



Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005 - 2011

Ejercicio de una mística que transforma

Programa Estatal de Salud del Estado de México. 2005 - 2011

© **Derechos Reservados**

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud,
Ave. Independencia Oriente No. 1009, Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales,
Toluca, Estado de México.
C.P. 50070

Impreso y hecho en México

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante autorización expresa de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

CE: 217/1/17/07

<http://salud.edomexico.gob.mx>



**La práctica de la ética política es la justicia social.
Por ello la Seguridad Social es pilar de mis compromisos.**

En el gran objetivo de brindarle Seguridad Integral a los mexiquenses, la salud es un bien fundamental para alcanzarla. A través de las políticas de prevención y atención médica, combatimos la pobreza y promovemos la igualdad de oportunidades, pues sólo en condiciones de salud es posible el desarrollo pleno de cada individuo, de su familia y de la comunidad.

Con lo anterior en mente, las políticas en la materia, incluidas en el *Programa Estatal de Salud 2005-2011 del Estado de México*, se sustentan en tres pilares: ampliar la cobertura y la calidad de los servicios, mejorar el abasto de medicamentos y promover la capacitación permanente del personal médico.

El *Programa Estatal de Salud 2005-2011 del Estado de México*, contiene los objetivos y metas de este sector prioritario, así como las estrategias, políticas y acciones que se requieren para ofrecerle el mayor bienestar a los mexiquenses y sus familias.

En este documento se plasma, también, el compromiso de todos los servidores públicos y trabajadores de la salud, que están empeñados en hacer el mejor de sus esfuerzos para que los servicios que ofrecen se caractericen por su calidez y calidad.

Con esta visión, el adecuado cumplimiento del *El Programa Estatal de Salud 2005-2011 del Estado de México*, nos asegura que los mexiquenses contarán con la atención y los servicios que merecen, porque sabemos que la salud es lo más importante para la gente.



Enrique Peña Nieto
Gobernador Constitucional del
Estado de México



Mensaje de la Secretaria de Salud

La responsabilidad del Sistema de Salud, sólo puede medirse en mejores condiciones de salud de los mexiquenses, toda otra evaluación, deberá apoyar este fin.

Alcanzar mejores condiciones de salud en la población de la entidad es un reto formidable y sólo lo podremos enfrentar en el ejercicio de una mística que transforma.

Para caminar hacia ese resultado, consideramos imprescindible contar con un *Programa Estatal de Salud*, breve, ágil y claro, que se use permanentemente en nuestras actividades diarias; que nos diga con objetividad, cuál es la línea base desde la que principiamos, a dónde queremos llegar durante la administración del gobernador Enrique Peña Nieto y cuáles son las estrategias prioritarias que seguiremos para ello.



Así, este documento, en cuya elaboración participan diversos responsables del Sistema Estatal de Salud, no es sólo letra sino la expresión viva de una aspiración legítima de la sociedad; y coadyuvará a consolidar en todos nosotros como responsables, una actitud de entusiasmo que viene de construirlo, comprometerse y creer que debemos luchar por alcanzar los resultados que estamos requiriendo.

Cada uno de los indicadores que nos señalan tanto la problemática como, más adelante en el tiempo, nuestros avances, son más que una cifra; representan personas valiosas por esa sola condición, personas a las que nos debemos y por quienes estamos trabajando.

Estoy convencida de que en esta etapa del Sistema de Salud de la entidad, podemos consolidar una nueva mística, a partir de nuestro compromiso y el de nuestros compañeros en los diferentes sistemas, niveles y responsabilidades; por ello nos prepararemos permanentemente y desarrollaremos nuestro capital humano, único capaz de lograr esa transformación.

En consonancia, me comprometo a que trabajemos en equipo como forma de sinergizar nuestras acciones; a gestionar los recursos que requiere la mejoría en las condiciones de salud de nuestros usuarios, más allá de las fórmulas tradicionales y una vez obtenidas esas aportaciones, a que se administren con eficiencia y honestidad con la participación de la población en dicho esfuerzo.

Tenemos, la oportunidad histórica de consolidar el Sistema Estatal como un cauce para enfocar nuestras aspiraciones, alinear nuestros recursos hacia las prioridades y articular las acciones de los diferentes subsistemas, con pleno respeto a sus propios ámbitos de competencia.

La oportunidad histórica de que los mexiquenses contemos con mejores condiciones de salud, alcanzadas por una parte, a través del autocuidado y, por la otra, del acceso a servicios que ofrezcan una equidad progresiva, mayor calidad en el trato y que reduzcan los efectos humanos, sociales y financieros que las enfermedades tienen sobre las familias mexiquenses.

En fin, tenemos la oportunidad histórica de poner las bases para que la mejora de las condiciones de salud de nuestra población deje de ser una asignatura pendiente y se convierta en un valor cotidiano de nuestras actividades.

Aspiramos, no sólo a poner los cimientos para ello, sino a dar los primeros pasos en una tarea ardua, difícil, pero entusiasmante; que nos lleva a actuar como expresión genuina de nuestro compromiso, dentro de una mística que transforma.

Dra. María Elena Barrera Tapia
Secretaria de Salud



PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 2005 - 2011

CONTENIDO

	Pág.
Introducción	9
1. Diagnóstico de la salud y los servicios de salud en el Estado de México al 2005 y perfil de aspiraciones	
1.1 El entorno de la salud en la entidad	13
1.1.1 Dinámica demográfica	13
1.1.2 Los componentes del Sistema	15
1.2 Los retos en la entidad	15
1.2.1 Condiciones de salud de los mexiquenses	15
1.2.2 Desigualdades en salud	17
1.2.3 Trato en los servicios públicos y privados de salud	18
1.2.4 Financiamiento en materia de salud	18
1.2.5 Operación del Sistema de Salud, en particular sus instituciones públicas	19
2. El Sistema de Salud en el Estado de México en el 2011	
2.1 Código de Ética del Sistema	27
2.2 Misión	29
2.3 Visión del Sistema Estatal de Salud al 2011	29
2.4 Sus Objetivos Estratégicos	30
3. Estrategias y líneas de acción	
3.1 Vincular a la salud con el desarrollo económico y social	33
3.2 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	45
3.3 Enfrentar los problemas emergentes	65
3.4 Calidad de los servicios de salud	86
3.5 Protección financiera en materia de salud a toda la población	100
3.6 Federalismo cooperativo en materia de salud	105
3.7 Rectoría de la Secretaría de Salud del Estado de México	110
3.8 Modelo Integrado de Atención a la Salud	124
3.9 Participación ciudadana	133
3.10 Inversión en capital humano y organización, investigación e infraestructura en salud, en la entidad	138
4. Anexos	
Apéndice estadístico	161
Bibliografía.....	189
Participantes en la elaboración del Programa Estatal de Salud 2005 – 2011	193
Relación de participantes en la definición por líneas de acción	199



Introducción

El Programa Estatal de Salud del Estado de México 2005 – 2011 – PROESA -, por una parte es un componente del Pilar I: Seguridad Social, del Plan Estatal de Desarrollo, y por lo mismo participa de su naturaleza normativa, siendo de observancia obligatoria para todos los actores del Sistema en la entidad.

Cumple a su vez con lo estipulado en la Ley General de Salud, en su artículo 13, que señala que a los gobiernos de las entidades federativas les corresponde formular y desarrollar los programas locales de salud, correspondientes al Programa Nacional de Salud, en el marco del Sistema Estatal de la materia.

El presente, enfoca la problemática que enfrenta la entidad, en los cinco grandes retos nacionales en materia de salud y perfila estrategias para alcanzar objetivos en cada uno. Enfoca, alinea y articula las acciones del Sistema en la entidad, a fin de que el mismo cumpla con su misión; asumiendo sus responsabilidades tanto la Secretaría, organismo rector, como cada uno de sus componentes; los que dentro de estos marcos, paulatinamente integrarán sus programas en la materia.

Este ejercicio de planeación participativa ha sido encabezado por la titular de la Secretaría del ramo y se nutre con la experiencia de numerosos mandos medios y superiores del Sistema. Con esa experiencia y su pleno entusiasmo, se trabajó para perfilar el “deber ser” o situación ideal, y así los participantes conformaron el Código de Ética del Sistema, socializaron su misión y construyeron su visión; identificando los objetivos y estrategias con los que se alcanzará esta última, así como y líneas de acción pertinentes, a partir de las enunciadas por el Programa Nacional de Salud.

El presente ejercicio, con el que se inicia la administración del gobernador Enrique Peña Nieto en la materia, se enfoca primordialmente a atender el desarrollo de los servicios de salud de aquellos hasta ahora no protegidos en ese sentido, es decir la “población abierta”; y sirve también para invitar a los diferentes subsistemas y regímenes que concurren en la atención a la salud en el Estado, a sumar paulatinamente sus aportaciones programáticas, de forma tal que podamos contar en esta administración estadual, con un sólido referente normalizado, para mejor desarrollar nuestras actividades en el campo de la salud en la entidad.

El Programa Estatal de Salud 2005-2011 está dividido en tres capítulos:

- I. Diagnóstico Situacional de la Salud y el Sistema de Salud al 2005.
- II. El Sistema de Salud en el Estado de México en el 2011.
- III. Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción prioritarias para alcanzar la visión.

En el capítulo uno se discuten las condiciones que enfrentamos en la salud de la población de la entidad al inicio de esta administración, la desigualdad en la atención a los usuarios, los problemas de calidad de los servicios, los problemas en materia de protección financiera, y la situación el Sistema de Salud en el Estado de México.

En complemento con los datos con los que contamos, su análisis e interpretación e inclusive en aquellos casos en lo que no contamos con datos referentes a la entidad, hemos dejado manifiesta la voluntad política que nos impulsa; y que sustenta la selección de estrategias que posteriormente incluimos.


El capítulo dos ofrece una visión de las condiciones y el Sistema de Salud que quisiéramos en la entidad para el año 2011 en camino para el 2025. Visión en la cual, además de una mayor esperanza y mejor calidad de vida, se anticipa la consolidación de un Sistema de Salud que ofrezca un trato adecuado y que proteja a los ciudadanos contra gastos excesivos por razones de salud. Un Sistema en el que las contribuciones serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios proporcionales a las necesidades.

En el tercer capítulo se presentan las estrategias y líneas de acción, encaminadas a concretar los objetivos que se ha planteado esta administración estadual. En él se ha rescatado la experiencia de numerosos mandos medios y superiores del Sistema, integrándose en cada línea de acción, a través de un ejercicio participativo y responsable.

Éste es un primer acercamiento, mandatario pero aún incompleto. Al construir las líneas de acción por parte de los actuales responsables, se les ha invitado a soñar el estado de salud que aspirarían construir en la entidad, se les ha estimulado para que no se limiten, aún a sabiendas de los impedimentos históricos y estructurales a los que nos enfrentamos; y finalmente se les ha invitado a comprometerse. Pero sabemos que todavía nos queda un gran camino por recorrer.

Desde el punto de vista metodológico, al recabar las aportaciones del colectivo, se notaron confusiones entre conceptos como Sistema de Salud, Secretaría de Salud e Instituto de Salud; habremos de trabajar más en su precisión, sin embargo destacamos que estamos construyendo esa nueva conceptualización que viene siendo la estructura con la que habremos de enfrentar los retos presentes y futuros; por otra parte, en algunas líneas de acción ya se observan metas muy puntuales, mientras que en otras sólo se perfilan éstas, para complementarlas en los ejercicios posteriores de programación y presupuestación.

Estamos preparados para continuar este trabajo, dar seguimiento permanente y ajustar anualmente o corregir meta, así como a enriquecer las estrategias con la experiencia que alcancemos; con toda humildad, pero sin lugar a dudas, hoy tenemos un rumbo concreto al cual dirigirnos todos.



I. Diagnóstico Situacional de la Salud y los Servicios de Salud en el Estado de México al 2005 y perfil de aspiraciones



I. Diagnóstico de salud y los servicios de salud en el Estado de México al 2005 y perfil de aspiraciones

Introducción

Los principales desafíos en materia de salud para el Estado de México en el 2005¹ son: 1) Condiciones de salud. Ocupamos la posición 31 de entre las 32 entidades federativas en mortalidad por homicidio en mujeres. La posición 30 en mortalidad en menores de 5 años y la posición 25 en razón de mortalidad materna y en cirrosis hepática. 2) Equidad en los servicios. Para el 2005, el 53% de la población no está asegurada, perjudicando por igual a hombres y mujeres; y la mayor parte de estos no asegurados habitan los municipios conurbados a la Ciudad de México, siendo más del 75% de edades menores a los 39 años. 3) Los presupuestos per cápita para salud por sistema de seguridad social y para población abierta, muestran una desproporción total siendo entonces una permanente amenaza para las familias el “gasto de bolsillo catastrófico” por razones de salud. 4) Calidad en el servicio. En tiempo de espera en consulta externa ocupamos la posición 32 es decir somos la última entidad en ello, y en porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa, la posición 31. Ocupamos la posición 31 en cobertura de vacunación en niños menores de 1 año y la posición 27 en el porcentaje de familias sin seguridad social. Inversión en salud. Ocupamos la posición 27 en gasto público en salud como porcentaje del PIB. 5) Nuestro Sistema Estatal de Salud esta fragmentado, desarticulado y por lo mismo incurre estructuralmente en ineficiencias.

Estos resultados lastiman a la población. El presente documento servirá de guía de aquellos compromisos que tomamos para enfrentarlos exitosamente.

I.1 El entorno de la salud en la entidad

I.1.1 Dinámica demográfica

Para enfrentar los retos que presenta la sociedad mexiquense, es necesario tener en cuenta las características demográficas registradas en los últimos años. El Consejo Estatal de Población (COESPO) estima que en la actualidad, la población alcanza cerca de 15 millones de personas², lo que hace al Estado de México la entidad federativa más poblada del país; en 1980 la entidad tenía 7.5 millones de habitantes, cifra menor que el Distrito Federal, lo que significa que en las últimas dos décadas la población mexiquense se ha duplicado.

La tasa media anual de crecimiento natural de la población de la entidad es de 2.04%, superior al promedio (1.39%), mientras que la tasa de crecimiento total es de 1.52%, superior a la media nacional de 1.02%. Por otra parte, la esperanza de vida en las mujeres es de 78.1 años, cifra superior a la nacional (77.6) y la mortalidad infantil asciende a 25.8 por mil habitantes menores de un año contra una media nacional de 18.4 en varones. En nuestra entidad el fenómeno de la migración es determinante en la dinámica demográfica. Por su ubicación territorial, el Estado de México ha sido una alternativa para alojar a crecientes flujos de personas provenientes principalmente del Distrito Federal, Puebla, Oaxaca, Hidalgo

¹“Salud México 2004. Información Estratégica por Entidad Federativa. México”.
http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmexico/inf_estrategica/2004/mexico.pdf

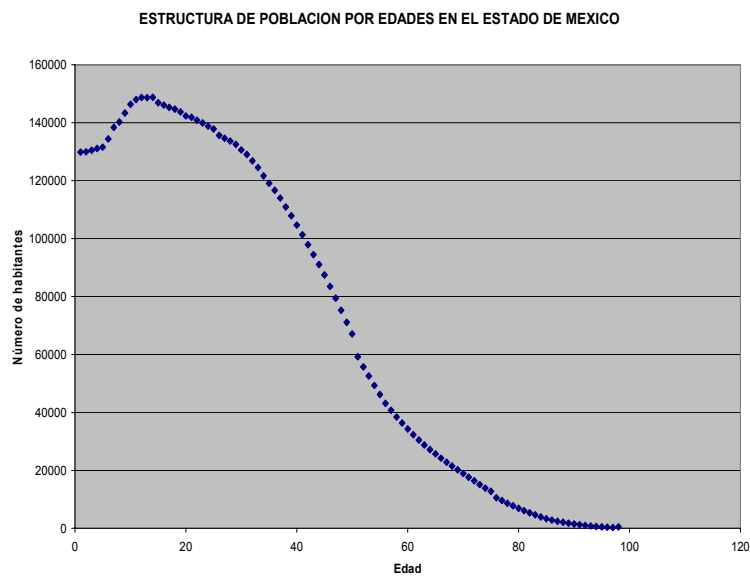
² Las cifras se encuentran en proceso de revisión por parte del IGECEM.

y Veracruz. Por ello, la tasa de crecimiento total supera a la del crecimiento natural debido a una migración neta positiva. La proyección del comportamiento migratorio para 2005 muestra que 166 mil personas arriban al Estado; 120 mil parten a otra entidad y 36 mil mexiquenses salen del país; el saldo migratorio es positivo en poco más de 10 mil habitantes (datos del IGECEM).

De acuerdo con el COESPO, somos una entidad donde la población rural descende, mientras que la urbana se concentra esencialmente en los municipios metropolitanos, por lo que tenemos una población mayoritariamente urbana. Sólo el 26.8% de la población habita en localidades con menos de 15 mil habitantes, frente a un promedio nacional de 39.1%. A nivel municipal destacan como poblaciones totalmente urbanas: Tlalnepantla de Baz, Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl, Atizapán de Zaragoza, Coacalco de Berriozábal, Valle de Chalco Solidaridad, Cuautitlán Izcalli y La Paz.

A pesar de su carácter mayoritariamente urbano, la población que recibe un ingreso inferior o igual a dos salarios mínimos es 44.8%, similar a la media nacional (42.6%) según el IGECEM.³

Dinámica de la población Gráfica I



Fuente: Tabla I del anexo estadístico.

En la población mexiquense, el mayor número de personas cuenta con edades de entre 12 y 14 años observando un descenso de población a partir de los 30 años de edad con un menor crecimiento en la última década.

Como las tasas de mortalidad general e infantil descendieron y ha caído la tasa de fecundidad en las últimas décadas, ahora tenemos una población mayoritariamente joven y debemos prepararnos para

³Plan Estatal de Desarrollo. Pilar I



atender en las próximas décadas a una población madura y envejecida, por lo que será prioritario fomentar hábitos saludables en los jóvenes y niños de hoy para tener un Sistema viable en el futuro

1.1.2 Los componentes del Sistema

“...aunque la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos proclama el derecho de cada persona a la protección de la salud, México es uno de los pocos países de la OCDE que aún no ha logrado el acceso universal. La combinación de una serie de prestadores de servicio y aseguradores integrados de manera vertical para los empleados asalariados en el mercado laboral; y un sistema de hospitales públicos que atienden a quienes no están cubiertos en el sistema de seguridad social, ha llevado a la fragmentación del Sistema de Salud. Esto, a su vez, obstaculiza la búsqueda de un enfoque cada vez más amplio y coherente de la salud pública y la política de atención médica.”⁴

El Sistema de Salud de la Entidad tiene las mismas características del Sistema actual de Salud en México, que data de la tercera década del siglo XX. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) para dar cobertura a las personas que no son asalariadas en el sector de empleo. Éstas son aproximadamente el 53 % de la población.⁵ Al mismo tiempo surge la principal institución de seguridad social, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asegurados, empleados en el sector formal de la economía.

En 1960 se creó un esquema independiente de seguridad social para los trabajadores del Estado (ISSSTE), se instituyeron además una serie de programas para cubrir grupos de sectores específicos como el caso de la industria petrolera, y las fuerzas armadas.

En el caso específico del Estado de México, además de contar con el ISSEMYM, institución que protege a los trabajadores del Estado y Municipios, recientemente se ha creado el IMIEM Instituto Materno Infantil del Estado de México, separándolo del DIFEM y otorgándole una institucionalidad propia.

El mercado privado es extenso y según datos de la OCDE el pago de bolsillo de los usuarios representa más de la mitad del financiamiento total de los servicios de salud, mientras que los ingresos tributarios, las contribuciones a la seguridad social de los empleadores y los empleados y las primas de los seguros privados representan el resto.

1.2 Los retos en la entidad

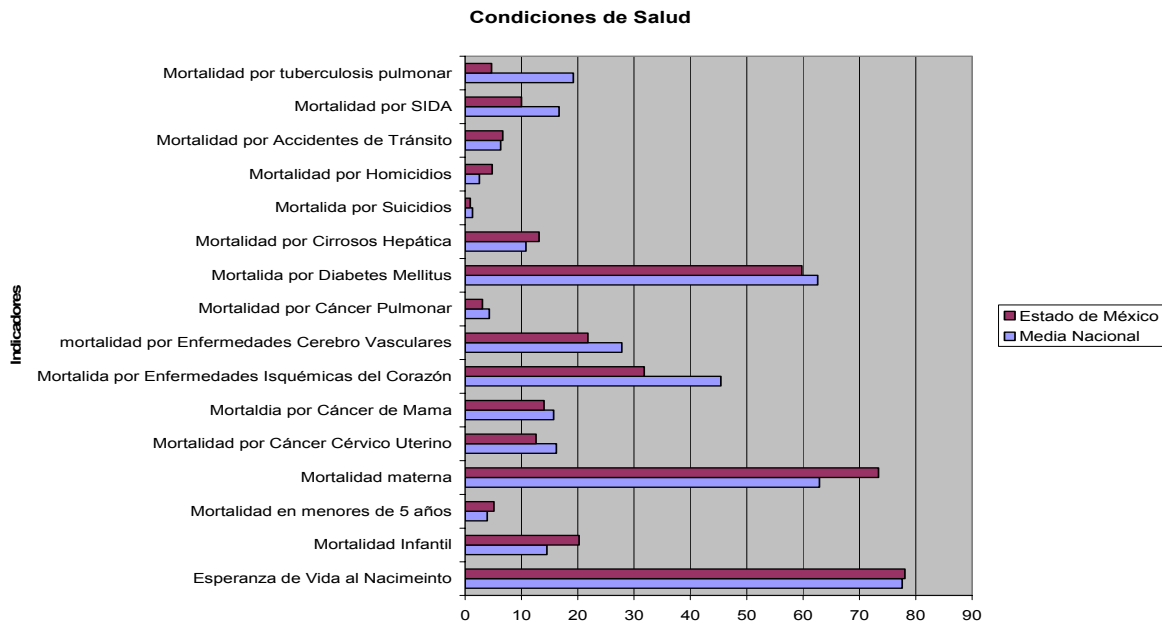
1.2.1 Condiciones de salud de los mexiquenses

Al analizar las condiciones de salud de la población de la entidad, estamos utilizando una herramienta que nos sirve para esclarecer nuestros mayores retos y apuntar nuestros compromisos para superarlos. No es un vano ejercicio de fincar responsabilidades sino por el contrario, de identificar prioridades y tomar compromisos.

⁴ OECD Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México. 2005. Autor.

⁵ Ver tabla 2 de anexo estadístico

Entrando en materia sustantiva, dentro de la finalidad misma del Sistema de Salud, encontramos los siguientes indicadores:



En nuestras reflexiones diagnósticas, si bien sabemos que la media nacional no es sinónimo de “estado ideal”, sí nos sirve como un primer referente acerca de nuestras condiciones; y, aunque no podemos medir las condiciones de salud exclusivamente con los datos de mortalidad, éstos siguen siendo de los más importantes⁶.

En mortalidad por cáncer cérvico uterino, mortalidad por cáncer de mama, mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, mortalidad por enfermedades cerebro vasculares, mortalidad por cáncer pulmonar, estamos mejor que la media nacional, situación que habremos de cuidar y mejorar.

Por otra parte, es duro aceptar en qué estamos mal y aunque haya muchas circunstancias directas e indirectas que pueden explicar los resultados, estos indicadores a la vez que nos lastiman tanto, nos impulsan a emprender acciones resolutivas.

Así, en un análisis de mayor detalle, encontramos que la esperanza de vida para el mexiquense es mayor que la media nacional. Para el grupo de las mujeres es de 78.1 años mientras que la media nacional es 77.6 y Francia que es el país con mayor esperanza de vida al nacer, la tiene para este género en 84 años (OMS 2001).

En mortalidad materna y mortalidad por homicidios principalmente en mujeres, superamos la media nacional. *La situación más deficitaria con que una persona puede iniciar su vida es con una madre muerta.* También rebasamos la media nacional en mortalidad infantil en menores de un año y de 5 años.

⁶ La OMS ha propuesto la utilización de Esperanza de Vida Saludable (EVISA) en combinación con los Años de Vida Saludable AVISA.



La cirrosis hepática, muchas veces resultado del alcoholismo, se presenta más en el grupo de varones y conlleva una serie de sufrimientos familiares y sociales que favorecen muchos otros tipos de patologías individuales y colectivas, entre otras, la familia, o queda sin cabeza o es la madre quien retoma el papel de jefe de familia además de sus otros “roles” nuevos y tradicionales. El alcoholismo y aún la cirrosis son aún “tabúes”, y tanto la sociedad como algunos médicos ven a aquél todavía sólo como un vicio, lo que dificulta su prevención, atención y solución y son muy pocas las alternativas que se ofrecen de carácter público e institucional para su tratamiento.

Si bien en la incidencia de diabetes mellitus el Estado de México se encuentra por debajo de la media nacional, es importante observar que según datos del Instituto Nacional de Nutrición, México es ya el segundo país con obesidad a nivel mundial (sólo después de EUA), factor determinante de la mencionada enfermedad.

El crecimiento de la obesidad en el país se ha acelerado en estos primeros años del milenio y dado que las consecuencias de la diabetes y la obesidad producen además de enormes limitaciones físicas, trastornos en la autoestima, la productividad y en las relaciones interpersonales, éste es otro foco rojo que atenderemos con formas novedosas más orientadas a la prevención, a las que invitaremos a sumarse a todas las autoridades de salud y educación, para que juntos fomentemos una cultura de alimentación sana..

Otro aspecto que nos llama la atención para atenderlo, es la cobertura de vacunación en niños de 1 a 3 años, que se cubre en el Estado al 88.4%, en comparación con cobertura media nacional del 95.4%.

La construcción de esta cultura saludable es una tarea muy difícil y por eso la iniciaremos con la fuerza de la institución, pero sobre todo con la confianza de que con nuestro apoyo la ciudadanía se responsabilizará también de sus hábitos.

1.2.2 Desigualdades en salud

Para el año de 2005 la población del Estado de México de más de 14 millones y medio de personas⁷, está dividida casi por mitad entre hombres y mujeres. De ella, más de la mitad (53%) no está asegurada, persistiendo la simetría en la proporción de género. Es notable que, por rangos de edades, más del 77% de los no asegurados se encuentren entre 1 y 39 años de edad, abarcando escolares y una etapa altamente productiva.

En cuanto a la población no derecho habiente en la entidad, los 10 municipios que aportan mayor número de personas son en orden decreciente Ecatepec de Morelos, con más de 840 mil, Nezahualcóyotl con más de 612 mil, Chimalhuacán con más de 388 mil, Naucalpan de Juárez con más de 378 mil, Tlalnepantla de Baz con más de 276 mil, Valle de Chalco Solidaridad, con más de 249 mil, Atizapán de Zaragoza, con más de 229 mil, Ixtapaluca con más de 194 mil, Almoloya de Juárez con más de 104 mil y Chalco con más de 155 mil personas.

⁷ 14,672,398 Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002.

Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000.

Lo que contrasta con los 10 municipios con mayor índice absoluto de marginación, en la entidad que son Villa Victoria (55.5), Sultepec (53.8), San Felipe del Progreso (53.7), Donato Guerra (65.5), Zacualpan (50.2), Amanalco (48.5), Morelos (47.7), Ixtapan del Oro (47.4), Amatepec (47.0) y Aculco (44.5).

Lo que nos permite observar que mientras la población no derecho habiente se encuentra concentrada en municipios con predominancia urbana; la marginación municipal, se observa principalmente hacia los municipios rurales. Por lo tanto habremos de innovar soluciones que lleven las oportunidades de salud tanto a las poblaciones urbanas como a las rurales marginadas.

1.2.3 Trato en los servicios públicos y privados de salud⁸

Somos la entidad que peor está en tiempo de espera en consulta externa, ya que mientras en promedio a nivel nacional se esperan por una consulta 26 minutos, esta espera en nuestro Estado es de 48 minutos. En una consecuencia lógica, mientras que más del 91% de los usuarios están satisfechos a nivel nacional con el tiempo de espera, en la entidad se manifiesta un 87% en esa materia. No cabe duda de que recuperar la confianza de la sociedad abatirá este desgaste y aportará medidas creativas para superar carencias.

Por lo que se refiere al tiempo de espera en urgencias, contra el promedio nacional que es de un poco más de 18 minutos, en el Estado tenemos cuatro minutos más de espera, resultando lógico que exista un casi 6.5% más de usuarios inconformes.

No existen suficientes datos para evaluar la educación médica y conexas en la entidad en relación con las demás entidades, y sólo se apunta que los egresados de la Universidad Autónoma del Estado de México están entre los de las 10 mejores Instituciones en el Examen Nacional de Residencias Médicas.

Del ejercicio integral de nuestro capital humano, en materia de actitudes y valores además de los conocimientos y en habilidades, vendrá la satisfacción por parte de la sociedad con los servicios del Sistema. Por ello trabajaremos en un programa que articule posibilidades con otros actores del proceso, tanto locales y nacionales como internacionales.

No se cuenta con datos para dimensionar la investigación en salud que se genera en la entidad, ya que los institutos, centros e instituciones que se encuentran en la entidad, agrupan sus datos en cuanto a investigadores que pertenecen al SNI a nivel nacional. Por lo mismo, el primer paso será levantar un directorio de investigadores en salud en la entidad para aprovechar sus aportes.

1.2.4 Financiamiento en materia de salud

El gasto que representa la falta de salud en el bolsillo de la familia “gasto de bolsillo”; si citamos a la OCDE, supera el 30% del ingreso del mexicano, por lo que en muchas de las ocasiones se convierte en “gasto catastrófico”.

⁸ Sistema INDICA. Monitoreo de los Indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y registros de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.



Cuando un miembro de la familia se enferma nos entra una sensación de desamparo; igual de difícil si el enfermo es uno de nuestros padres, el cónyuge o un hijo; y si además no se cuenta con los recursos económicos para atenderlos, la impotencia nos invade; y cuando dejamos morir a nuestros enfermos por falta de medios, la culpa y el enojo nos acompañaran por siempre.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos nos habla del derecho que todos los mexicanos tenemos a la salud y sin embargo sabemos que esto representa grandes esfuerzos pendientes. Vivimos una realidad de profunda desigualdad social, pero no podremos parar hasta que cada familia mexiquense esté cubierta con un seguro de salud, hasta que sienta esa protección y ese acompañamiento en los momentos difíciles.

El gasto de bolsillo de los usuarios representa más de la mitad del financiamiento total de los servicios de salud⁹, mientras que los ingresos tributarios, las contribuciones a la seguridad social de los empleadores y los empleados y las primas de los seguros privados representan el resto.

Reducir la brecha entre aquellos que cuentan con cobertura cuando se presentan las necesidades de salud, sin inversión directa o con una muy limitada, y aquellos otros que no la tienen y que en la mayoría de los casos es la población con mayor marginación, será una de las prioridades de esta administración.

Por lo que se refiere al gasto que hace el gobierno para el rubro de salud; la entidad se encuentra abajo del porcentaje del PIB en gasto público en salud, el que a nivel nacional es del 3.0% y en la entidad del 2.5%. Aunque por otra parte, en relación con el gasto público total, la entidad reporta el 25.3% mientras que a nivel nacional es del 17.4%.

Se destaca que la aportación al financiamiento de la salud de la población no asegurada es 95.3% de carácter federal y sólo 4.7% de carácter estatal; lo que nos presenta un área de oportunidad para destinar mayores recursos del gobierno de la entidad y de los gobiernos municipales, como se principia a ver en el Seguro Popular, en donde ya existe un 27.2% de aportación estadual; adicionalmente exploraremos las aportaciones de sectores no gubernamentales.

1.2.5 Operación del Sistema de Salud, en particular sus Instituciones Públicas

I. Mortalidad intrahospitalaria

La mortalidad infantil hospitalaria es más baja en la entidad que la tasa media nacional. En cuanto a los hospitales del Sector Salud, 14.8 contra 15.4; en cuanto al IMSS, muestra unas cifras de 5.6 contra 9.0 a nivel nacional y el ISSSTE con sólo el 3.3 en comparación con la de 10.5 de dicha institución a nivel nacional. Ello nos llevaría a interpretar que si ocupamos un lugar tan alto en mortalidad infantil, entonces nuestros niños mueren fuera de las instituciones.

En cuanto a las tasas de mortalidad materna hospitalaria, las cifras en el sector salud son alarmantes, pues mientras la tasa nacional es de 37.7 el del Estado es de 50.6. Sólo el IMSS en la

⁹ Según datos de la OCDE

entidad reporta un 1.8 contra una tasa nacional de dicha institución del 12.6. No cabe duda que este rubro será una de las prioridades de la administración.

La tasa de mortalidad hospitalaria en adultos mayores de 65 años es superior a la nacional en todos los sistemas en la entidad, reportando Salud 137.5 contra 96.8 de la nacional; el IMSS 105.1 contra 97.6 de la nacional y el ISSSTE 81.7 contra 75.5 de la nacional en ese Sistema.

De ahí que nos prepararemos para atender, en los próximos años, una población con predominancia de personas maduras y de edad avanzada.

2. Productividad y disponibilidad de recurso

El número de consultas por consultorio en el Estado de México, en los servicios de Salud es mucho más alto (20.3) que el reportado a nivel nacional (14.9). En cuanto a las cirugías por quirófano en la entidad se observa ligeramente más alta en cuanto a Salud (2.7 contra 2.4). Siendo consistentes los datos nacionales y estatales del IMSS (4.1 y 4.0) y menores los del ISSSTE (1.6 y 2.4) y de SEDENA (0.6 y 0.9)

La disponibilidad de médicos por 1000 personas de la población bajo su responsabilidad, es menor en el Estado y en cuanto a Salud es de 0.6 mientras que a nivel nacional es de 1.1 y en Seguridad Social de 0.8 mientras a nivel nacional es de 1.4. En cuanto a la disponibilidad de enfermeras, la proporción se mantiene. De Salud el 0.8 en la entidad, contra el 1.5 nacional y de Seguridad Social el 1.2 en la entidad contra el 2.3 a nivel nacional.

La misma deficiencia se encuentra en la disponibilidad de camas, marcando, en Salud el 0.8 en la entidad contra el 1.3 a nivel nacional; y en Seguridad Social el 0.6 contra el 1.2 respectivamente.

3. Calidad en la atención

La entidad se encuentra con un porcentaje más bajo que el nacional en cuanto a los nacimientos por cesáreas. (23.1 por 30.0), pero muy arriba aún del indicador internacional recomendado (15.0)

Certificar nuestros hospitales tendrá que convertirse en una prioridad para mejorar la calidad en la atención. En Salud sólo el 2.9% de ellos lo están, contra una media nacional del 28.6; el ISSSTE en la entidad no reporta alguno certificado mientras que a nivel nacional el subsistema tiene un porcentaje de 14.4; y es el IMSS el que se encuentra mejor en este indicador ya que el 66.7 de sus hospitales en la entidad, están certificados mientras que la media nacional del subsistema es de 44.4.

En cuanto al abasto suficiente y oportuno de medicamentos, ésta es aún una asignatura pendiente; no sólo depende de los recursos con los que cuenta el Sistema en la entidad, sino también de nuestra eficiencia y creatividad. Institucionalmente en fecha reciente se han destruido toneladas de medicamentos caducados, lo que ya de por sí habla de ineficiencia, pero agravada por el - no rescate - de productos vigentes: agua oxigenada, guantes; etcétera. Lograr el abastecimiento más eficiente posible, será una de las prioridades administrativas de esta gestión.



4. Seguridad del paciente

Por lo que respecta al porcentaje de hospitales que cuentan con la autorización para la operación de laboratorio clínico, unidad de rayos X y farmacia, habremos, no sólo de contar con los datos correspondientes, sino de impulsar a que nuestros hospitales cuenten la autorización de la COFEPRIS y de su similar en el Estado COEPRIS; y con personal responsable de acuerdo con la NOM correspondiente. Con referencia al manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos elevaremos el número de hospitales que cuenten con contenedores RPBI y con incineradores.

5. Gasto e inversión

El gasto en administración en la salud, en la entidad, observa que el IMSS se mantiene a su nivel nacional (27.4) el ISSSTE supera su propio porcentaje nacional (11.6 contra 9.7) mientras que Salud opera en la entidad debajo de los promedios nacionales (11.9 contra 15.9) Si bien mantendremos bajo el perfil administrativo, no descuidaremos la efectividad de las funciones de soporte. El gasto en medicamentos en la entidad, sigue las tendencias del nivel nacional, por lo que es muy diferente dependiendo del subsistema; realizaremos los estudios necesarios para el apoyo solidario de los mismos subsistemas en beneficio de la población usuaria.

Realizaremos los estudios que nos permitan diseñar, para la entidad, una mejor proporción en cuanto al gasto per cápita institucional, así como la utilización más equitativa de instalaciones, equipos y capital humano.

6. Trato y satisfacción del paciente

Satisfacción del Paciente

En términos generales la satisfacción de los usuarios a nivel nacional, es muy alta. Más del 97% de los usuarios de servicios ambulatorios y 93% en servicios hospitalarios afirma que regresaría a la misma unidad en caso de volver a requerir atención. Los principales motivos de insatisfacción fueron, haber sido tratados mal o haber esperado demasiado tiempo; a mayor tiempo de espera, más probabilidad de estar insatisfecho con el servicio, lo que se refleja en la entidad con menor satisfacción de los usuarios ya que llegamos sólo al 87%. Esta asociación, demostrada en diferentes formas, será parte importante de las modificaciones que haremos a los procesos organizacionales para mejorar la satisfacción que los usuarios tienen con los servicios de salud en la entidad.

Autonomía

En el Estado, el modelo médico predominante aún propicia que la relación entre el médico y paciente sea asimétrica, colocando a éstos últimos como sujetos pasivos de la acción de los primeros. Este modelo de atención no es el más justo y es frecuente que un mismo médico utilice diferentes tipos de relación con los usuarios dependiendo del perfil del paciente y de otras variables.

No sólo permitiremos sino que promoveremos la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre su salud. Ellos recibirán información suficiente sobre las diferentes alternativas de tratamiento para ejercer el derecho a tomar decisiones basadas en dicha información y, en casos extremos, incluso optar por rehusar el tratamiento.

Atención pronta

Para estimular la atención pronta estableceremos diferentes mecanismos para disminuir las molestias asociadas a las largas esperas en las unidades médicas, incrementando una cultura del respeto para la población y los servidores médicos al concertar las citas, lo que reduce la incertidumbre sobre los tiempos de espera. Y en especial se tomarán en cuenta aspectos como el acceso geográfico y la disponibilidad de recursos físicos con que cuenta el sistema de salud.

Todas las instituciones públicas de salud de la entidad, harán los esfuerzos adicionales que se requieran, para mejorar sus porcentajes y responder mejor a las expectativas de la población a la que sirven.

Trato respetuoso

El respeto a la dignidad y la privacidad de sus usuarios será una norma de esta administración; durante todo el proceso de interacción con los servicios su dignidad como ser humano será plenamente respetada.

Efectuaremos cuidadosamente las intervenciones y maniobras médicas, evitando el dolor innecesario y salvaguardando la privacidad de los usuarios durante las exploraciones y durante la realización de exámenes, entre otros.

Comunicación

Al mejorar el tiempo de espera, impulsaremos que los usuarios puedan resolver sus dudas sobre su estado de salud planteando las dudas que tenga y recibiendo información que le ayude a entender su enfermedad, tratamiento y la evolución probable de su condición. Dialogar claramente con los usuarios será una manifestación de respeto por éstos, ya que en la medida en que el usuario cuente con mayor información, también tendrá más herramientas para afrontar su situación y adherirse a un tratamiento que entiende.

Confidencialidad

Las consultas y exámenes físicos serán realizados en ambientes que no violen la privacidad de los usuarios, garantizando la confidencialidad de los expedientes médicos para evitar el mal uso de la información personal. La única excepción al principio de confidencialidad, será cuando ésta puede poner en riesgo la salud comunitaria, aunque aun en estos casos la primera opción debería ser que el involucrado autorice que su información sea dada a conocer.



Capacidad de elección

Actualmente la capacidad de elección que ofrecen nuestras instituciones públicas es muy baja y las posibilidades de buscar alternativas de tratamiento se limitan a la búsqueda de atención en el ámbito privado. La posibilidad de elegir al médico ha mostrado ser un muy importante predictor de la satisfacción de los pacientes. Por ello pondremos las bases para una nueva práctica, en la cual paulatinamente existan opciones para elegir dónde atenderse en los diferentes niveles. No es una tarea sencilla, pero queda claro cual es la meta que habremos de seguir.

Calidad de las comodidades y servicios básicos

Será una preocupación inmediata del Sistema de Salud, ofrecer salas de espera amplias y con asientos razonablemente cómodos, baños limpios, que parece ser un problema serio en nuestra relación con los usuarios, y alimentación adecuada de las personas hospitalizadas. Éstas serán vías importantes del bienestar de los usuarios durante su estancia en las unidades médicas.

No pensamos en instalaciones lujosas. Sino en cumplir con estándares mínimos y que no provoquen malestares innecesarios a quienes buscan atención por problemas de salud.

Acceso a redes sociales de apoyo

Las personas hospitalizadas tendrán facilidades para recibir a sus familiares y amigos, lo que puede mitigar la experiencia de estar hospitalizado, la cual suele ser negativa. El permitir que las personas hospitalizadas se mantengan en contacto con sus redes sociales, representadas por sus familiares o por sus amistades, fortalece y proporciona bienestar a los pacientes. Por supuesto que el acceso de las redes de apoyo debe sujetarse a regulaciones que impidan que las visitas afecten negativamente la dinámica de los servicios o que molesten a otros usuarios, pero la información oportuna acerca de estas regulaciones evitará los efectos potencialmente desagradables de las visitas incontroladas. La importancia de las redes sociales se hace más evidente en los grupos más vulnerables y en los ámbitos donde los servicios de salud enfrentan mayores carencias materiales.



2. El Sistema de Salud en el Estado de México en el 2011



2. El Sistema de Salud en el Estado de México al 2011

Con la participación de mandos medios y superiores del Sistema de Salud en el Estado de México, se perfiló la imagen objetivo adonde se quiere llegar al término de la presente administración estadual. Se conformó un código de ética para el Sistema, se socializó la misión y se trabajó sobre una visión para el período 2005 al 2011, y los objetivos para alcanzarla.

2.1 Código de Ética

Los servidores públicos del Sistema de Salud del Estado de México, por nuestra propia decisión, hemos acordado regirnos por los siguientes valores:

Libertad.	Honestidad.
Amor.	Respeto.
Integridad.	Humildad.
Justicia.	Servicio.

Los que entendemos y ofrecemos observar de la siguiente forma:

LIBERTAD

Éste es el valor que le da sentido a nuestro Código, ya que optamos por cumplirlo en ejercicio de nuestra capacidad de tomar decisiones; lo que nos permitirá desarrollarnos y crecer, actuando dentro de las facultades que nos otorga la normatividad y para el bien de la población usuaria, sin perder de vista los objetivos y resultados comprometidos.

Además de respetar nuestra propia libertad, respetaremos la que tiene la población usuaria para elegir el servicio médico que más le convenga, sin preferencias o impedimentos. Y respetaremos también la libertad de expresión de los demás servidores públicos, propiciando aquella que nos lleve a proponer innovaciones que mejoren la calidad de los servicios.

AMOR

Es el valor fundamental e imprescindible para la realización de nuestra vida y el eje de los demás que suscribimos; por ello, cumpliremos nuestras responsabilidades con pasión, compromiso y empatía, ya que todo nuestro trabajo sólo se justifica y está orientado hacia el bienestar del ser humano.

Por ello, buscaremos en primer lugar, mantener una autoestima adecuada, ya que el amor para nosotros mismos nos permitirá tenerlo para los demás; ofreciendo para nuestros compañeros de trabajo, comprensión, respeto y aceptación.

A nuestros usuarios, que son los más importantes, les daremos buen trato, respeto, tolerancia, comunicación asertiva y eficiencia técnica, no obstante las carencias que pudieran presentarse.

INTEGRIDAD

Seremos congruentes en nuestro ser (actuar, sentir y pensar) respetando nuestros valores a pesar de nuestras limitaciones; orientándonos siempre hacia el cumplimiento de nuestra misión. Por ello, nos comprometemos a que en el Sistema de Salud esté conformado por individuos con ética, profesionalismo y actitud de servicio, brindando atención con calidad y un desempeño extra en nuestras actividades habituales.

JUSTICIA

Proporcionaremos los servicios que son nuestra responsabilidad, sin distinción alguna en razón de género, credo, condición social, características étnicas, condición económica o social, afiliación política u otra, y no responderemos a intereses internos o externos que no correspondan a nuestra normatividad.

HONESTIDAD

Actuaremos con la verdad, reconociendo nuestras capacidades, conocimientos y aptitudes; pero también nuestros límites, para superarlos, ya sean personales o institucionales. Destacaremos los logros ajenos en su justa dimensión, tanto en materia institucional como individual.

Aceptamos que la verdad es un indicador de la honestidad y qué actuando con ella la consecuencia será que mostraremos rectitud, integridad y honor en la práctica diaria, tanto en nuestro trato al usuario como en el uso de los recursos institucionales y no únicamente en nuestros discursos o pensamientos.

RESPECTO

Aceptaremos a las personas como son en sus ideas y formas de ser; al tiempo que observamos y exigimos respeto a la ética acordada y a la normatividad aplicable. Este valor principia por cada uno de nosotros, puesto que no podemos pedir lo que no estamos dispuestos a dar.

Ofrecemos respeto en el trato y derechos, tanto a los usuarios del Sistema de Salud como a los demás servidores públicos, escuchando las peticiones y opiniones de los demás y brindándoles un trato humanitario.

Nos comprometemos a asumir una actitud positiva ante quien demanda un servicio, siendo congruentes en nuestro trabajo con respecto a las normas y al tiempo de los demás, ya sean pacientes o compañeros de trabajo. Respetaremos la privacidad de la información confidencial de usuarios y compañeros de trabajo así como sus espacios de trabajo.

HUMILDAD

Como reconocemos en nosotros mismos y en los demás nuestras capacidades y limitaciones, ofrecemos conducirnos con una actitud positiva y empática para los usuarios, que nos lleve a



brindar un trato cortés, amable y tolerante; captando su confianza, porque sabemos escuchar y actuamos a favor de sus necesidades; explicándoles y orientándoles con un lenguaje adecuado. Actuaremos con sentido de responsabilidad sin buscar ventaja de nuestro cargo.

SERVICIO

Brindaremos una atención orientada al bienestar y salud de la población, dando respuesta a sus necesidades, ofreciendo nuestros servicios con calidad, oportunidad y calidez, en una mejora continua en camino de la excelencia.

El presente Código de Ética y los valores que lo integran, sin mengua de los adicionales que le son propios a cada uno de los servidores públicos del Sistema, es en la ciudad de Toluca capital del Estado, en el mes de noviembre del 2005.

2.2 Misión

El Sistema Estatal de Salud, contribuirá, en la población del Estado de México, a un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la que salud, en su prevención, regulación sanitaria y salud pública, como objetivo social compartido y tutelando el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad, con oportunidad, calidez y con sentido humano, que ponderen el respeto a la vida y a la confianza del usuario y que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores tanto en su aspecto laboral como en su desarrollo personal, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

2.3 Visión del Sistema Estatal de Salud al 2011

Para el año 2011:

El Estado de México cuenta con las bases para *un Sistema de Salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.*

1. Nuestra entidad está entre las 10 mejores de la república por las condiciones de salud de su población.
2. Nuestro modelo de atención a la salud prioriza las necesidades de grupos vulnerables y regiones marginadas.
3. En los servicios públicos y privados de salud se ofrece un trato adecuado; y en el primer nivel de atención cada vez mayor número de usuarios, pueden elegir al prestador de su preferencia. Los servicios son de alta calidad técnica, satisfacen las expectativas de la sociedad y los proporcionan prestadores en permanente desarrollo personal y profesional y en ambientes dignos.

Los ciudadanos, están involucrados y comprometidos en las decisiones y acciones que afectan su salud, opinan sobre las políticas en la materia, cuentan con acceso a la

información pública de salud y con instancias sensibles y eficientes para el trámite de sus quejas y sugerencias.

4. Todo mexiquense puede acceder a servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su afiliación laboral; y la equidad en el financiamiento permite que las contribuciones sean proporcionales a la capacidad del usuario, haciendo del prepago una forma de protección contra el “gasto de bolsillo catastrófico” por parte de las familias.
5. El Sistema Estatal de Salud es eficiente con sus recursos, planea y define sus prioridades; programa su equipamiento e infraestructura y moviliza recursos financieros adicionales en una permanente concertación social. Opera integrado, en particular en las instituciones públicas. En una relación permanente con el Sistema Federal y articuladamente con otras entidades federativas para el logro de objetivos compartidos. Su modelo de operación se basa en atender las necesidades municipales y regionales, por lo que ubica recursos y decisiones en instancias locales de operación de servicios personales y no personales de salud.

2.4 Objetivos Estratégicos

En concordancia con el análisis situacional expresado en capítulos anteriores de este documento, el Sistema Estatal de Salud del Estado de México, asume los siguientes objetivos:

1. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los mexiquenses
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Estatal de Salud, en particular sus instituciones públicas
6. Estrategias y líneas de acción prioritarias



3. Estrategias y líneas de acción



Estrategias

Se han estructurado 10 estrategias para alcanzar los objetivos estratégicos.

Éstas, de acuerdo con las necesidades propias de la entidad, son las siguientes:

1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
3. Enfrentar los problemas emergentes.
4. Impulsar la calidad de los servicios de salud.
5. Protección financiera en materia de salud a toda la población.
6. Federalismo cooperativo en materia de salud.
7. Rectoría de la Secretaría de Salud del Estado de México.
8. Modelo Integrado de Atención a la Salud.
9. Participación ciudadana.
10. Inversión en recursos humanos y organización, investigación e infraestructura en salud, en la entidad.

3.1 Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

La salud depende de múltiples factores cuyo control escapa al Sistema de Salud. La mejoría en las condiciones de salud de la población requiere de la colaboración con otros sectores. Por ello en el Plan Estatal de Desarrollo¹⁰, el Gobernador Peña Nieto, ha definido como Pilar I a la Seguridad Social, en cuyo rubro se agrupan las acciones de educación, salud, protección a la familia y desarrollo social.

La inversión en salud incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo social. Los servicios de salud, además, son ellos mismos un vigoroso sector de la economía.

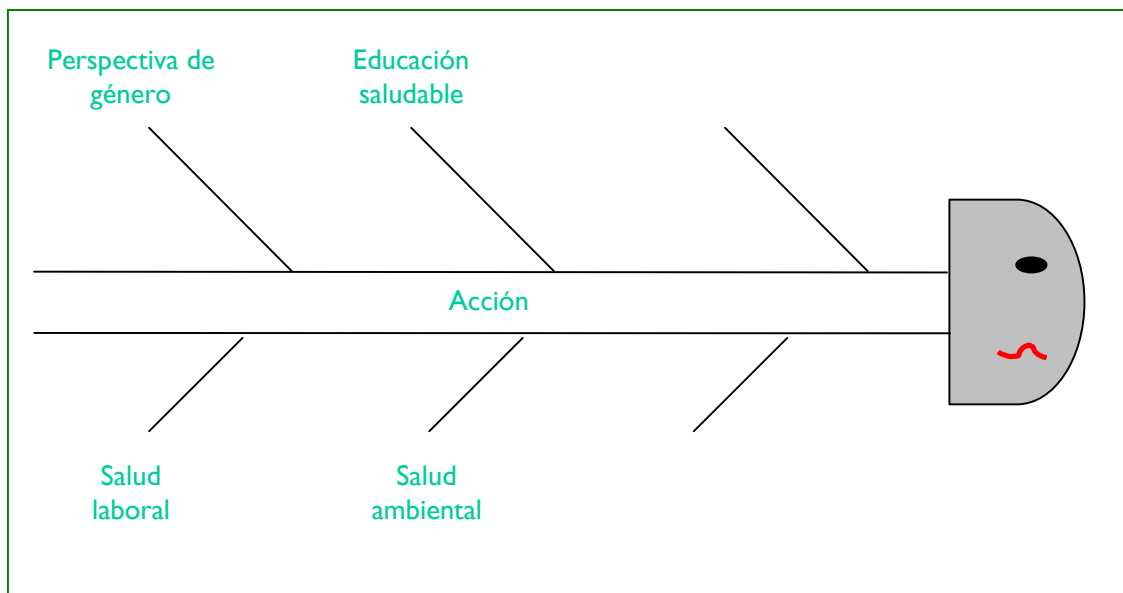
Adicionalmente a este efecto multiplicador en el plano económico, la experiencia internacional demuestra que la atención de la salud de los ciudadanos fortalece la cohesión y el desarrollo sociales.

Las acciones que dan cuerpo a esta primera estrategia persiguen que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas saludables, y que en todas las actividades multisectoriales se tomen en cuenta los determinantes de la salud, en especial el crecimiento y distribución de la población, educación – sobre todo de las mujeres-, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente, seguridad vial, seguridad pública, salud en el trabajo, recreación y deporte.

¹⁰ Plan Estatal de Desarrollo 2005 - 2011

Las líneas de acción que se desarrollan en esta estrategia son:

1. Acción comunitaria en favor de la salud.
2. Educación saludable.
3. Perspectiva de género en el sector salud.
4. Políticas fiscales saludables.
5. Salud ambiental.
6. Salud laboral.



Líneas de Acción

Línea de acción I.I. Acción comunitaria en favor de la salud

PROBLEMA:

La población en la entidad, en su mayoría, desconoce como ejercer un mayor control sobre su salud, carece de medios para mejorarla, no cuenta con los elementos que le permitan alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental, espiritual y social, ni ha logrado identificado y realizado sus aspiraciones, para proteger su ambiente y adaptarse a él.

OBJETIVO:

Generar comunidades saludables certificadas concientes de su responsabilidad con su salud, que van desde municipios, centros de trabajo, escuelas, mercados, centros de reunión y, en general, hasta cualquier lugar en donde un grupo se reúne para actuar en común.



INDICADOR:

$\frac{\text{Número de Comunidades Certificadas}}{\text{Número de comunidades Programadas}} \times 100 = 100\%$

“BASE 0”

35 Comunidades Certificadas

BRECHA

350 Comunidades Certificadas

META

Al año 2011

Lograr 385 Comunidades Certificadas.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
64	128	192	256	320

META

Al año 2011

Certificar como comunidades saludables a cuando menos 25 por ciento de las comunidades de más de 500 habitantes.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
4%	8%	12%	16%	20%

ESTRATEGIAS

- Programa que estimule la participación de las autoridades municipales, las autoridades sanitarias, las instituciones educativas y los grupos organizados de la sociedad en actividades de promoción de la salud.
- Capacitación del personal del sector salud en la promoción de la salud, en particular de quienes trabajan en las comunidades rezagadas.
- Certificación, en coordinación con los responsables de los programas prioritarios de prevención y protección de la salud, de aquellas comunidades que, de acuerdo con los

criterios establecidos por los comités respectivos, reúnan los requerimientos para ser consideradas “comunidades saludables”.

Línea de acción 1.2. Educación saludable

PROBLEMA

Dentro de las tres principales causas de mortalidad en el grupo escolar en la entidad, se encuentran los accidentes de vehículo de motor, los homicidios y las infecciones respiratorias agudas. Las tres principales causas de morbilidad en el mismo grupo las constituyen las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las infecciones urinarias.

La población escolar desconoce las medidas preventivas para evitar estos eventos y tampoco conoce el Paquete de Servicios de Salud para Escolares (PASSE) que contempla 14 intervenciones mediante los cuales pueden evitar estos padecimientos.

OBJETIVO

Certificar escuelas que apoyen el logro de mejores condiciones de salud en los escolares fomentando valores, conocimientos y desarrollo de habilidades y destrezas para el autocuidado de su salud, la prevención de conductas de riesgo y la práctica de estilos de vida saludable, en lo individual; lo familiar, con mejores niveles de salud en la mujer durante el periodo reproductivo y durante la etapa de crecimiento y desarrollo de los hijos; así como también en lo social.

INDICADOR

$\frac{\text{Número de Escuelas Certificadas}}{\text{Número de Escuelas Programadas}} \times 100$

“BASE 0”

Solo existe una Escuela Certificada como Escuela Saludable y Segura, de las 1000 escuelas propuestas por la Secretaría de Educación.

BRECHA

999 Escuelas.

METAS

Al año 2011

Alcanzar las 1000 escuelas certificadas.



Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
167	334	501	668	835

ESTRATEGIAS

- Realizar visitas de asesoría y supervisión a las escuelas, coordinadamente con la Secretaría de Educación.
- Certificación de Escuelas conjuntamente con las autoridades de educación.
- Capacitación una vez al año, a los Coordinadores Normativos de Promoción de la Salud de las 19 Jurisdicciones sobre las tareas del Programa de Acción en Educación Saludable.
- Capacitación y orientación a personal docente de ámbito preescolar, primaria y secundaria, para la detección de problemas de salud en los escolares, así como en las tareas del programa al inicio de cada ciclo escolar.
- Certificación de Escuelas Saludables y Seguras, bajo los criterios de certificación ya establecidos en el manual operativo y guía técnica del programa.

Línea de acción 1.3. Perspectiva de género en el sector salud

PROBLEMA

En el Estado de México como en la mayor parte del mundo, persisten las inequidades económicas y sociales entre las que destacan las de género, que ponen en desventaja a las mujeres con respecto del acceso de diversos satisfactores sociales, económicos, laborales, educativos y de salud. Lo anterior se manifiesta en las actuales condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional. No existe una cultura de género que permita diferenciar necesidades, prioridades y condiciones de la población femenina y masculina y esto se hace evidente en los casos de la violencia familiar. Actualmente no existe la incorporación de la perspectiva de género en todos los rubros de otorgamiento de servicios de salud.

INDICADOR

Número de Funcionarios Concientes $\times 100 = 100\%$
Total de Funcionarios del Sector

Número de Centros (I) Establecidos $\times 100 = 100\%$
Centros Programados

(I) Centros de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar.

OBJETIVO

Crear conciencia, en los tomadores de decisiones en materia de salud, sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres y a través de ello, apoyar la reducción de las inequidades entre hombres y mujeres en el terreno de la salud y específicamente en los casos violencia intrafamiliar.

“BASE 0”

No se cuenta aún con un criterio generalizado en los mandos medios y superiores, sobre la importancia y repercusiones que tiene este tema. Sólo un 10% aproximadamente de los tomadores de decisión están concientes de las necesidades de género, en materia de salud.

Sólo existe en la entidad un Centro de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar.

BRECHA

80% de los tomadores de decisión en el Sistema de Salud, concientizados.

1 Centro de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar en cada Jurisdicción.

META

Al año 2011

Capacitación-Sensibilización del 80% de las y los funcionarios tomadores de decisiones en salud, sobre las necesidades de género, en esta materia.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
10%	20%	40%	60%	80%

META

Al año 2011

1 Centro de Atención Integral a Violencia Intrafamiliar con perspectiva de género en cada jurisdicción sanitaria.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
1	4	9	13	18



ESTRATEGIAS

- Programa de capacitación-sensibilización a profesionales de la salud, funcionarios, investigadores y tomadores de decisión sobre las diferencias biológicas y la inequidad de género en la salud de las mujeres y hombres, para que incorporen la perspectiva de género en sus campos de competencia.
- Difusión a los profesionales de la salud, investigadores y tomadores de decisión sobre el impacto de las diferencias biológicas y la inequidad de género en la salud de las mujeres y los hombres.
- Vinculación entre instituciones e integración intersectorial en tres campos: Promoción y abogacía; Investigación, y Cooperación técnica.
- Proyecto de Centros de Atención Integral a Violencia Intrafamiliar con perspectiva de género para cada jurisdicción sanitaria y proponerlo para que se integre al Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento del Sistema de Salud.

Línea de acción 1.4. Políticas fiscales saludables

PROBLEMA

Si bien las políticas fiscales pueden clasificarse en dos grupos: políticas fiscales que promueven la salud y políticas de salud con implicaciones fiscales, la sociedad aún no está suficientemente sensibilizada al respecto, principalmente en los beneficios del prepago de los seguros de salud.

Otro aspecto del problema es que el Gobierno del Estado y los Municipios tampoco han contribuido de forma importante al financiamiento del sistema de salud. Las erogaciones que hacen son desordenadas, descoordinadas, insuficientes y marginales.

OBJETIVO

Que la estructura de financiamiento del Sistema de Salud del Estado, cuente con una aportación irreductible del Gobierno Federal, Estatal y Municipal, así como de una parte variable representada por la contribución solidaria de la población usuaria de servicios médicos y venta de servicios directos. Mejorando así las condiciones financieras de las unidades médicas, mediante la promoción de políticas fiscales que favorezcan la captación de mayores ingresos.

INDICADOR

Incremento porcentual de aportaciones económicas.

$$\frac{\text{Presupuesto del año actual} - \text{Presupuesto del año anterior}}{\text{Presupuesto del año anterior}} \times 100 = \tau$$

“BASE 0”

Actualmente el Gobierno del Estado aporta un presupuesto variable al Sistema de Salud, con criterios poco claros. La misma situación se presenta en las aportaciones de los ayuntamientos.

La gran mayoría de la población no tiene la cultura de participar en esquema de aseguramiento, teniendo más cercano a su esquema mental, el pago por evento.

El gasto de bolsillo es la forma más ineficaz e inequitativa de financiar los servicios de salud. La política fiscal actual promueve este tipo de financiamiento y no favorece el prepago, ya que permite deducir sin tope máximo los gastos de bolsillo y sólo autoriza la deducibilidad del prepago a personas morales. El prepago promueve una utilización más racional de los servicios de salud, ya que los servicios de salud prepagados operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria.

BRECHA

Criterios dentro de la planeación financiera de largo plazo del Gobierno del Estado y los ayuntamientos, para la aportación al Sistema de Salud. Y una cultura de aseguramiento colectivo.

META

Al año 2011

Establecer la contribución estatal y las municipales con carácter de irreductibles.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
Identificar el monto y condiciones de los recursos que hoy ya destina el gobierno del Estado y los ayuntamientos, a la salud.	Ordenar los recursos a través de un cauce único.	Incrementar el 10% de la aportación estatal y municipal respecto al 2007.	Incrementar el 10% de la aportación estatal y municipal respecto al 2008.	Incrementar el 10% de la aportación estatal y municipal respecto al 2009.

ESTRATEGIAS

- Solicitar a la Secretaría de Finanzas que informe a la Secretaría de Salud, de todos los recursos destinados a salud de la población abierta, y lo mismo a los ayuntamientos.
- Ordenar los recursos en un solo cause, que será la Secretaría de Salud.
- Firmar convenios con ayuntamientos para reconocer el gasto de salud como una aportación en especie al sistema, registrando estos eventos como integrantes de las acciones coordinadas.



- Impulsar, en la medida de lo posible, el incremento paulatino pero frecuente de este gasto.
- Vincularse con las autoridades fiscales para promover reformas que permitan la deducibilidad por concepto de prepago de seguridad social de las personas físicas que acceden a los servicios de salud del Estado.
- Difusión de los beneficios que ofrecen las aportaciones anticipadas sobre el nivel de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Línea de acción 1.5. Salud ambiental

PROBLEMA

Los riesgos sanitarios provenientes del medio ambiente, originados por la inadecuada disposición de la basura, excretas y otros residuos sólidos contaminantes, repercuten de manera importante en la salud de la población generando desde molestias hasta patologías que deben ser abordadas por profesionales de la salud. Aunado a ello, el consumo de agua que no cumple con los parámetros físico-químicos y microbiológicos especificados por la normatividad, contribuye a la prevalencia de casos de enfermedades diarreicas, sobre todo.

OBJETIVO

Participar en la protección de la salud a través de la promoción de una cultura de protección al ambiente, que redunde en condiciones óptimas de desarrollo de los individuos.

“BASE 0”

Todavía no hemos garantizado la potabilidad del agua, entendida ésta como la ausencia de contaminación bacteriana, viral, parasitaria, química y física. Un alto porcentaje de los trabajadores industriales y agrícolas, siguen expuestos a ambientes inseguros de trabajo. Los criterios de contaminación atmosférica se modifican en ocasiones sin razones técnicas adecuadas.

INDICADOR

$\frac{\text{Actividades (1) realizadas}}{\text{Actividades Programadas}} \times 100$

$\frac{\text{Visitas (2) realizadas}}{\text{Visitas Programadas}} \times 100$

(1) Actividades que promueven el saneamiento básico, dirigidas a la comunidad en general y a las autoridades municipales.

(2) Visitas de verificación, toma de muestras y monitoreo a fuentes de abastecimiento de agua potable.

BRECHA

125 Municipios

2,244 fuentes de abastecimiento de agua potable

META

Al año 2011

882 actividades de fomento sanitario dirigidas a la población en general y dependencias de la administración pública municipal, respecto a la calidad del agua, disposición sanitaria de residuos sólidos (basura y excretas), prevención de riesgos ambientales y atención a concentraciones masivas.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
147	294	441	588	735

META

Al año 2011

877 acciones de promoción para la construcción o implementación de sitios para la disposición sanitaria de basura (rellenos sanitarios y tiraderos controlados) y excretas (fosas sépticas y letrinas) tanto entre ayuntamientos como población en general.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
146	292	438	584	730

META

Al año 2011

890 fuentes de abastecimiento de agua potable verificadas.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
148	297	445	593	741



META

Al año 2011

102,752 monitoreos de cloro residual libre en tomas intradomiciliarias y fuentes de abastecimiento de agua potable.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
17125	34250	51375	68500	85625

META

Al año 2011

4,449 muestras de agua para su análisis bacteriológico y 2,446 para análisis físico-químico, así como sembrar 1,357 hisopos de Moore en aguas residuales y 1,399 hisopos de Spira en aguas blancas para su análisis bacteriológico.

Avance al

Análisis	2006	2007	2008	2009	2010
Bacteriológico	741	1483	2224	2966	3708
Físico- Quím.	407	815	1222	1629	2036
Moore	226	452	678	905	1131
Spira	233	466	699	932	1165

META

Al año 2011

18 pláticas (evento formal) dirigidas a grupos de profesionales de la salud (asociaciones, colegios, etc.) con el objeto de sensibilizar sobre la importancia de la certificación para generar servicios de calidad.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
3	6	9	12	15

ESTRATEGIAS

- Elaboración de diagnósticos de salud ambiental en los ámbitos federal, estatal y jurisdiccional.

- Medición de la exposición a riesgos ambientales y su impacto en las condiciones de salud tanto de la población general como de la población expuesta, para dar lugar a los Criterios de Calidad Ambiental Protectores de la Salud.
- Fortalecimiento de la capacitación de recursos humanos en salud pública ambiental.
- Implementación de programas ambientales en los que se privilegie la realización de actividades de saneamiento básico con los diferentes ámbitos de la Administración Pública.
- Coordinación inter e intrainstitucional para el ejercicio de actividades de promoción de la salud, tendientes al mejoramiento de las condiciones del hábitat humano.

Línea de acción I.6. Salud Laboral

PROBLEMA

Sin un efectivo control de las condiciones del crecimiento industrial de nuestra entidad se propicia el aumento de condiciones y factores de riesgo para la salud de los trabajadores, derivando en incrementos paulatinos en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora, esencialmente por enfermedades laborales y por accidentes, que en gran parte se deben a que laboran con deficiencias atribuibles a la falta de instalaciones adecuadas y necesarias, careciendo de programas preventivos contra accidentes en el trabajo así como de aquellos para la educación laboral que ilustren sobre la dotación y uso de equipos de protección personal así como de herramientas específicas para la actividad a desempeñar y de revisiones médicas preventivas en los casos de sustancias tóxicas.

OBJETIVO

Impactar, en coordinación con otras autoridades responsables, en el decremento de las tasas de morbi-mortalidad atribuibles a enfermedades laborales, mediante esquemas de verificación de las condiciones sanitarias en que laboran los establecimientos industriales, comerciales o de servicios.

INDICADOR

$\frac{\text{Visitas de verificación realizadas}}{\text{Visitas de verificación programadas}} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Acciones (I) realizadas}}{\text{Acciones programadas}} \times 100 = 100\%$

(I) Acciones de fomento sanitario (cursos, pláticas y campañas)

“BASE 0”

Se cuenta con el padrón estatal de giros constituido por 317,610 establecimientos comerciales y de servicios sujetos de control sanitario.



BRECHA

Verificar el 100% de establecimientos de mayor riesgo asentados en el territorio mexiquense y sujetos de control sanitario.

META

Al año 2011

669 visitas de verificación a establecimientos cuyos giros se enmarca en el proceso de productos de uso o consumo y que infieren un riesgo importante para el personal ocupacionalmente expuesto.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
111	223	334	446	557

META

Al año 2011

140 acciones de fomento sanitario: orientaciones, cursos, pláticas y campañas en materia de salud ocupacional.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
23	46	69	93	116

ESTRATEGIAS

- Focalización de los establecimientos que mayor número de quejas o denuncias han generado por las deficiencias sanitarias bajo las cuales realizan sus actividades.
- Coordinación interinstitucional con dependencias de la Administración Pública como Secretaría del Trabajo para identificar la prevalencia de giros con mayor índice de accidentes y enfermedades laborales.
- Implementación de un programa de salud ocupacional dirigido a giros industriales en el que se contemplan acciones de fomento sanitario y vigilancia del cumplimiento de la normatividad vigente.
- Análisis de las estadísticas epidemiológicas y participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica para dirigir las acciones de fomento sanitario.

3.2 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

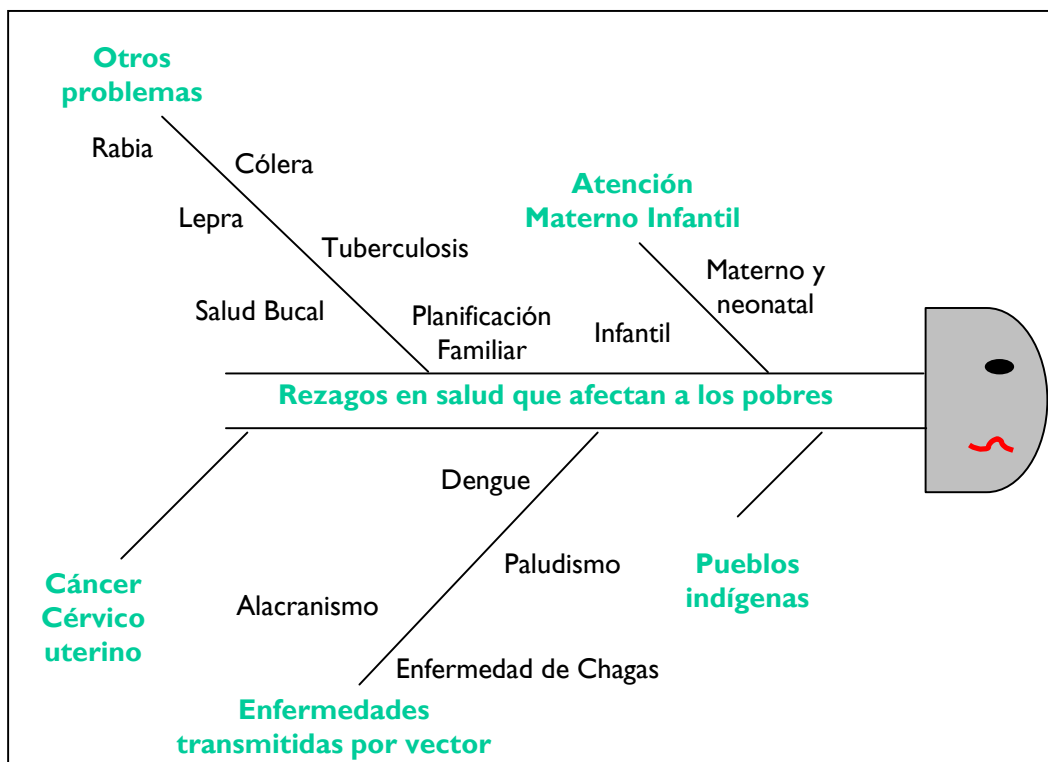
Los rezagos, son los daños evitables a la salud y generalmente se relacionan con nutrición insuficiente, infecciones comunes y la reproducción. Una causa fundamental de estos problemas es

la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. Sin embargo, aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones efectivas con un costo razonable. Una característica importante del rezago es su concentración en ciertos espacios geográficos, grupos socioeconómicos, grupos de edad y enfermedades. Una parte considerable se concentra en los menores de cinco años y en las mujeres en edad reproductiva de la población pobre.

Dentro de los daños a la salud que presentan estas poblaciones se incluyen la desnutrición, la anemia, las parasitosis, las diarreas, las infecciones respiratorias, la tuberculosis, las muertes maternas y el cáncer cérvico-uterino. Para los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios básicos de salud.

Las líneas de acción que se desarrollan en esta estrategia son:

1. Garantizar una atención materno-infantil de calidad.
2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas.
3. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue, paludismo, alacranismo y enfermedad de Chagas.
4. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino.
5. Atender otros problemas relacionados con el rezago: Rabia, cólera, lepra, salud bucal, tuberculosis y planificación familiar.





Líneas de Acción

Línea de acción 2.1. Garantizar una atención materno-infantil de calidad

PROBLEMA

Entre los problemas de mayor relevancia en la entidad están la injusticia social e inequidad de género, que inician desde el seno materno y se reflejan en altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal e infantil. Dichas condiciones son el resultado de la interacción de diversos factores personales, sociales y técnicos.

2.1.1. Atención materno-perinatal de calidad

OBJETIVO

Disminuir la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal.

INDICADOR

Razón de mortalidad materna.
Tasa de mortalidad neonatal.

“BASE 0”

Razón de mortalidad materna.	73.4 ¹¹
Tasa de mortalidad neonatal.	21.2

BRECHA

Razón de mortalidad materna.	73.4
Tasa de mortalidad neonatal.	4.2

META

Al año 2011

Disminuir la razón de mortalidad materna de 73.4 al 51.38.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
69.0	64.59	60.19	55.78	51.38

¹¹ Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados. Fuente Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004, Cifras preliminares y Proyecciones de Población 2000 – 2050 del CONAPO, 2002

META

Al año 2011

Disminuir la tasa de mortalidad neonatal de 21.2 al 16.96.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
20.35	19.50	18.66	17.81	16.96

ESTRATEGIAS

- Diseñar un sistema de atención integral regionalizado para la atención materna y perinatal, facilitando la referencia y contrarreferencia.
- Sistematizar y estandarizar las acciones de la atención materna y perinatal, a través de un modelo operativo.
- Proporcionar atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños desde antes de su nacimiento hasta el mes de vida.
- Capacitación y actualización del personal que brinda atención materna y perinatal.
- Certificación de unidades para la atención materna y perinatal.

2.1.2. Atención infantil de calidad

OBJETIVO

Disminuir la razón de mortalidad infantil.

INDICADOR

Tasa de mortalidad en menores de 1 año.
Tasa de mortalidad en menores de 5 años.

“BASE 0”

Tasa de mortalidad en menores de 1 año. 20.2 H y 15.5 M¹²
Tasa de mortalidad en menores de 5 años. 5.1¹³

BRECHA

Tasa de mortalidad en menores de 1 año. 4.24
Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas. 21.7
Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas. 11.7

¹² Se refiere a la probabilidad de morir por cada 1,000 menores de 1 año. Fuente: Proyecciones de población 2000 -2050 CONAPO, 2002

¹³ Fuente: Salud México: La Salud y el Sistema de Atención 2004. Estado de México.



Coberturas de vacunación en menores de dos años. 9.6

META

Al año 2011

Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas de 76.7 a 55.0

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
72.36	68.02	63.68	59.34	55.0

META

Al año 2011

Disminuir la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas de 26.7 a 15.0

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
24.36	22.02	19.68	17.34	15.0

META

Al año 2011

Incrementar y mantener las coberturas de vacunación en menores de dos años al 98%.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
95%	95%	96%	97%	98%

ESTRATEGIAS

- Diseñar un sistema de atención integral regionalizado para la atención infantil, facilitando la referencia y contrarreferencia.
- Sistematizar y estandarizar las acciones de la atención infantil, a través de un modelo operativo.
- Proporcionar atención con calidad a los niños desde antes de su nacimiento hasta los 2 años de edad.

- Capacitación y actualización del personal que brinda atención infantil.
- Certificación de unidades para la atención infantil.
- Mantener la capacitación de las madres o responsables de los niños menores de dos años, sobre el manejo de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en el hogar, así como la identificación de signos de alarma.
- Mantener la vigilancia nutricional, así como iniciar y/o completar los esquemas de vacunación en menores de dos años.

Línea de acción 2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas

PROBLEMA

Los pueblos indígenas en nuestra entidad, presentan los peores indicadores de salud: alta mortalidad general, alta mortalidad infantil, alta mortalidad materna y alta prevalencia de desnutrición. Es una población, además, con elevada fecundidad y periodos intergenésicos cortos y están asentados en los municipios que además presentan una mayor marginalidad.

OBJETIVO

Mejorar los niveles de salud y nutrición de estos grupos, y abatir la brecha en salud existente en relación con el resto de la población de la entidad.

“BASE 0”

El Instituto de Salud del Estado de México cuenta con 285 Unidades Médicas, que brindan el paquete esencial (básico) de servicios de salud a la población indígena, la cual habita en 886 localidades pertenecientes a 46 municipios de nuestro Estado, estimando que existe alto número de habitantes indígenas sin seguridad social.

La mayoría de estas Unidades Médicas, por estar ubicadas en comunidades rurales marginadas presentan insuficiencias de infraestructura y equipamiento para atender toda la demanda con calidad y oportunidad.

BRECHA

Un alto porcentaje de habitantes de los pueblos indígenas aún no cuentan con seguridad social. Los médicos, enfermeras y personal comunitario que atienden estas comunidades carecen de un enfoque intercultural que les permita proporcionar una mejor atención. Un gran porcentaje de los niños de 6 a 24 meses y mujeres embarazadas en estas comunidades carecen de complementos multivitamínicos y minerales. No se tienen datos completos y confiables sobre la salud y las necesidades de salud de los habitantes de estas poblaciones.



META

Al año 2011

Capacitar al 80% de los médicos, al 70% de las enfermeras y al 80% del personal comunitario monolingüe y bilingüe, como paramédicos y auxiliares de salud, que trabajan en los municipios indígenas, en el manejo de un enfoque transcultural que permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones, para así proporcionar una mejor atención.

Avance al

Personal	2006	2007	2008	2009	2010
Médico	20%	40%	60%	80%	80%
Enfermeras	20%	40%	60%	70%	70%
Comunitario	20%	40%	60%	80%	80%

META

Al año 2011

Proporcionar al 100% de los niños de 6 a 24 meses de edad y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, suplementación con multivitamínicos y minerales.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
20%	40%	50%	70%	90%

ESTRATEGIAS

- Coordinar las acciones que realizan las instituciones de salud en los municipios indígenas.
- Impulsar programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición.
- Apoyar los programas de saneamiento de las fuentes de abastecimiento de agua, mejoramiento de la vivienda, reducción de emisiones por consumo de leña y biomasa, y disposición sanitaria de excretas que realiza la Secretaría.
- Promover el autocuidado de la salud, la salud reproductiva y la elección informada de los métodos de planificación familiar.
- Promover el establecimiento de posadas de nacimiento atendidas por parteras empíricas capacitadas.
- Apoyar el registro de las prácticas de herbolaria y recuperar las formas de alimentación tradicional.
- Propiciar la operación de los programas de salud de acuerdo a las necesidades específicas de cada etnia.
- Rehabilitar y equipar los inmuebles de acuerdo a las características socioculturales del grupo correspondiente.
- Promover la elaboración de diagnósticos de la producción agropecuaria de la región.

- Elaborar dietas alimenticias acordes a la producción regional.
- Coordinar acciones con los médicos tradicionales para integrar socialmente a la población indígena con el sector salud.
- Capacitar y sensibilizar en aspectos interculturales al personal de salud encargado de la atención de este sector de la población.
- Brindar capacitación y asesoría en materia de nutrición y salud a la población indígena.

Línea de acción 2.3. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue, paludismo, alacranismo, enfermedad de Chagas

Dengue

PROBLEMA

El dengue es un problema infeccioso emergente relacionado con el saneamiento doméstico para el cual no existen vacunas ni medicamentos específicos. Por lo tanto, su control depende de la disminución y eventual eliminación de las larvas del mosquito vector, *Aedes aegypti*, que se reproducen en los criaderos domésticos ubicados en altitudes menores de 1,300 metros sobre el nivel del mar. Teniendo en el Sur del Estado de México las condiciones climatológicas idóneas para la reproducción del vector, en tres Jurisdicciones Sanitarias, que son Tejupilco, Tenancingo y Valle de Bravo, Así como el movimiento poblacional de los estados vecinos (Guerrero, Michoacán y Morelos) que son endémicos de estos padecimientos y predisponen a la importación de casos con el riesgo constante de transmisión.

OBJETIVO

Mejorar las condiciones de las viviendas en la zona de riesgo e intensificar las acciones de control del vector. A fin de disminuir la morbilidad de Dengue Clásico y Hemorrágico.

“BASE 0”

Del año 2000 al 2005 se presentaron en promedio anual 21 casos de Dengue.

BRECHA

Un mínimo de 12 casos menos de dengue en el presente sexenio.

META

Al año 2011

Mantener la morbilidad por dengue clásico por debajo de 20 por 100 000 habitantes



Comportamiento al período

2006	2007	2008	2009	2010
				9

ESTRATEGIAS

- Fortalecimiento de las intervenciones, regulares o intensivas, realizadas para controlar al vector.
- Mejoramiento de los sistemas municipales de recolección de basura doméstica y distribución de agua entubada.
- Promoción de la participación de las comunidades en las actividades de descacharrización.
- Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud en el manejo clínico de casos.

Paludismo

PROBLEMA

Entre 1991 y 2000 el paludismo mostró una tendencia descendente en México. Las acciones de control han estado orientadas a la curación radical de los enfermos, la eliminación de las etapas larvianas de los principales vectores y la prevención y el control de brotes. En el Estado de México, desde 1997 no se han presentado casos de paludismo debido a las acciones anteriores.

OBJETIVO

Evitar la morbilidad por paludismo, manteniendo las actividades de saneamiento del medio y control del vector en zonas de riesgo.

“BASE 0”

El 2005 se presentó sólo un caso importado.

BRECHA

No existe brecha, es un caso de mantenimiento.

META

Al año 2011

0 casos de paludismo en la entidad y controlar los casos ocasionados por el movimiento poblacional.

Comportamiento al período

2006	2007	2008	2009	2010
0	0	0	0	0

ESTRATEGIAS

- Reforzar las actividades de saneamiento del medio.
- Impulsar el mejoramiento de la vivienda.
- Impulsar el chaponeo de patios y traspatios.
- Intensificar actividades de promoción para la salud.
- Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud en el manejo clínico de pacientes febriles.

Alacranismo

PROBLEMA

El 29% del territorio estatal, ubicado en la parte suroeste, cuenta con características geográficas y climatológicas que permiten la existencia y multiplicación de una de las especies más tóxicas de alacranes del país: el *Centruroides Límpidus Límpidus*, arácnido que habita en el entorno de las viviendas y aún dentro de ellas, produciendo anualmente un promedio de 7,500 agresiones a personas. Derivado de la alta toxicidad del alacrán, la poca masa corporal en los niños potencializa el riesgo de muerte; misma condición presentan los ancianos por presentar enfermedades intercurrentes que pueden agravarse con la picadura.

OBJETIVO

Mantener las tasas de letalidad por debajo de 0.3 defunciones por cada mil personas agredidas.

“BASE 0”

La tasa de letalidad observada en el 2003 fue de 0.4.

BRECHA

Tasa de 0.1 defunciones anuales.

META

Al año 2011

Mantener las tasas de letalidad por debajo de 0.3 defunciones por cada mil personas agredidas.



Comportamiento al período

2006	2007	2008	2009	2010
0.4	0.3	0.2	0.2	0.1

ESTRATEGIAS

- Promoción del saneamiento básico de la vivienda.
- Promocionar el uso nocturno de pabellones sobre las camas o lugares donde duerman las personas.
- Evaluar las ventajas del uso de insecticidas para el control químico.
- Efectuar por lo menos 2 capacitaciones anuales en cada una de las 3 jurisdicciones sanitarias infestadas por alacrán *Centruroides* (Tejupilco, Tenancingo y Valle de Bravo) sobre el manejo del paciente intoxicado por veneno de alacrán entre el personal médico, de enfermería y voluntarios, incorporando personal que labora en el ambiente privado y en instituciones de salud.
- Mantener el programa de personal voluntario, quienes luego de ser capacitados se les dota de antídotos para que puedan suministrarlos en caso de no existir personal médico que lo haga.
- Evitar el desabasto de suero antialacrán en Unidades Médicas de primero y segundo nivel de atención así como en el personal voluntario, en los 19 municipios donde prevalece la infestación del género *Centruroides*, con una dotación controlada de los frascos.
- Elaborar la historia clínica del paciente agredido por alacrán y semestralmente un análisis de la información clínica y epidemiológica.

Tripanosomosis Americana o Enfermedad de Chagas

PROBLEMA

Estudios efectuados en la red estatal de laboratorios del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea del ISEM, señalan pruebas seropositivas a la enfermedad de Chagas entre los hemodonadores voluntarios, así como estudios entomológicos identifican la presencia de Triatominos (chinches trompudas) en todas las localidades por debajo de los 1,200 MSNM de la Jurisdicción de Tejupilco.

No se han efectuado estudios entomológicos en las Jurisdicciones de Tenancingo o Valle de Bravo, pero se infiere que por presentar condiciones geográficas y climatológicas similares, también presenten diferentes niveles de infestación y riesgo de transmisión del ***Tripanosomoma cruzi*** (**agente patógeno de la enfermedad de Chagas**). Este padecimiento presenta un estadio crónico que conduce a la formación de visceromegalias y riesgo de muerte.

OBJETIVO

Identificar y tratar los casos agudos de tripanosomosis americana.

“BASE 0”

Durante el año anterior no se llevaron a cabo actividades de vigilancia epidemiológica en la búsqueda de casos agudos. No se cuenta en el ISEM con la disponibilidad del medicamento para tratar dichos casos.

BRECHA

Identificación de las condiciones de la enfermedad.

META

Al año 2011

Controlar la presencia de esta enfermedad al efecto de que no tenga repercusiones de mortalidad.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
2 estudios entomológicos (en la Jurisdicción de Valle de Bravo y en la de Tenancingo) para identificar la presencia, tipo, grado de infestación, y grado de infección entre los triatóminos.	0%	0%	0%	0%

ESTRATEGIAS

- Promoción del Saneamiento Básico de la vivienda.
- Promocionar el uso nocturno de pabellones sobre las camas o lugares donde duermen las personas.
- Evaluar las ventajas del uso de insecticidas para el control químico.
- Continuar con las pruebas serológicas para la detección de seropositivos entre los hemodonadores de todo el Estado, evitando la transfusión de tejido contaminado.
- Capacitar para el manejo de estos casos al personal médico, de enfermería y voluntarios, incorporando personal que labora en el ambiente privado y el de instituciones de salud.
- Búsqueda intencionada en la consulta externa médica, de casos agudos mediante la historia clínica dirigida a personas febriles que radican en áreas infestadas de triatóminos, así como por medio de pruebas serológicas.
- Control físico y uso racional de plaguicidas para mantener niveles bajos de infestación de triatóminos, en todas las localidades donde se identifique la presencia de *T. cruzi*.
- Tratar médicamente todo caso agudo, acorde con la normatividad.



- Coordinar con el Departamento de Enfermedades transmitidas por vector de la Secretaría de Salud Federal, la compra de un stock de nifurtimox o benznidazol, o gestionar directamente con los proveedores la adquisición de éstos.

Línea de acción 2.4. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino

PROBLEMA

El cáncer cérvico uterino constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. Es la primera causa de mortalidad por cáncer en el grupo de mujeres de 25 a 64 años en el Estado de México y es la que más estragos ha hecho en la población femenina. La historia natural de la enfermedad, permite no sólo la detección temprana de las lesiones precancerosas sino también el tratamiento curativo, cuando se detecta oportunamente.

OBJETIVO

Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino.

“BASE 0”

Tasa de mortalidad de cáncer cérvico uterino del 2003 es de 13.57.

BRECHA

1.58

META

Al año 2011

Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino del 13.57 al 11.99

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
13.43	13.16	12.76	12.37	11.99

ESTRATEGIAS

- Mantener actualizada y vigilar el cumplimiento de la normatividad oficial para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
- Propiciar el intercambio de experiencias exitosas que fortalezcan la operación del programa.
- Definir lineamientos metodológicos para mejorar la competencia técnica del prestador de servicios.

- Fortalecer los procesos que integran la atención para mejorar la calidad otorgada a las usuarias.
- Supervisar y evaluar el programa de manera permanente.

Línea de acción 2.5. Atender otros problemas relacionados con el rezago. Rabia, cólera, lepra, salud bucal, planificación familiar

Rabia

PROBLEMA

En la entidad, los casos de encefalitis rábica humana transmitida por perros y animales silvestres, no se han presentado en los últimos cuatro años (2002-2005). Sin embargo, el número de casos de rabia en perros y otras especies se ha incrementado de 40 a 111 del 2002 al 2005, 99 en perros y 12 en otras especies (murciélago, bovino, caprino y equino). Lo anterior atribuido a la sobrepoblación canina la cual dificulta alcanzar la cobertura de vacunación en la población susceptible, así como a la falta de infraestructura para la instalación de centros de control canino, es importante mantenerse alerta debido que cada año se registran 123 agresiones de animales a humanos por cada 100 000 habitantes. Del mismo modo, es indispensable la continuidad en el control de la población del murciélago hematófago.

OBJETIVO

Mantener en 0 los casos de rabia humana a través de la reducción del número de casos de rabia en perros y gatos confirmados por laboratorio.

“BASE 0”

111 casos de rabia animal que se presentaron en el 2005.

BRECHA

96 casos de rabia animal.

META

Al año 2011

Reducir de 111 a 15 casos de rabia animal, 33.90 % cada año del 2006 – 2010



Avance al

	2006	2007	2008	2009	2010
Rabia en humanos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Rabia animal	74	49	33	22	15

META

Al año 2011

Disminuir la población canina y felina, realizando campañas de esterilización.

Avance al

Año	2006	2007	2008	2009	2010
Población animal esterilizada.	12,500	10,359	9,720	8,000	6,250

ESTRATEGIAS

- Control de los focos rábicos por rabia canina.
- Atención medica oportuna de las personas agredidas.
- Vacunación antirrábica canina en fases intensivas y permanentes en toda la entidad.
- Trasladar a la autoridad municipal la responsabilidad y recursos para regular el crecimiento y convivencia con los perros.
- Concertar acciones intersectoriales a escala gradual para reducir la población de perros callejeros.
- Delegar las acciones de control de perros callejeros a las autoridades públicas en los ámbitos municipales.
- Coadyuvar en las acciones de vigilancia, seguimiento y control de los murciélagos hematófagos.

Cólera

PROBLEMA

El cólera reapareció en 1991 en el Estado de México, en la comunidad de San Miguel Totolmaloya, después de haber estado ausente del territorio nacional por más de un siglo. En ese año se notificaron 2,690 casos en 17 estados, la mayoría de ellos del centro, sur y sureste del país.

OBJETIVO

Mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica para evitar un repunte de esta enfermedad.

“BASE 0”

En el Estado de México durante el año 1991 se registraron 55 casos con una tasa de 0.53 por 100,000 habitantes.; en 1993 se reportó el mayor número de casos (1667), con una tasa de 14.9 por 100, 000 habitantes; en ese mismo año también se registró la tasa más alta de mortalidad alcanzando el 0.31 por 100,000 habitantes. El último caso confirmado se presentó en el municipio de Tepozotlán perteneciente a la Jurisdicción de Cuautitlán, con fecha de inicio 30 de mayo de 1999; se trató de una mujer de 31 años de edad, derechohabiente del IMSS. Durante el periodo 2000-20005 no se han confirmado casos ni defunciones.

BRECHA

No existe.

META

Al año 2011

Seguir manteniendo al Estado de México sin casos de cólera.

2006	2007	2008	2009	2010
0	0	0	0	0

ESTRATEGIAS

- Continuar el control epidemiológico de V. Cholerae en el Estado de México.
- Mantener el flujo de información a través del canal de Urgencias Epidemiológicas.
- Proseguir con la búsqueda activa de casos en unidades de salud.
- Realizar la atención adecuada y oportuna de los casos sospechosos.
- Seguir fortaleciendo la coordinación intra y extrainstitucional facilitando el intercambio de información.

Lepra

PROBLEMA

Hasta 1990 la prevalencia de lepra en México se mantuvo estable, con 16 000 casos anuales. Ese año dio inicio la poliquimioterapia, que modificó la epidemiología del padecimiento al facilitar la curación clínica de los casos y su negativización bacteriológica, con lo que se interrumpió la transmisión. Gracias a esto, en 1994 México alcanzó la meta internacional de menos de un caso por 10 000 habitantes, con excepción de los estados de Sinaloa y Colima.



OBJETIVO

Disminuir la tasa de incidencia a menos de un caso por 100 000 habitantes.

“BASE 0”

En el 2005 se registraron 3 casos nuevos en Temascaltepec con una tasa de incidencia de 9.2 y 2 casos en Tejupilco con una tasa de incidencia de 1.2.

BRECHA

Menos 5 casos.

META

Al año 2011

Mantener al Estado de México en 0 casos de lepra.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
2				

ESTRATEGIAS

- Concentración de las acciones en áreas geográficas y grupos de riesgo.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud en este ámbito en las unidades médicas y en las comunidades de alto riesgo.
- Fortalecimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica.

Salud bucal

PROBLEMA

La caries dental es una enfermedad que afecta a más del 95% de la población mexicana, encontrándose entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud de todo el país.

OBJETIVO

Disminuir la prevalencia de caries en la población infantil del Estado de México.

INDICADOR

El 50% de niños de 5 a 15 años de edad libres de caries. (OMS)

“BASE 0”

En el Estado de México en niños de 5 a 15 años de edad la prevalencia de caries es de un 69% encontrada en el más reciente estudio del 2002.

BRECHA

19%

META

Al año 2011

Disminuir en la entidad, la prevalencia de caries en niños entre 5 y 15 años al 45%

2006	2007	2008	2009	2010
60%	54%	51%	48%	45%

ESTRATEGIAS

- Programa de fluoruración de la sal.
- Programa educativo preventivo.
- Programa de educación saludable.
- Programa de selladores de fosetas y fisuras con técnica de restauración atraumática.

Planificación Familiar

PROBLEMA

En los últimos años el programa de planificación familiar ha sufrido cambios importantes debido principalmente al incremento poblacional observado especialmente en el grupo en edad fértil, por lo que a pesar de que la tasa global de fecundidad ha disminuido, la aceptación del programa no ha sido la esperada, lo cual ha traído como consecuencia, disminución en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas de todos los grupos, bajas coberturas en la anticoncepción postevento obstétrico, tanto en la población general como en la adolescente y baja participación del varón en la planificación de su familia.

Por otro lado, el impacto de las actividades también se ha visto afectado por la capacidad instalada y el presupuesto, que en algunos casos se considera rebasada por las necesidades de la población.



OBJETIVO

Con absoluto respeto a la libre decisión, disminuir las Tasas Global y General de Fecundidad en el Estado de México.

“BASE 0”

Tasa global de fecundidad.	2.03
Tasa general de fecundidad.	60.67

BRECHA

Tasa global de fecundidad.	.02
Tasa general de fecundidad.	6.07

META

Al año 2011

Disminuir la tasa global de fecundidad del 2.03 al 2.01.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
2.03	2.03	2.02	2.02	2.01

META

Al año 2011

Disminuir la tasa general de fecundidad del 60.67 al 54.6.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
60.67	60.16	57.67	56.18	54.6

ESTRATEGIAS

- Mantener actualizada y vigilar el cumplimiento de la normatividad oficial en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, en la perimenopausia y postmenopausia.
- Oferta sistemática de métodos anticonceptivos e incorporación de la tecnología moderna y útil para los diferentes segmentos de la población usuaria, con absoluto respeto a la libre decisión.

- Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 53% del total de mujeres en edad fértil unidas.
- Aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en menores de 20 años a 17.6% del total de mujeres unidas menores de 20 años.
- Reforzar la orientación-consejería en planificación familiar, en todos los niveles de atención para incrementar al 40% la aceptación de métodos anticonceptivos postevento obstétrico.
- Aumentar la participación del varón en el uso de métodos anticonceptivos al menos 25% con respecto al logro 2005.
- Otorgar servicios y ofertar orientación-consejería de calidad y con calidez a la población adolescente.

Control a la tuberculosis

PROBLEMA

La pobreza, el hacinamiento, la nutrición insuficiente, la migración, las enfermedades inmunodepresoras como el VIH-SIDA, la diabetes y las adicciones han favorecido el repunte de la tuberculosis. Los malos manejos terapéuticos y la falta de apego a los tratamientos prescritos han dado origen al surgimiento de resistencias.

OBJETIVO

Controlar la transmisión del bacilo tuberculoso mediante su detección oportuna, notificación temprana, tratamiento estrictamente supervisado, seguimiento bacteriológico y atención de los casos de farmacorresistencia.

“BASE 0”

536 casos de TBP diagnosticados en el 2005.

3 casos nuevos en Temascaltepec con una tasa de incidencia de 9.2 y

2 casos en Tejupilco con una tasa de incidencia de 1.2.

BRECHA

157 casos en relación a los casos esperados para 2006.

META

Al año 2011

Reducir la mortalidad por tuberculosis, aumentando el número de casos diagnosticados y atendidos.



Avance al

Año	2006	2007	2008	2009	2010
Casos diagnosticados y atendidos	693	728	779	818	875

ESTRATEGIAS

- Estratificación de las áreas y grupos de riesgo para intensificar y hacer más eficientes las actividades de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de los casos de tuberculosis.
- Garantizar la cobertura de tratamientos estrictamente supervisados (TAES) en el 100% de los municipios prioritarios, con antifímicos en presentación blister.
- Garantizar el estudio y seguimiento del 100% de los contactos.
- Adquirir en tiempo y forma los medicamentos en presentación blister.
- Garantizar el estudio epidemiológico, el registro del 100% de los casos detectados.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud en las unidades médicas y comunidades.
- Atención integral y especializada de los casos resistentes de tuberculosis.

3.3 Enfrentar los problemas emergentes

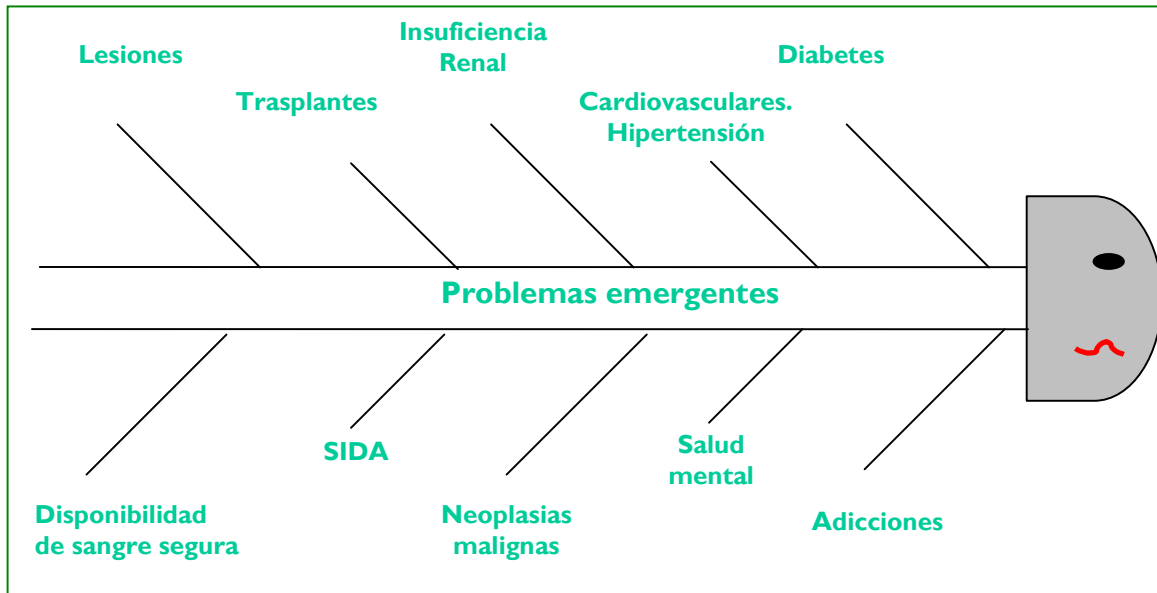
Nuestro país y consecuentemente la entidad, se caracterizan por enfrentar problemas emergentes con el predominio de enfermedades no transmisibles y lesiones, tanto accidentales como violentas, estos problemas no están concentrados y afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos y medios como a los pobres.

Los problemas emergentes exigen la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente estos padecimientos. La discapacidad generada por estos problemas debe atenderse con la participación de otros sectores de la administración pública y la sociedad. Necesitamos, además de contribuir a la rehabilitación de los discapacitados, ofertar infraestructura y servicios públicos especiales así como la puesta en marcha de programas para suprimir la discriminación de esta población y favorecer su integración social y laboral.

Las líneas de acción que se desarrollarán en esta estrategia son:

1. Disminuir la prevalencia de diabetes.
2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión.
3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica.
4. Promover el trasplante como una alternativa accesible.
5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales.
6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas.
7. Atender los problemas de salud mental.
8. Atender las neoplasias malignas.
9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA.

10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura.



Líneas de Acción

Línea de acción 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes

PROBLEMA

En México, la prevalencia de Diabetes en la población de 20 años y más es de 10.7%; el 30% desconoce el problema por lo que no está incorporado a un esquema de tratamiento. Por tratarse de un padecimiento que requiere de atención durante toda la vida, una gran parte de los diabéticos manifiestan bajo apego al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control de la enfermedad.

En el Estado de México la mortalidad por diabetes, a partir del año 2002 ocupa el primer lugar como causa de la mortalidad general, concentrándose en la población de 60 años y más el 68.8% de las defunciones.

OBJETIVO

Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la diabetes y las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo.

“BASE 0”

La media nacional de este padecimiento es de 85.7 (tasa estandarizada), mientras que en el estado de México es del 94.5 (tasa estandarizada). En el Instituto de Salud, en el año 2005, se



diagnosticaron 11,413 casos nuevos, se tienen a 32,417 en tratamiento y 10,143 casos controlados, con Indicador de Calidad de 31.2%.

BRECHA

Cobertura de detección:	25%
Acreditación del GAM:	70%
Atención con calidad:	23.8%
Edad promedio de muerte:	2.4%
Control metabólico:	23.8%
Grupos de autoayuda:	0

META

Al año 2011

Lograr 80% de cobertura de detección en población abierta de 20 años y más.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
55%	62%	68%	72%	76%	80%

META

Al año 2011

Acreditación del GAM.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
10%	25%	40%	55%	70%	80%

META

Al año 2011

Atención con calidad.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
36.2%	41.2%	46.2%	50.4%	55%	60%

META

Al año 2011

Desplazar la edad promedio de muerte de los diabéticos de 66.7 años a 69.5 años.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
67.1	67.7	68.2	68.6	69.1	69.5

META

Al año 2011

Alcanzar el control metabólico del 60% de los pacientes en tratamiento.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
36.2%	41.2%	46.2%	50.4%	55%	60%

META

Al año 2011

Establecer 974 grupos de autoayuda mutua lo que significa un grupo en el 100% de las unidades de salud del Instituto.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
162	324	486	648	810	974

ESTRATEGIAS

- Fortalecer la difusión y aplicación de la normatividad.
- Promover estilos de vida saludables.
- Campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y los factores de riesgo relacionados con ella.
- Identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar de manera temprana los casos de enfermedad.
- Acreditar grupos de autoayuda.
- Incorporar esquemas de tratamiento farmacológico, con medicamentos de nueva generación.



- Establecer las metas de tratamiento como protocolo obligado en el seguimiento de pacientes (colesterol, triglicéridos, hemoglobina glucosilada, etc.).

Línea de acción 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión

PROBLEMA

Las enfermedades del corazón constituyen un serio problema de salud pública en México. Hay además otras enfermedades, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y la obesidad que constituyen factores que elevan el riesgo de presentación de los padecimientos cardiovasculares, específicamente de las enfermedades isquémicas del corazón y las afecciones cerebrovasculares. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en México y es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad isquémica y cerebrovascular.

En la encuesta de salud del año 2000, la prevalencia se ubico en 30.05%, y cerca del 50% de la población desconoce que tiene este problema A partir del año 2002, las enfermedades del corazón pasaron del primer al segundo lugar como causa de muerte, presentándose en el año 2003 7,730 defunciones y de estas 4,637 fueron reportadas como enfermedades isquémicas del corazón.

OBJETIVO

Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta y adulta mayor, elevando la calidad de vida de este grupo poblacional.

“BASE 0”

A nivel nacional, más de la cuarta parte de la población adulta sufre hipertensión arterial, y la mitad de ellos no lo sabe. Actualmente hay 19 millones de hipertensos mayores de 20 años. En el Instituto de Salud del Estado de México, en el año 2005 se diagnosticaron 11,127 casos nuevos, se reportaron 35,687 casos en tratamiento, de los cuales 15,635, el 43.8 % están en control.

BRECHA

Eficiencia diagnóstica:	2.02%
Acreditación de GAM:	70%
Atención con calidad:	22.8%
Edad promedio de muerte:	2.7%
Cobertura de detección:	25%
Control metabólico:	33.8%
Grupos de autoayuda:	0

META

Al año 2011

Eficiencia diagnóstica.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
098%	1.38%	1.78%	2.19%	2.59%	3.0%

META

Al año 2011

Acreditación del GAM.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
10%	25%	40%	55%	70%	80%

META

Al año 2011

Atención con calidad.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
47.2%	52.2%	57.2%	62.4%	66%	70%

META

Al año 2011

Edad promedio de muerte.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
72.3	72.9	73.5	74	74.5	75



META

Al año 2011

Lograr 80% de cobertura de detección en población abierta de 20 años y más.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
55%	62%	68%	72%	76%	80%

META

Al año 2011

Alcanzar el control metabólico del 70% de los pacientes en tratamiento.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
36.2%	43.2%	50.2%	57.4%	64.2%	70%

META

Al año 2011

Establecer 974 grupos de autoayuda mutua lo que significa un grupo en el 100% de las unidades de salud del Instituto.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010	2011
162	324	486	648	810	974

ESTRATEGIAS

- Fortalecer la difusión y aplicación de la normatividad.
- Promover estilos de vida saludables.
- Campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y los factores de riesgo relacionados con ella.
- Identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar de manera temprana los casos de enfermedad.
- Acreditar grupos de autoayuda.
- Incorporar esquemas de tratamiento farmacológico, con medicamentos de nueva generación.

- Establecer las metas de tratamiento como protocolo obligado en el seguimiento de pacientes (colesterol, triglicéridos, hemoglobina glucosilada, etc.).

Línea de acción 3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica

PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica representa un problema de salud pública de grandes proporciones en los países desarrollados y de importancia creciente en México. La IRC es la vía final común de una gran variedad de padecimientos. La terapia sustitutiva para la IRC (hemodiálisis, diálisis peritoneal crónica y trasplante renal) ha mejorado dramáticamente la esperanza de vida de estos pacientes. En la entidad, en el año 2003 las muertes por insuficiencia renal ocuparon el doceavo lugar como causa a la muerte, con 1,039 defunciones por esta causa.

OBJETIVO

Identificar factores de riesgo en la población para poder incidir en su estilo de vida fortaleciendo la prevención de IRC, así como identificar los casos e insuficiencia renal crónica refiriéndolos al 2do nivel de atención para su tratamiento oportuno y elevar la calidad de vida de estos pacientes.

INDICADOR

Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica.

“BASE 0”

La media nacional de diabetes es de 85.7 (tasa estandarizada) mientras en el estado de 94.5; existe más de 19 millones de hipertensos en el Estado, estas dos patologías inducen la IRC secundaria, arrojando 1039 defunciones en el 2003.

BRECHA

Se iniciará con educación y fomento de autocuidado para posteriormente iniciar los proyectos de prevención y retardo de complicaciones.

META

Al año 2011

Disminuir la tasa de mortalidad de insuficiencia renal crónica en 20%.



Avances anuales

2006	2007	2008	2009	2010	2011
3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	3.34%	3.34%

ESTRATEGIAS

- Implantación de programas de detección temprana de enfermedades renales.
- Creación del Registro Estatal de pacientes en diálisis.
- Modificación paulatina del balance diálisis peritoneal/hemodiálisis.
- Promoción de la mejoría del tratamiento con base en el registro Estatal asociado a un sistema de certificación de la calidad y eficiencia de los servicios médicos prestados.
- Fortalecimiento de la formación de recursos humanos en nefrología, tanto en el ámbito profesional como técnico.

Línea de acción 3.4 Promover el trasplante como una alternativa accesible

PROBLEMA

Una parte importante de casos de enfermedad generan la insuficiencia de algún órgano o sistema que pone en peligro la vida de los pacientes. El trasplante de órganos y tejidos no sólo resuelve algunas de estas fallas orgánicas o tisulares sino que conserva la vida del sujeto en condiciones casi normales a un costo muy inferior al de otro tipo de tratamientos, que además no ofrecen la misma calidad de vida.

OBJETIVO

Contar con un número creciente de donadores en base a una cultura de solidaridad social.

“BASE 0”

El Centro Estatal de Trasplantes desde su creación tiene como objetivo fortalecer la promoción del trasplante impulsando los programas de carácter informativo y educativo sensibilizando a la población mexiquense la cultura altruista de donación de órganos, tejidos y células y garantizando una atención médica oportuna equitativa resolutive y de calidad a la población involucrada en el proceso de donación y trasplante.

BRECHA

La escasa disponibilidad de órganos para ese fin, representa una brecha que deberá llenarse.

META

Al año 2011

Incrementar, en particular, el número de trasplantes de riñones y córneas.

Avances al

2006	2007	2008	2009	2010
15% adicional al año anterior.	15% adicional al año anterior.	15% adicional al año anterior.	15% adicional al año anterior.	15% adicional al año anterior.

ESTRATEGIAS

- Impulsar campañas en coordinación con los medios masivos, dirigidos a la población infantil, juvenil y adulta para el fomento de la cultura de donación.
- Concertar convenios de colaboración con diversas instituciones públicas, privadas y sociales para la difusión y educación del trasplante como una cultura.
- Difundir el proceso de donación y trasplante, transparentando las actividades que conllevan a una donación.
- Capacitar al personal involucrado en el proceso de donación y trasplante para que brinde la información correcta y oportuna.
- Controlar y supervisar las licencias sanitarias de los establecimientos con permiso de procuración y/o trasplante y la asignación de órganos; para que se respete la lista de espera en las diferentes instituciones públicas, privadas y sociales.

Línea de acción 3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales

PROBLEMA

Desde 1970 las lesiones han aparecido entre los primeros lugares de mortalidad en México, y aunque la evolución de su tasa de mortalidad muestra una tendencia al descenso, año con año siguen provocando la muerte de miles de personas. Debido a que la muerte por esta razón se ubica entre la juventud y la edad adulta, y a que las lesiones frecuentemente culminan con la discapacidad de los sobrevivientes, las lesiones constituyen la causa más importante de pérdida de años de vida saludable en nuestro país.

En México se otorgaron en el año 2000 más de tres millones de consultas por accidentes, el 43% de ellas a individuos con lesiones que les impiden reincorporarse a su actividad laboral antes de un año de ocurrido el percance.

Los costos generados por la atención de los lesionados en accidentes repercuten negativamente en la economía de nuestro país.



Esta situación ha generado la necesidad de dar mayor impulso a las acciones del programa de prevención de accidentes, haciendo énfasis tanto en la prevención como en la atención integral de los lesionados; en el medio familiar, la escuela, el trabajo y la vía pública; asimismo en las acciones de capacitación y en la organización de sistemas de atención a las urgencias.

El Estado de México, por su peculiar geografía, se enfrenta a múltiples accidentes, teniendo éstos su mayor incidencia en los municipios de la zona conurbada al Distrito Federal.

El impacto que generan los accidentes y violencias en la vida y la salud, se traduce en morbilidad, discapacidades y muertes prematuras que conllevan una carga familiar y social.

OBJETIVO

Reducir la morbilidad y la mortalidad atribuible a los accidentes, estableciendo políticas, estrategias, programas y acciones para la prevención de lesiones, fundamentadas en un sistema de vigilancia epidemiológica, que permita observar, actuar y proporcionar elementos para la toma de decisiones en cada jurisdicción, municipio o región.

“BASE 0”

Defunciones por accidentes en general	4889
Defunciones por accidentes viales	3770
Defunciones por accidentes en el hogar	870

BRECHA

Defunciones por accidentes en general	2000
Defunciones por accidentes viales	1542
Defunciones por accidentes en el hogar	355

META

Al año 2011

Reducir anualmente la mortalidad por accidentes en un 10% disminuir la que ocurre en el hogar en el 13% y la que se presenta por accidentes de tráfico en un 25%. Reducir anualmente la demanda de atención por lesiones de causa externa en un 10% así como incidir en la disminución en la morbilidad por violencias y lesiones intencionales.

Avance al

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Reducción de la mortalidad por accidentes en general	4889	4401	3961	3565	3209	2889
Reducción de la mortalidad por accidentes viales	3770	3393	3054	2749	2475	2228

Reducción de la mortalidad por accidentes en el hogar	870	783	705	635	572	515
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

ESTRATEGIAS

- Promover la elaboración de programas de trabajo en cada una de las jurisdicciones de la entidad, jerarquizando riesgo, pertinencia, oportunidad y vulnerabilidad.
- Desarrollar programas y propuestas integrados por los Subcomités de Prevención de Accidentes en los siguientes rubros: Hogar, Escuela, Trabajo, Vía Pública, Zonas Recreativas, Atención Prehospitalaria, Atención Médica, Capacitación e Información
- Coordinando las estrategias y líneas de acción con cada subcomité a fin de tener congruencia, pertinencia y persistencia en el programa.
- En coordinación con el Sistema Estatal de Protección Civil, realizar un censo estatal de recursos existentes para la atención médica al paciente accidentado, a fin de promover la regionalización funcional de los mismos y definir los niveles de atención.
- Coordinar con la Secretaría de Educación, el Programa de Prevención de accidentes en los 10 municipios de mayor riesgo, incrementando un 20% cada año hasta abarcar toda la entidad de tal forma que medidas sencillas aplicadas oportunamente por alumnos o maestros capacitados para tal fin, redunden en beneficios permanentes para quienes sufren un accidente en la escuela. En las escuelas se hará hincapié en los siguientes factores:
 - La ingesta de bebidas alcohólicas está relacionada a más del 60% de los accidentes mortales. Los niños y adolescentes generalmente poseen el poder disuasivo para evitar que familiares y amigos conduzcan cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol o drogas ilícitas.
 - Cruzar en las esquinas, usar los puentes peatonales y las zonas destinadas para su uso, puede ayudar a reducir el riesgo de atropellamientos en la vía pública.
 - La utilidad del uso del cinturón de seguridad y de las sillas porta bebe debe ser enfatizado por representar la medida sencilla de fácil adopción, que más allá de cualquier duda, puede evitar la muerte o atenuar las consecuencias de un accidente.
 - Alertar sobre los riesgos que significan el manejo inadecuado del agua caliente, de la corriente eléctrica y de los productos cáusticos.
- Elaborar y difundir los protocolos del manejo integral del paciente traumatizado, tanto en el sitio del accidente como durante el traslado y en el hospital de estancia definitiva, profesionalizando al personal que brinda servicios de atención médica de urgencias en coordinación con el Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica del Estado de México; a través del Diplomado en Urgencias Médicas.
- Promover y ejecutar el programa de formación, capacitación y desarrollo del personal de salud en la materia. Capacitar en cursos básicos, avanzados e intermedios al personal médico, de enfermería y paramédicos que laboran en hospitales, servicios de urgencias y ambulancias mediante cursos ATLS, ACLS, BTLS, PHTLS, fungiendo como gestor entre los Servicios de Salud y las instituciones que otorgan estos cursos de certificación.
- Fomentar la creación del Capítulo BTLS Estado de México.



- Los accidentes asociados a la recreación y el deporte pueden prevenirse mediante la emisión y aplicación de reglamentos sencillos. El uso de medidas protectoras como el casco, las rodilleras, coderas, lentes y ropa apropiada, para andar en bicicleta, patinetas o triciclos, ayuda a evitar accidentes. En la mayoría de los casos, atenúan las consecuencias de los traumatismos severos.
- Fortalecer las actividades de capacitación y vigilancia epidemiológica en zonas recreativas a fin de implementar acciones preventivas en la materia.
- En lo que respecta a accidentes en el trabajo, en México se han logrado avances notables gracias a las medidas que la SCT, los empresarios, el IMSS y los sindicatos han aplicado coordinadamente en beneficio de los trabajadores.

Línea de acción 3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas

PROBLEMA

La urbanización y la industrialización experimentadas por el país en las últimas décadas, y en especial dichos fenómenos localizados en el estado de México, han provocado un notable incremento en el uso de sustancias que alteran la mente (alcohol, tabaco y otras drogas), con repercusiones en la salud individual, la dinámica familiar y la convivencia social. El incremento en el número de personas que usan y abusan de estos productos se ha reflejado, a su vez, en mayores índices de mortalidad entre la población en edad productiva y en una mayor frecuencia de conductas violentas en el hogar y las vías públicas.

OBJETIVO

Contribuir a elevar los niveles de salud a través de acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y fármacos) con especial énfasis en los sectores más vulnerables.

“BASE 0”

Sesiones de educación para la salud realizadas en cuatro eventos relevantes en el año.

BRECHA

Contra con un Programa propio de la Secretaría de Salud el Estado de México, para combatir estas adicciones.

META

Al año 2011

20 eventos relevantes de educación para la salud en prevención de las adicciones.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
3	3	4	4	4

ESTRATEGIAS

- Consolidar y fortalecer la colaboración del Sector Salud y Educativo, para prevenir el consumo de productos de tabaco en la población escolar.
- Vigilar el cumplimiento del marco normativo para limitar la oferta y disminuir la demanda de productos de tabaco.
- Fomentar en la población las actitudes, valores y los hábitos para el autocuidado de la salud que prevengan el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.
- Fomentar la coordinación entre las instituciones públicas, sociales y privadas para realizar las acciones preventivas en materia de farmacodependencia.
- Promoción de la participación de organizaciones sociales, privadas y gubernamentales en el financiamiento y apoyo de los programas contra las adicciones por medio de la creación de fideicomisos para la realización de proyectos prioritarios de investigación y demostración.

Línea de acción 3.7. Atender los problemas de salud mental

PROBLEMA

Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en nuestro país. Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentarán depresión; medio millón sufrirán esquizofrenia; medio millón padecerá epilepsia, y la demencia la padecerán diez por ciento de los mayores de 65 años. En unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

OBJETIVO

Elevar el promedio de años de vida saludable de los mexiquenses, previniendo, promoviendo y atendiendo la salud mental en los diferentes niveles a la vez que se difunde la normatividad establecida.

INDICADOR

Contar con 745 equipos profesionales, psiquiatras, psicólogos TS y enfermera (OMS) proporción establecida de acuerdo con la población de la entidad.



“BASE 0”

No existe un Programa Estatal de Salud Mental en la entidad. Algunas instituciones realizan acciones propias enfocadas a su personal. Existe el Comité de Salud Mental, coordinado por el DIFEM lo conforman 14 instituciones del sector salud, privado y organizaciones de la sociedad civil.

No todas las instituciones cuentan con áreas o personal para la salud mental. Actualmente sólo existe 1 psiquiatra por cada 20,000 habitantes (OMS).

En el año 2005 se realizaron: 3 eventos relevantes: Día Mundial del Alzheimer, Día Mundial de la Salud Mental y Semana Estatal de Salud Mental, con un total de 129,480 beneficiarios. Se llevaron a cabo 5 reuniones con responsables jurisdiccionales y operativos del Programa de Salud Mental. Se realizaron 2 cursos: “prevención de suicidios” y “trastorno por déficit de atención”, dirigido a los responsables jurisdiccionales y operativos del Programa de Salud Mental.

BRECHA

El Comité no ha sesionado en fechas recientes. No existe un Instituto que se encargue del tema y faltan los equipos médicos (725) que se requieren según el indicador.

META

Al año 2011

Operar el Programa Estatal de Salud Mental.

Contar con el Instituto de Salud Mental con presupuesto y personal propio que coordine las acciones en salud mental, realice investigación y enseñanza.

Contar con los psiquiatras, TS, psicólogos y enfermeras correspondientes.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
Tener el Programa Estatal	Crear el Instituto de Salud Mental del Estado de Méx.	Operar el programa	Operar el programa	Operar el programa
145 equipos de profesionales.	145 equipos de profesionales.	145 equipos de profesionales.	145 equipos de profesionales.	145 equipos de profesionales.

ESTRATEGIAS

- Reactivar el Comité Estatal de Salud Mental.
- Elaborar el Programa Estatal de Salud Mental con la participación de todas las instituciones que trabajan salud mental.
- Creación del Instituto.

- Continuar en todos los niveles de salud las acciones para crear una cultura en salud mental.
- Capacitar personal y difundir la normatividad.
- Promover y efectuar los eventos nacionales y estatales como el Día Mundial de la Salud Mental, el Día del Alzheimer, la Semana Estatal de Salud Mental, etc.

Línea de acción 3.8. Atender las neoplasias malignas

CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PROBLEMA

En México durante el 2003, la tasa de mortalidad por cáncer de mama se incremento en un 15.48% (por cada 100,000 mujeres de 25 años y más), del cual el impacto en el Estado de México fue de 14.43%, ocupando el lugar número 18 dentro de la mortalidad Nacional por este tipo de neoplasias.

Por otra parte, si bien es relativamente baja la incidencia de cáncer en la infancia y adolescencia, su impacto en el paciente, la familia y la sociedad en general es muy alto. Anualmente en el Estado de México se diagnostican en promedio 150 casos de cáncer en niños y adolescentes, la mayoría leucemia linfoblástica aguda y en menor frecuencia linfomas, retinoblastoma, rabdomiosarcoma, osteosarcoma, tumor de Wilms, entre otros, siendo afectados niños y adolescentes de todas las clases sociales.

Actualmente los pacientes con cáncer en infancia y adolescencia, son atendidos en el Hospital para el Niño del IMIEM, a partir del 2005 esta institución recibe financiamiento proporcionado por el Seguro Popular.

OBJETIVO

Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en las mujeres mexiquenses.

Diagnosticar de manera oportuna los casos de cáncer en la infancia y adolescencia, proporcionando el tratamiento específico en estos casos, para la población sin seguridad social.

“BASE 0”

Tasa de mortalidad por cáncer de mama (2003) 14.40

No se tienen los datos precisos en la entidad, en mortalidad de pacientes con cáncer, niños y adolescentes.

BRECHA

Cáncer de mama. 0.7



Disminución de la mortalidad de aquellos pacientes con cáncer en la infancia y adolescencia que no cuentan con los recursos para iniciar o completar sus tratamientos.

META

Al año 2011

Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mama de 14.40 a 13.70.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
14.40	14.30	14.20	14.00	13.90

META

Al año 2011

Contar con los datos sobre el cáncer en niños y adolescentes en la entidad. En paralelo, captar a los pacientes y otorgar el tratamiento correspondiente.

Avance al

	2006	2007	2008	2009	2010
Contar con los datos sobre el cáncer en niños y adolescentes en la entidad.	Establecer el diagnóstico.	Mantener actualizados los datos.	Mantener actualizados los datos.	Mantener actualizados los datos.	Mantener actualizados los datos.
Tratamientos anuales en casos de cáncer en infancia y adolescencia.	50	100	150	150	150

ESTRATEGIAS

- Mantener actualizada y vigilar el cumplimiento de la normatividad oficial para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer mamario.
- Capacitación al personal de salud.
- Informar a la población femenina sobre los factores de riesgo del cáncer de mama.
- Incrementar la promoción y difusión de las actividades de prevención oportuna del cáncer de mama.
- Fomentar la autoexploración mamaria a partir de los 15 años de edad.
- Incrementar el número de exploraciones clínicas mamarias en las mujeres de 25 años y más, así como la mastografía en mujeres mayores de 40 años.
- Garantizar el tratamiento de los casos de cáncer de mama detectados a través de la referencia oportuna a centros especializados.
- Mantener la operatividad del Sistema de Información del Cáncer en la Mujer (SICAM), en todo nivel de atención.

- Garantizar la suficiencia presupuestal para otorgar el tratamiento de los casos de cáncer en infancia y adolescencia en población sin seguridad social.
- Dotar a hospitales del ISEM de la infraestructura para la atención de pacientes con cáncer en la infancia y adolescencia, con el personal específico para su atención (oncólogo o hematólogo pediatra).
- Establecer un adecuado mecanismo de referencia y contrarreferencia de casos de cáncer en la infancia y adolescencia.

Línea de acción 3.9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA

PROBLEMA

El VIH-SIDA es un problema complejo que no sólo tiene que ver con la salud y la educación, por lo que para detener su crecimiento es necesario incorporar a las campañas de control al mayor número de actores. En el estado de México la epidemia todavía está concentrada en algunos grupos de más alto riesgo y vulnerabilidad, lo que facilita su control si contamos con estrategias enfocadas hacia los grupos de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, los usuarios de drogas inyectables (UDI) y las poblaciones móviles.

OBJETIVO

Promoción de la salud sexual, el autocuidado, la prevención para evitar el contagio; así como la atención médica y psicológica de las personas que cuentan con VIH-SIDA, familiares y amigos.

“BASE 0”

Se atiende al 100% a las personas detectadas con VIH-SIDA; sin lograr aún atención integral, se ha garantizado el 100% de tamizaje con trasplante de órganos, hemoderivados y sangre; y se construyen en la actualidad 5 CAPASITS.

BRECHA

Prevalencia de ITS y VIH-SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.	60%
Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad.	15%
Atención integral y Tx RRV para personas con VIH-SIDA y otras ITS.	100%
Órganos, tejidos y células hematopoyéticas libres.	100%
CAPASITS para detección y atención ambulatoria de personas con ITS y VIH-SIDA.	95%

META

Al año 2011

Reducir el 10% de prevalencia de ITS y VIH-SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad.



Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
10	10	10	10	10

META

Al año 2011

Reducir 15% de mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
25	30	40	50	50

META

Al año 2011

Garantizar que el 100% de las personas con VIH-SIDA y otras ITS tengan acceso de atención integrales y Tx RRV.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
100	100	100	100	100

META

Al año 2011

Garantizar que 100% de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
100	100	100	100	100

META

Al año 2011

Creación de las 5 CAPASITS para atención sobre detección y atención ambulatoria de personas con VIH-SIDA y ITS.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
5 CAPASITS	5 CAPASITS	3 CAPASITS	2	5

ESTRATEGIAS

- Orientar las estrategias educativas a las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Promover el uso del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, pruebas de detección y tratamiento.
- Ampliar el acceso a servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados para las ITS y VIH-SIDA.
- Realizar una estrategia de prevención de segunda línea, para disminuir la incidencia de reinfección por VIH, y resistencias a medicamentos ARV.
- Desarrollar campañas contra la discriminación de las personas afectadas por el VIH-SIDA y aquellas que pertenecen a los grupos sociales con mayor riesgo de adquirir la infección.
- Realizar estudios de investigación medico-científico, socio epidemiológico y demográfico.
- Incidir en las instituciones de educación para que constituyan y apliquen planes educativos sobre educación sexual y prevención en ITS y VIH-SIDA que sean formativos y no sólo informativos desde ámbitos de preescolar hasta profesional.

Línea de acción 3.10. Disponibilidad de sangre humana segura.

PROBLEMA

La medicina transfusional, en la entidad, se encuentra en fase incipiente de desarrollo, aunado esto a la falta de cultura de donación voluntaria de sangre por parte de la población.

El CETS, desde su creación en el estado, no cuenta con una estructura definida de acuerdo a sus funciones, lo que dificulta alcanzar los objetivos al 100%, no cuenta con un presupuesto propio y acordes a las necesidades, para el desempeño del programa, aunque en el estado se dispone sangre bajo estricto control de calidad, los bancos de sangre, puestos de sangrado y servicios de transfusión carecen de infraestructura, recursos humanos y materiales, insumos y equipo adecuados y suficientes para tal fin.

OBJETIVO

Garantizar un abasto suficiente y seguro de sangre y sus derivados conforme a lo establecido en la legislación sanitaria.



INDICADOR

Población del Estado de México 15 millones de habitantes X 2% (referencial realista según OMS/OPS)= 300,000 unidades por año

“BASE 0”

Actualmente en el Estado se dispone 65,000 unidades de sangre total bajo estricto control de calidad por año.

BRECHA

235,000 unidades de sangre total al año.

META

Al año 2011

El Estado debe constituirse como uno de los principales líderes de la Medicina Transfusional en el País, disponiendo de sangre humana segura en un 100% del indicador.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
47,000	47,000	47,000	47,000	47,000
unidades	unidades	unidades	unidades	unidades

ESTRATEGIAS

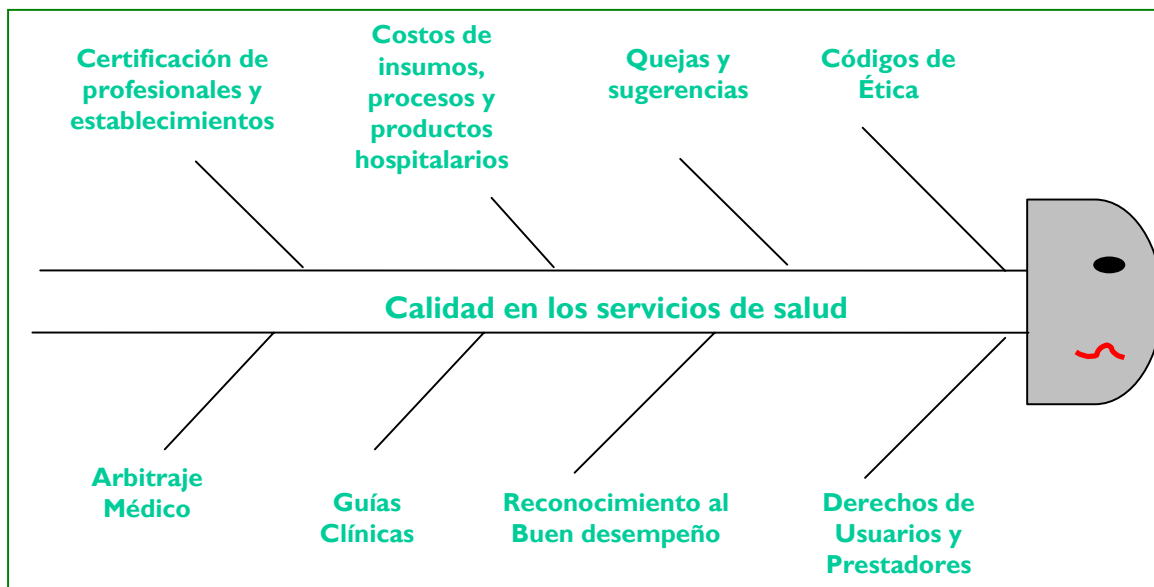
- Reestructurar orgánica y funcional del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, que le permitan contar con los recursos humanos, recursos materiales, infraestructura y presupuesto propio del programa, necesarios para las funciones.
- Contar con los lineamientos y estatutos en la materia, aprobados por las autoridades correspondientes, que incluyan procedimientos de donación de sangre y aspectos conexos.
- Habilitar y rehabilitar los servicios de Medicina Transfusional (Bancos de Sangre, Puestos de Sangrado y Servicios de Transfusión) en el ISEM.
- Regionalizar los servicios de Medicina Transfusional en el Estado.
- Obtener recursos financieros propios, a través del cobro por concepto del estudio del componente sanguíneo.
- Operar el Programa Estatal de Promoción de la Donación de Sangre Voluntaria no Remunerada y de Repetición que garantice la disponibilidad de donantes de sangre humana segura, vigilando la seguridad sanguínea, pre y post- transfusión.

- Estudio y análisis del 100% de las unidades de sangre captadas y prevención de las posibles complicaciones debidas a la transfusión de sangre.
- Operar el Comité Interinstitucional de Medicina Transfusional y los Comités Intra hospitalarios de Medicina Transfusional (Hemovigilancia).
- Fortalecimiento de la capacitación en el ámbito de la Medicina Transfusional en toda la entidad.
- Creación de una base de datos fidedigna y permanentemente actualizada que incluya donadores en general y de fenotipo poco común.
- Manejo terapéutico de la sangre y/o sus componentes (medicina transfusional), aplicando tecnología de punta e informando oportunamente de las innovaciones y cambios en la materia.
- Aplicar el control, aseguramiento y gerencia de calidad, certificando los procedimientos y productos.
- Promover la enseñanza, capacitación continua e investigación en medicina transfusional, en el ámbito del sector salud estatal, realizando cuando menos un curso anual y diplomados.
- Operar el programa voluntario no remunerado, sustituyendo paulatinamente la donación de sangre de tipo familiar por voluntaria.

3.4 Calidad de los servicios de salud

Estamos comprometidos para que los servicios mejoren la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes, pero también contemplamos otra dimensión, la calidez de la atención, que supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.

Uno de los principales retos del sistema de salud del estado de México y una de las principales preocupaciones de los usuarios de los servicios, es la calidad de la atención.





Las líneas de acción que se desarrollan en esta estrategia son:

1. Códigos de ética para los profesionales de la salud.
2. Derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.
3. Seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.
4. Reconocimiento del buen desempeño.
5. Costos de insumos, procesos y productos hospitalarios.
6. Guías clínicas terapéuticas.
7. Certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
8. Arbitraje médico.

Líneas de acción

Línea de acción 4.1. Códigos de ética para los profesionales de la salud

PROBLEMA

En ocasiones el trabajador de la salud no conoce o no ha hecho suyos los fines, características y límites de su actividad profesional, a la vez que los derechos y expectativas de los usuarios de los servicios.

OBJETIVO

Garantizar un desempeño ético de los profesionales de la salud, que redunde en un trato digno a los pacientes y a sus compañeros, ofreciendo una herramienta para la autovigilancia del desempeño.

“BASE 0”

Se cuenta con el Código de Ética, elaborado por los mandos medios y superiores del Sistema de Salud, en la construcción de este Programa Estatal.

BRECHA

Se requieren los Códigos de Ética en las áreas médicas, de regulación sanitaria, directivas y de operación y apoyo del Sistema.

META

Al año 2011

Código de Ética del Sistema de Salud y de cada una de sus instituciones, que son observados, por el personal, de manera general y permanente.

Énfasis anuales

2006	2007	2008	2009	2010
<p>Socializar el Código de Ética del Sistema Estatal de Salud, con los responsables en todos los ámbitos; difundiendo también en las instituciones prestadoras de servicios, los colegios profesionales y los centros académicos y de capacitación.</p> <p>Adecuar y actualizar los códigos de ética de cada instancia, señalando al personal prestador de los servicios de salud la obligatoriedad de la observancia de los principios éticos y bioéticos definidos en los mismos.</p>	<p>Elaborar, con ponentes e investigadores, un diagnóstico situacional de necesidades y problemas éticos prioritarios de la Institución para fundamentar la educación y el ejercicio ético.</p> <p>Formar y capacitar a especialistas (docentes) en ética y bioética.</p>	<p>Alinear el desempeño diario del personal a través de los Valores, la Misión y la Visión Institucionales.</p> <p>Capacitar sistemática y permanentemente al personal, para que su actuar se apegue a su código de ética.</p> <p>Evaluar conocimientos y aplicación ética en las diferentes tareas profesionales.</p>	<p>Realizar reuniones periódicas de la Comisión y Comités de Ética y Bioética para informar de los avances.</p> <p>Desarrollar cursos, seminarios, congresos, estudios y publicaciones, a través de: mesas de trabajo y encuentros con expertos.</p>	

ESTRATEGIAS

- INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN**, que permita aplicaciones prácticas de los principios éticos en el ejercicio de todas las doctrinas médicas; forme y capacite a especialistas (docentes) en ética y bioética y capacite sistemática y permanentemente al personal para que su actuar se apegue a su código de ética.

Elaborar un diagnóstico situacional de necesidades y problemas éticos prioritarios de la Institución para fundamentar la educación y el ejercicio ético.

Elaborar o complementar los códigos de ética correspondientes a todas las áreas de la salud y realizar reuniones periódicas de la Comisión y Comités de Ética y Bioética para informar de los avances. Aplicando cuestionarios específicos sobre conocimientos y grado de aplicación de los códigos de ética.

Realizar mesas de trabajo, encuentros con expertos, cursos, seminarios, congresos, estudios y publicaciones.

- ASESORAMIENTO Y CONSULTORIA**, que brinde a la población bases y referencias éticas para afrontar adecuadamente los conflictos; en esta función intervienen: Academia Nacional de Bioética, Comisión Nacional de Bioética, Comisión Estatal de Bioéticas, Comités del ISEM, Hospitalarios y de Jurisdicciones de Ética y Bioética, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
- SINERGIAS CON ENTIDADES COLABORADORAS**, Públicas y Sociales, a través de enlaces intra e interinstitucionales, potencializando y vertebrando esfuerzos e iniciativas. Gestionando apoyos financieros para impulsar los programas de educación ética. Entre



- otras intervienen: Comisión Estatal de Bioética, Comités de Ética y Bioética Hospitalarios y Jurisdiccionales del ISEM, Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México.
- **PUBLICACIONES PERIÓDICAS Y PÁGINA WEB**, que acopia y selecciona el material a ser publicado, para dar a conocer los objetivos, estrategias, planes de acción, noticias, convocatorias, información de actualidad y actuaciones reguladas por los códigos de ética correspondientes. Intervienen: Comisión Estatal de Bioética, Comités de Ética y Bioética del ISEM, Hospitales y Jurisdicciones del ISEM, área editorial de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del ISEM, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México y Unidad de Informática del ISEM.
 - **OBLIGATORIEDAD DE LOS CÓDIGOS DE ÉTICA Y BIOÉTICA**, que reitera a través del comité asignado ex profeso para el tema, al personal prestador de los servicios de salud la obligatoriedad de la observancia de los principios éticos y bioéticos que se definen en los códigos respectivos. Intervienen: Comisión Estatal de Bioética, Comités de Ética y Bioética del ISEM, Hospitales y Jurisdicciones del ISEM, área editorial de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del ISEM, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México y Unidad de Informática del ISEM.
 - **ELABORACIÓN, ADECUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE ÉTICA**: Intervienen: Comisión Estatal de Bioética, Comités de Ética y Bioética del ISEM, Hospitales y Jurisdicciones del ISEM, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.

Línea de acción 4.2. Derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos

PROBLEMA

La atención de la salud supone el ejercicio de ciertos derechos por parte de los pacientes, sin embargo no siempre se pueden ejercer algunos, como el derecho a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados a él o su tratamiento; el derecho a la información sobre las características generales de las unidades en las que recibe atención y de los profesionales que laboran en ellas, y el derecho al manejo confidencial de la información que se genera en la relación médico-paciente.

OBJETIVO

Difundir los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de los mismos, acompañándoseles de mecanismos que permitan hacerlos efectivos en caso de no poderse ejercer.

“BASE 0”

Sólo las unidades incorporadas al seguro popular cuentan con carteles de los derechos de los usuarios y prestadores de servicios, los cuales se difunden entre el público y el personal de la unidad.

BRECHA

Unidades que no cuentan con carteles o medios de difusión sobre los derechos de los usuarios y prestadores de los servicios de salud.

META

Al año 2011

El 100% de las unidades del Sistema de Salud de la Entidad, cuentan con algún medio de difusión de los derechos de los usuarios y prestadores de servicios, así como con una difusión activa de éstos.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
20%	30%	40%	60%	80%

ESTRATEGIAS

- Difundir la “carta” de los derechos de los usuarios y prestadores de los servicios de salud.
- Promover la cultura del “consentimiento informado” en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Línea de acción 4.3. Quejas y sugerencias

PROBLEMA

Los usuarios no tienen confianza plena en las instituciones de salud, cuando no existe un mecanismo que les permita presentar sus quejas y sugerencias y sobre todo que le garanticen que serán atendidas.

Por otra parte se desaprovecha que estos instrumentos proporcionan al sistema de salud información básica sobre las condiciones de la infraestructura, la disponibilidad de recursos materiales y la actitud y calidad técnica de los prestadores de los servicios.

OBJETIVO

Generar una relación de confianza con los usuarios a través de la atención oportuna y adecuada de sus quejas y sugerencias.

INDICADOR

El 100% de las instituciones de salud cuentan con un sistema de quejas y sugerencias que opera satisfactoriamente.



“BASE 0”

El 50% de las unidades incorporadas al Seguro Popular cuentan con el sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias. El Sistema Calidatel se está difundiendo en el ámbito estatal a través de las autoridades de la unidad y por el “aval ciudadano”.

BRECHA

Complementar y perfeccionar el sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias en el 80% de las instituciones.

META

Al año 2011

Toda institución de salud en la entidad, públicas y particulares, tienen su sistema de quejas y sugerencias operando.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
20%	30%	50%	70%	100%

ESTRATEGIAS

- Todas las unidades incorporadas al Seguro Popular cuentan con un sistema de quejas y sugerencias; carteles de Calidatel y buzón para quejas, sugerencias y felicitaciones.
- Que todos los usuarios de los servicios de salud estatal (ISEM) conocen el sistema de quejas y los utilicen.
- Fortalecimiento de los sistemas de quejas mediante: la ampliación de los canales para la recepción de quejas –incluyendo sobretodo los medios electrónicos – y el rediseño de los existentes (buzones, módulos de atención personalizada).
- Seguimiento estrecho de la oportunidad y pertinencia de las respuestas a las quejas y sugerencias.

Línea de acción 4.4. Reconocimiento del buen desempeño

PROBLEMA

Para el personal operativo, los programas de evaluación y reconocimiento del desempeño no se aplican correctamente ni producen los efectos deseados. Para el personal de mando no existe un mecanismo formal de evaluación del desempeño.

OBJETIVO

Generar una cultura de alto desempeño entre el personal operativo, aplicando correctamente la normatividad existente y complementando los mecanismos de evaluación y reconocimiento; así como contar con un sistema de evaluación del desempeño aplicable al personal de mando.

INDICADOR

Sistema de evaluación del desempeño que reconozca la actuación sobresaliente y corrija el desempeño deficiente, en todo el personal.

“BASE 0”

Existen dos programas de evaluación del desempeño dirigidos al personal operativo (sistema de evaluación del desempeño del personal operativo y el estímulo de calidad y eficiencia de médicos, odontólogos y enfermeras) que no se aplican. No se evalúa formalmente el desempeño del personal de mando.

BRECHA

- I Sistema para personal operativo.
- I Sistema para personal de mando.

META

Al año 2011

Contar con los sistemas de estímulos para personal operativo y directivo funcionando.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
<p>Crear un órgano evaluador y promotor del desempeño.</p> <p>Mejorar la aplicación de los sistemas existentes.</p> <p>Diseñar un sistema básico para la evaluación del desempeño del personal de mando.</p>	<p>Operar un sistema promotor del alto desempeño.</p> <p>Perfeccionar y complementar el sistema de evaluación del desempeño del personal operativo.</p> <p>Diseñar el sistema definitivo de evaluación del desempeño de los mandos.</p>	<p>Evaluar, fortalecer y reorientar el sistema hacia la consolidación de una cultura de alto desempeño.</p> <p>Consolidar los sistemas de evaluación del desempeño de los operativos y los mandos.</p>	<p>Consolidar una cultura de alto desempeño tanto en operativos como mandos en el Instituto.</p>	<p>Evaluar, fortalecer y reorientar el sustento de la cultura de alto desempeño hacia la meta final sexenal.</p> <p>Asegurar la trascendencia de la cultura de alto desempeño.</p>



ESTRATEGIAS

- Construcción de perfiles de puesto, orientados al alto desempeño.
- Construcción de indicadores de alto desempeño y su aplicación ponderada.
- Realizar un análisis de los sistemas de evaluación existentes y reorientarlos al cumplimiento normativo y al alto desempeño.
- Establecer un sistema de evaluación del desempeño para el personal de mando, que motive el alto desempeño y el rendimiento de cuentas.
- Implantar un programa motivador de alto desempeño y correlacionarlo con la capacitación y la certificación de competencias.
- Establecer estímulos atractivos para alcanzar niveles de alto desempeño.
- Establecer motivadores negativos para el incumplimiento reiterado de las metas comprometidas.
- Monitorear y consolidar los indicadores de implantación de la cultura de alto desempeño.

Línea de acción 4.5. Costo de insumos, procesos y productos hospitalarios

PROBLEMA

Toda intervención para resolver una demanda de atención médica conlleva el empleo de recursos que representan un costo, por lo que se deben analizar los procedimientos. Los procedimientos utilizados para adquirir, distribuir y suministrar los insumos en el Sistema de Salud del Estado de México, han sido deficientes y poco operativos.

OBJETIVO

Racionalizar los insumos, procesos y productos en torno de Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

“BASE 0”

Se cuenta con elementos aislados que son útiles como base del sistema.

BRECHA

I Sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.

META

Al año 2011

Sistema de normalización de productos hospitalarios y tarjetas de indicadores, funcionando.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
<p>Generar “Guías de Práctica Clínica”</p> <p>Modernizar los sistemas de información y registro en las unidades de salud.</p>	<p>Desarrollar sistemas de costos unitarios para la contabilidad hospitalaria, los centros de salud y las unidades de medicina familiar.</p> <p>Capacitar codificadores, médicos, enfermeras y personal técnico y administrativo en la clasificación del producto hospitalario</p>	<p>Capacitar codificadores, médicos, enfermeras y personal técnico y administrativo en la clasificación del producto hospitalario.</p> <p>Muestreo y ajustes al sistema.</p>	<p>Desarrollo de mecanismos para la clasificación de pacientes ambulatorios</p> <p>Muestreo y ajustes al sistema.</p>	<p>Liberar el Sistema para su uso en todo el ISEM.</p>

ESTRATEGIA

- Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) son los instrumentos más comunes para clasificar pacientes y gestionar productos hospitalarios. Los GRD también facilitan la estandarización de la información, lo que a su vez simplifica la compra de insumos, la evaluación del desempeño, la supervisión de los prestadores y el seguimiento regulatorio.

Línea de acción 4.6. Guías clínicas terapéuticas estandarizadas

PROBLEMA

La variabilidad en las prácticas clínicas en México es amplia, lo que en términos generales no es deseable. También hay problemas de sobre-utilización, sub-utilización o mala utilización de los recursos.

Contando con dichas guías, es posible disminuir la variabilidad no justificada en la selección de tratamientos; disponer de información sencilla, adecuada al problema, válida, precisa, aplicable al paciente, fácil de comprender y accesible en el punto de atención al paciente; Ofrecer al personal de salud directrices basadas en los mejores resultados de la investigación médica; establecer criterios idóneos de aplicación y uso de procedimientos e intervenciones en la práctica clínica.

Podremos mejorar la calidad y eficiencia de los recursos y controlar los costos sin amenazar la calidad asistencial así como mejorar los recursos existentes en unidades médicas de atención, principalmente: medicamentos, laboratorios, radiografías y urgencias.

Con base en esas guías, será posible establecer mecanismos de dotación real y virtual de medicamentos a cada establecimiento de salud, al efecto de que puedan ser intercambiados entre las diferentes instalaciones; eliminando el prepago y el costo por almacenaje y manejo, a través de nuevas formas de contratación con proveedores.



OBJETIVO

Promover un uso racional de los recursos clínicos, a través de la adopción de guías clínicas terapéuticas estandarizadas, adoptadas por consenso y basadas en las evidencias científicas; y que promuevan el uso racional de los recursos clínicos con base en el cuadro básico de medicamentos, nivel de atención y complejidad.

INDICADOR

Guías clínicas terapéuticas, nivel de estandarización y uso.

“BASE 0”

La Secretaría de Salud emite desde el año 2000 boletines de práctica médica efectiva de los diferentes programas prioritarios en salud, que son poco utilizados por el personal de salud. Con el advenimiento del seguro popular en el 2004 se publicaron 105 guías clínicas del catálogo esencial de salud. Han sido poco difundidas entre el personal de salud y se desconoce su impacto. Se cuenta con las Normas Mexicanas (NOM) como guías de atención, pero como carecen de obligatoriedad, su uso en la práctica clínica deja mucho que desear.

BRECHA

No existe una aplicación de Guías Clínicas Terapéuticas Estandarizadas.

META

Al año 2011

Alcanzar una aplicación superior al 80%, en Unidades Médicas, de las guías clínicas terapéuticas estandarizadas para el estado de México, promoviendo así el uso racional de los recursos clínicos.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
20%	40%	80%	80%	80%

ESTRATEGIAS

- Diseñar e implantar las guías de práctica clínica, homogéneas y con evidencia científica, en el Sistema de Salud de la entidad.
- Servir como fuentes de información para actividades de formación continua, así como para evaluar la calidad de la atención médica y el desempeño de los prestadores de servicios.

Línea de acción 4.7. Certificación de profesionales y establecimientos de salud

PROBLEMA

La falta de actualización en los conocimientos inherentes a tecnologías médicas, equipos, fármacos e infraestructura de establecimientos, así como evolución de las patologías y su comportamiento epidemiológico propio de una región, ciudad o país, limitan el campo de acción de los profesionales de la salud generando retraso en los diagnósticos y por ende, inadecuada atención que pone en riesgo la salud o la vida de los pacientes o usuarios de los servicios.

Los procesos de certificación de los médicos especialistas funcionan razonablemente bien, no así los procesos de certificación de los médicos generales y de otros profesionales de la salud.

La certificación de las unidades de atención todavía no se ha extendido lo suficiente, como lo demuestra el hecho de que menos del 10% de los hospitales públicos y privados han sido certificados.

A pesar de que desde hace 5 años se ha promovido y facilitado la certificación de médicos generales, especialistas y enfermeras, así como de establecimientos de salud, el avance ha sido mínimo.

OBJETIVO

Contar con profesionales capacitados y unidades de atención que cumplan con estándares de acuerdo con los procedimientos de certificación de los profesionales de la salud y de las unidades de atención, para lo cual se impulsará la certificación de médicos generales, especialistas, enfermeras, personal de salud, así como establecimientos de atención médica.

INDICADOR

$\frac{\text{Personal de salud certificado}}{\text{Total de personal de salud}} \times 100$

$\frac{\text{Establecimientos de salud certificados}}{\text{Establecimientos de salud totales}} \times 100$

“BASE 0”

De 14,400 enfermeras en el Estado sólo se han certificado 1,200 (8%)

El último registro (hace 5 años aproximadamente) señala que sólo se habían certificado 4,000 médicos generales.

2.8% de las instituciones hospitalarias que se encuentran certificadas.



Se cuenta con el padrón unidades hospitalarias (731), consultorios (8,509) y auxiliares de diagnóstico (832), mismos que representan la existencia al menos de un profesional al frente de los servicios.

BRECHA

El personal y las instituciones no certificados.

META

Al año 2011

Certificar el 50% de los establecimientos de salud.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
10%	10%	10%	10%	10%

Al año 2011

Certificar el 40% de los profesionales de la salud.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
8%	8%	8%	8%	8%

ESTRATEGIAS

- Coadyuvar en la certificación de 10,072 médicos y al menos 300 establecimientos.
- Difundir los criterios de certificación hospitalaria y de todo los diferentes tipos de personal y estímulos a la certificación, sea de personal o unidades, coordinándose con las diversas instancias certificadoras.
- Informar a todos los propietarios de establecimientos que prestan servicios de atención médica, registrados en los padrones jurisdiccionales de Regulación Sanitaria, sobre el procedimiento y ventajas de la certificación.
- Realizar 1,797 visitas de verificación a giros para la prestación de servicios de atención médica, mediante las cuales se constate el cumplimiento de la normatividad sanitaria que promueva mejora en la calidad de sus servicios, como etapa precedente a la certificación de los establecimientos.
- Realizar 18 pláticas (evento formal) dirigidas a grupos de profesionales de la salud (asociaciones, colegios, etc.) con el objeto de sensibilizar sobre la importancia de la certificación que genera servicios de calidad.

- Solicitar al momento de contratación del personal que cubran con el perfil y la certificación de acuerdo al puesto a desempeñar.
- Para personal técnico en el área de la salud de nuevo ingreso deberá ser egresado de una institución que cuente con dictamen técnico académico del Comité Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos y con el registro de validez oficial de la institución educativa.

Línea de acción 4.8 Arbitraje médico

PROBLEMA

A pesar de la creación de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado y la difusión que han tenido sus actividades, un porcentaje importante de la sociedad todavía desconoce los servicios que presta.

OBJETIVO

Tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a la población, a través de la resolución de las controversias que surgen entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud en el ámbito estatal.

“BASE 0”

El Arbitraje es el medio alternativo a las vías jurisdiccionales para solucionar conflictos, en el cual las partes de manera libre y voluntaria deciden someter sus diferencias al conocimiento de un tercero a quien reconocen capacidad y especialización en la materia motivo de la controversia, otorgándole facultades para resolver el conflicto en definitiva, con el compromiso de cumplir su decisión en forma voluntaria, en virtud de la buena fe expresada en el Compromiso Arbitral.

El Arbitraje Médico constituye la opción más viable para resolver un conflicto cuando las partes no han podido llegar a un acuerdo a través de la conciliación, ya que al ser un proceso más flexible y bajo la modalidad de un juicio de expertos, se garantiza un pronunciamiento objetivo e imparcial, permitiendo las siguientes ventajas:

Acorta y agiliza el proceso, eliminando trámites y acciones innecesarios.

Permite la conciliación en cualquier momento.

Centra a las partes sobre legislación específica aplicable, con la participación de especialistas de la materia médica de que se trate, lo que conlleva a una mejor apreciación de lo acontecido en el evento médico.

Salvaguarda el prestigio profesional del médico, ante una queja infundada, tutelando la secrecía del padecimiento del paciente, ya que es totalmente confidencial –se respeta e incluso se promueve el secreto profesional-.



Mayor oralidad.

Cuenta con un protocolo especial para el conocimiento y resolución del caso, toda vez que el Comisionado convoca al Pleno de la Institución para integrar un documento multidisciplinario.

Existe imparcialidad e independencia del árbitro.

Los laudos del Arbitraje Médico en el Estado de México, han sido avalados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como se desprende de las resoluciones de Juicio de Amparo Indirecto número 1146/2002-II, 393/2003-II, 603/2003-II y 636/2003-IV, por estar apegados a derecho en el aspecto jurídico y contar con los elementos técnicos dentro de lo que es el fondo.

BRECHA

Un porcentaje importante de la sociedad, desconoce la existencia y bondades de este sistema.

META

Al año 2011

Mantener la eficiencia global en la resolución de los asuntos en 85 por ciento. Difundir las funciones y actividades de la CCAM en todos los ámbitos del Estado de México y obtener como institución la certificación ISO 9001/2001.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010
75%	75%	80%	80%	85%

ESTRATEGIAS

- Vincular la emisión de recomendaciones con el ejercicio profesional de la práctica de la medicina.
- Participar en los programas de pre y posgrado de medicina para prevenir la mala práctica de la profesión.
- Consolidar el modelo de atención que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, permita a los usuarios y prestadores dilucidar en forma gratuita, voluntaria y de buena fe los conflictos generados en la prestación de dichos servicios.
- Mayor difusión que permita que la población conozca la existencia, las funciones, actividades, objetivos y beneficios que genera la Comisión a sus usuarios.
- Creación de Delegaciones (una en el municipio de Tejupilco, para atender la zona sur y la otra en Texcoco para la parte poniente del Estado) acercando los servicios a la población y sometiendo el acto médico a la objetividad e imparcialidad de una Institución especializada en la atención de esta problemática, sin que se vean afectadas las partes (el profesionalismo del médico ante una falsa acusación o el padecimiento del paciente cuando haya sufrido las

consecuencias de una mala praxis) evitar también dejar impunes los casos de verdadera responsabilidad, además de la agilidad con que se le daría seguimiento a todos aquellos asuntos que impliquen una violación al derecho a la salud.

- Homologación y nivelación. El Arbitraje Médico requiere de la aplicación de criterios que se obtienen a través de la alta especialización en la materia, por lo que tanto los médicos como los abogados que participan en él, requieren de una ardua capacitación para la conformación, estructuración y sustanciación del Proceso Arbitral encaminado a la solución del conflicto médico en relación. Sin embargo, en la actualidad existe disparidad en los sueldos que percibe el personal encargado de la realización de las mismas actividades, lo que da como resultado que estos profesionistas desistan de brindar sus servicios a la Institución para irse a laborar a otros lugares. Aunado a lo anterior, resulta más económico homologar los sueldos y actualizar la nivelación del personal, que el hecho de estar capacitando a nuevos profesionistas que se especialicen en la materia, ya que para esto se tienen que desviar tanto recursos materiales como humanos para lograr las aptitudes que requiere la actividad en comento.

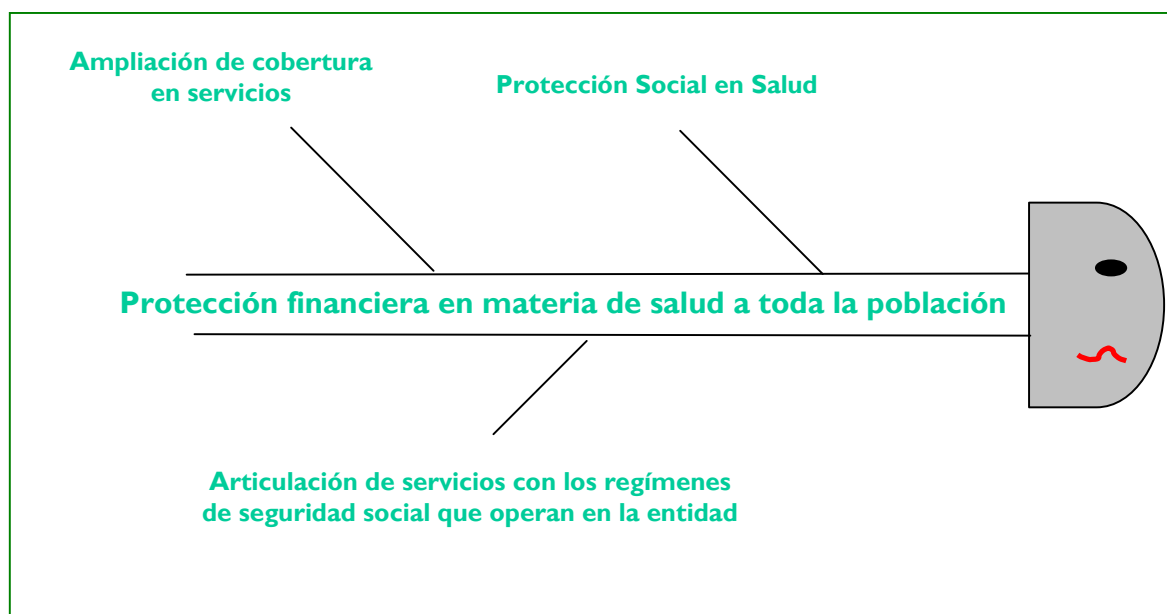
3.5 Protección financiera en materia de salud a toda la población

Más de la mitad del gasto total en salud en México se paga del bolsillo de la familia en el momento mismo de requerir la atención. Ello lo convierte en imprevisto y muchas veces en catastrófico para la vida de la familia.

Un sistema de salud financieramente más justo protegerá a la población contra pagos excesivos y potencialmente catastróficos. Para ello habrá que inducir a la población más desprotegida a invertir *anticipadamente* en servicios de salud, en un seguro de salud popular universal y equitativo que, garantice calidad en los servicios cubiertos.

Nuestra entidad, participará concurrentemente con la Secretaría de Salud federal, tanto en la consolidación del seguro popular como en los estudios que lleven a que este régimen, sumado a los ya existentes de protección de la salud vía el salario, IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, Fuerzas Armadas, que se operan en el Estado de México, avancen para garantizarle a todo mexicano en los próximos años protección financiera y acceso a servicios integrales y de calidad en salud.

En este sentido y concientes todos de que no puede haber mexiquenses de primera y de segunda clase; en pleno respeto a los ámbitos de competencia de las instituciones de seguridad social, las integraremos, respetuosamente y de forma gradual, en las acciones de este Programa, para aprovechar su valiosa experiencia.



Las líneas de acción que se desarrollarán en esta estrategia son:

1. Protección Social en Salud.
2. Ampliar la cobertura de servicios.
3. Articular servicios con los regímenes de seguridad social que operan en la entidad.

Líneas de acción

Línea de acción 5.1. Protección social en salud

PROBLEMA

Aún no existe, para todas las familias del Estado la protección financiera en materia de salud, sin importar la condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago.

OBJETIVO

El total de la población en la entidad cuenta con algún tipo de seguridad social en materia de salud sin importar su condición laboral o socioeconómica.

INDICADOR

$\frac{\text{Población protegida en la entidad.}}{\text{Población total de la entidad.}} \times 100 = 100\%$

“BASE 0”

A partir de la implementación del seguro popular en el 2002 y hasta finales del 2005 se han afiliado en la entidad, a un total 294,910 familias con 1.2 millones de habitantes, los cuales han disminuido la posibilidad de un “gasto catastrófico” por necesidades de salud. Estos se suman a los protegidos en su salud, por los demás regímenes de seguridad social.

BRECHA

6.6 millones de habitantes no cuentan con seguridad social en materia de salud.

META

Al año 2011

La totalidad de la población se encuentra protegida en cualquiera de los esquemas de seguridad social en salud existentes.

Avance al

Afiliación	2006	2007	2008	2009	2010
Familias	509,910	751,601	989,040	1'331,522	1'551,892
Personas	2'549,550	3'758,005	4'945,200	6'657,610	7.8 millones.

ESTRATEGIAS

- Promover el cumplimiento de las disposiciones de aseguramiento público a empleadores e instancias públicas a fin de garantizar la protección financiera de una institución de seguridad social a sus trabajadores.
- Difundir entre la población del sector informal (desempleados, autoempleados, jornaleros, etc.), el Sistema de Protección Social en Salud como una alternativa de protección financiera en la materia.
- Estudiar y proponer una vinculación directa de las aportaciones provenientes de impuestos generales que el Estado otorga para la salud, con las necesidades de cada ciudadano o familia mexicana, sin importar la institución o dependencia, pública, social o privada, que preste el servicio.
- Vincular los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios. La portabilidad de beneficios y derechos propiciará que los recursos sigan al paciente y sus necesidades, para con ello reducir las duplicidades y el doble pago de coberturas.
- Llegar a todas aquellas comunidades marginadas que aún carecen de atención.



Línea de acción 5.2. Ampliación de la cobertura de servicios, en la protección social en salud

PROBLEMA

Los programas para ampliar la cobertura de servicios de salud a poblaciones marginadas, se han centrado en la provisión de intervenciones básicas, ofrecen servicios preventivos y curativos para las llamadas enfermedades del rezago, pero todavía no incluyen servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir, por ejemplo, de atención hospitalaria.

OBJETIVO

Adicionar al Paquete Básico de Servicios de Salud intervenciones más complejas de acuerdo a la problemática actual, mejorando el sistema de referencia y contrarreferencia.

INDICADOR

$\frac{\text{Servicios de salud coberturados}}{\text{Servicios de salud requeridos}} \times 100 = 100\%$

“BASE 0”

El Paquete Básico de Servicios de Salud ofrece 13 intervenciones de tipo curativo y preventivo de carácter gratuito con la finalidad de crear una cultura de autocuidado y atención básica. El Seguro Popular también ofrece a sus afiliados el acceso al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, el cual incluye padecimientos que requieren atención en unidades hospitalarias de alta especialidad.

BRECHA

Todavía no se incluyen el total de servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir de atención hospitalaria.

META

Al año 2011

Reducir los gastos catastróficos en salud en 75%, al brindar servicios completos para familias de bajos ingresos.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
10	20	40	60	75%

ESTRATEGIAS

- Analizar la cobertura efectiva de los servicios médicos en las unidades de salud, para adicionar intervenciones de alto impacto epidemiológico al Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Acreditar las unidades prestadoras de servicios para crear un ambiente de certidumbre y lealtad del afiliado a este sistema y con esto lograr la cobertura universal.
- Rediseñar y sistematizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia para que las localidades dispersas y marginadas tengan un acceso efectivo a la atención hospitalaria.

Línea de acción 5.3. Articulación de servicios con los regímenes de seguridad social que operan en la entidad

PROBLEMA

Los regímenes de seguridad social para los trabajadores al servicio de la federación y en este caso del Estado de México y municipios, han reflejado la reducción de la tendencia de crecimiento de las plantillas de servidores públicos, a la vez que la calidad en muchos de sus servicios, ha repercutido en insatisfacción de la sociedad.

El patrimonio tecnológico, de experiencia y de recursos que tiene cada subsistema de salud en la entidad, funciona aislado, en ocasiones con tiempos ociosos, mientras dichos servicios son requeridos por población no asegurada o bajo otro régimen.

OBJETIVO

Que los servicios de seguridad social, en la protección a la salud de sus derechohabientes, funcionen articuladamente dentro de las líneas estratégicas de los Sistemas de Salud Nacional y Estatal.

“BASE 0”

En la actualidad cada subsistema de salud, trabaja en forma desarticulada.

BRECHA

La articulación necesaria.

META

Al año 2011

El Consejo de Salud del Estado de México articula, con pleno respeto a los diferentes ámbitos de responsabilidad, las acciones a favor de la salud en la entidad.



Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
Consolidar la función del Consejo Estatal de Salud.	Funcionamiento del Consejo Estatal de Salud.			

ESTRATEGIA

- Establecimiento de convenios de intercambio, de experiencias, servicios y recursos entre los distintos subsistemas, dentro del marco del Sistema Estatal de Salud del Estado de México.

3.6 Federalismo cooperativo en materia de salud

Para lograr condiciones de salud adecuadas en la población de la entidad, requerimos, entre otras medidas, llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades y compromisos entre los distintos ámbitos de gobierno con los que interacciona la Secretaría de Salud del Estado de México, a saber, ámbitos federal, regional y municipal.

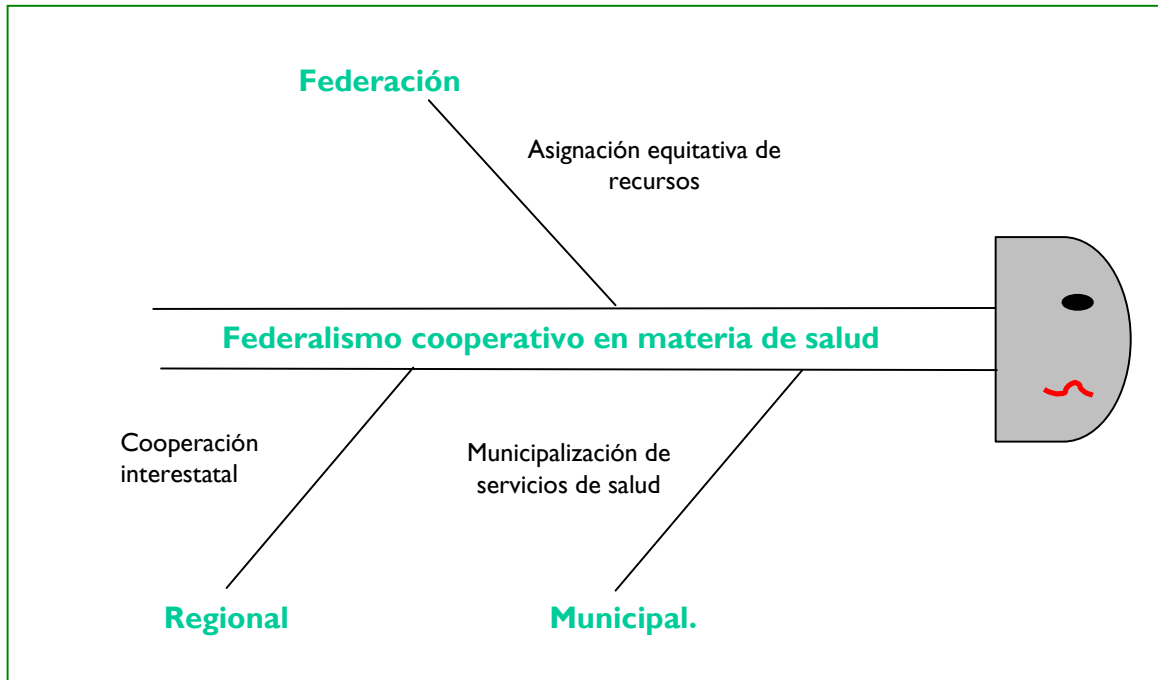
Sólo coordinándonos con la Federación en materia del financiamiento, se podrá garantizar una contribución proporcional a las necesidades de salud y capacidad de pago de los mexiquenses.

Entendemos y aceptamos que, con pleno respeto a la soberanía de la entidad, tenemos que articular acciones cuyo ámbito es regional, con otras entidades federativas, especialmente en servicios de alta especialidad y de salud pública, para así enfrentar riesgos que rebasan las fronteras estatales, aprovechando economías de escala que nos ofrecen los esquemas de colaboración horizontal.

Finalmente, iniciaremos modelos de prestación de servicios desde el plano municipal, en función de la capacidad económica y organizativa de los gobiernos municipales, que nos sirvan de ejemplo para una posterior municipalización de los servicios de salud.

Las líneas de acción que se desarrollarán en esta estrategia son:

1. Asignación equitativa de recursos.
2. Cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad.
3. Municipalización de los servicios de salud.



Líneas de acción

Línea de acción 6.1. Asignación equitativa de recursos para la salud

PROBLEMA

Las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud entre instituciones, grupos de población, niveles de atención y entidades federativas, ocasiona que la salud se convierta en un factor que profundiza las desigualdades, segrega al grupo más desprotegido y acelera el círculo de pobreza.

La revisión de los criterios y mecanismos para distribuir los recursos públicos, así como del análisis de alternativas de presupuestación que garanticen una mejor correspondencia entre recursos y necesidades de salud, es un tema aún pendiente, en donde es necesaria una reforma al sistema de gestión.

Las reglas claras dan, además, mayor certidumbre a quienes manejan los recursos y prestan los servicios en los niveles regional, estatal y municipal, y facilitan las actividades de planeación y evaluación del gasto.

OBJETIVO

Lograr que el tipo de empleo, zona geográfica de residencia o cualquier otra característica personal o grupal, no limite el acceso de la población a los servicios de salud, enfocando los esfuerzos del sistema a que ésta se convierta en un factor de disminución de desigualdades entre los grupos privilegiados y los desprotegidos.



“BASE 0”

Actualmente existen grupos poblacionales que por su condición laboral gozan de prestaciones médicas de privilegio, mismas que cuentan con la participación financiera del Estado, ocasionando un subsidio de la población en general hacia ese grupo minoritario, descuidando a la población que carece de seguridad social y que regularmente es la que requiere de mayor apoyo.

BRECHA

No se refleja un compromiso presupuestario con los grupos marginados y desprotegidos.

META

Al año 2011

El presupuesto para la salud de los habitantes de la entidad, refleja el compromiso del Estado con los sectores históricamente desprotegidos.

Avance al

2006	2007	2008	2009	2010

ESTRATEGIAS

- Aportar propuestas para la concreción de una política que considere una fase de transición gradual hacia la equidad presupuestal, incrementando la porción del presupuesto recibido de acuerdo a criterios de equidad.
- Definición de criterios explícitos para la asignación del presupuesto global de inversión que reflejen las necesidades de expansión de la infraestructura en correspondencia con la demanda de servicios. Estos criterios deberán ser consistentes con los criterios de equidad utilizados para la asignación de los recursos operativos.
- Estimar los costos de atención en las unidades hospitalarias a través de la utilización de información sobre el volumen y complejidad de la actividad hospitalaria.
- Esto requiere la implantación de sistemas de información del producto hospitalario, como los GRD. El instrumento idóneo para llevar a la práctica en el ámbito regional mecanismos de presupuestación o pago por servicios es la gestión por contrato, a la que se hace referencia en la estrategia “Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud”.

Línea de acción 6.2. Cooperación Interestatal en Servicios de Salud Pública y de Especialidad

PROBLEMA

El Estado de México, así como las entidades vecinas, cuenta con infraestructura de alto nivel que pueden compartir. Asimismo, la racionalidad en la aplicación de los recursos presupuestales no justifica la creación de unidades de equipos de alta tecnología cuando se anticipan necesarios pero con una baja demanda, como en los padecimientos de alta complejidad en los que se requiere de la atención concentrada de un número suficiente de casos a fin de desarrollar la experiencia y habilidades clínicas necesarias para su manejo.

OBJETIVO

Integrar servicios e intervenciones en un ámbito regional, en un esfuerzo conjunto, que permita identificar infraestructura de servicios posibles de compartir regionalmente, mediante el establecimiento de convenios de colaboración.

INDICADOR

Número de convenios establecidos, operando.

“BASE 0”

Existe un mecanismo de referencia entre ISEM e institutos de salud federales y/o estados del centro, pero no se cuenta aún con suficientes convenios de colaboración que permitan aprovechar mejor la infraestructura y redes en servicios de salud que se pueden establecer y operar regionalmente.

BRECHA

Convenios con todos los institutos nacionales de salud y las entidades federativas vecinas y aquellas otras que complementen las capacidades del Estado de México, o a las que se puedan apoyar.

Al año 2011

Convenios con el D.F. entidades federativas vecinas e institutos nacionales federales.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
Reuniones de acercamiento	Convenios con el D.F. entidades e institutos.	Evaluación y Seguimiento		



ESTRATEGIAS

- Identificar capacidad instalada en los diferentes estados.
- Establecer convenios.
- Operación de los convenios.
- Evaluación y seguimiento periódico.

Línea de acción 6.3 Municipalización de los servicios de salud

PROBLEMA

Todo aquello que puede asumir un órgano o ámbito de gobierno no debe ser asumido por los órganos o ámbitos superiores. Y en el caso de los municipios, ellos son los que tienen el mayor conocimiento de la realidad, lo que supone brindar los servicios a los ciudadanos bajo una perspectiva local. Por ello, resulta estratégico potenciar el papel y compromiso de los municipios no sólo en las acciones tradicionales de salud pública, el control de instalaciones o el saneamiento ambiental, sino en la prevención y protección efectiva de la salud en la comunidad.

OBJETIVO

Que los municipios participen activamente en la determinación de prioridades, la formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial, la participación en los órganos de decisión de ámbito estatal, la gestión directa de los servicios de atención de primer nivel, y las decisiones sobre construcción y ubicación de unidades médicas nuevas o la ampliación de las existentes, así como en el financiamiento de las actividades del sistema.

“BASE 0”

Hoy la mayoría de los municipios emprenden acciones de salud de forma descoordinada con el sector central, más como una cuestión asistencial que como parte de un sistema de salud.

BRECHA

Participación activa de los municipios en las decisiones que conciernen al primer nivel de atención en su territorio; y a su financiamiento.

META

Al año 2011

El 100% de los municipios de la entidad, participan, según su capacidad, en la toma de decisiones que conciernen al primer nivel de atención de la salud en su territorio; y al financiamiento de las mismas decisiones.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
10%	20%	40%	60%	80%

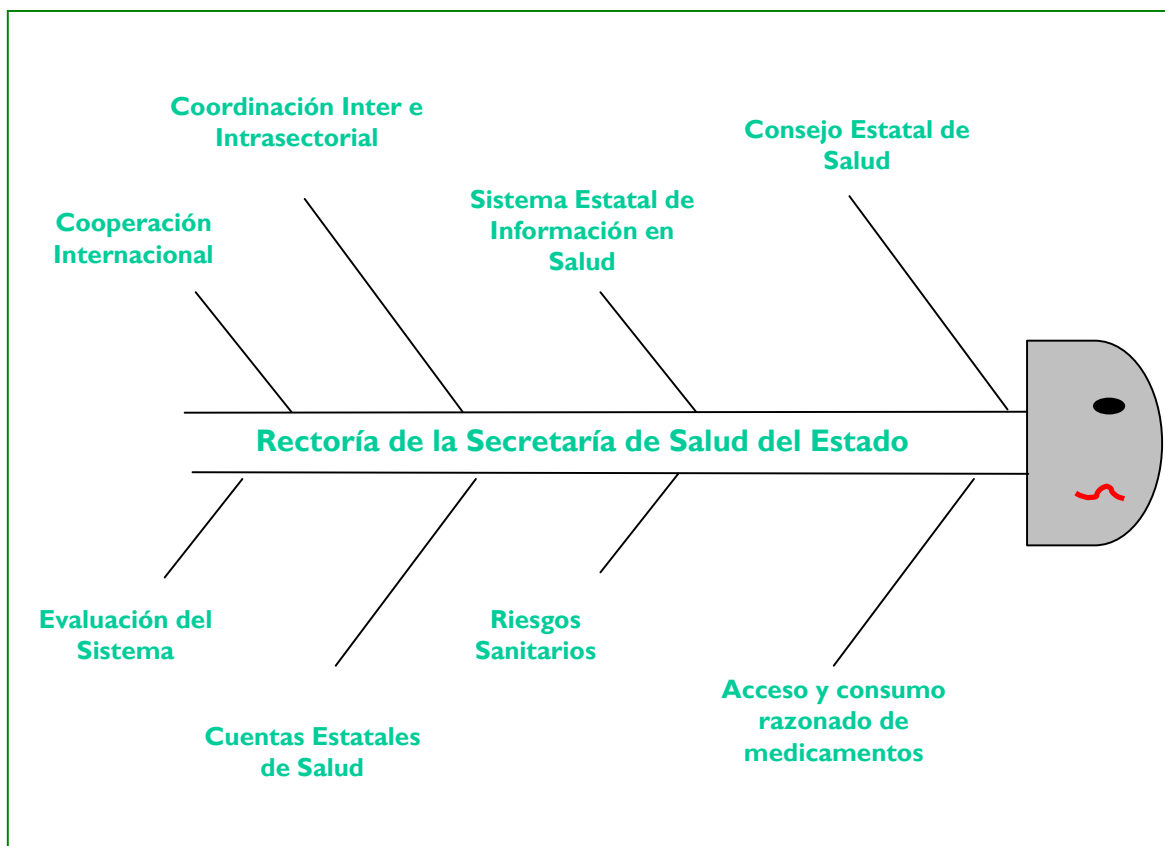
ESTRATEGIAS

- Elaboración de los estudios que permita definir los siguientes aspectos:
 - Competencias susceptibles de ser asumidas en el ámbito municipal y papel de la jurisdicción.
 - Implicaciones legales, institucionales y en materia de recursos humanos, materiales y financieros que se tendrían, de llevar nuevas responsabilidades al ámbito municipal.
 - Los plazos para el proceso y las estrategias de coordinación entre los diversos ámbitos de responsabilidad: contenidos, plazos, fórmulas de financiamiento y coordinación que se determinen con los diversos municipios.
 - Y dado el reducido tamaño de algunos municipios y la escala de operación que se requiere para cumplir con algunas de las tareas que han de asumir, en muchos casos se promoverá la agrupación de municipios, la gestión mancomunada de los servicios o incluso la operación bajo el marco de la jurisdicción.
 - Para alcanzar lo anterior, se conformarán los órganos de gobierno para las jurisdicciones, en donde los municipios estén representados.
 - Modificar la personalidad jurídica de las jurisdicciones, como órgano desconcentrado.
 - Trasladar responsabilidades a los municipios y/o jurisdicciones, paulatinamente.

3.7 Rectoría de la Secretaría de Salud del Estado de México

La Ley General de Salud le confiere a la Secretaría de Salud las funciones de rectoría sobre el sector, los actores e instituciones, públicos o privados, federales o estatales que desempeñan actividades relacionadas directamente con la salud. Esto incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en la materia y coordinar los programas de salud de las diferentes dependencias y entidades. Supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y el análisis de la información y la evaluación del desempeño.

Subsidiariamente, y acatando lo estipulado en la Ley General de Salud en su artículo 13, los gobiernos de las entidades federativas deben formular y desarrollar programas locales de salud en el marco del Sistema Estatal de Salud, encargando la función rectora en el ámbito de competencia estadual a la Secretaría Estatal de Salud, como instancia responsable del diseño e instrumentación de las políticas de salud para la entidad, la coordinación de las actividades regulatorias, la generación de información sectorial y la evaluación del desempeño de todos los integrantes del sistema estatal.



Las líneas de acción que se desarrollarán en esta estrategia son:

1. Papel coordinador del Consejo de Salud del Estado de México.
2. Coordinación intra e intersectorial.
3. Cooperación internacional.
4. Acceso y consumo razonado de medicamentos.
5. Protección a la población contra riesgos sanitarios.
6. Sistema Estatal de Información de Salud.
7. Sistema de Cuentas Estatales de Salud.
8. Evaluación del Sistema Estatal de Salud.

Líneas de acción

Línea de acción 7.1. Fortalecimiento del papel coordinador del Consejo de Salud del Estado de México

PROBLEMA

En la entidad se cuenta con el Consejo de Salud del Estado de México, como instancia permanente de coordinación, consulta y apoyo para la planeación, programación y evaluación de los servicios

de salud y como foro de análisis de alto nivel, sobre temas sanitarios de importancia coyuntural o estratégica que obligan al Ejecutivo Estatal a la consulta con expertos.

Ante los cambios que presenta la situación de salud en la Entidad, se requiere de una mayor y efectiva coordinación entre las instituciones de los sectores público, social y privado a la vez que se fortalece el papel rector de la Secretaría de Salud del Estado.

OBJETIVO

Consolidar al Consejo de Salud del Estado de México como un órgano colegiado, de carácter consultivo para la Secretaría de Salud del Estado, en el que se pueden analizar, definir, coordinar y evaluar las políticas y programas estratégicos de salud; incorporando la discusión, nuevas alternativas de organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud en la entidad.

“BASE 0”

Se cuenta instalado formalmente el Consejo de Salud del Estado de México presidido por el Titular de la Secretaría de Salud, quien nombra al Secretario Técnico del mismo, como vocales están los titulares de las dependencias de salud en la entidad, de la Secretaría de Educación, la Secretaría del Medio Ambiente, la Facultad de Medicina de la UAEM, el COESPO y la Dirección General de Protección Civil, y es la instancia en la que se deberán analizar, definir, coordinar y evaluar las políticas y los programas estratégicos de salud.

Cuenta con un Reglamento Interno para su estructura y funcionamiento y se coordina con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, para el seguimiento de los acuerdos del ámbito federal.

BRECHA

Definición precisa de las líneas de acción que permitan la coordinación eficiente y eficaz entre las instituciones que integran el Consejo de Salud del Estado de México.

META

Al año 2011

Consolidación del Sistema Estatal de Salud.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
10%	25%	25%	40%	100%



ESTRATEGIAS

- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud del Estado, a través del fortalecimiento de la coordinación de las instituciones de salud en la Entidad y el seguimiento a los acuerdos y compromisos del Consejo.
- Proponer acciones orientadas a priorizar y a prevenir los problemas de salud en el Estado.
- Promover la medicina preventiva en las acciones salubristas de las dependencias de salud y de la propia Secretaría de Salud estatal.
- Impulsar las líneas estratégicas del presente Programa Estatal de Salud, entre otras:
 - Fortalecer el sistema de evaluación de las instituciones integrantes del Consejo.
 - Avanzar en la consolidación del modelo de atención a la salud en el Estado.
 - Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.
 - Proponer la optimización de los recursos institucionales y el mejoramiento de la capacidad instalada en el sector salud.
 - Proponer estrategias de acciones en materia de calidad de los servicios de salud.
 - Promover la celebración de convenios de participación entre las dependencias para fortalecer los programas de salud.

Línea de acción 7.2. Coordinación intra e intersectorial

PROBLEMA

Aunque el trabajo coordinado entre las diversas instituciones de salud y los diversos sectores relacionados con la salud permite operar los programas de manera más eficiente en el ámbito estatal, esto no se observa aún, por la falta de articulación entre las diferentes instancias.

Es un reto de la Secretaría de Salud en el estado de México y del Consejo de Salud estatal el lograr la integración de acciones de las diferentes dependencias que conforman el sistema de salud estatal, los planes y programas de las instituciones del sector salud deberán ser concretos, llevar a resultados y sobretodo responder a la problemática y expectativas que la sociedad mexicana en materia de salud está requiriendo.

OBJETIVO

Consolidar el trabajo de coordinación de las comisiones y comités que se han instalado formalmente en el seno del Consejo de Salud del Estado de México:

- Comisión de Bioética del Estado de México.
- Comité de Calidad de los Servicios de Salud.
- Comité de Fármaco-vigilancia.
- Comité de Seguridad en Salud.
- Comité Contra las Adicciones.
- Comité de Vacunación.
- Comité para la Prevención y Control del VIH/SIDA
- Comité de Vigilancia Epidemiológica.

- Comité de Salud Bucal.
- Comité de Atención al Envejecimiento.
- Comité de Información Estadística Sectorial.
- Comité para la Prevención de Accidentes.
- Comité Interinstitucional para la Formación, Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud.
- Comité de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.
- Comité Interinstitucional de Salud Reproductiva.

“BASE 0”

Ya se cuenta con el Reglamento Interno del Consejo de Salud del Estado de México, publicado oficialmente el día 30 de marzo del año 2005, en cual se establece que cada comité realizará su manual de organización y funcionamiento.

BRECHA

Se requieren actualizar las Actas Constitutivas de cada Comité o Comisión.

META

Al año 2011

Todos los Comités y Comisiones del Consejo de Salud de la Entidad, funcionan apegados a los fines para los que fueron creados.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
50%	50%			

ESTRATEGIAS

- Cada Comité contará con un acta formal de constitución y con su manual de organización interna. Por instrucción de la Secretaria de Salud y Presidenta del Consejo de Salud del Estado de México, en cada sesión ordinaria del mismo, se actualizarán las Actas Constitutivas de los Comités.
- Los Comités sesionarán en forma ordinaria cada dos meses y de manera extraordinaria cuando así se requiera.
- Todos los Comités contarán con un Secretario Técnico y los Vocales requeridos.
- Informarán al Secretariado Técnico del Consejo de Salud del Estado de México, de su calendario de sesiones y sus acuerdos.
- Los Comités establecerán mecanismos de trabajo y coordinación entre las instituciones de salud que los integran.



- Las acciones sectoriales que se establezcan en el pleno del Consejo se aplicarán en las instituciones a través de los Comités con los que se cuente.
- Los Comités como parte del Sistema Estatal de Salud son coordinados por la Secretaría de Salud Estatal.

Línea de acción 7.3. Cooperación internacional

PROBLEMA

El gobierno de México, como miembro de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, ha adquirido compromisos internacionales muy diversos. Actualmente están vigentes 23 convenios internacionales en aspectos tan diversos como VIH-SIDA, salud de las mujeres, tuberculosis y trasplante de órganos y tejidos, entre otros. Los convenios anteriores y otras fuentes externas, son también apoyos potenciales en el esfuerzo por mejorar las condiciones de salud de los mexiquenses.

OBJETIVO

Canalizar apoyos de cooperación internacional para programas estratégicos del Sistema de Salud en la entidad.

“BASE 0”

No se han instrumentado acciones para este fin.

BRECHA

No existe una política del Estado de México para explorar el aprovechamiento de las fuentes alternas de apoyo o financiamiento para tal fin.

META

Al año 2011

Contar con una metodología de gestión de recursos complementarios, que opere permanentemente para las necesidades del Sistema Estatal de Salud.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
Catálogo de posibles financiadores.	Presentación de proyectos.	Presentación de proyectos.	Presentación de proyectos.	Presentación de proyectos.
Establecimiento de contactos preliminares.	Capacitación del personal responsable para manejar las	Operación y evaluación de los proyectos	Operación y evaluación de los proyectos	Operación y evaluación de los proyectos

Creación de la metodología para aprovechar las diversas opciones de financiamientos alternos.	diferentes Reglas de Operación de los programas y proyectos de los financiadores.	apoyados.	apoyados	apoyados
---	---	-----------	----------	----------

ESTRATEGIAS

- Integrar un catálogo de las posibilidades de apoyo internacional en materia de salud.
- Integrar un catálogo de proyectos susceptibles de ser apoyados, vía financiadores alternos.
- Consolidar, dentro del marco de atribuciones subsidiarias a las de la federación, que tiene la Secretaría de Salud del Estado de México, las relaciones con organismos de cooperación internacional de otras naciones y multinacionales.
- Capacitar al personal responsable de operar las gestiones y concretar los apoyos.
- Estructurar, en base de los nexos anteriores o nuevos que se puedan crear, un programa de intercambios técnicos y académicos tanto para reforzar la formación de recursos humanos, como para enriquecer el debate y la definición de políticas en materia de salud a partir de las experiencias internacionales.

Línea de acción 7.4. Acceso y consumo razonado de medicamentos

PROBLEMA

Los medicamentos son un componente esencial de la atención de la salud. Sin embargo, para que puedan cumplir adecuadamente con su papel, sucede que en ocasiones carecen de efectividad y seguridad, su abasto es insuficiente e inoportuno, su prescripción no es racional y su compra no se realiza en las presentaciones adecuadas o a un costo razonable.

OBJETIVO

Garantizar la efectividad y seguridad de medicamentos, su abasto suficiente y oportuno, su prescripción racional y su venta en las presentaciones adecuadas y a un costo razonable.

INDICADOR

Satisfacción de usuarios del sector salud con recetas surtidas completamente.

“BASE 0”

Actualmente se cuenta con un sistema logístico de acceso y distribución de medicamentos en el sector salud pero no ha sido efectivo.

Además, con los programas de Oportunidades y Seguro Popular existen diferentes Cuadros Básicos lo que ocasiona confusión en la dotación por el personal de salud. Esto acarrea que las recetas de los usuarios no sean surtidas en su totalidad, que el medicamento no llegue o llegue de más a las farmacias del sector público o que se caduquen medicamentos.



BRECHA

Existe una inadecuada distribución para el suministro de medicamentos, lo que ocasiona saturación o deficiencia en las unidades médicas.

META

Al año 2011

Acceso total y oportuno de medicamentos al paciente de acuerdo a consumos y medicamentos establecidos en los Cuadros Básicos según el nivel que corresponda.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
80	85	90		100

ESTRATEGIAS

- Revisión de los mecanismos de elaboración del Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel y del Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel de atención, con el fin de fortalecer su papel de referencia común para todas las instituciones del sector salud.
- Elaboración de una lista de medicamentos e insumos esenciales para el primer nivel de atención de alta efectividad demostrada y menor costo; indicados para los padecimientos agudos de más alta incidencia entre la población pobre; indicados para los padecimientos crónicos de más alta prevalencia en el país; fundamentales para los programas prioritarios de salud pública y tener la posibilidad de comercializarse preferentemente como genéricos intercambiables (GI).
- Diseño y operación de sistemas eficientes de abasto de los medicamentos esenciales y del surtimiento de recetas en las unidades médicas de primer nivel de las instituciones públicas de salud, a la vez que concertación de acciones con la industria farmacéutica, los distribuidores de medicamentos y las farmacias para asegurar el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos esenciales.
- Capacitación del personal de salud y de farmacias sobre las ventajas del uso racional de medicamentos.
- Promoción de las evaluaciones de costo-efectividad de los nuevos medicamentos como criterio para las compras de las instituciones públicas de salud.
- Eliminar el prepagado de medicamentos, el costo por almacenaje y manejo, a través de nuevas formas de contratación con proveedores.

Línea de acción 7.5. Protección a la población contra riesgos sanitarios

PROBLEMA

El Estado tiene la responsabilidad de proteger a la sociedad contra riesgos a la salud ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias. También está encargado de la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales sobre la salud. Esta tarea aún deberá ser consolidada.

La presencia de factores de riesgo atribuibles a las condiciones en que los establecimientos y las personas realizan sus actividades o prestan servicios, contribuye a la generación o incremento de enfermedades y accidentes para los usuarios o consumidores, influyendo negativamente en la Salud Pública y, estabilidad social y económica en el Estado y el país.

Otro aspecto es la vulnerabilidad ante un desastre que está en íntima relación con la densidad de población, los fenómenos naturales como agentes destructivos, la exposición a agentes tóxicos y peligrosos en fugas, derrames, explosiones e incendios, las concentraciones masivas y la presencia de brotes y enfermedades infecciosas y/o emergentes, han asolado a todo el país; cobrando mayor impacto debido al incremento de las áreas urbanas, a la sobrepoblación, a la degradación ambiental producto de los avances tecnológicos y al rezago socioeconómico; situaciones éstas, que ofrecen escenarios con un deficiente control sanitario de productos y servicios, así como con un saneamiento básico inapropiado, potencializando los riesgos sanitarios.

OBJETIVO

Coadyuvar en la protección contra riesgos sanitarios a través de las acciones de vigilancia y fomento sanitarios aplicables a los establecimientos, productos, personas, equipos y vehículos sujetos de control.

Establecer los mecanismos de coordinación que permitan dar respuesta inmediata y organizada para coadyuvar a reducir los riesgos sanitarios ante la presencia de eventualidades que impacten la salud de la población.

“BASE 0”

Se cuenta con la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de México, con autonomía técnica, administrativa y operativa suficiente; encargado de la regulación, control y fomento sanitarios, dándole unidad y homogeneidad a las políticas que en esta materia se definan y que cuente.

Se cuenta con un padrón de giros estatal constituido por 317,610 establecimientos comerciales y de servicios sujetos de control sanitario.



BRECHA

Supervisión a los establecimientos sujetos de vigilancia sanitaria, asentados en el territorio mexiquense y sujetos de Control Sanitario.

Realización de acciones de fomento sanitario y de saneamiento básico atendiendo a la magnitud del suceso.

META

Al año 2011

Realizar 13,146 visitas de verificación a establecimientos cuyos giros se encuentran enmarcados en el manejo de alimentos y bebidas medicamentos e insumos para la salud diversos manejos o comercialización de sustancias tóxicas y peligrosas construcciones y aquellos para la prestación de servicios de atención médica entre otros.

Realizar 4,139 pláticas de fomento sanitario y de promoción del saneamiento básico, así como 196 cursos de capacitación a los usuarios y la realización de 54 campañas.

Avance anual

	2006	2007	2008	2009	2010
Verificaciones	13,146	12,488	11,864	11,270	10,706
Muestreo	18,464	19,387	20,356	21,374	22,443
Monitoreo	102,752	107,890	113,285	118,950	124,898
Fomento Sanitario	4,564	4,793	5,032	5,284	5,548
Atención a concentraciones masivas y contingencia	35	36	37	38	39

ESTRATEGIAS

- Seguimiento a proyectos diseñados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, aplicando lineamientos y estrategias tanto federales como estatales para el logro de los objetivos.
- Generación de programas prioritarios estatales basados en las condiciones propias de entorno estatal así como en los recursos institucionales para su operación.
- Operación de un sistema automatizado para la emisión de órdenes de verificación y toma de muestras que privilegia a los giros de alto riesgo sanitario.
- Realización de visitas de verificación y toma de muestras en giros comerciales y de servicios, mediante las cuales se constate el cumplimiento de la normatividad sanitaria que previene la generación de riesgos atribuibles a las personas, los equipos y los procesos.
- Implementación de eventos (foros, campañas, cursos, pláticas) dirigidos a propietarios de establecimientos, mediante los cuales se difunde el conocimiento de la reglamentación sanitaria para su cumplimiento en los giros sujetos de control.

- Ejecución de medidas de seguridad en establecimientos que expendan o suministren alimentos y bebidas para consumo inmediato en zonas de riesgo.

Línea de acción 7.6. Sistema Estatal de Información en Salud

PROBLEMA

En la entidad existen aún diversos sistemas de información sobre salud, cada uno con formatos de captación que responden a marcos conceptuales diferentes. Las distintas dependencias cuentan con sistemas de información exclusivos de su institución, excepto el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

OBJETIVO

Contar con un Sistema Estatal de Información en Salud, como única instancia oficial en la materia, que sea incluyente de la información que se genera por las distintas dependencias del sector y que esté alineado con el Sistema Nacional de Información en Salud, para que se pueda cumplir eficazmente con la responsabilidad de informar a los niveles centrales.

“BASE 0”

El ISEM cuenta con un Sistema de Información en Salud (SIS) el cual se concentra a ámbito jurisdiccional y estatal con periodicidad mensual y es enviado a la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud.

Mención especial merece también el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que recoge información semanal sobre 117 enfermedades transmisibles y no transmisibles. Este sistema proporciona información muy útil para la operación regular de los servicios y para el control de brotes y epidemias.

El ISEM desarrolla el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED). Se recolectan aproximadamente 55,000 certificados de defunción anual en la entidad. Cada semana se recolecta, procesa y analiza la información estadística y epidemiológica de las muertes ocurridas y registradas en las oficinas de registro civil.

Por otro lado, la información de carácter administrativo, útil para la planeación y operación de los servicios, se ha ido incorporando de manera muy lenta a los sistemas institucionales de información en salud y de manera todavía más lenta al sistema sectorial.

El ISEM aplica el Sistema de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), que permite mantener una vigilancia activa de infecciones nosocomiales.

Por otro lado, la información de carácter administrativo, útil para la planeación y operación de los servicios, se ha ido incorporando de manera muy lenta a los sistemas institucionales de información en salud.



BRECHA

No se cuenta con un sistema de información homologado en salud para las distintas instituciones públicas o privadas, excepto SUIVE.

META

Al año 2011

Contar con el Sistema Estatal de Información en Salud, como estructura y plataforma única que homologue la información en salud entre las diferentes instituciones.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
33% de hospitales del sector público incorporados a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).	66% de hospitales del sector público incorporados a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).	99% de hospitales del sector público incorporados a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).	100% de hospitales del sector público incorporados a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).	

ESTRATEGIAS

- Armonización el Sistema Estatal de Información en Salud, con la red informática del SINAIS.
- Consolidación hasta el ámbito jurisdiccional y delegacional de la automatización de los reportes periódicos de la información en salud.
- Incorporación paulatina de la información administrativa a los sistemas institucionales de información en salud y al SINAIS.
- Incorporar la perspectiva de género en la definición de indicadores y la desagregación de la información que se genere por edad y sexo.
- Comprometer a cada dependencia a establecer la infraestructura informática, en comunicaciones y recursos humanos necesarios para la operación del Sistema Estatal de Información en Salud.
- Obtener la aprobación del Consejo de Salud del Estado de México sobre las medidas necesarias para la implementación y operación del Sistema Estatal de Información en Salud.

Línea de acción 7.7. Sistema de Cuentas Estatales de Salud

PROBLEMA

Aún no se desarrolla, en el ámbito de la entidad, un sistema de información financiera que permita captar no sólo los recursos gastados sino también los flujos al interior de las instituciones del sector, para así conformar un Sistema de Cuentas Estatales de Salud.

OBJETIVO

Contar con el Sistema de Cuentas Estatales de Salud, con información de gasto desagregada no sólo por fuente, fondo y proveedor, sino también por tipo y nivel de atención, grupos de edad y sexo y tipos de padecimientos entre otras variables; para así optimizar los recursos físicos y financieros para la salud.

“BASE 0”

Se cuenta con un ejercicio inicial incipiente que incluye el gasto del ejercicio estatal, federal y la seguridad social, desconociendo el del ejecutivo municipal, privado, asistencial y tercer nivel.

BRECHA

No se tiene el gasto de salud agrupado en una sola coordinación, ni existen políticas de asignación ni criterios de redistribución para el gasto del ejecutivo, ni registro en el caso del privado y tercer nivel.

META

Al año 2011

Se cuenta en operación con el Sistema de Cuentas Estatales de Salud como mecanismo de apoyo en materia de financiamiento y asignación de recursos, agrupado en una sola coordinación, que establece políticas de asignación y criterios de redistribución y de registro.

ESTRATEGIAS

- Creación dentro del SIEIS de un Subsistema de Cuentas Estatales de Salud.
- Asignación a la Secretaría de Salud, del papel de comprador virtual único para los servicios de salud, para la población abierta y a los ayuntamientos aportantes en especie de estos insumos, mismos que se liquidarán contra la facturación a cargo de la Secretaría de Salud.
- Otorgar a la Secretaría de Salud las facultades para registrar el gasto privado y del tercer sector, en salud.
- Actualizar el padrón de prestadores privados de servicios de salud.
- Identificar a las organizaciones del tercer sector y lograr que reporten su inversión en el sector salud, en un ejercicio de corresponsabilidad.

Línea de acción 7.8. Evaluación del Sistema Estatal de Salud

PROBLEMA

La evaluación del desempeño del Sistema Estatal de Salud es uno de los principales instrumentos que requiere la Secretaría para cumplir con sus funciones de rectoría. Además, evaluar el cumplimiento de los objetivos del sistema constituye un mecanismo básico de rendición de cuentas.



La falta de indicadores cualitativos y cuantitativos acordes a la realidad epidemiológica de nuestro Estado, en relación con las actividades de Regulación Sanitaria, demeritan las actividades de control que se realizan en el nivel preventivo en que se desenvuelve la Protección contra Riesgos Sanitarios como parte fundamental del contexto de la Salud Pública.

El procesamiento adecuado de la información que se genera a través de la operación de los programas y acciones de las diferentes instituciones del sector salud en el Estado de México, permite una evaluación cuantitativa de logros y alcances; sin embargo, actualmente existen diferentes tipos de “Sistemas y Políticas de Información” en cada una de las instituciones que atienden la salud en la entidad, además de no contar con información suficiente y oportuna del sector privado.

OBJETIVO

Contar con un sistema que permita medir, por una parte i) el nivel y la distribución de las condiciones de salud de la población y la equidad en su atención; ii) el nivel y distribución del trato adecuado y iii) la protección financiera que tiene la población contra gastos catastróficos en materia de salud; para así ajustar políticas, hacer más eficiente la gestión de los programas y hacer más justa y racional la asignación de los recursos. El mismo sistema nos permitirá dar seguimiento al cumplimiento del presente.

“BASE 0”

Contamos con diversos ejercicios de evaluación programática, que varían en sustento de caso a caso. Se cuenta con cinco indicadores cuantitativos de las acciones propias de la Regulación Sanitaria.

BRECHA

No contamos con el sistema de evaluación, ni con los indicadores estatales sistémicos, de desempeño, gestión e impacto que sustenten las decisiones en materia de salud.

META

Al año 2011

Diseñar los indicadores, de impacto y resultado, destinados a evaluar de manera agregada el desempeño del sistema de salud en el ámbito estatal, integrando los de Regulación Sanitaria al sistema de evaluación.

ESTRATEGIAS

Para llevar a cabo adecuadamente estas funciones, es necesario:

- Convertir al Consejo de Salud del Estado de México en el eje articulador de este sistema, por ser la instancia que vincula a todas las dependencias del sector salud en la entidad.

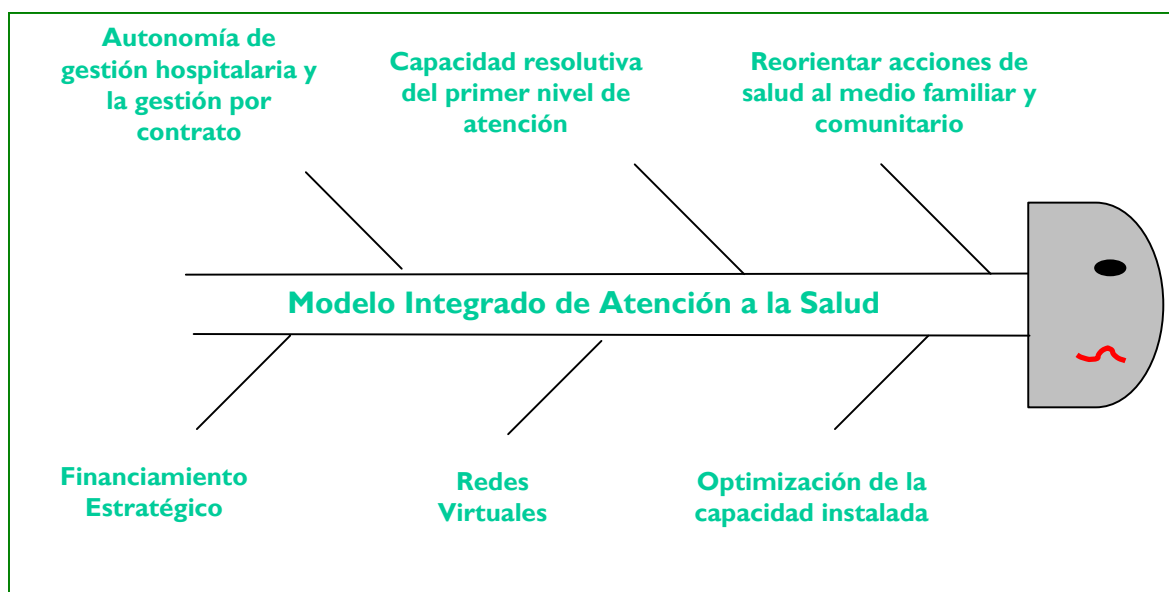
- Fortalecer su Comité de Información Estadística Sectorial, mediante la definición de lineamientos previamente acordados y aprobados por los integrantes de esta instancia de trabajo, tomando como referencia la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 publicada el 21 de enero de 2005.
- Establecer criterios homogéneos en el manejo de fuentes de información que nos permitan el manejo del mismo numerador (egresos, consultas, etc.) y denominador (población, camas, etc.) para su aplicación y observancia general, lo que permitirá la elaboración oportuna y veraz de los indicadores de desempeño, de gestión y de resultados.
- Establecer un programa de mejoras continuas al Sistema Único de Información en Salud (SUIS), con la participación de todas las dependencias del sector.
- Establecer una reunión trimestral, dentro de la reunión del Consejo Estatal de Salud, o en paralelo, para revisar el avance y, en su caso, establecer mecanismos que permitan identificar y corregir las desviaciones al Programa de Salud del Estado de México 2005-2011.

3.8 Modelo Integrado de Atención a la Salud

La atención a la salud, ha pasado de privilegiar el acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional, a promover cada día más la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad.

Los esfuerzos por mejorar la respuesta del sistema y la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud, han acercado la toma de decisiones y el manejo de los recursos al ámbito local y otorgándoles a los usuarios mayor capacidad de decisión.

Aprovechando la experiencia acumulada, seguiremos impulsando un modelo comunitario que retomando los éxitos alcanzados, restablezca la continuidad de la atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y siendo un articulador del cuidado profesional con el autocuidado del individuo, la familia y la comunidad, el que impulsaremos decididamente.





Las líneas de acción que se presentan a continuación se dividen en dos grupos: líneas de acción dirigidas a reorganizar los espacios de la atención y líneas de acción destinadas a articular la prestación de servicios.

1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario.
2. Capacidad resolutoria del primer nivel de atención.
3. Autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato.
4. Mecanismos de compensación Estado - Federación.
5. Optimizar la capacidad instalada.
6. Redes virtuales para la prestación de servicios de salud.
7. Financiamiento estratégico para la equidad y el desarrollo con calidad.

Líneas de Acción

Línea de acción 8.1 Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario

PROBLEMA

Los sistemas tradicionales de salud se caracterizan, entre otras cosas, por su rigidez organizativa y por la desatención de las necesidades que llegan a las instituciones de salud. En la práctica esto significa que el sistema descarga una gran parte de la atención de las personas enfermas y de los adultos mayores sobre los ámbitos doméstico y comunitario, en particular sobre las mujeres, quienes cumplen un papel fundamental como cuidadoras informales.

OBJETIVO

Reorganizar la estructura, redefinir funciones de los ámbitos estatal, jurisdiccional y coordinación municipal, así como complementar núcleos básicos, para operar un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado.

“BASE 0”

Estructura estatal y jurisdiccional normativa rebasada (de salud y regulación sanitaria). Coordinación municipal sin estructura, centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos humanos insuficientes. Técnicos en Atención Primaria a la Salud, con desánimo y poca claridad de su función actual.

BRECHA

Las jurisdicciones tanto sanitarias como de regulación sanitaria perdieron su misión, visión y liderazgo en la comunidad. Gerencia municipal con estructura mínima de seis jefes, centros de salud con infraestructura completa, núcleos básicos que atiendan 500 familias sin seguridad social.

META

Al año 2011

Modelo estatal de salud, consolidado.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
Diagnóstico de necesidades	Puesta en marcha 30%	45%	70%	100%

ESTRATEGIAS

- Fortalecer la infraestructura de la coordinación municipal (Unidades de Salud y recursos humanos).
- Redefinición de funciones a ámbito estatal, jurisdiccional y coordinación municipal.
- Establecer evaluaciones de desempeño del personal a todos niveles.
- Reforzamiento del perfil en salud pública de todo el personal.
- Concientización de la ciudadanía sobre el derecho y obligación de los pacientes a intervenir activamente en su propia atención desde sus etapas preventivas hasta su rehabilitación.
- Creación de mecanismos de apoyo para la atención, el cuidado familiar y comunitario de los enfermos mentales y enfermos crónicos, adultos mayores y discapacitados.

Línea de acción 8.2. Capacidad resolutive del primer nivel de atención

PROBLEMA

Un altísimo porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención. No obstante esto, los usuarios de los servicios públicos de salud tienden a recurrir con frecuencia a los servicios de urgencias y a los servicios de consulta externa de los hospitales. La razón de esto es la falta de capacidad resolutive de las unidades de salud de primer nivel que, a su vez, se debe a la escasez de medicamentos e insumos básicos, a problemas de capacitación del personal de salud y a diversas barreras organizativas (horarios mal planeados, largos tiempos de espera, trato inadecuado), al tiempo de espera prolongado, inoperatividad del sistema de referencia y contrarreferencia.

La dispersión de la población en el área metropolitana donde existe el mayor asentamiento poblacional, las características de la infraestructura de las unidades limita el horario del servicio, saturación de servicios ya que el único servicio que se ofrece es de consulta externa.

OBJETIVO

Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de las instituciones públicas.



INDICADOR

La capacidad resolutive del primer nivel debe establecerse en el 80% de sus servicios.

“BASE 0”

La capacidad resolutive de las instituciones de primer nivel es menor al 30%.

BRECHA

Contar con los recursos de estructura (infraestructura, recursos humanos, material y equipo necesarios para cubrir la demanda del primer nivel de atención).

META

Al año 2011

Capacidad resolutive del primer nivel en las instituciones públicas es del 80%

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
30%	40%	40%	60%	80%

ESTRATEGIAS

- Organizar las áreas de trabajo y de responsabilidad de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica.
- Estandarizar horarios, para inicio de consulta externa y disminuir tiempos de espera, evitar tiempo perdido del personal de salud en los horarios del trabajo.
- Elaborar diagnóstico de necesidades de capacitación y programación estratégica de actualización al personal operativo.
- Establecer normas para una adecuada programación, distribución y control de los medicamentos e insumos en las unidades médicas.
- Fortalecer las redes del sistema de referencia y contrarreferencia, para el rechazo cero de pacientes.
- Aplicación del Modelo de Atención a la Salud para población abierta.
- Establecer un mecanismo inmediato de mantenimiento preventivo-correctivo de la infraestructura de unidades de salud del primer nivel de atención.

Línea de acción 8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato

PROBLEMA

El control centralizado de las unidades de salud incide de manera negativa en la calidad y la eficiencia de la atención a la salud. Los servicios que funcionan bajo estas condiciones responden con lentitud y de manera poco precisa a las necesidades de los pacientes y de los proveedores directos de la atención y a los cambios en la demanda de servicios.

La centralización en la toma de decisiones incide de manera negativa en los resultados que se alcanzan, además la falta de recursos, humanos, materiales, de equipo y de instalaciones físicas, suficientes para mejorar la infraestructura hospitalaria, repercute en la atención expedita y adecuada que el usuario requiere ante situaciones de urgencia y también en la valoración oportuna y la referencia a niveles de mayor complejidad.

La asignación de recursos a los prestadores de servicios de salud sobre bases históricas tiende a ser inequitativa e ineficiente y a perpetuar la inequidad y la ineficiencia. Esta forma de asignación, además, tradicionalmente no está asociada a mecanismos explícitos de rendición de cuentas y a procesos de evaluación del desempeño.

OBJETIVO

Promover como alternativas, la autonomía hospitalaria y la asignación de recursos a los hospitales sobre la base de acuerdos de gestión en los que se definan la población que habrá de cubrirse, los parámetros de asignación per cápita, el paquete de beneficios, las partidas presupuestales que tendrán un manejo desconcentrado y las metas de impacto, cobertura y calidad, así como las características de los servicios que se ofrecerán y de los recursos humanos que habrán de prestarlos; los programas de calidad; los mecanismos para proteger los derechos de los usuarios, y los procedimientos de revisión y modificación de los acuerdos.

“BASE 0”

Hoy los recursos se asignan con base en criterios incrementales, lo que no constituye un incentivo para la productividad ni para la eficiencia.

BRECHA

Los presupuestos no están relacionados con las actividades o la cobertura de las instituciones hospitalarias.



META

Al año 2011

Asignación presupuestal de recursos basada en acuerdos de gestión.

ESTRATEGIAS

- Dotar de personalidad jurídica a hospitales y jurisdicciones, para que tengan autonomía administrativa. Asignando al ISEM, el papel de comprador de servicios (consultas, intervenciones, estudios, etc.) y vendedor de insumos (personal, medicamentos, etc.) y a los hospitales y jurisdicciones, el de oferentes de servicios.
- Transición gradual a la nueva base de asignación de recursos, generando los acuerdos de gestión correspondientes.

Línea de acción 8.4. Optimización de la capacidad instalada

PROBLEMA

El sistema de salud enfrenta una serie de problemas relacionados con diversas barreras que impiden la utilización racional de los servicios de salud. Estas barreras están asociadas a culturas organizacionales cerradas que han dado origen a situaciones en las que el dispendio y la duplicación coexisten con la carencia.

OBJETIVO

Aprovechar al máximo la capacidad instalada para evitar la saturación de los siguientes niveles de atención y eliminar los dispendios.

INDICADOR

La capacidad resolutive del primer nivel de atención en un 90% y para un segundo y tercer nivel de atención será del 10%.

“BASE 0”

Inadecuada utilización de la capacidad instalada debido a: - mal estado de la infraestructura de las unidades de salud. – Inadecuada distribución de recursos. – Saturación del siguiente nivel de atención.

BRECHA

Contar con un diagnóstico de la capacidad instalada existente y optimizarla.

META

Al año 2011

Aprovechamiento normalizado de más de un 90% de la capacidad instalada, eliminando los desperdicios de capacidad en un 10% anual, según la medición inicial que se haga.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
30%	40%	60%	80%	90%

ESTRATEGIAS

- Desarrollo de un marco regulatorio que promueva la racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones para la oferta de servicios excedentes.
- Diseño de mecanismos de pago cruzado entre las instituciones y entidades que permitan las transferencias de recursos.
- Evaluación, de las unidades de salud del sector público, de su capacidad instalada por servicio y el diseño de mecanismos para ofertar eficazmente la capacidad excedente.
- Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes interinstitucionalmente.
- Reubicar las áreas de prestación de los servicios en el primer nivel de atención, así como informar al usuario de dicha distribución.

Línea de acción 8.5. Redes virtuales para la prestación de servicios de salud

PROBLEMA

Diversos problemas tanto de carácter sustantivo como administrativo se podrían resolver con redes de comunicación virtuales con las que actualmente no cuenta el sistema.

OBJETIVO

Creación de redes virtuales de prestación de servicios de salud que hagan más eficiente la referencia y contrarreferencia de pacientes, garantizando la continuidad de la atención; evitarán la duplicación de estudios y ampliando la oferta de servicios de salud y administrativos de la salud.

“BASE 0”

Actualmente se cuenta con un ámbito de coordinación interinstitucional para el procesamiento de estudios en el laboratorio estatal dependiente del ISEM; de pacientes que cursan con patologías sujetas a vigilancia epidemiológica. El ISEM desarrolló un proyecto de redes para la atención de la mortalidad materno - infantil. El servicio de urgencias del Estado de México (SUEM) maneja un sistema de coordinación de hospitales y un centro regulador de urgencias médicas, que permite el



desplazamiento de pacientes evitando su rechazo por saturación hospitalaria o falta de especialistas.

BRECHA

No se cuenta con un sistema formal de referencia de pacientes entre las diferentes instituciones del sector público.

META

Al año 2011

Infraestructura de comunicaciones del sector salud en la entidad que oferta servicios de salud integrados entre los diferentes niveles de atención e interinstitucionales y que cuenta con unidades virtuales de admisión con información centralizada de todo el sector salud, sobre camas disponibles por especialidad, que permitirán reducir tanto la capacidad ociosa como la saturación hospitalaria.

ESTRATEGIAS

- Diseño un plan de fortalecimiento de la infraestructura de comunicaciones del sector salud en la entidad.
- Introducción paulatina de sistemas computarizados para el manejo integral de los pacientes en todos los hospitales del sector.
- Diseño de experiencias piloto de redes virtuales en ámbitos geográficos relativamente grandes que incluyan diversos niveles de atención.
- Creación de unidades virtuales de admisión que cuenten con información centralizada sobre camas disponibles por especialidad, que permitirán reducir tanto la capacidad ociosa como la saturación hospitalaria.
- Organizar a los prestadores en redes integradas que rebasen las barreras geográficas y eviten el traslado de pacientes, aproximando los servicios a los usuarios. La atención especializada será una realidad a la que se podrá acceder localmente.
- Integrar redes virtuales por diversas causas de morbilidad que integran la referencia y contrarreferencia de los pacientes.

Línea de acción 8.6. Financiamiento estratégico para la equidad y el desarrollo con calidad

PROBLEMA

Tradicionalmente los esfuerzos y las innovaciones dirigidos a incrementar la calidad en los servicios de salud han sido aprovechados por los sectores que disfrutaban de mejores condiciones generales de vida. Por otro lado, se requieren también recursos para incrementar los niveles de las áreas administrativas estatales para garantizar un uso más racional de los fondos públicos para la salud.

El aporte financiero estatal se reduce a gastos de infraestructura y equipamiento de unidades nuevas.

OBJETIVO

Ofrecer financiamientos estratégicos federales, estatales y municipales para fortalecer los programas cuyo objetivo es la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos, además de estar etiquetadas a micro regiones, municipios y localidades en donde se concentre la mayor marginación, deberán garantizar la estructura de paquetes esenciales de salud que se sumen a los que se ofrecen a través del paquete básico de servicios de salud que otorgan actualmente las instituciones públicas.

INDICADOR

Monto total de financiamiento que pudiera alcanzar el Estado.

“BASE 0”

El Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, y en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, negoció créditos blandos con la Banca Internacional de Desarrollo para financiar el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo Social en Salud (PROCEDES) para el periodo 2002-2006, con recursos frescos para el financiamiento de iniciativas destinadas a lograr una mayor equidad y desarrollo en salud con calidad, en las regiones y municipios en donde habitan 13.6 millones de habitantes que viven en condiciones de alta marginación.

BRECHA

No se cuenta con información sectorial que permita la identificación del gasto y/o población que atienden directamente en áreas de muy alta y alta marginación.

META

Al año 2011

Contar con un portafolio de proyectos estratégicos, para buscar financiamiento para los mismos.

ESTRATEGIAS

- Incorporar los acuerdos de gestión para desarrollar proyectos estratégicos.
- Presentar proyectos para:
 - Rehabilitar la infraestructura y aumentar la capacidad resolutive de unidades médicas con calidad y equidad.
 - Construir nuevos hospitales comunitarios.
 - Fortalecer la capacitación gerencial del personal de las áreas centrales y estatales.



- Implantar programas de calidad y certificación en las diferentes dependencias del sector.
 - Implementar medidas de reforzamiento de los programas más afectados en mortalidad, entre los municipios con población indígena.
- Coordinar estrategias entre las áreas de calidad, infraestructura y salud.

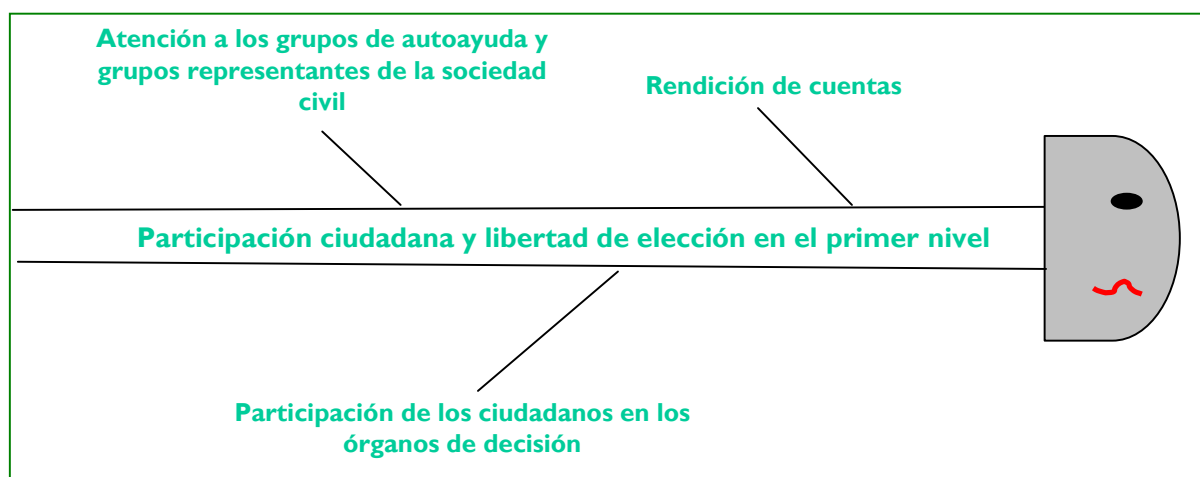
3.9 Participación ciudadana

Cuando la ciudadanía se interesa: aporta y evalúa los resultados del sistema de salud; pero también se compromete con ellos. Cuando hay ciudadanos y grupos que se constituyen en parte de su soporte técnico, le dan legitimidad a sus iniciativas. Para ello, la sociedad debe tener acceso a información relevante; participar en la toma de decisiones en todos los niveles pertinentes del sistema, y contar con mecanismos para dar a conocer sus opiniones, propuestas y quejas, a las que se deberá responder con oportunidad y eficiencia.

Las líneas de acción van dirigidas específicamente a ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión del sistema de salud; establecimiento de mecanismos que promuevan la incorporación de los grupos de autoayuda y las ONG a las discusiones y decisiones de políticas, y a la creación de instrumentos que hagan accesible la información de salud a todos los ciudadanos para así propiciar una clara y continua rendición de cuentas.

Las líneas de acción que se desarrollarán en esta estrategia son:

1. Participación de los ciudadanos en los órganos de decisión.
2. Atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil.
3. Rendición de cuentas en la información pública a los ciudadanos.



Líneas de Acción

Línea de acción 9.1. Participación de los ciudadanos en los órganos de decisión

PROBLEMA

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, exigen cada día con mayor fuerza el reconocimiento de sus opiniones y demandas y la participación en la solución de los problemas de salud de carácter local, estatal y nacional. Las autoridades, por su parte, requieren de propuestas informadas y condensadas.

OBJETIVO

Contar con una real participación ciudadana, inteligente y comprometida, tomando decisiones en los esfuerzos por mejorar las condiciones y el sistema de salud de la entidad.

INDICADOR

Participación ciudadana coordinada, en cada institución de salud de la entidad.

“BASE 0”

Se tienen acciones aisladas de grupos ciudadanos.

BRECHA

Institucionalizar la participación ciudadana en cada institución.

META

Al año 2011

En el 100% de las instituciones de salud de la entidad, se tiene una real participación ciudadana, inteligente y comprometida, tomando decisiones en los esfuerzos por mejorar las condiciones y el sistema en la entidad.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
20%	40%	50%	70%	90%

ESTRATEGIAS

- Establecer los nexos, que permitan que diversos grupos participen en campañas y actividades de promoción de la salud (Campañas de donación de sangre voluntaria, retención de donantes de repetición-fidelizados, visitas a enfermos, etc.).



- Integrar a los ciudadanos en órganos consultivos de las instituciones hospitalarias y comités de salud, así como en las Asambleas Municipales y Estatal de Salud.
- Integrar a la ciudadanía a todos los procesos relacionados con la atención de su salud creando canales institucionales para incorporar los diagnósticos, propuestas y opiniones de la población a la agenda pública. Estos canales deben recoger las inquietudes ciudadanas y llevarlas a las instancias de discusión y decisión de ámbitos municipal, estatal y nacional, dependiendo del caso.
- Crear Asambleas Municipales y Estatal de Salud, para el intercambio periódico de ideas y experiencias entre autoridades y ciudadanos, utilizando estas asambleas como espacios para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos para la salud y el avance de las políticas y programas del sector.

Línea de acción 9.2. Atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil

PROBLEMA

No se han consolidado suficientemente en materia de salud en la entidad los vínculos con las organizaciones de la sociedad civil y grupos de autoayuda, que desarrollan, al margen del gobierno, diagnósticos, actividades y programas dirigidos a atender diversos tipos de problemas.

Estas organizaciones, además, frecuentemente funcionan como grupos de incidencia de política pública que favorecen la incorporación de temas a las agendas públicas y la movilización de recursos hacia actividades, programas y políticas relacionadas con su ámbito de interés.

OBJETIVO

Fortalecer la participación activa y comprometida con los diferentes actores de la sociedad civil organizada dedicada a la salud, conjuntamente con el gobierno, teniendo como premisa fundamental la participación corresponsable y oportuna para coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población en la entidad.

INDICADOR

Una red de autoayuda por cada aspecto prioritario de salud.

“BASE 0”

Padrón de organizaciones que han participado en el Programa de Coinversión Social en Salud y en el Programa Normal de Apoyo a Organizaciones de la Sociedad Civil.

Monto donado durante el sexenio 1999-2005.

BRECHA

No se cuenta con redes instaladas.

Padrón de OSC en la entidad del sector salud.

META

Al año 2011

El 100% de los aspectos prioritarios de salud, cuentan con una red de autoayuda o de participación ciudadana.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
10%	25%	50%	75%	100%

ESTRATEGIAS

- Crear el padrón de organizaciones dedicadas a la salud, clasificando su naturaleza jurídica (asociación civil, institución de asistencia privada, fundación e institución de beneficencia privada y grupos de autoayuda).
- Fortalecer la profesionalización de las organizaciones de la sociedad civil.
- Establecer una red de organizaciones de la sociedad civil organizada en la entidad, del rubro de la salud, para tener una mejor coordinación en todas las acciones que se emprendan.
- Crear una Comisión de Transparencia que integre a ambas partes con la finalidad de que los recursos se apliquen para el fin para el que se solicitaron.
- Resulta importante homologar términos ONG, OSC (se sugiere manejar el término OSC).

Línea de acción 9.3. Rendición de cuentas y accesibilidad de la información pública a los ciudadanos

PROBLEMA

La información es un elemento esencial del buen gobierno, es el ingrediente básico para documentar los retos que la sociedad demanda y un componente central de las políticas públicas. La falta de transparencia en las acciones genera desconfianza entre la ciudadanía. La rendición de cuentas ante la ciudadanía exige, entre otras cosas, de un acceso regular a información relevante y de evaluaciones periódicas de las políticas y programas del sector.

La sociedad exige rendición de cuentas y necesita contar con los medios adecuados para que denuncie irregularidades detectadas durante su interacción con cualquiera de las instancias de gobierno. La transparencia permite una mejor organización de la sociedad en demanda de mejor



calidad de vida, actividades recreativas, desarrollo de capacidades, de la cultura, de la salud, en general, un mejor desarrollo individual.

OBJETIVO

Contar con un sistema de información y transparencia que garantice el adecuado uso de los recursos y desempeño de las instituciones públicas, rindiendo cuentas de la gestión pública mediante la información oportuna de las acciones gubernamentales.

INDICADOR

Que la información pertinente en salud en todas las instancias, esté actualizada y disponible para los interesados.

Número de consultas a la Página de Transparencia ÷ Número de consultas al Módulo de Acceso a la Información.

Número de solicitudes de información recibidas ÷ Número de solicitudes atendidas.

Número de solicitudes de información + consultadas a la Página ÷ Quejas y sugerencias.

“BASE 0”

Gracias a la Ley de Transparencia, existen áreas específicas en las instituciones que generan información a los ciudadanos que la solicitan, satisfaciendo así su necesidad de información. Las diferentes instituciones del sector cuentan con portales en Internet que les permiten presentar información actualizada sobre el comportamiento de su dependencia.

BRECHA

El módulo de acceso a la información con quejas y sugerencias y orientación al ciudadano, no es suficientemente claro y amigable; no se cuenta con un sistema periódico de información semestral sobre la distribución del gasto en salud; muchas páginas de Internet de las dependencias del sector, no están actualizadas; no se cuenta con un medio de comunicación escrito de información pública del sector y la difusión del mismo y no se cuenta en todas las instalaciones con cartas de derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de los servicios de salud.

META

Al año 2011

El módulo de acceso a la información con quejas y sugerencias y orientación al ciudadano, es amigable y completo y cuenta con un informe semestral sobre la distribución del gasto en salud.

Las dependencias del sector, mantienen actualizada su información pública de oficio disponible en Internet lo que permite al usuario acceder a la misma.

Se difunde, en medio escrito, la información pública del sector.

Se cuenta con cartas de derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de los servicios médicos, en todos los organismos y dependencias del sector.

Como una administración al servicio del ciudadano, las dependencias y organismos del sector, cuentan con Cartas Compromiso de Servicios.

Las dependencias y organismos del sector informan a la ciudadanía el grado de cumplimiento de sus prácticas y rinden cuentas, haciéndose responsables de sus actos ante la sociedad y los ciudadanos ejercen su derecho al acceso de la información.

Los servidores públicos del sector están capacitados en el tema de la administración documental y la clasificación de la información.

Los servidores públicos ven a la transparencia como una práctica cotidiana y la cultura de integridad ha logrado el apego y respeto a las leyes, valores y objetivos que persigue el sector salud en la entidad.

ESTRATEGIAS

- Generar una cultura de rendición de cuentas con apoyo de las tecnologías de la información.
- Fortalecer el acceso regular de los ciudadanos a la información pública a través de su disseminación en publicaciones y sitios de las instituciones públicas en Internet.
- Publicación y difusión de informes periódicos sobre el desempeño de las unidades y programas de salud.
- Publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones del desempeño del Sistema Estatal de Salud y de sus programas prioritarios.
- Cumplir los requerimientos de información que realicen los ciudadanos a través de los Módulos de Acceso a la Información.
- Involucrar a la sociedad en la construcción de una cultura de integridad y transparencia.
- Utilizar la estructura de los Consejos de Integración Ciudadana (COINCIDES) para la difusión de acciones del quehacer del Sistema Estatal de Salud.
- Apoyar el desarrollo de los códigos de conducta y promover el papel de medidas disuasivas legales contra las prácticas corruptas.
- Revisar los procesos fundamentales para su simplificación y mejora continua, eliminando controles innecesarios que permitan conductas antiéticas.

3.10 Inversión en capital humano y organización, investigación e infraestructura en salud, en la entidad

El Sistema de Salud de la entidad tiene que ver al futuro. Son tantas las brechas y retos actuales que no podemos darnos el lujo de seguir improvisando. Por ello habremos de desarrollar estratégicamente nuestros recursos: el capital humano, la infraestructura, la organización, la



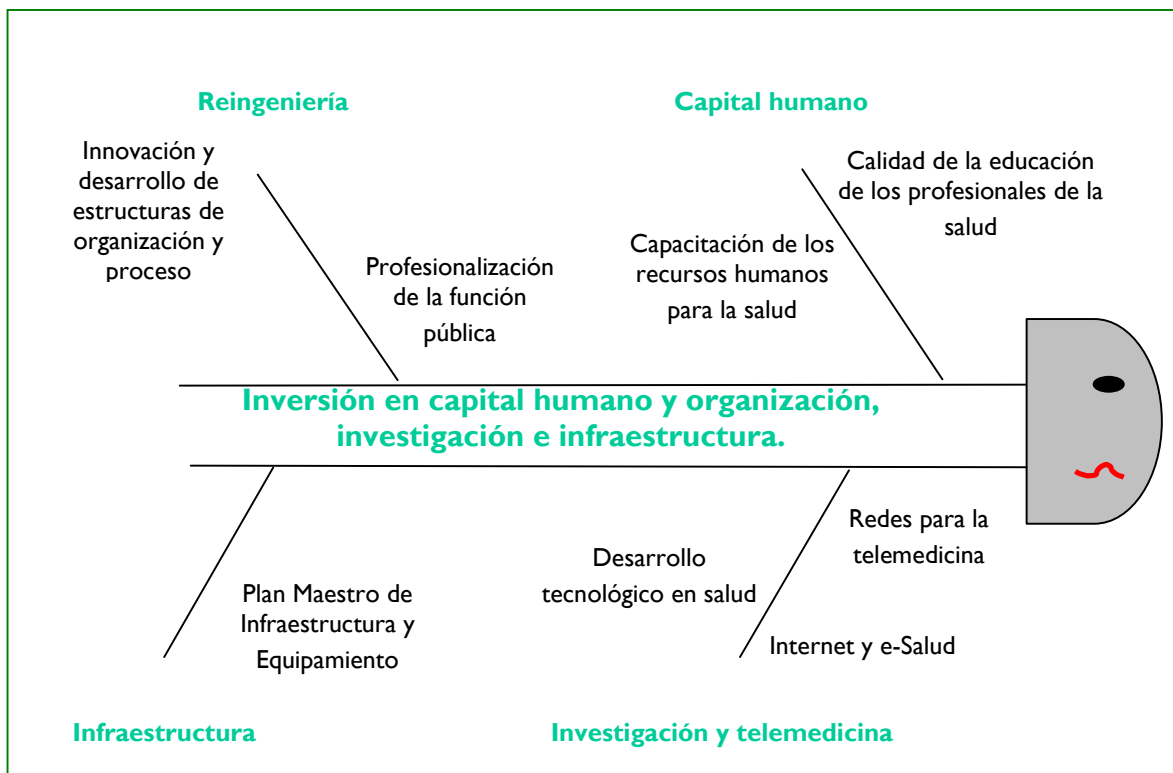
investigación y el aprovechamiento de adelantos telemáticos; serán soportes de un futuro mejor para las condiciones de salud de los mexiquenses.

El ser humano comprometido produce valor agregado y nuestro sistema se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de personal. Al final de nuestra administración habremos puesto las bases para contar con el capital humano adecuado en número y características, que conserve y aumente la mística que le ha caracterizado en épocas anteriores, a la vez que se mantiene actualizado en el campo de su desempeño. Venceremos esa falta de planeación y de coordinación entre las instancias generadoras de recursos, por un lado, a los tomadores de decisiones y los prestadores de servicios, por el otro.

Contaremos también con una nueva organización, que sirva para los fines del sistema y que integre un servicio carrera para aprovechar el patrimonio de experiencia que se produce en el mismo.

En cuanto a recursos materiales estableceremos un Plan Maestro de Infraestructura que responda, no sólo a los retos de equidad, sino también a aquellas otras prioridades que se presentan en el inicio de esta administración.

Haremos uso, también, de la información y conocimiento, por una parte dirigiendo la investigación que podamos captar para nuestras necesidades, científicas y principalmente tecnológicas; y por la otra utilizaremos con creatividad los adelantos en la comunicación como son las redes telemáticas y la Internet.



Las líneas de acción que se desarrollan en esta estrategia son:

1. Innovación y desarrollo de estructuras de organización y procesos.
2. Calidad de la educación de los profesionales de la salud.
3. Capacitación de los recursos humanos para la salud.
4. Profesionalización de la función pública
5. Investigación y desarrollo tecnológico en salud.
6. Plan Maestro de infraestructura y equipamiento en salud.
7. Redes para la telemedicina.
8. Tecnologías de la Información para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica.

Líneas de Acción

Línea de acción 10.1. Innovación y desarrollo de estructuras de organización y procesos

PROBLEMA

La estructura de organización de los organismos y dependencias del sector adolecen de una visión integral vinculada con lo que es la propia estructura y, los programas y proyectos que deben realizar.

En el caso de la propia Secretaría de Salud, como órgano regular de la política de salud de la entidad cuenta con una elemental estructura orgánica, recibiendo el apoyo para realizar sus funciones del Instituto de Salud del Estado de México, lo que propicia que no exista una clara diferenciación en las unidades administrativas del ISEM de lo que hacen como Secretaría de Salud y lo que les corresponde como Instituto.

En cuanto a los procesos, la Secretaría de Salud depende, excesivamente, de la capacidad de operación del ISEM para obtener resultados. Al no haber documentación ni procesos de capacitación plenamente establecidos para hacer las diferencias de las tareas, se pierde la oportunidad de generar programas sistemáticos de mejora.

Las dependencias y organismos dependen excesivamente de las decisiones que se toman a nivel central o por los propios directivos para cada evento que se sale de la rutina, lo que en ocasiones genera cuellos de botella.

OBJETIVO

Contar con una estructura orgánica flexible que permita una acertada toma de decisiones, una adecuada delegación de funciones y una efectiva comunicación entre los diferentes actores del sector.



INDICADOR

Manual de organización vigente

Reglamento Interior vigente

Manuales administrativos ÷ Número de procesos fundamentales

Manuales administrativos ÷ Número de procesos administrativos

Manuales administrativos ÷ Total de procesos

“BASE 0”

Sin embargo, la Secretaría de Salud parece claramente orientada a utilizar esquemas modernos de organización, fundamentados en centrar la capacidad de toma de decisiones en quien tiene la mejor información en relación con el asunto a tratar. Esta práctica le permite contar con un sistema “inteligente” de toma de decisiones.

BRECHA

Estructura orgánica funcional derivada de modelos tradicional no vigentes.

Grado, altamente deficiente, de la formalización de los procesos.

Los procedimientos representan la mejor práctica para resolver problemas. La Institución cuenta con los instrumentos para ir mejorándola sistemáticamente.

META

Al año 2011

Contar con estructuras orgánicas diseñadas con base en procesos, fortalecidas en las áreas operativas, principalmente las de sus procesos fundamentales y orientadas a la ciudadanía.

El 80% de los procesos fundamentales está documentado y actualizado.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
<p>Registrar y actualizar sistemáticamente los principales procesos administrativos de la Secretaría de Salud y mejorarlos a partir de la propia experiencia de aplicación.</p> <p>Elaboración del diagnóstico organizacional para el diseño de estructuras.</p> <p>Diseño de modelos de estructuras de organización.</p>	<p>Instrumentación de estructuras orgánicas basadas en procesos.</p> <p>Incrementar el grado de formalización a través de actualizar o desarrollar instrumentos administrativos.</p> <p>Simplificación permanente de procesos, aprovechando los avances tecnológicos.</p>	<p>Revisar y mantener actualizadas las estructuras orgánicas que permitan dar respuesta al entorno cambiante.</p> <p>Incrementar el grado de formalización a través de actualizar o desarrollar instrumentos administrativos.</p> <p>Simplificación permanente de procesos, aprovechando los avances tecnológicos.</p>	<p>Revisar y mantener actualizadas las estructuras orgánicas que permitan dar respuesta al entorno cambiante.</p> <p>Incrementar el grado de formalización a través de actualizar o desarrollar instrumentos administrativos.</p> <p>Simplificación permanente de procesos, aprovechando los avances tecnológicos.</p>	<p>Revisar y mantener actualizadas las estructuras orgánicas que permitan dar respuesta al entorno cambiante.</p> <p>Contar con el 80% del total de los procesos están documentados y actualizados.</p>

ESTRATEGIAS

- Establecer formas de organización flexibles, centradas en la atención al ciudadano y la visión de procesos.
- Establecer programas para que todos los integrantes de la organización asuman la responsabilidad que les corresponde y proporcionarles el apoyo y el reconocimiento de autoridad que requieran.
- Registrar y actualizar, sistemáticamente, los principales procesos administrativos tanto de las dependencias como de los organismos y mejorarlos a partir de la propia experiencia de aplicación.
- Contar con formas de organización flexibles, centradas en la corresponsabilidad de los participantes en el logro de los objetivos.
- Promover activamente la comunicación en todas direcciones y niveles utilizando al máximo todos los recursos existentes en la organización, incluyendo las nuevas tecnologías de información.
- Contar con políticas formuladas y conocidas por todos los interesados y actualizarlas sistemáticamente.



- Contar con un programa de Mejora Continua que estimule la aportación de iniciativas de todos los miembros de las dependencias y organismos del sector para una mayor satisfacción de la ciudadanía.

Línea de acción 10.2. Calidad de la educación de los profesionales de la salud

PROBLEMA

La heterogeneidad en los niveles de conocimientos, habilidades y destrezas por un lado y la actitud de los profesionales de la salud por el otro, se debe en buena medida a la carencia de mecanismos efectivos para controlar la apertura y vigilar el desarrollo de los planes y programas de estudio de los centros de enseñanza en ciencias de la salud.

OBJETIVO

La Secretaría Estatal de Salud y los centros de formación e investigación en materia de salud de la entidad, actuarán articuladamente en la formación del capital humano a través del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CEIFRHS).

INDICADOR

Número de centros educativos en ciencias de la salud certificados (medicina) o con dictamen favorable de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (resto de las carreras del área de la salud) $\times 100$

Número de centros educativos en ciencias de la salud integrados (I)

(I) En el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

“BASE 0”

90% de centros educativos en ciencias de la salud certificados (medicina), y 30% con dictamen favorable del CIFRHS del total de centros integrados del resto del área de la salud.

BRECHA

100% de centros educativos certificados (medicina) y con dictamen favorable del resto de los centros educativos del área de la salud.

META

Al año 2011

Incrementar la certificación al 100% de las escuelas de medicina y dictamen favorable del CIFRHS al 100% de las carreras del área de la salud, como requisito indispensable para que le sean otorgados campos clínicos en unidades del sector salud.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
90% medicina				
30% otras áreas a la salud	50%	70%	90%	100%

ESTRATEGIAS

- Fortalecer el conocimiento de la normatividad que para otorgar campos clínicos a centros educativos en el sector salud es requisito ineludible el contar con la certificación o en vía de certificación de la carrera de medicina o con dictamen técnico académico favorable del Comité Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud de las carreras en el área de la salud.
- Mantener actualizado el directorio de centros educativos en ciencias de la salud, que solicitan campo clínico en el sector salud y seguimiento en el grado de avance de su trámite para la certificación o dictamen técnico académico.
- Otorgar campo clínico en el sector salud exclusivamente a centros educativos que tengan vigente su certificación o dictamen técnico académico.
- Captar la apertura de nuevos centros educativos en ciencias de la salud y proporcionarles la normatividad sobre la certificación o dictamen técnico académico favorable del CIFRHS como requisito necesario para proporcionarles campos clínicos en el sector salud.
- Consolidar el proceso para otorgar campos clínicos únicamente a centros educativos de las ciencias de la salud certificados o dictaminados favorablemente.
- En las reuniones del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CEIFRHS) exponer de forma permanente la importancia de que los centros de educación en ciencias de la salud estén certificados, o dictaminados favorablemente para garantizar el que se les otorguen campos clínicos en el sector salud.
- Formalizar alianzas estratégicas entre el sector salud y educativo, con fines de certificación, o dictaminación que garanticen la calidad de sus egresados y el buen desempeño al otorgar servicios de salud.
- Realizar reuniones mensuales a través de CEIFRHS para elaborar en forma conjunta (sector educativo y salud) el catálogo de campos clínicos a ser otorgados exclusivamente a centros educativos en ciencias de la salud certificados o dictaminados favorablemente.



NOTA: El Comité Estatal Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, es el la instancia que regula las actividades del Sector Salud y Educativo dentro del Estado; y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud es el Órgano que Regula a nivel federal entre otras cosas la coordinación de los Comités Estatales y la revisión de los planes y programas de estudio para obtener el dictamen técnico académico favorable.

Línea de acción 10.3. Capacitación de los recursos humanos para la salud

PROBLEMA

Los esquemas de capacitación continua no están directamente orientados a las necesidades institucionales y los recursos financieros que se invierten son insuficientes.

OBJETIVO

Reorientar y fortalecer los programas de capacitación hacia las necesidades institucionales y la certificación de competencias.

Fortalecer las habilidades gerenciales de los directivos y apoyar la educación continua tanto en el ámbito operativo como en los puestos de mando.

INDICADOR

Programa de acreditación de habilidades que incluya personal operativo y directivo que propicie la “certificación de competencias”.

Número de servidores públicos capacitados ÷ Número de servidores públicos de la unidad administrativa (población objetivo).

Número de servidores públicos certificados ÷ Número de servidores públicos capacitados.

Número de servidores públicos calificados ÷ Número de servidores públicos certificados.

“BASE 0”

Capacitación limitada, no generalizada y poco dirigida a necesidades concretas de la institución. Mínimos recursos financieros institucionales dirigidos a la capacitación.

BRECHA

Generalizar la capacitación y reorientarla a la acreditación de habilidades y a la facultación, tanto en el ámbito operativo como en el directivo, asegurando los recursos financieros necesarios para ello.

META

Al año 2011

Contar con recursos humanos del más alto nivel técnico, científico y ético, comprometido con la misión, visión y valores del Instituto y, capacitados para cumplir con sus responsabilidades institucionales.

Avance anual

Año	2006	2007	2008	2009	2010
Generar un diagnóstico de habilidades operativas y gerenciales, base del programa permanente de capacitación.	Impulsar la operación del comité interno de capacitación. Fortalecer las acciones de capacitación dirigidas al personal operativo y los mandos.	Formular un programa permanente de capacitación a ámbito operativo, basado en las necesidades institucionales y operarlo.	Fortalecer el programa de capacitación operativa y gerencial y dirigirlo a la acreditación de habilidades y la certificación de competencias.	Consolidar el programa de capacitación dirigido a la acreditación de habilidades y certificación de competencias.	Hacer de la acreditación de habilidades y la certificación de competencias, una cultura organizacional.

ESTRATEGIAS

- Financiamiento institucional para el desarrollo del capital humano.
- Formalización de alianzas estratégicas entre los sectores de salud y educativo.
- Implementar y fortalecer la infraestructura de video conferencias y de educación a distancia.
- Fortalecimiento de la investigación educativa en el área de salud.
- Establecimiento de un programa de capacitación gerencial para directivos.
- Diseño de un sistema de acreditación de eventos académicos y su vinculación con el desarrollo dentro de la institución.
- Establecer un sistema continuo de diagnóstico de habilidades operativas y gerenciales y vincularlo al programa anual de capacitación.
- Implementar un programa institucional de reconocimiento curricular del personal que realiza tareas como docente.
- Capacitar al personal que funge como tutor de las diferentes disciplinas de la salud.
- Capacitación del personal bajo la modalidad educativa por estaciones de destreza.
- Implementar un programa permanente de capacitación dirigido a la facultación del personal operativo.
- Implantar un sistema permanente de apoyo institucional al fomento en la obtención de grados académicos, dirigidos o compatibles con las necesidades institucionales.



Línea de acción 10.4. Profesionalización de la función pública

PROBLEMA

Todavía no se ha podido constituir en el sector un servicio de carrera y aún cuando existen programas dirigidos a la profesionalización del servicio público, éstos no han tenido los resultados esperados. Para el personal de confianza y de mando, aún para el de enlace, no existe un proceso de reclutamiento, selección, ingreso y promoción, por compromisos personales o de grupo.

En cuanto a la capacitación, no existe obligación legal del gobierno para proporcionarla al personal de confianza y cuando se lleva a cabo se hace sin visión estratégica de largo plazo, sin detección de necesidades previas y sin evaluación de los resultados obtenidos.

En el caso del personal de base, el actual sistema escalafonario limita el desarrollo y crecimiento económico y profesional del personal que cuenta con capacidad y deseos de mejorar dentro de la administración pública, influyendo negativamente en el aspecto motivacional por la falta de oportunidades para la obtención de mejores condiciones salariales y de promociones a mayor nivel jerárquico.

Existe, en algunas áreas, una subcultura del conformismo, en donde el trabajador tiene actitudes como las de realizar acciones mínimas necesarias para justificar sus funciones, cumplir con el horario de trabajo sin importar si se es productivo, falta de interés por la superación personal y del equipo de trabajo, todo esto en detrimento del quehacer de la administración pública y de la propia imagen del servidor.

Para avanzar en el logro de dependencias y organismos del sector salud con funcionarios públicos profesionales dedicados a la prestación de los mejores servicios a la ciudadanía, deberá darse mediante una selección de aquellos que habrán de dirigir bajo procesos competitivos y que contemplen perfiles claramente descritos, donde el mérito, la idoneidad y la probidad sean los principales elementos de selección.

OBJETIVO

Mejorar de manera continua y racional las habilidades de los profesionales de la salud que trabajan en el sector público; construyendo un sistema de incentivos que garantice un adecuado nivel de remuneración y un máximo de satisfacción de los profesionales de la salud con su entorno laboral, y que cuente con un sistema racional de promociones.

Garantizar a los usuarios de los servicios, la competencia de los que atienden los problemas relacionados con la salud.

INDICADOR

- Indicador de desempeño.- Mejorar la atención y los servicios del sector salud (factores que se miden a través del monitoreo de calidad, Cruzada; disminución o eliminación de quejas o demandas).
- Beneficio al mayor número de gente.- Cobertura del Programa.- Servidores públicos beneficiarios ÷ población objetivo.
- Costo unitario del programa.- Costo del programa de profesionalización por servidor público = inversión asociada a los programas de profesionalización ÷ número de personal involucrado.

“BASE 0”

No se cuenta con un servicio civil de carrera y la profesionalización del servicio es deficiente.

BRECHA

Contar con un Sistema de Profesionalización del servicio público del sector salud.

META

Al año 2011

Garantizar que al menos el 50% de los servidores públicos de los mandos de supervisión, medio y superior del sector salud estarán certificados.

Avance anual

2006	2007 - 2011
<p>Integración del inventario de recursos humanos y descripción y perfiles de puestos, para el diagnóstico de necesidades de profesionalización del sector salud.</p> <p>Diseñar un sistema de carrera en el sector, para contar con personal idóneo para el ejercicio de la función pública, incluyendo mecanismos de ascensos y estímulos.</p> <p>Diseñar un sistema de valuación de puestos que permita hacer competitivo al sector público, atrayendo al capital humano calificado.</p> <p>Realizar en todos los niveles y áreas de las instituciones del sector, cursos de inducción general y al puesto.</p> <p>Elaborar el Código de Conducta de cada</p>	<p>Contar con la profesionalización de la función pública del sector salud bajo una gestión del empleo y el desarrollo de las personas, incorporando criterios, políticas y prácticas caracterizadas por un manejo transparente y eficaz del capital humano en las dependencias y organismos del sector.</p>



institución, mediante la participación del personal y los sindicatos.

Elaborar manuales de Bienvenida.

ESTRATEGIAS

- Un sistema de actualización y desarrollo del personal del sector que concebidos de manera integral y permanente contribuyan a lograr una mayor eficiencia, mejorar la capacidad de respuesta, así como elevar la calidad en la prestación de servicios.
- Apoyar la certificación de unidades médicas y también del personal de las áreas médica, paramédica y afín, tomando en consideración el Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (22 de agosto de 2002).
- Exigir a todos los que dirigen los equipos de trabajo haber presentado y, aprobado el examen de certificación en cada una de sus áreas y disciplinas.
- Sistema de promociones con base en el mérito según las evaluaciones, separación, control y evaluación de todo el sistema de carrera.
- La separación de los mandos medios y de enlace, al presentar un desempeño deficiente, su relevo en el contexto temporal del cambio de administración, como parte de un paquete de señales positivas de transformación y cambio organizacional.

Línea de acción 10.5. Investigación y el desarrollo tecnológico en salud

PROBLEMA

Para que los productos de la investigación científica influyan en la práctica médica, en la operación de los programas de salud pública o en la organización de los servicios de salud es necesario un vínculo estrecho entre la agenda de investigación, la agenda de la industria y las necesidades del sector. También es necesario contar con recursos suficientes y con los incentivos adecuados para producir investigación de excelencia. Ambas situaciones aún están pendientes de alcanzar.

OBJETIVO

Las investigaciones en el sistema de salud en la entidad, son pertinentes para las necesidades de salud de la población y cuentan con el apoyo y las condiciones estructurales necesarias para su realización.

INDICADOR

Recursos humanos competentes (I) $\times 100$
Investigadores

(I) En la aplicación del modelo de investigación operativa en salud.

“BASE 0”

Se están realizando capacitaciones permanentes en el personal médico y paramédico a través de la Metodología de la Investigación Operativa en servicios de salud, basada en las prioridades y líneas de investigación Metodología, aunque aún se siguen teniendo investigaciones, muchas de las cuales obedecen a un interés personal del investigador.

Se carece de condiciones estructurales para el desarrollo adecuado de la investigación.

BRECHA

Actualizar el Programa General de Investigación y Gestionar el Desarrollo Tecnológico del sector salud en la entidad.

META

Al año 2011

Contar con el Programa General de Investigación y Desarrollo Tecnológico para la entidad, con las líneas que respondan a la problemática prioritaria en salud y cuyos resultados se utilicen por el Sistema de Salud, contribuyendo a generar alternativas de solución para mejorar los servicios en la atención médica y elevar la salud de la población.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
<p>1.-Capacitar al personal médico y paramédico de los hospitales del ISEM, sobre la Metodología de la Investigación Operativa en Servicios de Salud, basada en las prioridades y líneas de investigación.</p> <p>2.- Participar en convocatorias de investigación del sector salud.</p> <p>3.- Gestionar estímulos para los investigadores del instituto</p> <p>4.- Difundir investigaciones realizadas a través de eventos públicos y medios</p>	<p>1.-Capacitar al personal de Laboratorio Estatal y de trasplantes, sobre la Metodología de la Investigación Operativa en servicios de salud, basada en las prioridades y líneas de investigación</p> <p>2.- Publicar la revista “Gaceta Médica”</p> <p>3.- Taller de análisis de proyectos de Investigación para</p>	<p>1.-Detectar debilidades y fortaleza de las actividades cotidianas y plantear estrategias de mejora.</p> <p>2.- Capacitar al personal que integran las subdirecciones del Instituto de Salud, sobre la Metodología de la Investigación Operativa en Servicios de Salud, basada en las prioridades y líneas de</p>	<p>1.- Detectar debilidades y fortalezas de las actividades cotidianas y plantear estrategias de mejora.</p> <p>2.- Revisión, adecuación y actualización de la normatividad existente en materia de investigación en salud.</p> <p>3.- Promover la presentación de trabajos de investigación en eventos</p>	<p>1.- Detectar debilidades y fortalezas de las actividades cotidianas y plantear estrategias de mejora.</p> <p>2.-Gestionar una red del registro de las investigaciones interinstitucionales .</p> <p>3.-Elaborar un boletín para la difusión de los resultados de las investigaciones para la población en general.</p>



<p>electrónicos</p> <p>5.- Impulsar el registro de la investigación a nivel Jurisdicciones Sanitarias y de Hospitales</p> <p>6.- Integración de la Comisión de Investigación y fortalecimiento de los Comités existentes.</p> <p>7.- Establecer foros de investigación para el personal becario.</p> <p>8.- Coordinación con otras instituciones para el impulso de la investigación.</p> <p>9.- Priorizar e impulsar Líneas de Investigación a través de los grupos afines.</p> <p>10.- Análisis y evaluación de las Metas Programáticas de Jurisdicciones Sanitarias y de Hospitales</p> <p>11.- Asesoría y orientación a los investigadores que lo soliciten.</p>	<p>concurso</p> <p>4.- Continuar con la difusión de investigaciones realizadas a través de eventos públicos y medios electrónicos y verificar su registro en el SERIS.</p> <p>6.- La Comisión y los Comités de Investigación dictaminarán, supervisarán y verificarán los proyectos de investigación generados en su área laboral.</p> <p>7.- Integración del Catálogo de Investigadores</p>	<p>Investigación</p> <p>3.- Gestionar espacios físicos y recurso para realizar investigación experimental en Hospitales de Segundo y Tercer Nivel del instituto.</p>	<p>internacionales.</p> <p>4.- Promover la participación de trabajos de investigación en premios nacionales e internacionales.</p>	
--	--	--	--	--

ESTRATEGIAS

- Definición de prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en salud que requiere el Sistema, a través de esquemas participativos y plurales.
- Definición de líneas de investigación y desarrollo tecnológico que serán apoyadas por el Sistema.
- Reglas de operación para el desarrollo de proyectos.
- Catálogo de investigadores.
- Impulso a la investigación en salud en las diversas dependencias del Sistema.
- Establecimiento de estímulos para los investigadores que aporten soluciones aplicadas a la problemática detectada.

- Creación de un sistema estatal de información sobre investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.
- Divulgación entre la población general de los resultados de la investigación en salud.

Línea de acción I0.6. Plan Maestro de infraestructura y equipamiento en salud

PROBLEMA

El Instituto de Salud del Estado de México cuenta con 1,010 unidades médicas, de las cuales 974 corresponden al primer nivel de atención, 31 al 2° y 5 al 3°; de ellas el 21.72% corresponden a la última década, en tanto que el 42.14% oscila entre 11 y 20 años, el 31.04% son de 21 a 30 años; el 3.3% es de 31 a 40 años y el 1.8% va de 41 a 65 años de antigüedad. Cabe señalar que el menor número de ellas se construyó con base a estudios de factibilidad, en tanto que la mayoría lo fue a petición o ejecución de las obras por autoridades o pobladores; en razón de ello en lo general no cumplen con la normatividad vigente para su funcionamiento o no responden a las necesidades de la población. En consecuencia en forma operativa, los hospitales de 2° y 3° nivel de atención, al igual que los centros de salud en el 1° nivel de atención, son heterogéneos e insuficientes; esto independientemente de las rehabilitaciones a las que han sido sujetas.

De igual forma la mayoría del equipamiento es obsoleto, considerando que tiene la misma antigüedad que los inmuebles y en casos aislados se observa tecnología de alta capacidad de resolución en centros de salud, en tanto que en los hospitales es precario. A todo esto se suma la falta de capacitación en el manejo de los equipos, tanto como en el mantenimiento preventivo o correctivo; agudizando el problema para otorgar los servicios.

OBJETIVO

Consolidación del Plan Maestro con la inclusión de modelos arquitectónicos y equipamiento por nivel de atención y complejidad, que permita: Regular y justificar la construcción de nuevas unidades médicas, sustitución o rehabilitación de unidades médicas en el 1°, 2° y 3° nivel de atención a la salud, con base en la normatividad vigente asociada a la metodología para realizar los estudios de necesidades de los servicios médico asistenciales locales, regionales y estatales por complejidad.

Renovar los proyectos médico arquitectónicos para lograr prototipos integrales flexibles en espacios dignos e higiénico –sanitarios articulados en sus servicios a fin de facilitar los flujos de operación, disminuir desplazamientos innecesarios del persona, ajustar plantillas operativas y mejorar la privacidad del paciente.

Participar con el área de los servicios de salud en la definición de necesidades por unidad médica a equipar considerando para ello el estudio de necesidades, nivel de atención y complejidad de los servicios a otorgar.

Promover el equipamiento con tecnología de precisión, estabilidad y alta resolución garantizando con ello el destino de la inversión a costo razonable.



INDICADOR

La infraestructura y el equipamiento del sector salud es la adecuada para su buen funcionamiento.

“BASE 0”

974 Centros de Salud en el 1^{er} Nivel de Atención.

31 Hospitales de 2^o Nivel de Atención.

5 Hospitales de 3^{er} Nivel de Atención.

BRECHA

Lo que necesitamos menos lo que tenemos.

META

Concepto	Unidades Médicas por Año				
	2006	2007	2008	2009	2010
Ampliación	223	232	200	200	80
Rehabilitación	5	19	5	5	5
Mantenimiento	228	251	235	215	135
Sustitución	7	1	2	1	1
Nueva creación	2	2	3	1	1
Equipamiento	237	254	245	222	87
Unidades beneficiadas	237	254	245	222	87
En el periodo	845				

Nota: Universo 1,010 de las cuales 965 son de primer nivel y 7 del segundo.

ESTRATEGIAS

- Detección de carencias inminentes basadas en la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud a población abierta e indicadores de resultados por unidad médica.
- Elaboración de los certificados de necesidades a fin de precisar las características de los inmuebles a rehabilitar, reordenar, sustituir o construir.
- Identificación y recuperación de áreas ociosas o destinadas a un servicio y empleadas como oficinas o almacenes.
- Ampliación de la capacidad física instalada de los hospitales existentes con mejora de espacios, instalaciones y equipamiento.
- Elaboración de los criterios para la sustitución o tipificación de las unidades médicas.

Mejora en la accesibilidad de los servicios de salud

- Definición del plan maestro de infraestructura.
- Definición los criterios en la selección de los terrenos para construir las nuevas unidades médicas considerando: isómeras, isócronas, vías y medios de comunicación; además de tiempos de traslado.
- Participación en la regionalización operativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes entre el primero y segundo nivel de atención.
- Identificación de reservas territoriales para la construcción o ampliación de unidades médicas.
- Renovación de los proyectos médico arquitectónicos.
- Coordinación con el área de infraestructura para la modificación de los modelos arquitectónicos de las unidades del 1°, 2° y 3er nivel de atención a la salud.
- Trabajo en equipo con servicios de salud e infraestructura para el reordenamiento de servicios en las unidades médicas existentes sujetas a rehabilitación.

Mapeo de la infraestructura del sector salud e inventario de la capacidad de respuesta

- Identificación de las unidades médicas por nivel de atención, capacidad de respuesta y servicios ociosos.
- Tipificación de recursos humanos por perfil en contacto directo con el paciente, directivo y de apoyo.
- Definición de criterios de construcción para unidades médicas de nueva creación.

Línea de acción I0.7. Redes para la Telemedicina

PROBLEMA

No contamos aún con la posibilidad de transmitir información, audio e imágenes a distancia en tiempo real y de forma interactiva.

OBJETIVO

Crear vínculos al interior del Sistema de Salud; entre los prestadores de servicios de unidades dispersas, que faciliten el diagnóstico en tiempo real y diferido, el control, tratamiento y el traslado de pacientes, así como la capacitación y coordinación a distancia.

INDICADOR

Número de Unidades Médicas de 2do y 3er nivel con alguna modalidad de telemedicina x 100
Total de Unidades Médicas de 2do y 3er nivel



“BASE 0”

El Hospital General de Valle de Chalco es un centro con telemedicina.

BRECHA

36 Hospitales.

META

Al año 2011

El total de Unidades de 2do y 3er nivel cuentan con alguna modalidad de telemedicina y brindan apoyo al 1er nivel de atención.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
Establecer diagnósticos de telecomunicación.	Evaluar resultados de Valle Chalco	Cobertura al 30% de Unidades Médicas	Cobertura al 60% de Unidades Médicas	Cobertura al 90% de Unidades Médicas

ESTRATEGIAS

- Buscar fuentes de financiamiento para llevar a cabo el proyecto de Telemedicina.
- Fortalecer la infraestructura informática y de telecomunicaciones del sector público de la salud de la entidad.
- Instrumentación de un proyecto piloto de capacitación a distancia.
- Puesta en marcha de un programa de mantenimiento adecuado del sistema.
- Buscar las instituciones que ya tienen funcionando el proyecto de Telemedicina.
- Establecer prioridades de atención por regiones para tener diagnóstico de introducción de unidades móviles.
- Establecer protocolos de atención para teleconsulta (real o diferida) por especialidad.
- Establecer procedimientos administrativo-jurídicos para la responsiva del tratamiento y el manejo del expediente.
- Establecer procedimiento para la teleconsulta (horarios, citas, registro, etc.).
- Implementación del Expediente Clínico Electrónico.
- Integrar y mantener inventario de equipo médico con conectividad digital y planear su ubicación.
- Evaluar la adquisición de equipamiento médico para garantizar que cumpla con los estándares de conectividad.
- Tal vez para todo lo anterior debiera constituirse un Comité de Telemedicina.

Línea de acción 10.8. Tecnologías de la información para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

PROBLEMA

No existe una política institucional que permita planear la implementación de tecnologías de información para apoyar las acciones en salud.

OBJETIVO

Agilizar y simplificar trámites y servicios para mantener la disponibilidad de la información tanto al público como intra e interinstitucional.

“BASE 0”

Se cuenta con la Página WEB del sector (integra Secretaría, ISEM, IMIEM, CCAMEM y CETRAEM).

Se cuenta con una intranet en el edificio principal.

BRECHA

El Sistema Estatal de Salud Pública opera en el 2005 con 1588 unidades médicas que idealmente deben contar con equipos informáticos y estar conectados en línea.

META

Al año 2011

Todas las unidades médicas cuentan con infraestructura informática que les permita apoyar la prestación de sus servicios.

Avance anual

2006	2007	2008	2009	2010
Operación del intranet para todo el sistema y del correo electrónico de todos los servidores públicos de sector.	Consolidación del acceso a Internet de todas las delegaciones y jurisdicción y todas las áreas directivas del sector público de la salud de la entidad.	Diseño de plataformas comunes para incorporar bases de datos y sistemas de intercambio de información a las páginas Web de las instituciones públicas de salud.	Diseño y publicación de formularios en páginas Web que faciliten la captación remota de datos desde los niveles operativos, con el fin de apoyar la operación de los sistemas de información en salud y el levantamiento de encuestas.	



ESTRATEGIAS

- Desarrollar e implantar bases de datos con tecnología Web para facilitar el acceso y consulta remota de datos en beneficio de las instituciones de salud, la comunidad académica y la sociedad en general.
- Apoyar la comunicación interna y externa de las instituciones de salud, mediante mecanismos tales como los foros de opinión y consulta, los servicios de correo y chat, entre otros y agilizar los flujos de información.
- Integrar el Comité de Tecnologías de la Información para planear la inversión en TICs.
- Implementación de redes locales en Unidades médicas y administrativas.
- Implementación de políticas de asignación de recursos informáticos.
- Integración de diagnóstico de requerimientos informáticos por tipo de Unidad y manejo de aplicaciones.



4. Anexos



ANEXO ESTADÍSTICO

CONTENIDO

Tabla número	Título
1.	Estructura de población por edades en el Estado de México por sexo y edad al 1° de enero de 2005
2.	Población asegurada por sexo y grupos de edad en el Estado de México al año 2005
3.	Población no derecho habiente por municipio, al 2006 en el Estado de México
4.	Niveles de marginalidad por municipio
5.	Esperanza de vida al nacimiento
6.	Mortalidad infantil
7.	Mortalidad en menores de 5 años
8.	Mortalidad materna
9.	Mortalidad por cáncer cérvico uterino
10.	Mortalidad por cáncer de mama
11.	Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
12.	Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares
13.	Mortalidad por cáncer pulmonar
14.	Mortalidad por diabetes mellitus
15.	Mortalidad por cirrosis hepática
16.	Mortalidad por suicidios
17.	Mortalidad por homicidios
18.	Mortalidad por accidentes de tránsito
19.	Mortalidad por SIDA
20.	Mortalidad por tuberculosis pulmonar
21.	Tiempo de espera en consulta externa



Tabla número	Título
22.	Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa
23.	Tiempo de espera en urgencias
24.	Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias
25.	Desempeño en el Examen Nacional de Residencias Médicas
26.	Porcentaje de investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores
27.	Gasto público en salud como porcentaje del PIB
28.	Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total
29.	Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud
30.	Aportación estatal y federal al financiamiento del Seguro Popular
31.	Cobertura de vacunación en niños de 1 año
32.	Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud
33.	Mortalidad hospitalaria según entidad federativa y sexo, 2001
34.	Mortalidad infantil hospitalaria
35.	Mortalidad materna hospitalaria
36.	Mortalidad hospitalaria en adultos mayores de 65 años
37.	Consultas por consultorio
38.	Cirugías por quirófano
39.	Disponibilidad de médicos Médicos en contacto con pacientes
40.	Médicos por población de responsabilidad
41.	Disponibilidad de enfermeras Enfermeras por entidad federativa, 2003
42.	Disponibilidad de enfermeras por población de responsabilidad
43.	Disponibilidad de camas
44.	Nacimientos por cesáreas
45.	Hospitales certificados



Tabla número	Título
46.	Gasto en salud per cápita institucional
47.	Gasto en administración
48.	Gasto en medicamentos

Tabla I

Estructura de población por edades en el Estado de México por sexo y edad al 1° de enero de 2005

Edad	H.	M.	Edad	H.	M.	Edad	H.	M.	Edad	H.	M.
0	135750	129814	26	135720	135645	52	56224	59186	78	8413	10559
1	135780	129954	27	134349	134605	53	52729	55719	79	7543	9574
2	136274	130490	28	133129	133646	54	49594	52589	80	6729	8643
3	136835	131069	29	131780	132495	55	46336	49320	81	5963	7743
4	137352	131572	30	129715	130567	56	43239	46210	82	5243	6892
5	140327	134397	31	128039	129011	57	40207	43152	83	4576	6086
6	144539	138363	32	125768	126851	58	37767	40698	84	3965	5337
7	146580	140211	33	123366	124546	59	35492	38426	85	3408	4639
8	149866	143314	34	120343	121655	60	33421	36347	86	2844	3915
9	153138	146352	35	117552	119065	61	31342	34280	87	2378	3312
10	154873	147959	36	115175	116659	62	29391	32333	88	2005	2816
11	155655	148716	37	112367	113963	63	27591	30503	89	1706	2418
12	155501	148649	38	109202	110895	64	25900	28798	90	1458	2077
13	154930	148735	39	106072	107858	65	24297	27188	91	1239	1772
14	153176	146898	40	102744	104637	66	22796	25685	92	1056	1520
15	151925	146066	41	99289	101307	67	21354	24228	93	890	1283
16	150780	145275	42	95752	97914	68	19977	22841	94	722	1044
17	149539	144679	43	92184	94477	69	18646	21500	95	571	827
18	147858	143696	44	88598	91056	70	17373	20197	96	441	637
19	145806	142319	45	84796	87447	71	16124	18902	97	333	482
20	144833	141862	46	80742	83486	72	14908	17631	98	244	356
21	143290	140849	47	76587	79406	73	13714	16371	99	176	256
22	141824	139895	48	72369	75248	74	12544	15119	100 o más	329	482
23	140189	138784	49	68215	71116	75	11418	13897			
24	138738	137822	50	64179	67065	76	10361	12736			

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002.

Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000.

El total puede no coincidir con la suma de los parciales, debido al redondeo de las cifras

Tabla 2

Población asegurada por sexo y grupos de edad en el Estado de México al año 2005

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres	Población Total asegurada	Población Total No asegurada	Población asegurada Hombres	Población No asegurada Hombres	Población asegurada Mujeres	Población No asegurada Mujeres
Total	14,672,398	7,329,634	7,342,764	6,922,262	7,750,136	3,422,419	3,907,215	3,499,843	3,842,921
- 1	264,851	135,391	129,460	107,041	157,810	54,154	81,237	52,887	76,573
2 - 4	1,067,203	545,183	522,020	432,505	634,698	221,309	323,874	211,196	310,824
5 - 9	1,422,352	726,947	695,405	578,302	844,050	295,609	431,338	282,693	412,712
10 - 14	1,514,797	774,217	740,580	627,569	887,228	322,830	451,387	304,739	435,841
15 - 19	1,472,703	748,722	723,981	582,503	890,200	296,298	452,424	286,205	437,776
20 - 24	1,412,565	711,208	701,357	576,837	835,728	288,504	422,704	288,333	413,024
25 - 29	1,351,070	675,008	676,062	616,707	734,363	306,496	368,512	310,211	365,851
30 - 34	1,271,117	632,720	638,397	616,401	654,716	301,811	330,909	314,590	323,807
35 - 39	1,142,777	567,275	575,502	597,605	545,172	287,878	279,397	309,727	265,775
40 - 44	984,585	486,878	497,707	559,106	425,479	270,343	216,535	288,763	208,944
45 - 49	798,676	392,270	406,406	470,416	328,260	225,344	166,926	245,072	161,334
50 - 54	597,562	291,199	306,363	363,584	233,978	174,200	116,999	189,384	116,979
55 - 59	433,591	209,219	224,372	267,863	165,728	127,488	81,731	140,375	83,997
60 - 64	317,839	151,442	166,397	196,098	121,741	94,370	57,072	101,728	64,669
65 y +	620,710	281,955	338,755	329,725	290,985	155,785	126,170	173,940	164,815

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002.

Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000.

El total puede no coincidir con la suma de los parciales, debido al redondeo de las cifras

Tabla 3

Población no derecho habiente por municipio, al 2006 en el Estado de México

Municipios	Población no derechohabiente	Total hombres	Total Mujeres
Nacional	58,611,553	29,417,409	29,194,154
Estado de México	7,851,215	3,957,299	3,893,916
Acambay	52,433	26,428	26,005
Acolman	35,055	17,669	17,386
Aculco	36,554	18,425	18,129
Almoloya de Alquisiras	14,601	7,359	7,242
Almoloya de Juárez	104,802	52,824	51,978
Almoloya del Río	7,418	3,739	3,679
Amanalco	22,225	11,202	11,023



Municipios	Población no derechohabiente	Total hombres	Total Mujeres
Amatepec	28,195	14,211	13,984
Amecameca	29,199	14,717	14,482
Apaxco	13,119	6,612	6,507
Atenco	25,663	12,935	12,728
Atizapán	5,575	2,810	2,765
Atizapán de Zaragoza	229,716	115,785	113,931
Atlacomulco	49,484	24,942	24,542
Atlautla	23,271	11,729	11,542
Axapusco	16,231	8,181	8,050
Ayapango	4,796	2,417	2,379
Calimaya	23,144	11,665	11,479
Capulhuac	23,893	12,043	11,850
Coacalco de Berriozábal	98,610	49,703	48,907
Coatepec Harinas	31,866	16,062	15,804
Cocotitlán	4,736	2,387	2,349
Coyotepec	19,679	9,919	9,760
Cuautitlán	29,014	14,624	14,390
Chalco	155,646	78,451	77,195
Chapa de Mota	21,165	10,668	10,497
Chapultepec	3,091	1,558	1,533
Chiautla	15,566	7,846	7,720
Chicoloapan	50,456	25,432	25,024
Chiconcuac	15,941	8,035	7,906
Chimalhuacán	388,885	196,012	192,873
Donato Guerra	29,565	14,902	14,663
Ecatepec de Morelos	840,546	423,666	416,880
Ecatzingo	7,071	3,564	3,507
Huehuetoca	21,039	10,604	10,435
Hueypoxtla	26,334	13,273	13,061
Huixquilucan	130,042	65,546	64,496
Isidro Fabela	6,751	3,403	3,348
Ixtapaluca	194,823	98,198	96,625
Ixtapan de La Sal	24,720	12,460	12,260
Ixtapan del Oro	6,309	3,180	3,129
Ixtlahuaca	91,302	46,020	45,282
Xalatlaco	15,240	7,682	7,558
Jaltenco	19,927	10,044	9,883
Jilotepec	48,648	24,520	24,128
Jilotzingo	10,910	5,499	5,411
Jiquipilco	54,127	27,282	26,845
Jocotitlán	27,161	13,690	13,471
Joquicingo	9,155	4,614	4,541
Juchitepec	17,233	8,686	8,547
Lerma	60,606	30,548	30,058
Malinalco	18,406	9,277	9,129
Melchor Ocampo	20,560	10,363	10,197
Metepec	76,784	38,702	38,082
Mexicaltzingo	7,520	3,790	3,730
Morelos	23,500	11,845	11,655
Naucalpan de Juárez	378,243	190,648	187,595



<i>Municipios</i>	<i>Población no derechahabiente</i>	<i>Total hombres</i>	<i>Total Mujeres</i>
Nezahualcóyotl	61,246	308,705	303,760
Nextlalpan	18,482	9,316	9,166
Nicolás Romero	145,946	73,562	72,384
Nopaltepec	6,300	3,175	3,125
Ocoyoacac	32,307	16,284	16,023
Ocuilán	23,276	11,732	11,544
Oro, El	27,539	13,881	13,658
Otumba	28,176	14,202	13,974
Otzoloapan	5,041	2,541	2,500
Otzolotepec	44,985	22,674	22,311
Ozumba	19,551	9,854	9,697
Papalotla	2,591	1,306	1,285
Paz, La	144,865	73,017	71,848
Polotitlán	7,108	3,583	3,525
Rayón	4,762	2,400	2,362
San Antonio la Isla	6,592	3,323	3,269
San Felipe del Progreso	187,151	94,331	92,820
San Martín delLas			
Pirámides	16,588	8,361	8,227
San Mateo Atenco	40,517	20,422	20,095
San Simón de Guerrero	4,906	2,473	2,433
Santo Tomás	8,164	4,115	4,049
Soyaniquilpan de Juárez	8,178	4,122	4,056
Sultepec	27,491	13,856	13,635
Tecámac	105,432	53,142	52,290
Tejupilco	89,577	45,150	44,427
Temamatla	6,001	3,025	2,976
Temascalapa	22,006	11,092	10,914
Temascalcingo	57,246	28,854	28,392
Temascaltepec	29,342	14,789	14,553
Temoaya	69,197	34,878	34,319
Tenancingo	52,655	26,540	26,115
Tenango del Aire	6,669	3,361	3,308
Tenango del Valle	49,102	24,749	24,353
Teoloyucán	47,331	23,857	23,474
Teotihuacán	31,470	15,862	15,608
Tepetlaoxtoc	18,249	9,198	9,051
Tepetlixpa	14,380	7,248	7,132
Tepotzotlán	31,954	16,106	15,848
Tequixquiác	21,183	10,677	10,506
Texcaltitlán	15,921	8,025	7,896
Texcalyacac	2,965	1,494	1,471
Texcoco	128,282	64,659	63,623
Tezoyuca	12,853	6,478	6,375
Tianguistenco	41,418	20,876	20,542
Timilpan	13,530	6,820	6,710
Tlalmanalco	17,373	8,757	8,616
Tlalnepantla de Baz	276,204	139,217	136,987
Tlatlaya	32,336	16,299	16,037
Toluca	348,238	175,525	172,713



Municipios	Población no derechahabiente	Total hombres	Total Mujeres
Tonatico	10,142	5,112	5,030
Tultepec	49,848	25,125	24,723
Tultitlán	198,122	99,861	98,261
Valle De Bravo	48,312	24,351	23,961
Villa De Allende	41,240	20,786	20,454
Villa Del Carbón	32,692	16,478	16,214
Villa Guerrero	50,863	25,637	25,226
Villa Victoria	74,429	37,515	36,914
Xonacatlán	32,023	16,141	15,882
Zacazonapan	3,395	1,711	1,684
Zacualpan	13,858	6,985	6,873
Zinacantepec	84,767	42,726	42,041
Zumpahuacán	15,001	7,561	7,440
Zumpango	70,380	35,474	34,906
Cuautitlán Izcalli	165,777	83,558	82,219
Valle De Chalco	249,920	125,969	123,951
Solidaridad			
San José del Rincón	S/D	S/D	S/D

(Ajustada con los totales estatales de internet)

Tabla 4

Niveles de marginalidad por municipio

Municipio	Índice absoluto de marginación	
	1990	2000
Acambay	58.8	44.2
Acolman	26.2	19.3
Aculco	59.1	44.5
Almoloya de Alquisiras	58.5	43.4
Almoloya de Juárez	56.3	41.5
Almoloya del Río	36.9	18.7
Amanalco	63.6	48.5
Amatepec	65.6	47.0
Amecameca	27.3	21.2
Apaxco	37.5	22.9
Atenco	34.0	21.9
Atizapán	36.7	21.6
Atizapán de Zaragoza	17.8	11.8
Atlacomulco	44.0	29.9
Atlautla	46.2	29.2
Axapusco	42.5	32.8
Ayapango	38.6	29.9
Calimaya	37.9	23.4
Capulhuac	33.0	19.7



Municipio	Índice absoluto de marginación	
	1990	2000
Coacalco de Berriozábal	11.5	8.0
Coatepec Harinas	57.4	41.4
Cocotitlán	36.2	17.3
Coyotepec	27.2	18.7
Cuautitlán	18.9	12.7
Chalco	31.1	19.5
Chapa de Mota	58.8	42.4
Chapultepec	33.9	16.7
Chiautla	35.1	24.6
Chicoloapan	22.1	15.8
Chiconcuac	31.8	16.1
Chimalhuacán	27.6	19.9
Donato Guerra	65.5	53.4
Ecatepec de Morelos	19.7	14.2
Ecatzingo	52.3	31.3
Huehuetoca	33.8	20.0
Hueypoxtla	47.1	27.3
Huixquilucan	24.7	15.1
Isidro Fabela	48.4	34.5
Ixtapaluca	26.9	15.4
Ixtapan de la Sal	45.8	30.8
Ixtapan del Oro	63.6	47.4
Ixtlahuaca	54.3	37.7
Xalatlaco	42.7	25.6
Jaltenco	27.4	12.8
Jilotepec	51.6	36.9
Jilotzingo	43.3	31.5
Jiquipilco	52.3	41.1
Jocotitlán	46.5	31.2
Joquicingo	44.3	34.4
Juchitepec	42.0	26.8
Lerma	36.1	21.8
Malinalco	55.5	36.9
Melchor Ocampo	23.1	16.9
Metepec	16.0	9.8
Mexicaltzingo	34.4	19.1
Morelos	59.5	47.7
Naucalpan de Juárez	16.7	12.7
Nezahualcóyotl	17.3	12.2
Nextlalpan	35.4	23.5
Nicolás Romero	26.3	17.5
Nopaltepec	45.4	31.7
Ocoyoacac	29.6	19.7
Ocuilán	53.1	40.6
Oro, El	51.9	38.1
Otumba	42.0	30.3
Otzoloapan	63.0	44.0



Municipio	Índice absoluto de marginación	
	1990	2000
Otzolotepec	47.4	31.7
Ozumba	38.7	23.6
Papalotla	33.4	25.7
Paz, La	22.1	16.2
Polotitlán	45.1	31.4
Rayón	38.3	19.4
San Antonio la Isla	39.6	17.9
San Felipe del Progreso	66.2	53.7
San Martín de las Pirámides	36.4	22.9
San Mateo Atenco	25.5	18.3
San Simón de Guerrero	58.0	42.1
Santo Tomás	53.7	40.0
Soyaniquilpan de Juárez	51.7	35.8
Sultepec	67.9	53.8
Tecámac	23.7	14.2
Tejupilco	57.1	39.3
Temamatla	33.2	26.8
Temascalapa	42.4	30.6
Temascalcingo	53.5	38.9
Temascaltepec	60.4	46.8
Temoaya	54.0	41.5
Tenancingo	38.9	28.6
Tenango del Aire	39.2	29.2
Tenango del Valle	41.2	28.4
Teoloyucán	26.4	16.2
Teotihuacán	34.3	21.9
Tepetlaoxtoc	39.9	27.8
Tepetlixpa	42.2	25.4
Tepotzotlán	27.5	16.1
Tequixquiac	38.5	19.4
Texcaltitlán	60.7	44.5
Texcalyacac	35.7	27.8
Texcoco	25.3	16.4
Tezoyuca	33.8	17.2
Tianguistenco	34.5	24.0
Timilpan	51.8	38.5
Tlalmanalco	26.1	16.3
Tlalnepantla de Baz	15.8	11.6
Tlatlaya	67.2	48.3
Toluca	24.5	15.5
Tonatico	42.1	25.9
Tultepec	20.9	13.8
Tultitlán	18.1	12.3
Valle de Bravo	37.0	27.6
Villa de Allende	62.6	48.5
Villa del Carbón	56.9	41.3

Municipio	Índice absoluto de marginación	
	1990	2000
Villa Guerrero	50.5	38.0
Villa Victoria	67.9	55.5
Xonacatlán	38.7	23.4
Zacazonapan	54.7	36.6
Zacualpan	62.6	50.2
Zinacantepec	38.9	26.0
Zumpahuacán	62.0	49.1
Zumpango	29.8	19.0
Cuautitlán Izcalli	13.3	9.8
Valle de Chalco		
Solidaridad	48.1	18.1

Tabla 5

Esperanza de vida al nacimiento

Entidad federativa	Esperanza de vida al nacimiento		Mortalidad infantil 1/		Mortalidad infantil 2/		Mortalidad en menores de 5 años. 3/ Tasa observada.
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Nacional	72.7	77.6	18.4	14.5	22.9	18.0	3.9
Estado de México	73.2	78.1	25.8	20.2	20.2	15.8	5.1

1/ Tasa de mortalidad observada en menores de un año, por 1 000 habitantes menores de un año, de acuerdo a la base de datos de Mortalidad INEGI 2003 y las proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada 1 000 menores de 1 año. Proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

3/ Tasa de mortalidad observada en menores de cinco años de edad, por 1 000 habitantes de ese grupo de edad. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones 2004 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.



Tabla 6

Mortalidad infantil

Entidad federativa	Mortalidad infantil 1/		Mortalidad infantil 2/	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	18.4	14.5	22.9	18.0
Estado de México	25.8	20.2	20.2	15.8

1/ Tasa de mortalidad observada en menores de un año, por 1 000 habitantes menores de un año, de acuerdo a la base de datos de Mortalidad INEGI 2003 y las proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada 1 000 menores de 1 año. Proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

3/ Tasa de mortalidad observada en menores de cinco años de edad, por 1 000 habitantes de ese grupo de edad. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones 2004 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

Tabla 7

Mortalidad en menores de 5 año.

Entidad federativa	Mortalidad en menores de 5 años. 3/
	Tasa observada.
Nacional	3.9
Estado de México	5.1

1/ Tasa de mortalidad observada en menores de un año, por 1 000 habitantes menores de un año, de acuerdo a la base de datos de Mortalidad INEGI 2003 y las proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Se refiere a la probabilidad de morir por cada 1 000 menores de 1 año. Proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

3/ Tasa de mortalidad observada en menores de cinco años de edad, por 1 000 habitantes de ese grupo de edad. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones 2004 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

Tabla 8

Mortalidad materna

<i>Entidad federativa</i>	<i>Razón de mortalidad materna (O00-O99, excepto O96 y O97, así como B20 B24 y A34) 1/</i>	
	<i>Nacional</i>	<i>Estado de México</i>
	62.6	73.4

1/ Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares nacidos vivos estimados por el CONAPO, 2002.

Tabla 9

Mortalidad por cáncer cérvico uterino

<i>Entidad federativa</i>	<i>Cáncer cérvico uterino (C53)</i>	
	<i>Tasa observada 2/</i>	<i>Tasa estandarizada 3/</i>
<i>Nacional</i>	16.2	20.7
<i>Estado de México</i>	12.6	19.9

2/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 mujeres de 25 años y más. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

3/ Tasas de mortalidad por 100 000 mujeres de 25 años y más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Tabla 10

Mortalidad por cáncer de mama

<i>Entidad federativa</i>	<i>Cáncer mamario (C50)</i>	
	<i>Tasa observada 2/</i>	<i>Tasa estandarizada 3/</i>
<i>Nacional</i>	15.7	20.9
<i>Estado de México</i>	14.0	21.1



2/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 mujeres de 25 años y más. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

3/ Tasas de mortalidad por 100 000 mujeres de 25 años y más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Tabla 11

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón

Entidad federativa	Enfermedades isquémicas del corazón (160 169)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	56.6	90.8	45.4	64.5
Estado de México	35.6	65.6	31.8	54.0

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

Tabla 12

Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares

Entidad federativa	Enfermedades cerebro vasculares (120 125)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	24.7	39.9	27.8	39.1
Estado de México	17.7	33.1	21.8	35.9

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

Tabla 13

Mortalidad por cáncer pulmonar

Entidad federativa	Cáncer pulmonar (C34)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	9.1	14.7	4.3	5.9
Estado de México	4.8	8.8	3.1	4.8

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

Tabla 14

Mortalidad por diabetes mellitus

Entidad federativa	Diabetes Mellitus (E10 E14)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	55.0	85.7	62.6	87.7
Estado de México	54.5	94.5	59.8	95.0

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.



Tabla 15

Mortalidad por cirrosis hepática

Entidad federativa	Cirrosis hepática (K70.2, 70.3, 71.7, 74 y 76.1)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	34.2	48.0	10.8	14.5
Estado de México	39.0	58.6	13.1	19.0

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004 cifras preliminares y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

Tabla 16

Mortalidad por suicidios

Entidad federativa	Suicidios 2003 (X60-X84)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 3/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 3/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	6.5	7.1	1.3	1.3
Estado de México	3.1	3.2	0.9	0.8

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

3/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Base de datos de Mortalidad INEGI 2003 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

Tabla 17

Mortalidad por homicidios

Entidad federativa	Homicidios 2003 (X85-Y09)			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	16.7	17.9	2.5	2.6
Estado de México	24.0	25.6	4.5	4.8

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Base de datos de mortalidad INEGI 2003 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

Tabla 18

Mortalidad por accidentes de tránsito

Entidad federativa	Accidentes de tránsito 2003 3/			
	Hombres		Mujeres	
	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/	Tasa observada 1/	Tasa estandarizada 2/
Nacional	21.9	24.2	6.3	6.9
Estado de México	20.7	23.0	6.7	7.3

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Base de datos de mortalidad INEGI 2003 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

3/ Códigos CIE-10: V02-V04; V09.2, V09.3, V09.9; V12-V14; V19.4, V19.6; V20-V28; V29-V79; V80.3-V80.5; V81.1, V82.1; V83-V86; V87.0, V87.8; V89.2, V89.9; Y85.



Tabla 19

Mortalidad por SIDA

<i>Entidad federativa</i>	<i>Mortalidad por SIDA 2003 (B20-B24)</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	<i>Tasa observada 1/</i>	<i>Tasa estandarizada 1/</i>
<i>Nacional</i>	<i>16.7</i>	<i>3.1</i>
<i>Estado de México</i>	<i>10.0</i>	<i>1.7</i>

1/ Tasa de mortalidad observada por 100 000 habitantes. Fuente: Base de datos de mortalidad INEGI 2003 y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

2/ Tasa de incidencia por 100 000 habitantes de 15 años de edad y más en 2004. Fuente: Dirección General Adjunta de Epidemiología/Secretaría de Salud y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

Tabla 20

Mortalidad por tuberculosis pulmonar

<i>Entidad federativa</i>	<i>Tuberculosis pulmonar (A15-A16)</i>
	<i>Hombres</i>
	<i>Tasa observada 2/</i>
<i>Nacional</i>	<i>19.2</i>
<i>Estado de México</i>	<i>4.7</i>

2/ Tasa de incidencia por 100 000 habitantes de 15 años de edad y más en 2004. Fuente: Dirección General Adjunta de Epidemiología/Secretaría de Salud y proyecciones de población 2000-2050 del CONAPO, 2002.

Tabla 21

Tiempo de espera en consulta externa

<i>Entidad federativa</i>	<i>Tiempo de espera en consulta externa 2/</i>
<i>Nacional</i>	<i>26.3</i>
<i>Estado de México</i>	<i>48.0</i>

2/ Tiempo promedio de espera en minutos. Datos observados en 7 902 unidades de primer nivel y 670 hospitales.

Tabla 22

Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa

<i>Entidad federativa</i>	<i>% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa.</i>
<i>Nacional</i>	<i>91.5</i>
<i>Estado de México</i>	<i>84.2</i>

Tabla 23

Tiempo de espera en urgencias

<i>Entidad federativa</i>	<i>Tiempo de espera en urgencias 2/</i>
<i>Nacional</i>	<i>18.1</i>
<i>Estado de México</i>	<i>22.0</i>

Tabla 24

Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias

<i>Entidad federativa</i>	<i>% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en urgencias.</i>
<i>Nacional</i>	<i>87.1</i>
<i>Estado de México</i>	<i>81.6</i>

2/ Tiempo promedio de espera en minutos. Datos observados en 7 902 unidades de primer nivel y 670 hospitales.

Tabla 25

Desempeño en el Examen Nacional de Residencias Médicas.1/

<i>Escuelas y facultades de medicina</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>
<i>ITESM</i>	<i>43.40</i>	<i>57.85</i>	<i>75.60</i>
<i>U Guadalajara</i>	<i>23.05</i>	<i>44.50</i>	<i>74.70</i>
<i>U Anáhuac</i>	<i>28.55</i>	<i>48.90</i>	<i>73.85</i>
<i>U A Tamaulipas,</i>	<i>26.40</i>	<i>44.40</i>	<i>72.10</i>
<i>Tampico</i>			



U A Nuevo León	28.00	48.35	71.35
Ejército y Fuerza Aérea	28.05	48.60	71.25
U A Guadalajara	25.45	44.80	71.10
U A Estado de México	23.45	46.35	70.65

I/ Fuente: Resultados del Examen Nacional de Residencias Médicas 2004. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

Tabla 26

Porcentaje de investigadores en el Sistema Nacional de Investigadores

<i>Instituciones con investigadores</i>	<i>% de investigadores que pertenecen al S.N.I.</i>	<i>% de investigadores en el Estado de México que pertenecen al S.N.I.</i>
Institutos Nacionales de Salud		
Neurología y Neurocirugía	56.3	
Enfermedades respiratorias	54.9	
Cardiología	53.7	
C. Médicas y Nutrición	48.5	
Cancerología	36.3	
Psiquiatría	31.4	
Salud Pública	29.7	
Pediatría	21.3	
Perinatología	17.8	
Hospital Infantil de México	12.2	
Centros de Investigación Biomédica		
Unidades de Investigación Médica	64.0	
Unidades de Investigación Epidemiológica Clínica	56.3	
Unidades de Investigación en Epidemiológica y Servicios de Salud	39.5	
Unidades de Atención Médica	24.9	
Hospitales desconcentrados de la Secretaría de Salud		
H. General de México	28.4	
H. Gea González	27.0	
H. Juárez de México	16.7	
Centro Nacional de Rehabilitación	4.2	

Fuente: Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud e Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabla 27

Gasto público en salud como porcentaje del PIB

<i>Entidad federativa</i>	<i>Gasto público en salud como porcentaje del PIB</i> <i>2/</i>
<i>Nacional</i>	3.0
<i>Estado de México</i>	2.5

1/ Cifras preliminares al 31 de mayo de 2005. Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS); Dirección General de Información en Salud; Secretaría de Salud.

2/ El PIB nominal por gran división para 2004 es de \$7,563'778,032 miles de pesos según INEGI. A partir de ese total se realizó una distribución proporcional entre las entidades federativas, tomando en cuenta el crecimiento promedio. El diferencial entre el total para las entidades federativas y el total nacional se debe a que al PIB a precios de mercado se le restan los impuestos a los productos netos.

Tabla 28

Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total

<i>Entidad federativa</i>	<i>Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total</i>
<i>Nacional</i>	17.4
<i>Estado de México</i>	25.3

Tabla 29

Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud

<i>Entidad federativa</i>	<i>Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada</i> <i>3/</i>	
	<i>Federal</i>	<i>Estatal</i>
<i>Nacional</i>	82.6	17.4
<i>Estado de México</i>	95.3	4.7

3/ El gasto federal incluye el ramo 33 (FASSA) y ramo 12. La distribución de ramo 12 se realizó de la siguiente manera: las transferencias directas se asignaron por entidad federativa en lo que se refiere a programas como Oportunidades, IMSS- Oportunidades, Comunidades Saludables, Cruzada Nacional y Apoyos Especiales. Lo correspondiente a Unidades Centrales se considera



como gasto no distribuible. El Hospital Manuel Gea González, el Hospital General de México, el Hospital Infantil, el Hospital Juárez de México y los Institutos Nacionales en función de los egresos hospitalarios. Por último, el resto de Organismos Descentralizados y Órganos Desconcentrados se considera de igual manera gasto no distribuible.

Tabla 30

Aportación estatal y federal al financiamiento del Seguro Popular

Entidad federativa	Relación entre la aportación estatal y federal al financiamiento del Seguro Popular 2/		
	Federal	Estatad	Cuota Familiar
Nacional	68.9	29.9	1.2
Estado de México	72.6	27.2	0.2

1/ Cifras preliminares al 31 de mayo de 2005. Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS); Dirección General de Información en Salud; Secretaría de Salud.

2/ La Aportación Federal está compuesta por la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Cuota Social Transferible, ambas transferencias realizadas a través de ramo 12.

Tabla 31

Cobertura de vacunación en niños de 1 año

Entidad federativa	Cobertura de vacunación en niños de 1 año 3/
Nacional	95.4
Estado de México	88.4

3/ Se refiere al porcentaje de niños de ese grupo de edad que completaron el esquema de vacunación. Fuente: Consejos Estatales de Prevención y Control de Enfermedades.

PROVAC.

Tabla 32

Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud

Entidad federativa	Porcentaje de familias sin seguridad social afiliadas al Seguro Popular 4/
Nacional	13.1
Estado de México	5.3

4/ Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; Secretaría de Salud.

Tabla 33

Mortalidad hospitalaria según entidad federativa y sexo, 2001

Entidad federativa	Egresos hospitalarios					Días estancia	
	Total	Hombres	Mujeres	No esp.	Tasa	Total	Promedio
Nacional	112,658	59,198	53,430	30	2729.7	963,643	8.6
Estado de México	6,814	3,494	3,320	0	2594.3	106,482	15.6

Tabla 34

Mortalidad infantil hospitalaria

Entidad federativa	Infantil hospitalaria 4/		
	Salud	IMSS	ISSSTE
Nacional	15.4	9.0	10.5
Estado de México	14.8	5.6	3.3

4/ Tasa de mortalidad infantil intrahospitalaria: muertes en menores de un año por 1 000 nacidos vivos en la misma institución.

Tabla 35

Mortalidad materna hospitalaria.

Entidad federativa	Materna hospitalaria 2/		
	Salud	IMSS	ISSSTE 3/
Nacional	37.7	12.6	21.5
Estado de México	50.6	1.8	

1/ Fuente: Dirección General de Información en Salud; Secretaría de Salud.



2/ Tasa de mortalidad materna intrahospitalaria: muertes por las causas O00-O99, excepto O96 y O97, así como B20-B24 y A34 entre el número de nacidos vivos en la institución por 100 000.3/ No se incluyen valores estatales porque sus cifras son muy pequeñas y carecen de robustez.

Tabla 36

Mortalidad hospitalaria en adultos mayores de 65 años

Entidad federativa	En adultos mayores hospitalizados 5/		
	Salud	IMSS	ISSSTE
Nacional	96.8	97.6	75.5
Estado de México	137.5	105.1	81.7

5/ Tasa de mortalidad: muertes en mayores de 65 años por 1,000 egresos de ese grupo de edad.

Tabla 37

Consultas por consultorio

Entidad federativa	Consultas diarias por consultorio					
	Salud	IMSS-Op	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA
Nacional	14.9	17.2	29.5	16.8	12.4	7.3
Estado de México	20.6		29.6	18.6	10.2	6.6

1/ Fuente: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS); Dirección General de Información en Salud; Secretaría de Salud.

Tabla 38

Cirugías por quirófano

Entidad federativa	Cirugías diarias por quirófano					
	Salud	IMSS-Op	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA
Nacional	2.4	3.5	4.0	2.4	1.9	0.9
Estado de México	2.7		4.1	1.6		0.6

Tabla 39

Disponibilidad de médicos.

Médicos en contacto con pacientes

Entidad Federativa	Total	Médicos en contacto con el paciente					En Otras Labores 5/
		Subtotal	Generales	Especialistas 2/	En formación 3/	Odontólogos 4/	
Nacional	153,605	123,522	37,093	46,604	32,783	7,042	30,083
Estado de México	12,649	10,168	3,569	3,671	2,184	744	2,481

1/ Incluye información de hospitales universitarios, hospitales estatales y Sistema de Transporte Colectivo (Metro); No incluye sector privado.

2/ Incluye información de pediatras, gineco-obstetras, cirujanos (generales y especializados), internistas, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, traumatólogos, dermatólogos, anesthesiólogos, siquiátras, endocrinólogos, gastroenterólogos, cardiólogos, rehabilitación (medicina física), urólogos, cirujanos plásticos y reconstructivos, neumólogos, neurólogos, oncólogos, hematólogos, urgenciólogos, ortopedistas, proctólogos, angiólogos (vascular periféricos), nefrólogos, reumatólogos, infectólogos, geriatras, genetistas, paidopsiquátras, psicogeriatras y otros.

3/ Incluye información de pasantes de medicina, pasantes de odontología, internos de pregrado y residentes.

4/ Incluye información de odontólogos y odontólogos especialistas (incluye cirujano maxilo-facial).

5/ Incluye información de labores administrativas, labores de enseñanza e investigación, epidemiólogos, anatomopatólogos, radiólogos y otros.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2003.

Tabla 40

Médicos por población de responsabilidad

Entidad federativa	Médicos por 1000 personas de la población de responsabilidad	
	Secretaría de Salud	Seguridad Social
Nacional	1.1	1.4
Estado de México	0.6	0.8

Secretaría de Salud incluye Hospitales Nacionales de Referencia, Institutos Nacionales de Salud y Servicios de Salud del DF.



Seguridad Social incluye las instituciones del IMSS, ISSSTE y PEMEX.

Tabla 41

Disponibilidad de enfermeras

Enfermeras por entidad federativa, 2003. Sistema Nacional de Salud. 1/

Entidad Federativa	Enfermeras				
	Nacional	General	Especializada	Auxiliares	Otras 2/
Nacional	189,747	79,369	21,215	65,440	23,723
Estado de México	14,844	5,634	1,396	5,331	2,483

1/ Incluye información de hospitales universitarios, hospitales estatales y Sistema de Transporte Colectivo (Metro); No incluye sector privado.

2/ Incluye información de pasantes de enfermería y enfermeras en otras labores (administrativas, enseñanza e investigación y otras).

Nota: La información varía con respecto al año pasado porque las instituciones no proporcionaron información en los siguientes conceptos:

Enfermeras:

Generales: IMSS-OP.

Especializadas: IMSS-OP.

Auxiliares: SEDENA.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2003.

Tabla 42

Disponibilidad de enfermeras por población de responsabilidad

Entidad federativa	Disponibilidad de enfermeras por 1000 personas	
	Secretaría de Salud	Seguridad Social
Nacional	1.5	2.3
Estado de México	0.8	1.2

Tabla 43

Disponibilidad de camas

Entidad federativa	Disponibilidad de camas censables por 1000 personas de la población de responsabilidad			
	Secretaría de Salud		Seguridad Social	
	Censables	Totales	Censables	Totales
Nacional	0.6	1.3	0.8	1.2
Estado de México	0.4	0.8	0.4	0.6

Tabla 44

Nacimientos por cesáreas

Entidad federativa	Porcentaje de nacimientos por cesárea				
	Salud	IMSS-Op	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Nacional	30.0	18.3	42.5	59.9	52.2
Estado de México	23.1		37.1	59.6	

Tabla 45

Hospitales certificados

Entidad federativa	Porcentaje de hospitales certificados I/				
	Salud	IMSS	ISSSTE	PEMEX	PRIVADOS
Nacional	28.6	44.4	14.4	91.3	2.6
Estado de México	2.9	66.7	0.0		0.7

I/ Fuente: Consejo de Salubridad General

GASTO E INVERSIÓN I/

Tabla 46

Gasto en salud per cápita institucional

Entidad Federativa	PEMEX	IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	Salud	IMSS Oportunidades
Nacional	10,301.00	3,546.00	2,524.00	2,292.00	967.00	950.00
Estado de México						



Tabla 47

Gasto en administración

<i>Entidad federativa</i>	<i>Gasto en administración como porcentaje del gasto total en salud</i>		
	<i>Salud</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>
<i>Nacional</i>	15.9	27.4	9.7
<i>Estado de México</i>	11.9	27.4	11.6

SALUD: Secretaría de Salud e incluye Hospitales Nacionales de Referencia, Institutos Nacionales de Salud y Servicios en Salud del DF.

Cifras preliminares al 31 de mayo de 2005

I/ Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS); Dirección General de Información en Salud; Secretaría de Salud.

Tabla 48

Gasto en medicamentos

<i>Entidad federativa</i>	<i>Gasto en medicamentos y material</i>			
	<i>de curación</i>			
	<i>Salud</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>PEMEX</i>
<i>Nacional</i>	4.4	15.1	24.2	28.8
<i>Estado de México</i>	5.2	15.0	7.3	36.8



Bibliografía¹⁴

- BANCO Nacional de México. **México social**. 11a. edición. México, D.F.: División de Estudios Económicos y Sociales, BANAMEX, 1998.
- CAJA Costarricense de Seguro Social. **Plan Estratégico Cooperativo 2000**. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, 2000.
- CONAPO, Cifras preliminares y Proyecciones de Población 2000 – 2050, **Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados. Fuente Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) 2004**
- CONAPO **Proyecciones de población 2000 -2050**, 2002
- CONSEJERÍA de Salud de la Comunidad de Madrid. **Plan de Salud 1995**. Madrid, España: Editorial SOMOS, 1995.
- CONSEJO Nacional de Población. **Proyecciones de la población de México 1996-2005**. México, D.F.: CONAPO, 1998.
- CONSEJO Nacional de Población. **La situación demográfica de México 2000**. México. Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO.
- CONSEJO Nacional de Vacunación. **Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de procedimientos técnicos**. México, D.F.: CONAVA, SSA, 1998.
- CONSEJO Nacional de Vacunación. **Programa de Vacunación Universal 1995-2000**. México, D.F.: CONAVA, 1998.
- **CONSTITUCIÓN Política de los Estados Unidos Mexicanos**. 133ª edición. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.
- DEPARTAMENT de Sanitat i Seguretat Social. Plan de Salud de Cataluña, 1991-2001. Barcelona, España: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000. INSTITUTO Mexicano de la Juventud. **Encuesta Nacional de la Juventud 2000**. México, D.F.: IMJ, 2000.
- Gobierno del Estado de México, **Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011**, México, Gobierno del Estado de México.

¹⁴ Junto con la bibliografía se presenta una lista de los documentos institucionales que se consultaron para la elaboración del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Los trabajos de autores individuales se omitieron debido a que una cantidad importante de los textos recibidos por el equipo encargado de la redacción final de este programa no se acompañaban de referencias. Para evitar injusticias con aquellos autores que contribuyeron con sus ideas a este documento pero cuyas fuentes no estaban disponibles, se optó por prescindir de las referencias personales.

- INEGI 2000. **Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda.**
- Instituto Mexicano del Seguro Social. **Anuario estadístico de servicios médicos.** México, D.F.: IMSS, 1980-1998.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. **Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.** Aguascalientes, México: INEGI, 1997.
- Instituto Nacional de Salud Pública. **Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Niños menores de cinco años.** Cuernavaca, Morelos: INSP, 2000.
- IMSS- Solidaridad. **Estrategia del IMSS-Solidaridad de educación para la salud sexual y reproductiva de adolescentes, jóvenes y adultos.** México, D.F.: IMSS-Solidaridad, 2000.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. **Anuario estadístico.** México, D.F.: ISSSTE, 1980-1998.
- **LEY Federal de Entidades Paraestatales. Agenda de la Administración Pública Federal 2001.** 4ª edición. México, D.F.: Ediciones Fiscales ISEF, 2001.
- **LEY General de Salud.** 16ª edición actualizada. México, D.F.: Editorial Porrúa, 2000.
- OECD Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. **Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud.** México. 2005.
- Organización Mundial de la Salud. **Programa de Tuberculosis. Informe de los Progresos Realizados.** Ginebra: OMS, 1994.
- Organización Mundial de la Salud. **Guía para la evaluación de un Programa Nacional de Tuberculosis.** Ginebra: OMS, 1998.
- Organización Mundial de la Salud. **Estimación de la mortalidad mundial por todas las causas y diversas regiones.** Ginebra: OMS, 1999.
- Organización Mundial de la Salud. **¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes.** Ginebra: Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, OMS, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. **Estimaciones de diabetes en el mundo 1995 2025.** Ginebra: OMS, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.** Ginebra: OMS, 2000.



- Organización Panamericana de la Salud. **Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos de salud 1999**. Ginebra: OPS/OMS, 1999.
- Organization for Economic Cooperation and Development. **New directions in health care policy**. Paris: OECD, 1997.
- Organization for Economic Cooperation and Development. **A system of health accounts**. Paris: OECD, 2000.
- Poder Ejecutivo Federal. **Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006**. México, D.F.: Presidencia de la República, 2001.
- Secretaría de Gobernación, Coordinación General de Protección Civil, Dirección General de Protección Civil. **Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil**. México, D.F.: SG, 1998.
- Secretaría de Salud. **Anuario estadístico 1990-1992**. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.
- Secretaría de Salud. **Anuario estadístico 1993-1998**. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- Secretaría de Salud. Compendio histórico. **Estadísticas vitales 1893-1993 EUM**. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1993.
- Secretaría de Salud. **Descentralización de los servicios de salud en las entidades federativas. Memoria 1995- 2000**. México, D.F.: SSA, 2001.
- Secretaría de Salud. **Estadísticas vitales 1985-1992**. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1986-1993.
- Secretaría de Salud. **Estadísticas vitales 1993-1998**. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- Secretaría de Salud. **Guía de prevención y tratamiento para la exposición ocupacional al VIH**. 2ª edición. México, D.F.: CONASIDA, 2000.
- Secretaría de Salud. **Guía para el manejo de la mujer embarazada con infección por VIH**. 3ª edición. México, D.F.: CONASIDA, 2000.
- Secretaría de Salud. **Mortalidad 1990-1992**. México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.
- Secretaría de Salud. **Mortalidad 1993-1998**. México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.

- Secretaría de Salud. **Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salud.** México, D.F.: SSA, 1990-2000.
- Secretaría de Salud. **Programa de Fortalecimiento para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000.** México, D.F.: CONASIDA, 1997.
- Secretaría de Salud. **Sistema de Información en Salud para Población Abierta. SISPA, 2000.** México, D.F.: SSA, 2001.
- Secretaría de Salud. **Prioridades en prevención y control de enfermedades.** México, D.F.: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, SSA, junio 1997.
- Secretaría de Salud. **Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas.** México, D.F.: INNSZ, SSA, 1993.
- Secretaría de Salud, **Salud México 2004. Información Estratégica por Entidad Federativa.** México, 2005.
- Secretaría de Salud, **México 2004. Información para la rendición de cuentas,** México, Secretaría de Salud, 2005, 230 pp.
- Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, **Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa.** CONAPO, 2002.
- Secretaría de Salud, **Salud México: La Salud y el Sistema de Atención 2004.** Estado de México.
- Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza. **Estrategias de cambio para la sanidad vasca.** Vitoria-Gasteiz, España: Osasuna. Zainduz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.
- Sistema Nacional de Salud. **Boletín de información estadística.** México, D.F.: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, 1991-1993.
- Sistema Nacional de Salud. **Boletín de información estadística.** México, D.F.: Dirección General de Estadística e Informática, SSA, 1994-1999.
- Secretaría de Salud, **Sistema INDICA. Monitoreo de los Indicadores** de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y registros de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.



PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD 2005-2011

Acra Iniesta Edwin
Acuña Estrada Ricardo
Aguilar Nicolás Agustín
Aguilar Villa Silvia María
Aguirre Mata Norberto
Albarrán Fernández José Ma.
Albiter Velásquez José Antonio
Alcalá Garibay Víctor Manuel
Alcántara Alameda Martha
Alcántara Díaz Rubén
Alcántara Jiménez Mabilia
Aldama Arzate Juan Marco
Aldama Arzate Marco Antonio
Almeyda Miranda Norma Verónica
Álvarez Flores Isabel
Álvarez Hernández Pablo Alfonso
Álvarez Reyes José Luis
Álvarez Soto Felipe Augusto
Ambriz López Vanesa
Andrade L. María Guadalupe
Arango Arango Domingo Fernando
Aranza Donis Carlos
Arias Calderón Francisco Augusto
Armijo Torres Berenice
Arriaga Manjarrez Francisco Abel
Arzate Suárez Roberto Luis
Ávila Carrillo Juan Antonio
Ávila Gil José de Jesús
Ayala Gómez Eduardo
Ayala Sánchez Elda Magdalena
Azulara Salas Tomás I.
Barrón Fuentes Álvaro Leopoldo
Basurto Reyes Carlos
Belem Gómez Gutiérrez Claudia
Beltrán Sotelo Irma Belinda
Benítez Benítez Aureliano
Bermúdez Torres Efraín
Berterame Barquin Francisco
Bobadilla Castañeda Israel
Bolaños Uribe Reynaldo
Bonilla Sánchez Héctor
Briones Garduño Jesús Carlos
Briseño González José Manuel
Camacho Caballero Juan Manuel
Cámara Martínez Sonia E.
Camarillo Muñoz Jorge
Camposeco Torres Rodolfo Ignacio
Candelas Badillo Juan Jesús
Cano Piña Alfredo
Canseco Rojano Benjamín
Carbajal Ezeta Alejandro
Carbajal Martínez Manuel
Carballido Barba Margarita
Cárdenas Barraza Guadalupe
Cárdenas Barraza Silvia Guadalupe
Carmona García José Guadalupe
Carrillo Hernández María Guadalupe
Castelán Saucedo Edilberto
Castillo Fierro Alberto
Castillo Narváez Joaquina
Castillo Silva Rosa María
Cedeño D. Filiberto
Cedeño Díaz Leal Yolanda Eugenia
Cedillo Camarena María del Carmen
Chaparro Mercado María Cristina
Chávez Rojas Tomás Domingo
Cisneros Basurto Gerardo
Cisneros Basurto Raúl
Colín Marín Carlos
Cough Medrano Jorge Leopoldo
Cruz Aragón Apolinar
Cruz Guerrero Gabriel Jorge
Cruz Martínez Ángel
Cruz Montoya Erika Lorena
Cuellar del Águila Rosa Ma. Petrushka
Cuevas Gómez Enrique
Dávila Chávez Elizabeth
Davis Contreras Rodolfo
De la Garza Benítez José Alfonso
Delgadillo María de las Nieves
Delgado Olivares Ma. de la Luz
Díaz Casillas Araceli
Díaz González Alejandro
Díaz Martín Karina Beatriz

Díaz Martínez Lilia
Díaz Muñoz Inés
Domínguez Cázares Ignacio
Domínguez Flores Sergio
Domínguez López José Manuel
Domínguez Mendieta Sergio A.
Domínguez Montiel Oskar Ramón
Durán López Lucio
Durán Mendieta Víctor E.
Echenique Siles Miguel Ángel
Escalona Franco Fernando
Escobar López Norma
Escobedo Delgado Ulises
Eslava Tevillo Alicia
Estévez Sicilia Alejandro
Estrada Almazán Ernesto
Estrada Botello Miguel Ángel
Figueroa Gómez Miguel Ángel
Flores Bringas Olga Magdalena
Flores Díaz Fortino
Flores Gómez Miguel Ángel
Flores González Luis
Fonseca Alonso Gerardo Arturo
Frías Badillo Juan
Gallardo Díaz Esperanza Guadalupe
Gallardo Sánchez Blanca Rosa
Gama Suárez Pedro
García Argueta Jonathan
García Barrera Ma. Margarita
García Chávez Ernesto
García Díaz Elizabeth
García Herrera Ma. Guadalupe
García Luna Herrera David Alejandro
García Luna Herrera Marco Aurelio
García Morales Simón
García Onaga Sonia
García Osornio Laura
García Villalobos Francisco
García Rojas Rodríguez Luis Ángel
Garduño Alarcón Roberto Rafael
Garduño Vilchis Rita Alicia
Garfías García Francisco
Garmez Gómez Luis Felipe
Garnica Fenelón Julio Carlos
Garza Prieto Arnaldo
Gómez Carreón Ana Alicia
Gómez Montes de Oca Rubén
Gómez Pinzón Belisario
Gómez Rendón Ana María
González Castorena Rafael
González Cedillo Víctor Hugo
González Gómez Mario
González H. Lino
González Miranda Sergio
González Mondragón Edmundo
González Valles Tomás
Granados Acosta Marycruz
Granados Mejía María de las Mercedes
Gutiérrez Mayela Evangelista
Gutiérrez Moreno Salvador
Gutiérrez Vázquez Ma. del Carmen
Hernández Alonso Francisco Javier
Hernández Arellano Sergio
Hernández Arenas Celerino
Hernández Eguiluz María Teresa
Hernández Linarez Maricela
Hernández Magaña Jelsy
Hernández Sánchez Ana Luisa
Hernández Torres Adriana
Hernández Villar Mónica
Hernández Villareal Alma Gabriela
Herrera Moro y Castillo Alan Ricardo Manuel
Herrera Ortega Guillermo Arturo
Hoyo de Alva Luis Esteban
Huerta Cántica Julián
Hurtado Arévalo Santiago
Inclán Luna Francisco
Jaimes Alegría Mónica
Jaramillo Rojas Teóculo
Jiménez Castillo Juan José
Jiménez Martínez Isabel
Jiménez Martínez María Isabel
Juárez D'operto José Antonio
Juárez Reyes Adán
Landeros Linares Carmen
Laredo Jaimes Aurelio
Laredo Jaimes Leopoldo
Libien Díaz González Susana



Linares Bocanegra Héctor
López Baltasar Isis María
López Godoy Adriana
López Silva María del Refugio
Lozano Gracia José Alberto
Luja Membrilla Elda Claudia
Luna Sandoval Hugo David
Macedo Flores Norma
Macedo Galindo Oscar
Macedo Mondragón Mauricio
Manjarres Vega José Luis
Manjarrez Rodríguez Aniceto
Marentes Garza Rafael de Jesús
Márquez Warnke José Antonio
Martínez García Juan
Martínez Lara Ma. del Pilar
Martínez López Laura
Martínez Mulia Antonio
Martínez Palma Juan Gabriel
Martínez Pérez Miguel Ángel
Martínez Piñón Hugo
Martínez Poblete Roberto
Martínez Rangel Fernando
Martínez Salazar José Luis
Martínez Uribe Fernando
Martínez Villegas Juan Manuel
Mayer Brandenburg Alejandro
Medina Maya Álvaro
Medina Zepeda Juan M.
Medrano Reyes Cristina
Mejía Hernández Juan
Mejía Márquez Martha
Mejía Vilchis Carlos
Membrillo López Esteban
Méndez González Marco Antonio
Méndez Pérez Alejandro
Mendoza Martínez José Luis
Mendoza Sánchez Gregorio Francisco
Mendoza Sánchez María de Jesús
Mercado Guadarrama Luis Manuel
Meza Greene Julio César
Miranda Zamora Ramón
Molina Ángeles Miguel Ángel
Molina Zenteno Leopoldo

Mondragón Gómez Adriana Ruth
Monroy Quintanar Yazmín Alejandra
Montes Chávez Rocío
Montes de Oca Vallejo Francisco Javier
Montes de Oca Vieyra Víctor M.
Montiel Mendoza Oscar
Morales Álvarez Korina
Morales Rodríguez Jorge
Mosso Farfán Ramón
Mota García G. Leobardo
Muciño Durán María del Sol
Munguía Cedillo Juan Felipe
Muñoz Guzmán Ignacia
Naime Atala Antonio Salamón
Nájera Rebeca Reyna
Naranjo Ruiz Martha
Nateras Sereno José Antonio
Nava Alonso Ana Isabel
Nava Muciño Domingo
Nava Reyes Ma. del Socorro
Nava y Nava Carlos Luciano
Navarrete González Concepción
Navarro Juárez Carlos
O'shea Cuevas Gabriel
Ochoa López Mónica
Olivares Lugo María Gracia
Orona Castillo César
Ortega García Sergio
Ortega Leguizano Miguel Felipe
Ortiz Bernal Efraín
Ortiz Trejo Jorge
Ovando Aldana Miriam
Padilla López Eduardo Gerardo
Palma Pichardo Izbeth
Palma Romero Liliana
Pano Jiménez Jorge
Pantoja García Ma. de Lourdes
Paulín González Javier
Pavón Romero Leopoldo Marco A.
Peralta Espinoza Feliciano Enrique
Pereda Sánchez Eugenio
Pérez Aguilar Mateo
Pérez Álvarez Mauricio
Pérez Cisneros Telésforo

Pérez Gutiérrez Beatriz
Pérez Jaimes Juan Manuel
Pérez Moreno Mónica Miriam
Pérez Urbina Patricia
Pérez Xolalpa Pedro
Picardo Díaz Leal Alejandro
Pichardo Díaz Leal José Alejandro
Piña Morales María de la Luz
Plata Cruz Daniel
Plata Sánchez Marco Antonio
Portillo Ponce Francisco Javier
Priego Cerón Víctor
Pulido Reyes Ángela
Pulido Reyes Sofía
Quino Chacha Gerardo
Quintana Mondragón Marco Antonio
Quintana Romero Pedro Víctor
Ramírez Amador Beatriz
Ramírez Gallardo Eduardo Carlos
Ramírez Gil Jacinto
Ramírez Gutiérrez Sergio E.
Ramírez Hernández Ma. Dolores
Ramírez J. Guadalupe
Ramírez Montaña José Antonio
Ramírez Rosaldo Leticia
Ramírez Saldaña Santa Gloria
Ramos Corchado Miguel Ángel
Ramos de Aicua Rogelio
Reyes Esquivel David O.
Reyes Monroy Amalia Renata
Reyes Pérez José C.
Reyes Reyes Emilia
Reyes Rodríguez Elvitz Verónica
Reyes Rosas Lidia
Rincón Salas José de Jesús
Rivera Alemán Artemio
Rivera Hugo Alberto
Rivera Saucedo Carlos José
Roberto Valerio Carlos
Rodríguez Díaz Carlos
Rodríguez González Ricardo
Rodríguez Hurtado Liliana
Rodríguez Ordóñez Jesús
Rojas Andersen Sergio Carlos

Rojas Arévalo Luis
Rojas Merlos Gabriela
Rosales Villavicencio Antonio
Rubí Salazar Jesús Luis
Rubio Gutiérrez Arturo
Ruiz Aguilar Horacio Alberto
Ruiz García Juan Carlos
Ruiz Garduño Jorge
Ruiz Morales Hugo A.
Salinas Arnaut Ángel
Sámamo Díaz Octavio
San Miguel García Elvira
Sánchez Espinosa Rosa Ma.
Sánchez Guadarrama Antonio
Sánchez Jiménez Víctor Raúl
Sánchez López Efrén
Sánchez Portillo Araceli
Sánchez Portillo Martha Araceli
Sánchez Romo Iracema
Sánchez Rosa Conzuelo
Sánchez T. Asalia
Sánchez Zamudio Oscar Arturo
Santaolalla Varela Liliana
Santín Pérez Armando
Santos Martínez Gloria
Serralde Rodríguez Patricia del Carmen
Serrano Agueros Roberto
Solís Ramírez Marianela
Solleiro Ibarra Roberto
Sores Carrasco Ernesto
Soto Suárez Julia Norma
Tapia Salgado Araceli
Tejas Flores Ma. del Carmen
Torres Meza Víctor Manuel
Torres Pérez Juan
Treviño Pintos Claudia
Trujillo Valdés Víctor Manuel
Valdés Carrillo Ma. Guadalupe
Valdés López Soledad
Valencia Ramírez Jorge Bernardo
Valencia Rivera Antonio Aznay
Vallados Quintero Jaime Leonardo
Valle Tena Arturo
Vargas López Luis Ángel



Vázquez Arroyo José
Vega Mendoza Edmundo
Vega Mendoza Ramón Edmundo
Velasco Acosta Víctor Jesús
Velasco Mercado Alfredo
Velasco Monroy Santiago
Velásquez Benhumea Edmundo
Velásquez Germán Martha Eloisa
Velázquez Peña Víctor Manuel
Vera Navarrete Francisco
Vera Vilchis Eustolia
Veraz Mendoza Alejandra Guadalupe
Vidal Cordero Sergio Arturo
Vilchis Hernández Heriberto
Villa Spíndola Marisol
Villafaña González Imelda
Villanueva Moreno Fernando
Villegas Jiménez Martha
Vincent Dávila Enrique
Zacarías Villalobos Alejandro B.
Zamora Colón Jorge B.
Zamora Escobar Eva
Zamorano García Luz Verónica
Zárate Medina Gustavo
Zarza Mondragón Fernando
Zenil de la Rosa Luis Enrique



RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN LA DEFINICIÓN POR LÍNEAS DE ACCIÓN

Estrategia	Línea de acción	Tema	Participantes
1	1.1	Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud.	Dr. Ángel Salinas Arnaut
	1.2	Promover la educación saludable.	Dra. Elizabeth Dávila Chávez
	1.3	Promover la perspectiva de género en el sector salud.	Dra. Elizabeth Dávila Chávez
	1.4	Impulsar políticas fiscales saludables.	Dra. Frinné Azuara Yarzabal M. en E. Rodolfo Davis Contreras
	1.5	Fortalecer la salud ambiental.	Ing. Ma. de Jesús Mendoza Sánchez
	1.6	Mejorar la salud laboral.	Ing. Ma. de Jesús Mendoza Sánchez
2	2.1	Garantizar un arranque parejo en la vida. Inicio digno.	Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dr. Raúl Cisneros Basurto
	2.2	Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas.	Dra. Frinné Azuara Yarzabal
	2.3	Controlar la tuberculosis.	Dr. Víctor Manuel Torres Meza
	2.4	Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo.	Dra. Jelsy Hernández Magaña Dra. Elizabeth Dávila Chávez Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dra. Rosa Ma. Sánchez Espinosa
	2.5	Disminuir los casos de cáncer cérvico uterino.	Dra. Martha Villegas Jiménez Dra. Elizabeth Dávila Chávez
	2.6	Atender problemas relacionados con el rezago.	
Rabia		Dra. Jelsy Hernández Magaña Dra. Elizabeth Dávila Chávez Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dra. Rosa Ma. Sánchez Espinosa	
Cólera		Dra. Elizabeth Dávila Chávez Dra. Jelsy Hernández Magaña Dra. Rosa Ma. Sánchez Espinosa Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dra. Laura García Osornio	



Estrategia	Línea de acción	Tema	Participantes
		Lepra	Dra. Elizabeth Dávila Chávez Mtra. Jesly Hernández Magaña Dra. Rosa Ma. Sánchez Espinosa Dr. Víctor Manuel Torres Meza
		Salud bucal	Dr. José A. Márquez Warnke
		Planificación familiar	Dra. Elizabeth Dávila Chávez Dra. Jesly Hernández Magaña Dra. Rosa Ma. Sánchez Espinosa Dr. Víctor Manuel Torres Meza
		Control a la tuberculosis	Dr. Víctor Manuel Torres Meza
3	3.1	Disminuir la prevalencia de diabetes.	Dr. Hugo David Luna Sandoval
	3.2	Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión.	Dr. Hugo David Luna Sandoval
	3.3	Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica.	Dr. Hugo David Luna Sandoval
	3.4	Promover el transplante como una alternativa accesible.	Dr. Gabriel O'shea Cuevas
	3.5	Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales.	Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dr. Eugenio Pereda Sánchez Dra. Rosa Ma. Sánchez Espinosa TEM. Berenice Armijo Torres
	3.6	Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas.	Dr. Raúl Cisneros Basurto
	3.7	Atender los problemas de salud mental.	Dr. Raúl Cisneros Basurto DIFEM
	3.8	Atender las neoplasias malignas.	Dra. Martha Villegas Jiménez Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dr. Hugo Luna Sandoval
	3.9	Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA.	Dra. Beatriz Ramírez Amador Dr. Víctor Torres Meza Dr. Ezequiel Silva Maycotte



Estrategia	Línea de acción	Tema	Participantes
	3.10	Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura.	Dra. Isis María López Baltasar
4	4.1	Definir códigos de ética con los profesionales de la salud.	Dra. Olga M. Flores Bringas Dr. Tomás Azuara Salas
	4.2	Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.	Dr. Nicandro Nateras Flores
	4.3	Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.	Dr. Nicandro Nateras Flores
	4.4	Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.	Dr. Nicandro Nateras Flores Dra. Olga M. Flores Bringas Lic. Roberto Luis Arzate Suárez
	4.5	Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.	Dr. Nicandro Nateras Flores LAE. Martha Mejía Márquez M. en E. Rodolfo Davis Contreras Ing. Enrique Vincent Dávila Dra. Frinné Azuara Yarzabal
	4.6	Promover el uso de guías clínicas.	Dr. Ángel Salinas Arnaut Lic. Petra Socorro Caballero Chávez M. en E. Rodolfo Davis Contreras Dra. Frinné Azuara Yarzabal
	4.7	Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.	Dra. Olga M. Flores Bringas Dr. Ángel Salinas Arnaut Dr. Nicandro Nateras Flores Dr. Sergio C. Rojas Andersen
	4.8	Reforzar el arbitraje médico.	Dr. Tomás Azuara Salas
5	5.1	Protección social en salud.	Dra. Frinné Azuara Yarzabal M. en E. Rodolfo Davis Contreras
	5.2	Ampliación de la cobertura de servicios, en la protección Social en Salud.	Dra. Frinné Azuara Yarzabal M. en E. Rodolfo Davis Contreras
	5.3	Articulación de servicios con los regímenes de seguridad social que operan en la entidad.	Dr. Roberto Martínez Poblete



Estrategia	Línea de acción	Tema	Participantes
6	6.1	Asignación equitativa de recursos para la salud.	M. en E. Rodolfo Davis Contreras
	6.2	Cooperación Interestatal en Servicios de Salud Pública y de Especialidad.	Dr. Roberto Martínez Poblete Dr. Ángel Salinas Arnaut
	6.3	Municipalización de los servicios de salud.	Dr. Roberto Martínez Poblete Mtro. Francisco Berterame Barquín M. en E. Rodolfo Davis Contreras Lic. Leopoldo Molina Zenteno
7	7.1	Fortalecimiento del papel coordinador del Consejo de Estatal de Salud.	Dra. María Cristina Chaparro Mercado
	7.2	Coordinación intra e intersectorial.	Dra. María Cristina Chaparro Mercado
	7.3	Cooperación internacional.	Mtro. Juan Jaime García Hareg
	7.4	Acceso y consumo razonado de medicamentos.	Dr. Roberto Martínez Poblete M. en E. Rodolfo Davis Contreras Dr. Ángel Salinas Arnaut Lic. Petra Socorro Caballero Chávez Dra. Frinné Azuara Yarzabal
	7.5	Protección a la población contra riesgos sanitarios.	Dr. Carlos Salinas Leyva Dr. Sergio C. Rojas Andersen
	7.6	Sistema Estatal de Información en Salud.	Ing. Enrique Vincent Dávila Ing. Norma Macedo Flores Dr. Víctor Manuel Torres Meza Dra. Frinné Azuara Yarzabal Dra. María Cristina Chaparro Mercado
	7.7	Sistema de Cuentas Estatales de Salud.	M. en E. Rodolfo Davis Contreras Ing. Enrique Vincent Dávila Dra. Beatriz Ramírez Amador
	7.8	Evaluación del Sistema Estatal de Salud.	Dr. Jesús Luis Rubí Salazar Dr. Sergio C. Rojas Andersen Lic. Federico Ruiz Sánchez Ing. Enrique Vincent Dávila Lic. Gabriela Gallardo Ortiz



Estrategia	Línea de acción	Tema	Participantes
8	8.1	Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario.	Dr. Roberto Martínez Poblete Dr. Ángel Salinas Arnaut Dra. Elizabeth Dávila Chávez Ing. Enrique Vincent Dávila Dra. María Gracia Olivares Lugo
	8.2	Capacidad resolutive del primer nivel de atención.	Dr. Ángel Salinas Arnaut
	8.3	Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato.	Dr. Ángel Salinas Arnaut M, en E. Rodolfo Davis Contreras Dr. Sergio C. Rojas Andersen
	8.4	Optimización de la capacidad instalada.	Dr. Ángel Salinas Arnaut
	8.5	Redes virtuales para la prestación de servicios de salud.	Dra. Olga M. Flores Bringas Ing. Norma Macedo Flores Dr. Sergio C. Rojas Andersen Dra. María Cristina Chaparro Mercado Dra. Frinné Azuara Yarzabal Ing. Enrique Vincent Dávila
	8.6	Financiamiento estratégico para la equidad y el desarrollo con calidad.	Ing. Enrique Vincent Dávila Dr. Ángel Salinas Arnaut Dr. Nicandro Nateras Flores
9	9.1	Participación de los ciudadanos en los órganos de decisión.	Dra. Isis María López Baltasar
	9.3	Atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil.	Dr. Roberto Martínez Poblete Dra. Beatriz Ramírez Amador Lic. Araceli Tapia Salgado Dra. María Cristina Chaparro Mercado
	9.4	Rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos.	Lic. Gabriela Gallardo Ortiz LAE. Martha Mejía Márquez Lic. Jesús González Colín Ing. Norma Macedo Flores Dra. Frinné Azuara Yarzabal Ing. Enrique Vincent Dávila
10	10.1	Calidad de la educación de los profesionales de la salud.	Dra. Olga M. Flores Bringas



Estrategia	Línea de acción	Tema	Participantes
	10.2	Capacitación de los recursos humanos para la salud.	Lic. Roberto Luis Arzate Suárez Dra. Olga M. Flores Bringas Dra. Ana Lourdes Reyes Murga
	10.3	Profesionalización la función pública.	Mtro. Francisco Berterame Barquín LAE. Martha Mejía Márquez
	10.4	Investigación y el desarrollo tecnológico en salud.	Dra. Olga M. Flores Bringas
	10.5	Plan maestro de infraestructura y equipamiento en salud.	Dra. María Gracia Olivares Lugo
	10.6	Redes para la Telemedicina.	Dr. Ángel Salinas Arnaut Ing. Norma Macedo Flores Dra. Olga M. Flores Bringas Ing. Marco Antonio Plata Sánchez
	10.7	Tecnologías de la Información para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica.	Dr. Ángel Salinas Arnaut Ing. Norma Macedo Flores Ing. Enrique Vincent Dávila Ing. Marco Antonio Plata Sánchez



Lic. Enrique Peña Nieto
Gobernador Constitucional del Estado de México

Secretaría de Salud

Dra. Ma. Elena Barrera Tapia
Secretaria de Salud

Dr. Manuel Ángel Mendoza Álvarez
Coordinador de Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Dra. Ana Lourdes Reyes Murga
Coordinadora de Asesores

Instituto de Salud del Estado de México

Dra. Ma. Elena Barrera Tapia
Directora General

Dr. Roberto Martínez Poblete
Coordinador de Salud

Dr. Sergio C. Rojas Andersen
Coordinador de Regulación Sanitaria

M. en E. Rodolfo Davis Contreras
Coordinador de Administración y Finanzas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Ing. Aníbal Méndez Cuevas
Delegado Zona Poniente

Lic. Miguel Antonio Ortega Martínez
Subdelegado en Toluca

Dra. Gracia Yolanda Guerra Márquez
Subdelegada en Naucalpan

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Delegado Zona Oriente

C.P. Arturo Torres Olivera
Subdelegado en Ecatepec

C.P. María Norma López Salinas
Subdelegada en Tlalnepantla

Lic. Samuel Palafox Pichardo
Subdelegado en los Reyes

**Instituto de Salud y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado (ISSSTE)**

Lic. Victoria Reyes Reyes
Delegada en el Estado de México

Dr. Jorge Guerrero Aguirre
Subdelegado Médico

Lic. María de Lourdes Anaya Camargo
Subdelegada de Administración

Lic. Lorenzo Octavio Hernández Robles Arenas
Subdelegado de Prestaciones

**Instituto de Seguridad Social del Estado de México y
Municipios (ISSEMYM)**

Dr. Osvaldo A. Santín Quiroz
Director General

Dr. Víctor Manuel Villagrán Muñoz
Coordinador de Servicios de Salud

C.P. Magdalena Vazquez Villagran
Coordinadora de Prestaciones Económicas y Seguridad Social

C.P. Doris Liliana Leyva Granados
Coordinadora Financiera

Lic. José Mondragón Pedrero
Coordinador de Administración

Dr. Francisco Javier Rojas Monroy
Coordinador de Operaciones de Calidad y Tecnología de la
Información



Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM)

Dr. Filiberto Cedeño Domínguez
Director General

Dr. José Antonio Ramírez Montaña
Director de Servicios Médicos

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
Director de Administración y Finanzas

Centro Estatal de Trasplantes

Dr. Gabriel J. O'shea Cuevas
Director General

M. C. Inés Díaz Muñoz
Subdirectora de Normatividad y Registro

Dr. José de Jesús Rincón Salas
Subdirector de Investigación y Concertación

C.P. Elda Magdalena Ayala Sánchez
Jefe de la Unidad de Apoyo Administrativo

Cruz Roja Toluca

Lic. Gerardo René Gómez Estrada
Presidente

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México

Dr. Tomás I. Azuara Salas
Comisionado.

Dr. Gregorio Francisco Mendoza Sánchez
Jefe de la Unidad de Calidad en el Servicio Médico

M. C. Pedro Víctor Quintana Romero
Jefe de la Unidad de Peritaje Médico

Mtro. En D. Emmanuel Andrés Garduño Ruiz
Jefe de la Unidad de Apoyo Administrativo

**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del
Estado de México (DIFEM)**

C.P. Pedro Xavier Lazcano Díaz
Director General

Ing. Yazmin Arevalo Athie
Director de Finanzas, Planeación y Administración

Dr. José Carlos González Flores
Director de Atención a la Discapacidad

Lic. Everardo Shain Salgado
Director de Servicios Jurídico Asistenciales

Lic. Patricia Chemor Ruíz
Directora de Alimentación y Nutrición Familiar

Dr. Francisco López Millán
Director de Prevención y Bienestar Familiar

Coordinación de la elaboración del PROESA

Mtro. Juan Jaime García Hareg
Dra. Ana Lourdes Reyes Murga



Subcomité Editorial de la Secretaría de Salud

Presidente

M. en E. Rodolfo Davis Contreras
Coordinador de Administración y Finanzas

Vocales

Dr. Tomás Ismael Azuara Salas
**Comisionado de Conciliación y
Arbitraje Médico del Estado de México**

Dr. Filiberto Cedeño Domínguez
**Director General del Instituto
Materno Infantil del Estado de México**

Dr. Gabriel Jaime O'shea Cuevas
**Director del Centro Estatal de
Trasplantes**

Dr. Sergio Carlos Rojas Andersen
Coordinador de Regulación Sanitaria

Dr. Roberto Martínez Poblete
Coordinador Salud

C.P. José Antonio Valdés López
Contralor Interno

Lic. Fuad Abraham Isaac Naime
**Jefe de la Unidad de Comunicación
Social**

Lic. Juan Granda Gil
Subdirector de Recursos Materiales

Secretario Técnico

Lic. Martha Mejía Márquez
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa

