevo Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud de Zacatecas publicado el 7 de febrero de 2015.

Objetivos

La implantación y aplicación de los programas de protección contra riesgos sanitarios en el ejercicio de las atribuciones que en la materia le corresponden al Gobierno del Estado a través de los Servicios de Salud, conforme a las disposiciones legales aplicables.

La identificación, evaluación, análisis, manejo y comunicación de riesgos sanitarios a los que se encuentra expuesta de población.

Ejercer el control y vigilancia sanitaria a que deberán sujetarse las actividades, establecimientos, productos y servicios vinculados con el proceso de: alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, insumos para la salud, sustancias tóxicas o peligrosas, calidad del agua y saneamiento, servicios de atención médica y medicina transfusional y publicidad.

Coordinación Institucional en la protección contra riesgos sanitarios

Capacitación y actualización del personal laboral

Logros relevantes

Desde los inicios de la regulación sanitaria hasta ahora como ente de protección contra riesgos sanitarios podemos hacer la siguiente síntesis de los logros:

DEPARTAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD

Regularización continua y permanente de las farmacias, boticas y droguerías, a través de la autorización sanitaria o bien bajo la figura de aviso de funcionamiento.

Control sistematizado de los profesionales de la salud que prescriben estupefacientes, esto a través de la codificación de sus recetarios especiales.

Posicionamiento como autoridad sanitaria en el control de los insumos para la salud.

Implantación estatal de la farmacovigilancia, cumplimiento de metas federales referentes a la notificación de sospechas de reacciones adversas.

Posicionamiento como capacitadores en el manejo y dispensación de medicamentos

Coadyuvante en la prevención de delitos contra la salud por el control sanitario en establecimientos que dispensan psicotrópicos y estupefacientes.

Coordinación con el Sistema Nacional de Gestión de Residuos y Envases de Medicamentos (SINGREM), para la recolección de medicamentos caducos o en desuso en los municipios de Fresnillo, Guadalupe y Zacatecas, programa implementado en febrero del 2013 y que a la fecha se han acopiado y dado el destino final adecuado a 9 toneladas de medicamentos

Atención de comunicados de Comunicados de Riesgo que emite la COFEPRIS, referentes a productos (medicamentos y suplementos alimenticios) que incumplen con la Normatividad y que causan riesgos sanitarios a la población usuaria.

Implementación del programa Sistema Integral de Protección Contra Riesgos Sanitarios(SIIPRIS) modulo vigilancia, para la emisión de órdenes de verificación, captura y dictamen de actas, de todas las materias en Regulación Sanitaria, con el cual estaremos dando a conocer mediante el sistema a la COFEPRIS las actividades de vigilancia sanitaria de esta Dirección

Se implementa la Estrategia Nacional para el control de farmacias con consultorios, realizando fomento sanitario como primera etapa durante los meses de septiembre y octubre del 2013, luego la vigilancia sanitaria formal a partir de noviembre del mismo año en 200 establecimientos con esa condición, se continuará con los procedimientos que está determinando la COFEPRIS para este 2014

Con respecto al Programa de Control Sanitario de la Publicidad, se continua con el monitoreo de la publicidad de productos y servicios competencia de la Regulación Sanitaria, de lo cual se han detectado 221, anuncios irregulares de los cuales se regularizaron 26 representando el 11% del total, se han distribuido 5000 material de difusión referente al Control Sanitario de la Publicidad (trípticos, carteles y calendarios).

Se continua la Coordinación con el Sistema Nacional de Gestión de Residuos y Envases de Medicamentos (SINGREM), para la recolección de medicamentos caducos o en desuso en la población en general implementándose en los municipios de Fresnillo, Guadalupe y Zacatecas, en febrero del 2013 y paulatinamente se ha ampliado como es el caso de la inclusión de Jerez y que a la fecha se han acopiado y dado el destino final adecuado a 21 mil kilogramos de medicamentos

Atención de Comunicados de Riesgo que emite la autoridad sanitaria federal, referentes a productos (medicamentos, equipos y suplementos alimenticios) que incumplen con la Normatividad y que causan riesgos sanitarios a la población usuaria, ya sea mediante la publicidad en diversos medios o su disposición en establecimientos con venta o distribución.

Se implementó la Estrategia Nacional para el control de farmacias con consultorios, realizando fomento sanitario como primera etapa durante los meses de septiembre y octubre del 2013, luego la vigilancia sanitaria formal a partir de noviembre del mismo año en 200 establecimientos con esa condición, se continuó con los procedimientos determinados por la COFEPRIS durante el 2014, así como ampliar la Estrategia Nacional de aplicación de Cédulas de fomento sanitario para valorar el cumplimiento de la normativa sanitaria a todas las farmacias particulares del estado logrando visitar 950 establecimientos en las dos etapas de la Estrategia, actualmente se están realizando vigilancia sanitaria en los establecimientos que resultaron con menor cumplimiento de la normatividad.

DEPARTAMENTO DE VERIFICACIÓN MÉDICO SANITARIA

Zacatecas fue el primer estado del país que elaboró un diagnóstico situacional de las estancias infantiles de SEDESOL, con cobertura total en la vigilancia sanitaria.

Cobertura en la vigilancia de Hospitales Comunitarios de los Servicios de Salud; se estructuró el diagnóstico situacional de los aspectos considerados de alto y mediano riesgo a la salud, con base en la normativa sanitaria vigente.

Regularización arquitectónica a través de la autorización sanitaria de los establecimientos que prestan servicios de atención médica con actos quirúrgicos u obstétricos.

Se integró el diagnóstico de los Centros de Rehabilitación de Adicciones que se encuentran dados de alta en el estado, realizando actividades de fomento con la finalidad de dar apego a lo que establece la normatividad sanitaria y así dar cumplimiento a las anomalías sanitarias que se identificaron en las visitas de verificación.

Como resultado de las múltiples visitas de verificación efectuadas en el Hospital General ISSSTE ubicado en la Ciudad de Zacatecas, iniciaron con la regularización de sus autorizaciones y la corrección de las anomalías sanitarias principalmente en las áreas de mayor riesgo como es la unidad quirúrgica y la de tocología. De la misma manera, el hospital del ISSSTE ubicado en la Ciudad de Fresnillo obtuvo su Permiso Sanitario de Construcción y su Licencia Sanitaria para el funcionamiento del establecimiento.

Se fortalece la Vigilancia de los Riesgos Sanitarios de Muerte Materna, aplicando en el estado los lineamientos específicos emitidos por la federación y utilizando los instrumentos de verificación sanitaria para coadyuvar en la disminución de la ocurrencia de Muertes Maternas en periodo perinatal, mediante la detección de riesgos sanitarios en los establecimientos involucrados en la atención médica obstétrica.

Se realiza coordinación estrecha con la Dirección de Atención Médica, el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, el Programa de Salud Materna y Perinatal de

los Servicios de Salud de Zacatecas, en función del proyecto de Muerte Materna. De acuerdo a los casos de muerte materna y a los establecimientos reportados en este 2014, se lleva un avance 100% de las visitas de verificación realizadas.

DEPARTAMENTO DE SANEAMIENTO BÁSICO

Vigilancia de la calidad del agua para uso y consumo humano a través del monitoreo de cloro residual libre en los sistemas de abastecimiento de los 58 municipios y del muestreo de agua para análisis bacteriológico y fisicoquímico.

El 84% viviendas que cuentan con servicio de agua entubada, recibieron agua de calidad bacteriológica, es decir, con una reducción al riesgo de contraer enfermedades.

DEPARTAMENTO DE BIENES Y SERVICIOS

Coadyuva en la integración del Diagnóstico Nacional de rastros y mataderos.

Georreferenciación de rastros y mataderos.

Integración de los Ayuntamientos Municipales en la protección contra riesgos sanitarios derivados del proceso sanitario de la carne en rastros y mataderos.

Aplicación de medidas de seguridad y sanciones económicas a las presidencias municipales por incumplimiento a las disposiciones sanitarias en materia de rastros.

Realización de operativos en carnicerías de distintos municipios para combatir la matanza clandestina y garantizar la procedencia de productos cárnicos.

Como consecuencia de las actividades de regulación y fomento se han rehabilitado, remodelado y construido 13 rastros municipales.

Se elaboró un prototipo de reglamento interno de rastros municipales que ya ha sido aprobado ya por algunos Ayuntamientos (Juan Aldama, Trancoso, Jerez, Villa de Cos) en otros está en proceso de revisión por parte del Cabildo (Juchipila, Tlaltenango, Nochistlán, Momax, Atolinga, Villanueva y Guadalupe). Asimismo, este instrumento ya fue solicitado por otras entidades federativas para poder ser difundido a sus municipios, a saber: Campeche, Tlaxcala, Hidalgo y Sonora.

Monitoreo de los productos cárnicos que se expenden en carnicerías y tiendas de autoservicio, así como de los animales sacrificados en los rastros, a efecto de determinar el contenido de clenbuterol, con objeto de evitar riesgos a la salud de la población por intoxicación.

Se ha establecido la coordinación interinstitucional con los siguientes entes: UAZ, CANIRAC, SECTUR, SAGARPA, PGR, SEDAGRO y SEDUZAC, con el propósito de realizar actividades conjuntas que maximicen resultados.

Capacitación a manipuladores de alimentos para el otorgamiento del Carnet Sumar para tu Salud, a chefs, cocineros, ayudantes de cocina, meseros y personal administrativo, con el objetivo de prevenir riesgos a la salud por enfermedades transmitidas por alimentos.

Se fortaleció el desarrollo de acciones conjuntas intersectoriales para la prevención de la brucelosis.

Se implementó programa de muestreo de productos lácteos artesanales no pasteurizados para dictaminar *Brucella* SPP por PCR en tiempo real, para dirigir acciones en la prevención de la brúcela humana.

Se dio continuación al programa permanente de capacitación y difusión en materia de buenas prácticas de higiene en la elaboración de quesos en grupos de riesgo.

Resultado de acciones coordinadas interinstitucionales, se obtuvo la amplia participación de propietarios de ganado vacuno, ovino y caprino en zonas endémicas de *Brucella* en el Estado para lograr la realización del diagnóstico de ganado enfermo de brucelosis y con ello encaminar las acciones para disminuir el índice de *brucella* en humanos.

Capacitación a verificadores y dictaminadores, así como a todo el personal involucrado en el proceso sanitario de alimentos, productos y servicios.

En plantas productoras de queso se cuenta ya con diagnóstico estatal, y como resultado de este se tiene el compromiso para garantizar inocuidad del producto

Se implantó capacitación a pequeños productores en materia de buenas prácticas en la elaboración de queso artesanal

Se implementó un programa permanente de muestreo de leche bronca para aplicar “Anillo de Bang” como prueba presuntiva de anticuerpos contra *Brucella*.

DEPARTAMENTO DE RIESGOS AMBIENTALES:

En lo que refiere al uso y manejo de plaguicidas se han favorecido las actividades de vigilancia y fomento sanitario, contribuyendo al control de productos irregulares a través de la verificación e implementación de operativos en establecimientos que almacenan y comercializan estos productos.

Se refuerza la capacitación en diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones por plaguicidas para la actualización de médicos y paramédicos del sector público, social y privado, fortaleciendo con ello la búsqueda de información toxicológica y la capacidad diagnóstica para la atención oportuna de pacientes intoxicados por plaguicidas.

Se promueve y difunde en el estado el programa del Buen Uso y Manejo de Agroquímicos, mejorando con ello las capacidades en materia de fomento del personal verificador y de promoción de los Servicios de Salud, a los comercializadores de agroquímicos y propietarios de campos agrícolas.

Se capacita y orienta a jornaleros agrícolas, esposas e hijos de jornaleros en el buen uso y manejo de agroquímicos.

A través del fomento sanitario se ha coadyuvado en la disminución de intoxicaciones por plaguicidas.

En materia de exposición al humo de tabaco se ha logrado que los establecimientos de convivencia familiar (restaurantes, salones de fiesta, espacios recreativos) se declaren 100% libres de humo de tabaco.

En materia de exposición al humo de leña se promovió la construcción de estufas eficientes de lodo y arena en comunidades rurales.

Promoción del uso de esmaltes libres de plomo entre el gremio alfarero.

Se realiza la vigilancia sanitaria con enfoque de riesgo a establecimientos públicos gubernamentales y de servicio para vigilar el cumplimiento de la Ley general para el control del tabaco y su reglamento; así como la realización de actividades de fomento y difusión.

Atención de alertas sanitarias emitidas por la COFEPRIS en materia de tabaco.

Se ha incrementado la vinculación con el sector público, social y privado de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, logrando con ello un importante incremento en el cumplimiento de la normatividad sanitaria, sobre todo en materia de autorizaciones sanitarias en las modalidades de licencias y permisos.

ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN ACTUALMENTE EN LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Pese a que aún no se ha formalizado la creación de la Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios, esta Dirección está implantando el desarrollo de los diversos procesos conforme a los lineamientos del Sistema Federal Sanitario y los propios del Estado para contar con la evidencia y manejo de riesgos y de esta manera encaminar

las acciones debidamente para el logro de nuestros objetivos; por lo que a continuación se enlistan de manera genérica las actividades que se realizan:

Ejercer el control y vigilancia sanitaria a que deberán sujetarse las actividades, establecimientos, productos y servicios vinculados con el proceso de: alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, insumos para la salud, sustancias tóxicas o peligrosas, calidad del agua y saneamiento, servicios de atención médica y medicina transfusional y publicidad, en atención a lo establecido por la Ley General de Salud y sus Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas, así como por la Ley de Salud del Estado y el Acuerdo de Específico de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de Control y Fomento Sanitario.

Emisión de órdenes de verificación, citatorios, notificaciones de resultados, informes de publicidad, acuerdos de trámite, resoluciones administrativas, imposición de sanciones, tramitación de recursos administrativos hasta su resolución, y en general la emisión de actos de autoridad necesarios, relativos al control y vigilancia sanitaria.

Conducir el Sistema Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios.

Evaluar, expedir y revocar las autorizaciones sanitarias.

Coordinar la integración de diagnósticos situacionales en materia de control y fomentos sanitarios en el control de riesgos sanitarios.

Identificar, analizar, evaluar, regular, controlar, fomentar y difundir las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de riesgos sanitarios.

Conducir en la elaboración de las disposiciones legales en materia del control sanitario de la Salubridad Local.

Coordinar, integrar y supervisar la realización del programa operativo anual.

Promover la participación de los sectores público, social y privado en el mejoramiento de las condiciones y calidad sanitarias de las actividades, establecimientos, productos, servicios y publicidad.

Establecer estrategias de investigación, evaluación y seguimiento de riesgos sanitarios, en coordinación con otras autoridades competentes de la Administración Pública Estatal.

Establecer los mecanismos de supervisión en el ámbito de su competencia.

Promover la formación, capacitación y actualización de su personal en coordinación con las unidades administrativas correspondientes.

Evaluar los resultados de las actividades de regulación y fomento sanitario, aplicando indicadores que realimenten el proceso de planeación y programación.

Evaluar las metas para el cumplimiento de los objetivos establecidos en los planes nacional y estatal de desarrollo.

COLABORACIONES CON OTRAS INSTITUCIONES

Por la naturaleza de las actividades que realizamos en materia de protección contra riesgos sanitarios, resulta indispensable la colaboración institucional, de ahí que existe coordinación con las siguientes instituciones:

- Universidad Autónoma de Zacatecas
- Secretaría de Ganadería, Pesca y Alimentación
- Procuraduría General de la República
- Comisión Nacional del Agua (se celebran convenios)
- Cámara Nacional de la Industria Restaurantera (se celebran convenios)
- Secretaría de Desarrollo Social
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Secretaría de Planeación y Desarrollo
- Órganos Colegiados de profesionales de la salud
- Ayuntamientos Municipales
- Secretaría de Turismo del Estado de Zacatecas (se celebran convenios)

2.4.6 RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANTECEDENTES

La Reforma a la Ley General de Salud de fecha 15 de mayo de 2003 que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tuvo su origen en la necesidad de proveer una alternativa de protección social en salud a la población que no contaba con seguridad social a través de un nuevo esquema de aseguramiento público.

El sistema es regulado y normado por la Secretaría de Salud Federal a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y operacionalizado por los Servicios de Salud Estatales con la participación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Reforma a la Ley General de Salud obedeció a los retos que el Sistema Nacional de Salud había identificado en el contexto nacional:

- A. Existencia de presiones financieras derivadas de las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política;
- B. La presencia de desequilibrios financieros que obstaculizan el adecuado aprovechamiento de los recursos públicos para la salud;
- C. La presencia de un bajo nivel de inversión en salud; y
- D. El destino ineficiente de los recursos para financiar los servicios de salud debido al predominio del gasto de bolsillo, distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas, falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno, y la creciente proporción del gasto público destinado a la nómina.

En éste contexto, la implementación del Sistema de Protección Social en Salud busca:

- I. Ordenar la asignación actual de los recursos;
- II. Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas;
- III. Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica;
- IV. Establecer la corresponsabilidad entre los diferentes órdenes de gobierno y con la ciudadanía;
- V. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de Protección Social en Salud.

RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

El Seguro Popular inicio el 1° de octubre del 2002 en nuestra entidad, en ése momento como Programa de Salud Federal instrumentado por Reglas de Operación que se publicaron en los años 2002 y 2003.

En mayo de 2003 se promovió una Reforma a la Ley General de Salud a través de la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud, dejándose explicito el derecho de todos los ciudadanos mexicanos para acceder a un esquema de protección social; el sistema inicio su vigencia el 1° de enero de año 2004.

El 18 de diciembre de 2003 el Gobierno del estado de Zacatecas suscribió el Acuerdo de Coordinación con la Secretaría de Salud para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); a partir de esa fecha, la implementación y operación del Seguro Popular fue una realidad en la entidad.

El Convenio establece las bases, compromisos y responsabilidades de la Federación y del estado para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, en los términos que la Ley General de Salud; su Reglamento y demás disposiciones aplicables determinan.

Así mismo, el convenio establece la obligatoriedad para que el estado de Zacatecas, establezca, desarrolle, coordine y supervise las bases para la regulación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS Zacatecas).

En éste contexto, el REPSS Zacatecas fue creado como Dirección de Área de los Servicios de Salud de Zacatecas, mediante punto de acuerdo aprobado por unanimidad en la 1° Reunión Ordinaria de la Junta de Gobierno; realizada el 14 de octubre de 2005.

Así el REPSS Zacatecas es considerado como la estructura administrativa dependiente de la Institución de Salud, encargada de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona, debiendo realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.

Las principales funciones del REPSS Zacatecas están dirigidas a la afiliación, reafiliación, financiamiento y gestión de servicios de salud, y en las cuales el REPSS Zacatecas ha concretado acciones como las que a continuación se describen:

AFILIACIÓN y OPERACIÓN

En los últimos años, México ha llevado a cabo grandes esfuerzos a efecto de dar cumplimiento a la garantía que en materia de salud tienen los individuos residentes en el territorio nacional y que se consagra en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Es por ello, que el gobierno del estado de Zacatecas a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud “Seguro Popular”, ha tenido a bien a incorporar a 962,815 individuos Zacatecanos los cuales gozan de los beneficios de la protección social en salud; sin embargo, la población subsidiada por la CNPSS está en razón de 892,166 personas de acuerdo al ANEXO II 2016.

Con el objetivo de dar cumplimiento al acuerdo de coordinación con entidades federativas respecto a la Cobertura Universal de Salud en Zacatecas, el REPSS Zacatecas desarrolla las siguientes acciones:

- Afiliación: incorporación al SPSS con el objetivo de lograr la proyección de Cobertura Universal de Salud.
- Reafiliación: reincorporación al SPSS con el objetivo de mantener la Cobertura Universal de Salud.

De esta forma y a través de los procesos anteriormente expuestos, es como se garantiza la gratuidad en la prestación del servicio y la transferencia de recursos económico - financieros para la entidad federativa.

Para la consecución del logro y mantenimiento de la Cobertura Universal de Salud en Zacatecas, el REPSS cuenta con la siguiente estructura normativo - operativa:

- 29 Módulos de Afiliación y Orientación.
- 7 Brigadas de Afiliación y Orientación.
- 6 Coordinaciones Operativas Regionales del Seguro Popular.
- 1 Dirección de Afiliación y Operación, compuesta por 2 Sub - direcciones y 4 jefaturas departamentales.

La vinculación de las acciones normativo - operativas permiten desarrollar los procesos de afiliación, reafiliación, orientación, validación y administración del padrón; las conjunciones de estos procesos hacen posible lograr y mantener la Cobertura Universal de Salud.

Lo anteriormente expuesto conlleva a redoblar los esfuerzos para la consecución del objetivo del Sistema, el ofrecer la protección financiera contra gastos en salud a través de la prestación de servicios de salud con calidad.

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La cobertura de servicios médicos que el Seguro Popular está aplicando en la entidad, lo hace a través de la operacionalización de cuatro componentes: Catálogo Universal de Servicios de Salud [CAUSES]; Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y Seguro de Portabilidad Interestatal (SPI).

GESTIÓN MÉDICA (CAUSES)

El Catálogo Universal de Servicios de Salud considera 287 acciones de salud, de carácter preventivo promocional, curativas y de rehabilitación a favor de los afiliados al sistema Y 647 claves de medicamentos y otros insumos. El esquema de cobertura considera el 100% de la demanda de servicios médicos de las unidades de primer nivel de atención y el 85% de las unidades hospitalarias; lo anterior de acuerdo a los sistemas de información en salud disponibles: SIS; SUIVE y SAEH.

El CAUSES, está operando en las siete Jurisdicciones Sanitarias en las que esta subdivido el Estado en materia de salud; en los 58 municipios alcanzando una cobertura del 100% del territorio estatal; en 146 unidades de primer nivel de atención 100%; en los cuatro hospitales generales; once hospitales comunitarios y en los hospitales de especialidad como el Hospital de Salud Mental y el de la Mujer Zacatecana.

El Seguro Popular opera en la Entidad a través de una Red Institucional de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, escalonadas en servicios secuenciados de acuerdo a su capacidad humana, material y de infraestructura física instalada. La Red se

articula por la interacción de las Jurisdicciones Sanitarias y las unidades hospitalarias; lo anterior en coordinación con las Direcciones de Área y la Dirección General del Organismo.

La prestación de servicios de salud a los afiliados, se está realizando en unidades de salud que han sido acreditadas en tres componentes fundamentales: Calidad, Capacidad y Seguridad de la atención médica; ello garantiza que los servicios médicos sean eficaces y oportunos y con ello se enfatiza la tutela de derechos de los afiliados al sistema.

SEGURO MÉDICO SIGLO XXI

El Seguro Médico Siglo XXI [SMSXXI], es un Programa Federal que se viene aplicando en la Entidad Federativa a partir de la Publicación de sus Reglas de Operación en el Diario Oficial de la Federación, cuya última edición se publicó el pasado 28 de diciembre de 2015. Su antecedente inmediato es el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación que implementó el Gobierno de la República en la Administración 2006-2012.

El objetivo del Programa Seguro Médico Siglo XXI es el financiamiento, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud; con lo anterior se busca alcanzar las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación de zacatecanos esté sana, más capacitada, preparada y activa.

El SMSXXI ofrece 146 acciones de salud específicas de éste grupo de edad, que se complementan con 160 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud a través de Seguro Popular y 52 del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; de forma que en éste momento se cubre el 100% de la demanda de servicios de primero y segundo nivel de atención.

El esquema de cobertura del SMSXXI está aplicándose en los Hospitales Generales de Zacatecas; Fresnillo; Jerez, Loreto y en el Hospital de la Mujer Zacatecana; gracias a ello ha sido posible acceder a servicios médicos de alta especialidad en la entidad.

FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS (FPGC)

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en Salud, cubre enfermedades cuyo diagnóstico, tratamiento y control implica una elevada erogación económica al paciente y/o a sus familiares que los puede llevar a condiciones de pobreza extrema. Este financiamiento permite atender problemas específicos de salud sin costo alguno para el paciente y/o sus familiares y en el caso de las Instituciones de Salud, fortalecer su oferta

de servicios con equipo, instrumental, servicios y personal de salud provisto de una alta especialización técnica.

Las enfermedades reconocidas son definidas y autorizadas por el Consejo de Salubridad General, en éste caso los Servicios de Salud de Zacatecas proveen servicios médicos para el diagnóstico, tratamiento y control del: Cáncer Infantil; Cáncer Cérvico Uterino; Cáncer de Mama; Cáncer de Testículo; Cuidados Intensivos Neonatales de Recién Nacidos, Prematuros; Malformaciones Congénitas Digestivos; VIH/SIDA; Hemofilia; Linfoma no Hodgkin en adulto y además Trasplante de Córnea;

Para acceder a estas vías de financiamiento los hospitales de los Servicios de Salud de Zacatecas se sometieron gradualmente a un proceso de acreditación de sus procesos; de forma que los servicios médicos que se proporcionan respondan a los criterios de calidad, capacidad y seguridad. En su inicio la vigencia del proceso de acreditación fue de cinco años, actualmente es indefinida y la Dirección de Atención Médica de la Institución mediante procesos de supervisión garantiza el estatus de acreditación; a efecto de que los servicios de salud que se proporcionan a los usuarios cumplan los estándares exigidos.

La Red de Unidades Hospitalarias acreditadas en el FPGC son: Hospital General Zacatecas “Luz González Cosío”, Hospital General Fresnillo y el Hospital de la Mujer Zacatecana.

SEGURO DE PORTABILIDAD INTERESTATAL

La posibilidad de que el Seguro Popular opere sin barreras en el territorio nacional ya es una realidad a partir de la suscripción del Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica de Portabilidad Interestatal publicado el 4 de marzo de 2008; la firma del Convenio de Colaboración Específico y Coordinación de fecha 23 de octubre de 2009, el Convenio Modificatorio al Convenio Específico publicado el 12 de octubre del año 2013 y el Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicios de Salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud suscrito el 15 de octubre del 2015.

El esquema de cobertura interestatal aplica en tres circunstancias: cuando el paciente sea referido por el Estado de origen; en caso de Urgencia Médica y en casos de pacientes en tránsito o que se encuentran temporalmente fuera de su residencia habitual.

La cobertura de servicios considera los diagnósticos contenidos en el CAUSES vigente y se divide en los conglomerados de: salud pública, consulta de medicina general, familiar y de especialidad; odontología; urgencias, hospitalización y cirugía; la expectativa inmediata de cobertura estaría orientada a derechohabientes de los estados de Jalisco; Durango; Aguascalientes; Coahuila y de San Luis Potosí por la colindancia con el estado de Zacatecas; pudiéndose establecer también con cualesquiera entidad del país.

En éste esquema, el asegurado interestatal no paga los servicios médicos considerados en el CAUSES vigente, para lo cual debe acreditarse con su póliza de afiliación vigente e identificación oficial ante el Módulo de Afiliación y Orientación, que se encuentra ubicado en la unidad de salud.

En estado tratante atiende al paciente, integra un expediente médico administrativo de los servicios otorgados, el documento se registra en una plataforma web, se valida y enseguida se le cobra al Estado de origen del paciente a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

FINANCIAMIENTO

En materia de financiamiento las acciones más relevantes del sistema están orientadas a la dotación de recursos presupuestales para garantizar la atención digna de calidad, oportuna, efectiva y gratuita de los afiliados al Seguro Popular; identificándose las acciones más sobresalientes:

1. Fortalecer el financiamiento para el pago del personal ya contratado y en su caso la contratación de personal de salud en hospitales y centros de salud que estén vinculados a la atención directa de pacientes afiliados al sistema.
2. Fortalecer la operación de la Red de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud con la identificación de recursos presupuestales para el pago de servicios, alimentos, la adquisición de insumos indispensables como; oxígeno, medicamentos, materiales de curación, dental y de laboratorio, entre otros.
3. Coadyuvar en la renovación y ampliación de equipo; así como en la conservación y mantenimiento de las Unidades Médicas de los SSZ.
4. Incrementar los recursos financieros para atención de la población Afiliada al Seguro Popular.
5. Aumentar los recursos financieros para el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico y biomédico de las Unidades Médicas de los SSZ, a efecto de otorgar una mejor atención a los usuarios.
6. Acceder a los Recursos del Seguro Médico Siglo XXI, para la atención de los niños afiliados en la Red de Prestadores de Servicios de Salud, en las vertientes de intervenciones Cubiertas y a la Cápita Adicional.
7. Acceder a los recursos del Fideicomiso para el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, para los Hospitales de los SSZ acreditados como Centros Regionales de Alta Especialidad en la atención de enfermedades específicas de alta complejidad sin costo para los afiliados al Seguro Popular.

8. Acceder a recursos adicionales a través del Convenio Específico y Coordinación, denominado 32 x 32 y de la suscripción del Convenio Modificatorio al Convenio Específico suscrito el 20 de agosto del año 2012; para las unidades de salud de los SSZ, que otorgan servicios de salud a los pacientes afiliados interestatales y que se derivan del pago de compensación económica entre entidades Federativas.
9. Apoyar la atención médica que brindan los pasantes de enfermería y medicina en Servicio Social a través de un incentivo económico con cargo a la Aportación Solidaria Estatal.
10. Implementar los Convenios de Gestión suscritos entre el Organismo Descentralizado Servicios de Salud de Zacatecas y los representantes de las Siete Jurisdicciones Sanitarias; los Hospitales Generales; el Hospital de Salud Mental y el Hospital de la Mujer Zacatecana.
11. Operar la asignación de recursos para el Fortalecimiento de las Acciones de Prevención y Promoción de la Salud a través del AFASPE.
12. Identificar los recursos para la acreditación de unidades médicas, a efecto de que los servicios de salud que se proporcionen estén enmarcados en un contexto de calidad, capacidad y seguridad en la atención de los afiliados al Seguro Popular.
13. Transferir recursos para la operación del Sistema de Protección Social en Salud en el periodo que se informa, con una aportación líquida por parte del Gobierno del Estado superior a los 12 millones de pesos.

PRESUPUESTO

Con respecto al presupuesto para el presente ejercicio es importante destacar la orientación de los recursos de la *Cuota Social en Beneficio a los Afiliados al Sistema, esta de acuerdo al Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, como sigue:

Concepto	Presupuesto 2015 (mdp)
Remuneraciones de Personal	235.26
Medicamento y Material de Curación	180.40
Caravanas de la Salud	7.24
Gasto Operativo de Unidades Médicas	99.06
Acciones de Promoción y Prevención de la Salud *	126.10
Fortalecimiento de Infraestructura Física en Salud	12.40
Pagos a Terceros por Servicios de Salud	22.78

*NOTA ESTE IMPORTE SE ENCUENTRA COMPRENDIDO POR DATOS INFORMATIVOS Y/O ACUMULABLES

APARTIR DEL 2015 EL CONCEPTO ES CUOTA SOCIAL

EVALUACIÓN Y PROYECTOS

En relación a esta subdirección a partir del año 2011 se implementaron dos nuevos reportes sobre el ejercicio, destino y resultados de la aplicación de la CS y ASF, a través de dos formatos de indicadores nacionales que fueron adecuados al Estado; el primero denominado indicadores de Seguimiento, Avance y logros de los programas, mide el avance de afiliación, programa seguro médico siglo XXI y programa contra gastos catastróficos; el segundo formato se llama Indicadores de Evaluación, Eficiencia y Eficacia de las Metas y Objetivos del Seguro Popular, este formato es más completo y se divide en cinco temas como se anuncian a continuación.

1. Participación Social
2. Eficiencia del programa
3. Eficacia del programa
4. Eficacia en afiliación y
5. Fuentes de financiamiento

Los dos formatos de indicadores son publicados en la página de internet de los Servicios de Salud en el apartado Seguro Popular.

De igual modo, de acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación se envía a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud los informes trimestrales y semestrales sobre la compra de servicios a prestadores privados; adquisición de medicamento, material de curación y otros insumos y adquisición de equipo médico, como su publicación en la página de internet de los Servicios de Salud.

En coordinación con la Subdirección de Afiliación y Operación y con el apoyo de personal del Instituto Tecnológico de Loreto Zacatecas, se llevó a cabo el curso denominado “**Sistema de Gestión de Calidad**”, con la finalidad de certificar los procesos de Afiliación, Re-afiliación a través de la norma mexicana IMNC ISO/9001:2008, estando programada la certificación de dichos procesos con la Norma ISO/9001:2008; para el primer trimestre del 2015; los departamentos que están inversos en los procesos son Departamento de Promoción y Afiliación, Departamento de Validación del Padrón, Departamento de Administración del Padrón, Departamento de Supervisión y Seguimiento a Módulos, Departamento SINOS, Departamento de Supervisión, Departamento de Evaluación y Análisis y Departamento de Proyectos.

SISTEMA ORDEN ATENCIÓN

El Sistema de Orden Atención (SOA) es un sistema de información que tiene como objetivo el cruce del CAUSES con el Padrón de Afiliados del Seguro Popular, a fin de exentar el pago de los servicios cubiertos por el CAUSES a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

El sistema fue implementado en los 4 Hospitales Generales del estado y el Hospital de la Mujer Zacatecana entre los años 2008 y 2010. Posteriormente, en el año 2010 se realizó la implementación en 10 hospitales comunitarios y el centro de salud de Pinos, Zac.

El SOA ha permitido brindar una mejor atención para los afiliados ya que reduce significativamente los tiempos de espera para la obtención de los tickets que avalan la exención de pago por aquellos servicios que se derivan de las intervenciones cubiertas por el CAUSES vigente, acelerando así el proceso para la obtención de dichos servicios.

CONVENIOS DE GESTIÓN

Elaboración de los Convenios de Gestión; un convenio pactado entre el Titular del Organismo Descentralizado Servicios de Salud de Zacatecas y los Titulares de las Jurisdicciones Sanitarias de Zacatecas, Ojocaliente, Fresnillo, Rio Grande, Jalpa, Tlaltenango y Concepción del Oro; y un segundo convenio pactado entre el Titular del Organismo Descentralizado Servicios de Salud de Zacatecas y los Titulares de los Hospitales Generales de Zacatecas, Fresnillo, Jerez y Loreto; y los Hospitales de Especialidades de Salud Mental y Hospital de la Mujer Zacatecana.

ATENCIÓN CIUDADANA

Se diseñó e implementó un sistema de información automatizado en Microsoft Access con el objeto de automatizar el registro de los trámites solicitados en el área de Gestión Médica y así brindar un mejor servicio a los afiliados a nuestro Sistema de Protección Social en Salud. Dichos trámites se clasifican en:

- a) Felicitaciones
- b) Quejas
- c) Reembolsos
- d) Sugerencias
- e) Otras peticiones

Para el desarrollo del sistema se crearon las estructuras de las bases de datos en función de las necesidades de almacenamiento de información, las cuales son controladas por formularios simples de entrada de datos incluyendo también la función para generar los informes necesarios para su análisis. Esto nos arroja un mejor control para el seguimiento de los trámites realizados en el área y agiliza el tiempo de espera en la obtención de una respuesta para él o la solicitante.

SISTEMA DE GESTIÓN FINANCIERA TIPO GRP Y TABLEROS DE CONTROL SSZ

Derivado de la anterior situación de los Servicios de Salud de Zacatecas, en la cual se presentaban muchos procesos manuales que no sólo impedían la generación oportuna de información contable y presupuestal sino sobre todo la generación de estados financieros en tiempo real, limitando así la oportuna toma de decisiones en beneficio de los afiliados al SPSS; la Subdirección de Evaluación y Proyectos, en coordinación con los Servicios de Salud de Zacatecas llevó a cabo el proyecto de la Implementación del Sistema de Gestión Financiera Tipo GRP y Tableros de Control SSZ, el cual arrancó oficialmente en el mes de marzo del 2013.

Dicho sistema supone la modernización y automatización de los procesos contables y presupuestales, con la finalidad de adecuarse a la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG) y cubrir las nuevas necesidades de la institución (SSZ), para así facilitar la toma de decisiones en beneficio de los afiliados al SPSS.

PRESUPUESTO

Con respecto al presupuesto para el presente ejercicio solamente se cuenta con información de los Servicios de Salud de Zacatecas, por lo que únicamente se realiza un breve análisis del ejercicio presupuestal.

Analizando la información del ejercicio 2015 y contrastándolo con el autorizado 2016 encontramos que en el capítulo 1000 de Servicios Personales se incrementa un 1%; el capítulo 2000 de Materiales y Suministros representa al igual que el anterior se incrementa 17.57% el cual sirve para ofrecer los insumos básicos sobre todo en medicamento y material de curación; el 3000 de Servicios Generales representa tiene una disminución del 8.85 %. El capítulo 4000, al igual ue en anterior tiene una disminuciin del 17.05%, y en relación al ejercido el 2015, el autorizado 2016 se incrementa en un 1.62 %. (Ver cuadro N° 41).

III. ANEXOS

RELACIÓN DE MAPAS

- UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTADO (MAPA No. 1)
- REGIONALIZACIÓN DE JURISDICCIONES SANITARIAS (MAPA No. 2)
- REGIONALIZACIÓN DE COPLADEZ (MAPA No. 3)
- ÍNDICE DE MARGINACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE ZACATECAS 2010 (MAPA No. 4)
- ZONAS DE RIESGO DE PALUDISMO (MAPA No. 5)
- ZONAS DE RIESGO DE ALACRÁN (MAPA No. 6)
- REGIONALIZACIÓN OPERATIVA SEGUNDO NIVEL (MAPA No. 7)

REFERENCIAS

- CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013 – 2018
- PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 2011 – 2016
- ANUARIO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE ZACATECAS 2015
- MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA
- SISTEMA GEO SALUD
- DIAGNOSTICO ESTATAL SECTORIAL DE SALUD 2015

RELACIÓN DE CUADROS

- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO 2016 (CUADROS No. 1)
- DENSIDAD DE LA POBLACIÓN 2016 (CUADRO No. 2)
- POBLACIÓN URBANA Y RURAL 2016 (CUADRO No. 3)
- DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN 2016 (CUADRO No. 4)
- CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN 2012 - 2016 (CUADRO No. 5)
- NATALIDAD 2011 - 2015 (CUADRO No. 6)
- POBLACIÓN TOTAL, NATALIDAD Y FECUNDIDAD DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS EN EL ESTADO 2016 (CUADRO No. 7)
- ESPERANZA DE VIDA POR SEXO 2011 - 2015 (CUADRO No. 8)
- GRADO DE MARGINACIÓN POR JURISDICCIÓN SEGÚN MUNICIPIO 2016 (CUADRO No. 9)
- FACTORES CONDICIONANTES POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS SEGÚN CONDICIONES DE ALFABETISMO 2016 (CUADRO No. 10)
- FACTORES CONDICIONANTES VIVIENDAS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS 2016 (CUADRO No. 11)
- USUARIAS ACTIVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MÉTODO 2016 (CUADRO No. 12)
- COBERTURAS VACUNALES POR TIPO DE BIOLÓGICO SEGÚN GRUPO DE EDAD 2015 (CUADRO No. 13)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 14)
- MORTALIDAD GENERAL SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 14.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL HOMBRES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 14.2)

- MORTALIDAD GENERAL HOMBRES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 14.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL MUJERES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 14.3)
- MORTALIDAD GENERAL MUJERES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 14.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 15)
- MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 15. 1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL HOMBRES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No.15.2)
- MORTALIDAD INFANTIL HOMBRES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 15.2. 1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL MUJERES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No.15.3)
- MORTALIDAD INFANTIL MUJERES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 15.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 16)
- MORTALIDAD PREESCOLAR SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 16. 1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR HOMBRES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No.16.2)
- MORTALIDAD PREESCOLAR HOMBRES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 16.2. 1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR MUJERES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No.16.3)
- MORTALIDAD PREESCOLAR MUJERES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 16.3.1)

- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 17)
- MORTALIDAD ESCOLAR SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 17.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR HOMBRES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 17.2)
- MORTALIDAD ESCOLAR HOMBRES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 17.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR MUJERES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 17.3)
- MORTALIDAD ESCOLAR MUJERES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 17.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 18)
- MORTALIDAD MATERNA SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 18.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19)
- MORTALIDAD PRODUCTIVA SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) CUADRO No. 19.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA HOMBRES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.2)
- MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA HOMBRES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA MUJERES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.3)
- MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA MUJERES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.4)

- MORTALIDAD POS PRODUCTIVA SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.4.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA HOMBRES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.5)
- MORTALIDAD POS PRODUCTIVA HOMBRES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.5.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA MUJERES 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.6)
- MORTALIDAD POS PRODUCTIVA MUJERES SEGÚN AÑO 2011 – 2015 (preliminar) (CUADRO No. 19.6.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA 2015 (CUADRO No. 20)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 20.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 20.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS 2015 (CUADRO No. 21)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 21.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITAL GENERAL ZACATECAS EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 21.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL DE LA MUJER ZACATECANA 2015 (CUADRO No. 21.3)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO 2015 (CUADRO No. 22)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL FRESNILLO EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 22.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL FRESNILLO EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 22.2)

- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ 2015 (CUADRO No. 23)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL JEREZ EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 23.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL JEREZ EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 23.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL LORETO 2015 (CUADRO No. 24)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL LORETO EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 24.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL LORETO EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 24.2)
- MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 2011 – 2015 (CUADRO No. 25)
- MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2011 – 2015 (CUADRO No. 26)
- MORBILIDAD POR ACCIDENTES 2011 – 2015 (CUADRO No. 27)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA 2015 (CUADRO No. 28)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 28.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 28.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS 2015 (CUADRO No. 29)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS EN HOMBRES 2015 (CUADRO 29.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL EN MUJERES 2015 (CUADRO 29.2)

- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL DE LA MUJER ZACATECANA 2015 (CUADRO No. 29.3)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO 2015 (CUADRO No. 30)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 30.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 30.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ 2015 (CUADRO No. 31)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 31.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 31.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL LORETO 2015 (CUADRO No. 32)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL LORETO EN HOMBRES 2015 (CUADRO No. 32.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL LORETO EN MUJERES 2015 (CUADRO No. 32.2)
- UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2015 (CUADRO No. 33)
- UNIDADES MEDICAS DE ESPECIALIDAD 2015 (CUADRO No. 33.1)
- CONSULTORIOS Y CONSULTAS POR HABITANTES DE RESPONSABILIDAD 2015 (CUADRO No. 34)
- UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 2015 (CUADRO No. 35)
- HOSPITALES COMUNITARIOS 2015 (CUADRO No. 35.1)
- CAPACIDAD INSTALADA Y PRODUCTIVIDAD EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN POR INSTITUCIÓN 2015 (CUADRO No. 36)
- RECURSOS HUMANOS DE PRIMER NIVEL 2015 (CUADRO No. 37)

- RECURSOS HUMANOS DE SEGUNDO NIVEL 2015 (CUADRO No. 38)
- POBLACIÓN ATENDIDA SEGÚN INSTITUCIÓN 2015 (CUADRO No. 39)
- PRESUPUESTO EJERCIDO Y AUTORIZADO POR CAPITULO 2015 - 2016 (CUADRO No. 40)