



PROGRAMAS SECTORIALES Y ESPECIALES

8. Protección y Atención Integral a la Salud



Jalisco, México. Febrero 2008.

Documento que contiene el Programa Sectorial 08 “Protección y Atención Integral a la Salud”, clasificado como Información Fundamental, de conformidad con la ley de Transparencia e Información Pública del Estado de Jalisco, integrado y coordinado por la Secretaría de Planeación del Gobierno de Jalisco.

El Programa Sectorial 08 “Protección y Atención Integral a la Salud”, comprende al Programa Estatal de Salud, de conformidad con los artículos 6º, 16, 20 fracción IV, 22 fracción II y 27 de la Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios.

La presente información relacionada con los indicadores y metas de cada uno de los objetivos planteados en éste programa sectorial y sus respectivos subprogramas, estará sujeta a cambios, precisiones y mejoras derivadas de su alineación entre los indicadores y metas del Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2030 y los Programas Operativos Anuales (POA’s) de las dependencias; por lo tanto, ésta primera versión de indicadores será la base para la construcción del tablero de indicadores definitivo; lo anterior de conformidad con los artículos 6º, 16, 18 fracción VII, 27 y 28 de la Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios.

ISBN: 968-832-590-2

1ra. Edición. Tiraje 1,000 ejemplares



Contenido

Introducción	11
1. En dónde estamos	17
El marco normativo de la salud	17
Nuestra población	20
Las necesidades de salud de los jaliscienses: Lo que les aqueja y causa la muerte	24
Con qué recursos contamos: Financieros, materiales, humanos y organizacionales	44
Los macroprocesos y funciones estratégicas del sistema de salud	56
El diagnóstico estratégico del sistema de salud	57
Cómo potenciamos nuestros esfuerzos: Alineación con otros planes y programas	61
2. Cuáles son los desafíos	65
Retos del sistema estatal de salud	65
Retos de las regiones y municipios de Jalisco	66
3. Qué queremos lograr	75
La visión del sistema mexicano de salud en el 2030	75
La misión y visión del sistema estatal de salud	77
Los objetivos y metas estratégicas de la salud 2007 – 2013	79
4. Qué guiará nuestras acciones	85
El código de ética: Hacer lo correcto de manera correcta	85
Las políticas institucionales	87
5. Por dónde nos vamos y hasta dónde llegaremos	91
Las estrategias, líneas de acción y metas específicas	91
6. Cómo evaluaremos nuestro trabajo	145
Los mecanismos de seguimiento y evaluación	145
La transparencia y rendición de cuentas públicas en salud	147
Anexos	151
Anexo 1: Apéndice Estadístico	151
Anexo 2: Foro de Salud: Un compromiso de la Sociedad y Gobierno	177
Anexo 3: Retos en Salud por Regiones	189
Directorio Institucional	211
Directorio de Participantes	215



PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030

Introducción

Introducción

La incorporación de las personas a un desarrollo con oportunidades, la eliminación de la pobreza, el aprovechamiento escolar, la productividad en el trabajo, el crecimiento económico, la estabilidad política y el desarrollo social, exigen que todos los jaliscienses gocen de una buena salud.

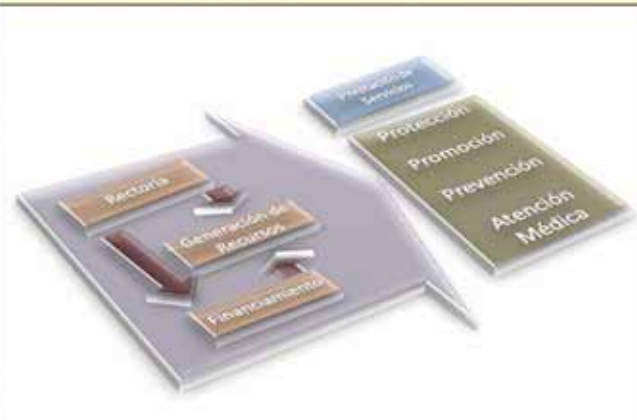
En este fundamental propósito, corresponde a la Secretaría de Salud de Jalisco hacer efectivo el Derecho a la Protección a la Salud consagrado y reconocido en el Artículo 4º la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Constitución Política del Estado de Jalisco. Un elemento decisivo para garantizar este derecho constitucional, lo constituye el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013.

Este documento es la respuesta puntual a lo señalado en el marco legal de la sanidad. Por un lado, la Ley Estatal de Salud refiere que “el titular del Poder Ejecutivo del Estado por conducto de la Secretaría de Salud Jalisco, y con la participación que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal, elaborará el Programa Estatal de Salud, tomando en cuenta las prioridades y los servicios de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud”.

Por otro lado, Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios, dispone, que habrá de formularse y aprobarse programas sectoriales bajo la conducción de las dependencias coordinadoras de los sectores, debiendo sujetarse a los objetivos, directrices, políticas y prioridades contenidas en el Plan Estatal de Desarrollo.

De esta forma, la Secretaría de Salud responde de forma explícita a la Ley de Planeación con la elaboración del Programa de Protección y Atención Integral a la Salud 2007 – 2013, el cual contribuirá de manera importante a la consecución tanto de la Visión Jalisco 2030 como al propósito general del desarrollo social contenido en el Plan Estatal de Desarrollo relativo a lograr el desarrollo integral de todos los jaliscienses para vivir en un ambiente digno y estimulante a través del fortalecimiento del capital humano y el incremento del patrimonio natural, cultural y social.

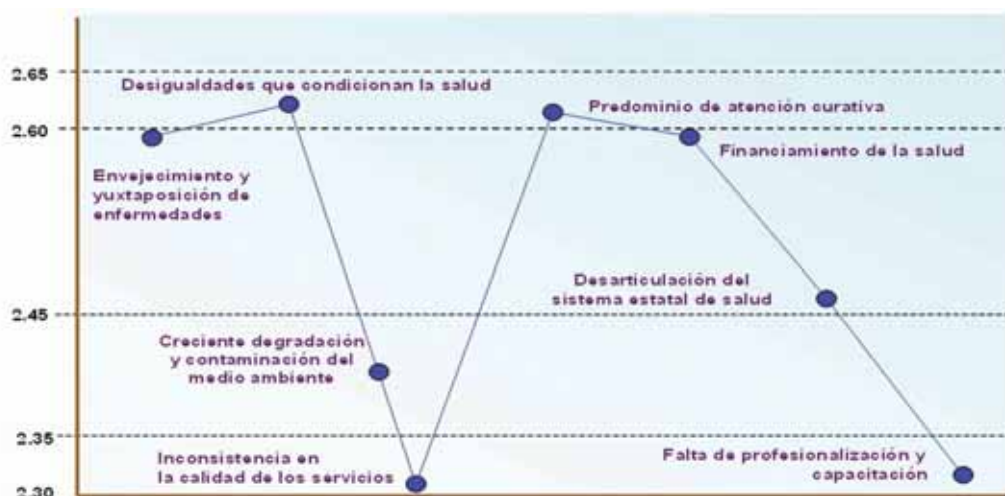
Además de atender las disposiciones legales, este Programa Sectorial está orientado para cumplir con las grandes funciones que corresponden al Sistema Estatal de Salud, y cuyo propósito central es el de proteger y mejorar la salud de la población con la participación de los sectores público, social y privado.

Funciones del Sistema	Objetivos de la Salud 2007 - 2013
	1. Reducir las enfermedades del rezago que afectan mayormente a la población que menos tiene. 2. Aminorar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. 3. Controlar y disminuir colectivamente los padecimientos no transmisibles, a través de una mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, y del fomento y protección contra riesgos sanitarios. 4. Aumentar y fortalecer las coberturas en los tres niveles de atención, y ofrecer servicios de salud a la persona con la mayor calidad y seguridad posibles. 5. Mejorar la colaboración, desempeño, resultados, transparencia y rendición de cuentas públicas del Sistema Sanitario de Jalisco.

Alineación de los objetivos del Programa Estatal del Sector Salud 2007 –2013, con las funciones del Sistema Sanitario

El nuevo perfil de riesgos y daños a la salud, junto con el sostenido envejecimiento de la población y la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud en el estado, son algunos de los principales retos que exigen a los trabajadores e instituciones públicas,

sociales y privadas del Sistema Estatal de Salud de un esfuerzo de gran magnitud a fin de superar las condiciones de inequidad, el empobrecimiento por motivos de salud, así como la todavía limitada calidad y seguridad que se observa en la prestación de los servicios.



Los retos del Sector Salud 2007

Fuente: Ejercicio de priorización de los retos de salud desarrollado durante el Foro Temático de Salud.

A fin de enfrentar los principales retos, el Programa de Protección y Atención Integral a la Salud 2007 - 2013 plantea cinco objetivos que son los siguientes:

1. Reducir las enfermedades del rezago que afectan mayormente a la población que menos tiene.
2. Aminorar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
3. Controlar y disminuir colectivamente los padecimientos no transmisibles, a través de una mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, y del fomento y protección contra riesgos sanitarios.

4. Aumentar y fortalecer las coberturas en los tres niveles de atención, y ofrecer servicios de salud a la persona con la mayor calidad y seguridad posibles.

5. Mejorar la colaboración, desempeño, resultados, transparencia y rendición de cuentas públicas del Sistema Sanitario de Jalisco.

Estos propósitos permitirán alcanzar la misión del sector sanitario y el objetivo estratégico de la salud plasmado en el Plan Estatal de Desarrollo 2007 - 2013: proteger y mejorar la salud de la población con la participación de todos los jaliscienses.



Los objetivos guardan estrecha relación con:

- 1) El avance decidido hacia la equidad en salud;
- 2) la protección financiera a familias marginadas;
- 3) la oferta de servicios con la mayor calidad y seguridad posibles; y,
- 4) la mejora del desempeño y resultados globales del Sistema Sanitario de Jalisco.

Los cinco objetivos están asociados a 17 metas estratégicas, que deberán cumplirse en el periodo de esta administración y que se describen en detalle en el capítulo 3 de este programa.

A fin de lograr los objetivos de la salud y alcanzar las metas estratégicas a ellos asociadas, la presente administración instrumentará las siguientes siete estrategias:

1. Extender las coberturas y mejorar la oferta de servicios esenciales de salud en localidades rurales y urbanas marginadas.
2. Reforzar las acciones de prevención, control y atención de las enfermedades del rezago.
3. Fortalecer y mejorar sectorialmente las intervenciones de prevención, control y promoción de la salud, en especial las relacionadas con las enfermedades no transmisibles de los adultos, y los problemas de salud de los adolescentes.
4. Fortalecer y modernizar las acciones para la protección contra riesgos sanitarios y contribuir al mejoramiento del medio ambiente.
5. Extender el aseguramiento médico a todas las familias y recién nacidos sin seguridad social.
6. Reorganizar y fortalecer integralmente la oferta de servicios de salud a la persona en todos los

niveles de atención, acorde con el Sistema de Protección Social en Salud.

7. Fortalecer del papel rector de la Secretaría de Salud en el Estado.

Estas estrategias se desagregan en 73 líneas de acción, las cuales están vinculadas a metas específicas que deberán cumplirse en los próximos años, y que se describen en detalle en el capítulo 5 de este programa.

El Programa de Protección y Atención Integral a la Salud 2007 - 2013 está estructurado en seis capítulos. El capítulo 1 En dónde estamos, se desagrega a su vez en diversos apartados: 1) el marco normativo de la salud, 2) demografía, 3) las necesidades de salud de los jaliscienses, en donde se destacan los principales daños a la salud (enfermedades y muertes que aquejan a la población), 4) los recursos del sistema sanitario, 5) los macroprocesos y funciones estratégicas del sector salud, 6) el diagnóstico estratégico del sistema de salud y la alineación con otros planes y programas.

En el capítulo 2 Cuáles son los desafíos, se definen los retos del Sistema Estatal de Salud así como los retos específicos de todas y cada una de las regiones de Jalisco. Por su parte, el capítulo 3 Qué queremos lograr, se dedica a presentar la Visión del Sistema Mexicano de Salud en el 2030, así como la Misión y Visión del Sistema Estatal de Salud trazada en un horizonte de largo plazo, concluyendo con la formulación de cinco objetivos y diecisiete metas estratégicas para el periodo 2007 – 2013. Este importante apartado persigue orientar el esfuerzo cotidiano de todos los directivos y trabajadores de la salud hacia puntos comunes.

El capítulo 4 Qué guiará nuestras acciones, define puntualmente el código de ética y las políticas institucionales, lo que permitirá hacer lo correcto de manera correcta. El capítulo 5 Por dónde nos vamos y hasta dónde llegaremos, plantea siete estrategias globales y 73 líneas de acción con sus metas específicas correspondientes.



Finalmente, en el capítulo 6 Cómo evaluaremos nuestro trabajo, se describen el modelo y mecanismos de seguimiento y evaluación para asegurarnos que se está cumpliendo con lo que se planteó, así como el fundamental tema de la transparencia y rendición de cuentas.

Sin lugar a dudas, una de las tareas más fascinantes de la administración pública, es la que por mandato de ley tiene la Secretaría de Salud. El Programa Estatal del Sector Salud alcanzará su verdadero sentido en la medida que contribuya a proteger y mejorar las condiciones de salud de todos los jaliscienses.

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030



PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES

En dónde estamos

1. En dónde estamos

En las últimas cinco décadas, Jalisco ha sido testigo de un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Esta disminución viene aparejada con un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro estado dominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Esta transición en el patrón epidemiológico está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y a múltiples riesgos vinculados a estilos de vida poco saludables, dentro de los que sobresalen la mala nutrición – sobrepeso y obesidad –, el tabaquismo, la ingesta excesiva de alcohol, el consumo de drogas, las vialidades inseguras

y las prácticas sexuales de alto riesgo. Estos crecientes padecimientos son más complejos de atender y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que fueron las causas de defunción predominantes el siglo pasado.

Estos cambios han exigido a su vez al sistema de salud de una serie de cambios sostenidos para actualizar su marco normativo, acrecentar sus recursos – financieros, materiales, humanos, organizacionales y tecnológicos – así como de alinear sus esfuerzos con otros sectores del gobierno y de la sociedad.

El marco normativo de la salud

Corresponde a la Secretaría de Salud Jalisco dentro de la esfera de su competencia y atribuciones, hacer efectivo el Derecho a la Protección a la Salud, consagrado y reconocido en el Artículo 4º la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Constitución Política del estado de Jalisco.

De conformidad con lo dispuesto en el indicado Artículo 4º de nuestra Constitución, la Ley General de Salud en su Artículo 5º señala que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

Refiere el Artículo 3 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del estado de Jalisco que para el despacho

de los asuntos que competan al Poder Ejecutivo, el Gobernador del estado se auxiliará de las secretarías y dependencias, organismos y entidades que señalen la Constitución Política del estado, las leyes que de ella emanen, y las demás disposiciones jurídicas vigentes en el estado.

Dicha Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del estado de Jalisco, indica en el Artículo 36, que la Secretaría de Salud es la dependencia encargada de proporcionar y coordinar los servicios de salud y la regulación sanitaria en el estado, y señala los asuntos que corresponden a su despacho.

Es en la década pasada cuando se dio inicio al proceso de descentralización de los servicios de salud, el cual tuvo como punto de partida el Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1983. Es a través de diversos

acuerdos de coordinación celebrados entre el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal como se han venido descentralizando de la Federación servicios de salud a esta entidad federativa.

Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en el Programa de Reforma del Sector Salud, en el marco del Convenio Nacional de Descentralización se celebró entre el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo Estatal el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad. En este acuerdo se contempla la creación de dos organismos públicos descentralizados denominados Servicios de Salud Jalisco, y Hospital Civil de Guadalajara.

En cumplimiento del referido Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral, mediante el decreto Número 16526, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Jalisco, se decreta la Ley de Creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, cuyo objeto es prestar servicios de salud a la población en esta Entidad Federativa, ello en cumplimiento de lo dispuesto por las Leyes General y Estatal de Salud, y lo relativo del Acuerdo de Coordinación, convirtiéndose así el citado ente en el principal brazo operativo de la Secretaría de Salud de Jalisco.

Dentro del marco legal tanto del Sistema Nacional como del Estatal de Salud, destaca el hecho relacionado con la reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se adiciona un Título Tercero Bis al que se le llama: De la Protección Social en Salud, y en el Artículo 77 bis 1, donde se dispone que “todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud” sin importar su condición social, ello de conformidad con el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El párrafo segundo de dicho artículo define a la protección social en salud como “un mecanismo por el cual el estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-

quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud”, ello mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

1. LEGISLACIÓN

1.1 Constitucional

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución Política del Estado de Jalisco.

1.2 Ordinaria

- Ley General de Salud.
- Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco.
- Ley Estatal de Salud.
- Ley que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud Jalisco.

2. REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley de Creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

3. ACUERDOS

- Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad.

4. NORMAS

- Normas Oficiales Mexicanas expedidas por la Secretaría de Salud Federal.



Atribuciones

Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco.

Artículo 36

La Secretaría de Salud es la dependencia encargada de proporcionar y coordinar los servicios de salud, la regulación sanitaria y la asistencia pública en el Estado y le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I. Coordinar el Sistema Estatal de Salud, formular, revisar y ejecutar el Programa Estatal que en dicha materia elabore y evaluar sus resultados;

II. Ejercer las funciones que para las entidades federativas señale la Ley General de Salud, así como las que en virtud de convenios sean descentralizadas por la federación al Gobierno del Estado;

III. Proponer al Gobernador del Estado las políticas y los programas de coordinación con las autoridades federales y municipales en materia de salud, prevención específica y atención médica social;

IV. Planear, organizar, controlar y supervisar el Sistema Hospitalario Estatal y los planteles médicos y centros de salud que se establezcan en el territorio local, para fomentar y asegurar la recuperación de la salud de la población que se atienda;

V. Controlar y supervisar los centros hospitalarios privados, para el debido cumplimiento de las disposiciones y medidas sanitarias vigentes;

VI. Realizar campañas tendientes a prevenir y erradicar enfermedades y epidemias en el territorio del Estado, coordinándose al efecto con el Gobierno Federal, entidades federativas y con los gobiernos municipales existentes en el Estado, así como evaluar los proyectos respectivos, utilizando indicadores que muestren su factibilidad económica y social;

VII. Derogada;

VIII. Derogada;

IX. Derogada;

X. Derogada;

XI. Derogada;

XII. Coordinar con las autoridades competentes la realización de campañas para prevenir y atacar la drogadicción, el alcoholismo, tabaquismo y otros hábitos que amenacen la salud; y

XIII. Las demás que le señalen las leyes y reglamentos vigentes en el Estado.

Ley que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud Jalisco.

Artículo 3º

El Organismo tendrá por objeto prestar servicios de salud a la población en esta Entidad Federativa, en cumplimiento de lo dispuesto por las Leyes General y Estatal de Salud, y a lo relativo del Acuerdo de Coordinación.

El Organismo tendrá las siguientes atribuciones:

I. Organizar y operar en el Estado de Jalisco, servicios de salud a la población en materia de salubridad general y coadyuvar con la Secretaría de Salud Jalisco en la regulación y control sanitarios, debiendo observar lo que establece el Acuerdo de Coordinación, y apoyar en la organización del Sistema Estatal de Salud en los términos de las Leyes General y Estatal de Salud;

II. Realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes de esta Entidad Federativa;

III. Proponer y fortalecer la participación de la comunidad en los servicios de salud;

IV. Conocer y aplicar la normatividad general en materia de salud, tanto nacional como internacional, a fin de proponer a su cabeza de Sector, adecuaciones a la normatividad estatal y a los esquemas, para lograr su correcto cumplimiento;

V. Efectuar todas aquellas acciones que sean necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en el Estado;

VI. Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios en su materia, apoyando los programas que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud del Ejecutivo del Gobierno Federal;

VII. Impulsar, apoyar y capacitar a profesionales, especialistas, técnicos y auxiliares de las ramas médica, paramédica, afín y administrativa en la entidad, que desempeñen sus labores, sean asignados o coadyuvan en los programas de dicho Organismo; así mismo llevar a cabo actividades de investigación científica y docencia de pre y posgrado, de conformidad con las leyes y ordenamientos respectivos;

VIII. Integrar un acervo de información y documentación que facilite a las autoridades e instituciones competentes, la investigación, estudio y análisis de los distintos ámbitos y aspectos específicos en materia de salud;

IX. Difundir en general entre la población de la Entidad y en especial entre las autoridades correspondientes, mediante publicaciones y actos académicos, los resultados de los trabajos de investigación, estudio, análisis y de recopilación, documentación e intercambio que realiza;

X. Administrar sus recursos humanos, así como los materiales y financieros que conformen su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, y a lo establecido en el Acuerdo de Coordinación;

XI. Celebrar convenios, contratos y acuerdos con los sectores público, social y privado, productivos de bienes y servicios, así como con instituciones, conforme lo dispuesto por la normatividad aplicable;

XII. Vigilar la aplicación de la normatividad en materia laboral, federal y estatal, en beneficio de sus trabajadores; y

XIII. Las demás que esta Ley (Ley que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud Jalisco) y otras disposiciones legales le confieran para el cumplimiento de su objeto.

Artículo 10°

Para garantizar la aplicación de las políticas del Gobierno del Estado en materia de Salud y prevenir la duplicidad de estructuras, el cargo de Director General lo ocupará invariablemente el Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco.

Nuestra población

Jalisco está viviendo un proceso de transición demográfica. Actualmente, en la entidad se registra un total de 6.9 millones de personas (ver figura 1.1) quienes demandan una serie de acciones y esfuerzos de los tres niveles de gobierno y la misma sociedad, para atender a una población que se estabilizará en aproximadamente 7.79 millones hacia el año 2030, sobresaliendo una proporción creciente de adultos de la tercera edad.

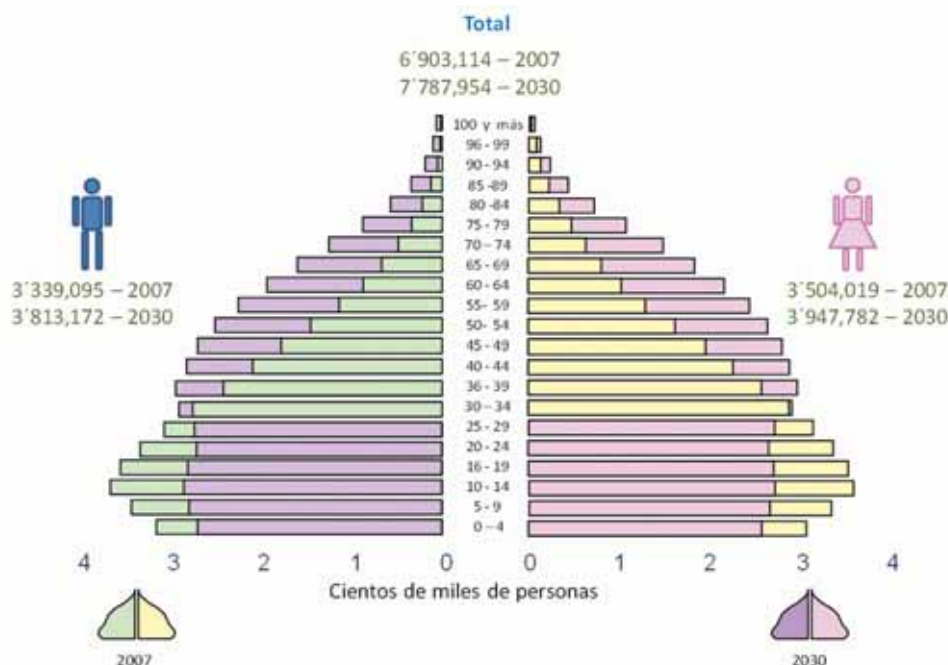


Figura 1.1 Pirámide poblacional de Jalisco 2007 y su proyección a 2030 por Grupos Quinquenales
Fuente: COEPO

Sin embargo, el crecimiento económico no ha sido de la misma proporción que el crecimiento demográfico. En el estado persisten la economía informal, el subempleo y la pobreza; también existen rezagos en alimentación, educación, servicios de salud, vivienda e infraestructura. Esto se manifiesta en la expulsión de gran número de personas de sus comunidades de origen, hacia las grandes zonas urbanas y hacia el extranjero, principalmente a los Estados Unidos de Norteamérica; además, la destrucción y la contaminación de los ecosistemas están convirtiéndose en un problema con el que, si no actuamos de inmediato, se afectará la calidad de vida en un futuro inmediato.

Durante el siglo XX, nuestro estado experimentó transformaciones sin precedente desde el punto de vista demográfico. Primero atravesó por ciclos de intenso crecimiento poblacional y más recientemente, de marcada desaceleración. La trayectoria descrita refleja el tránsito, todavía inconcluso, de un régimen

caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados, hacia otro actual de niveles bajos, proceso que ha sido denominado transición demográfica. Esta profunda metamorfosis fue impulsada, a partir de los años treinta, por un importante descenso de la mortalidad, mismo que fue posible gracias al mejoramiento de las condiciones de vida y a los avances logrados en educación, salud, alimentación, infraestructura sanitaria, aplicación intensiva de tecnología médica y de control ambiental. Como consecuencia, la esperanza de vida de la población jalisciense, que en 1940 era de apenas 42.5 años, llegó a 63.3 en 1970, a casi 71.5 años en 1990 y a poco más de 75.2 para 2007.

Frente al largo proceso de disminución de la mortalidad e incremento de la esperanza de vida, el de la reducción de la fecundidad es mucho más reciente y de características más acentuadas. Este proceso comenzó a mediados de la década de los setenta, poco después de alcanzar su nivel máximo histórico de 6.8

hijos promedio por mujer. Fue a partir de 1974, a raíz del cambio en la política de población, cuando las prácticas de planificación familiar empezaron a difundirse y generalizarse, dando lugar a una sostenida y silenciosa revolución demográfica.

Así, la fecundidad cayó a un promedio de 4.9 hijos por mujer en 1980, a 3.72 para 1990 y en la actualidad (2007) a 2.16 hijos. En lo que respecta a la tasa de crecimiento poblacional que en 1971 registró 3.37 por ciento, a partir de ese año, la dinámica demográfica empezó a desacelerarse gradualmente, registrando una tasa de 2.35 por ciento en 1990, de 1.99 por ciento en 2000 y de 1.39 por ciento para 2007.

Cambios en la estructura por edad

Además de los cambios en su tamaño, dinámica y distribución territorial, la población de Jalisco experimentó a lo largo del Siglo XX importantes transformaciones en su estructura por edad (ver tabla 1.1).

La etapa de despegue y de rápido crecimiento dio origen a un proceso de “rejuvenecimiento demográfico”, que se expresó en un ensanchamiento de la base de la pirámide poblacional. Basta señalar que entre 1930 y 1970 el grupo de menores de 15 años de edad multiplicó su volumen inicial alrededor de 3.2 veces (al pasar de 485 mil a 1.534 millones de personas) y su peso relativo respecto a la población total aumentó de 42.07 a 46.55 por ciento.

En contraste, el segmento de entre 15 y 64 años creció 2.2 veces en ese mismo lapso (de casi 731 mil a 1.68 millones de personas), aunque su participación en la población total disminuyó de 63.39 a 49.34 por ciento.

Esta dinámica de crecimiento diferenciada de ambos grupos de edad provocó un aumento de la carga de dependencia juvenil, que pasó de 66.37 a 94.33 menores de 15 años por cada 100 personas en edad laboral, entre 1930 y 1970.

Tabla 1.1 Población por grupo de edades

Año	Población Total	Grupo de Edad			No Especificado	Razón de Dependencia
		0 a 14	15 a 64	65 y más		
1970	3,296,586	1,534,430	1,626,630	135,526	-	102.66
1980	4,371,998	1,897,499	2,241,441	192,968	40,090	93.26
1990	5,302,689	2,048,779	2,950,944	256,654	46,312	78.13
1995	5,991,176	2,134,786	3,543,332	296,665	16,393	68.62
2000	6,322,002	2,132,355	3,777,607	334,790	77,250	65.31
2005	6,752,113	2,060,172	4,100,568	383,947	207,426	59.60

Fuente: Consejo Nacional de Población con base en censos y conteos nacionales

Con el descenso de la fecundidad se inició un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide de población. Así entre 1970 y 2005, la población de menores de 15 años de edad aumentó de 1.53 a 2.06 millones de personas (Sin embargo la proporción disminuye en relación a la total).

Cabe mencionar que el grupo de edad productiva, es decir el de 15 a 64 años multiplicó su tamaño

inicial en poco más de 2.5 veces (de 1.63 a 4.10 millones). Como consecuencia, la razón de dependencia, la cual toma en cuenta a los menores de 15 años y mayores de 65, disminuyó entre 1970 y 2005 de 103 a 60 por cada 100 personas en edad de trabajar.

El estado de Jalisco (ver tabla 1.2) está integrado por un total de 10,643 localidades; en tan solo 70 de ellas, se concentran más de cinco millones habitan-

tes, mismos que representan 78.3 por ciento de la población total. Por otro lado, existen 8,711 localidades que concentran sólo 170,639 habitantes y éstos representan únicamente el 2.5 por ciento de la población

total en el estado. Esto nos da una idea de la enorme concentración y dispersión poblacional en la entidad y con ello, la gran dificultad de ofertar servicios de salud con calidad para todos.

Tabla 1.2 Dispersión Poblacional en el estado de Jalisco

Rango Poblacional	Localidad	Habitantes	Porcentaje
01-99	8,711	170,639	2.5
100-999	1,560	453,846	6.7
1,000-1,999	142	195,970	2.9
2,000-2,499	51	115,054	1.7
2,500-4,999	68	239,265	3.5
5,000-9,999	41	288,870	4.3
+10,000	70	5,288,469	78.3
Totales	10,643	6,752,113	100

Fuente: II Censo de Población y Vivienda 2005

En lo que se refiere a la densidad poblacional por región, de acuerdo con datos del II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005, tenemos que en la Región Centro se localiza la mayor concentración poblacional con más de cuatro millones de habitantes, que representan al 62 por ciento del total estatal, fenómeno derivado de la inmigración del interior del estado hacia las grandes ciudades, seguida de la Ciénega y Altos Sur; por otro lado, la Región Sierra Occidental es la que menos población presenta con un total de

58,143 habitantes (0.9 por ciento), lo cual es reflejo de los altos niveles de expulsión poblacional registrados.

Por otro lado tenemos que en los seis municipios que tienen mayor población a nivel estatal entre los cuales se encuentran los de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ver tabla 1.3), además de Puerto Vallarta, concentran 61.75 por ciento de la población estatal, mientras que el municipio de Ejutla (1,888 habitantes) es el que menor densidad poblacional presenta, seguido de Cuautla y Santa María del Oro.

Tabla 1.3 Municipios con mayor y menor densidad poblacional y su porcentaje de participación respecto del total estatal

Municipio	Población Total	Porcentaje Respecto al Total Estatal
Guadalajara	1,600,940	23.7
Zapopan	1,155,790	17.12
Tlaquepaque	563,006	8.34
Tonalá	408,729	6.05
Tlajomulco de Zúñiga	220,630	3.27
Puerto Vallarta	220,368	3.26
San Cristóbal de la Barranca	3,207	0.05
San Martín de Bolaños	3,205	0.05
Techaluta de Montenegro	3,044	0.05
Santa María del Oro	2,653	0.04
Cuautla	2,024	0.03
Ejutla	1,888	0.03
Total Estatal	6,752,113	

Fuente: II Censo de Población y Vivienda. INEGI 2005

El futuro demográfico

En las próximas décadas, la población de Jalisco completará la última fase de la transición demográfica, encaminándose rápidamente a un crecimiento cada vez más reducido. Las previsiones para 2030 sugieren que la población podría alcanzar 7.79 millones de habitantes; por lo tanto, el estado seguirá enfrentando en los próximos años el desafío de proporcionar a sus habitantes empleo, vivienda, vestido, alimentación, educación y salud. Por su parte, el grupo de población de 15 a 64 años continuará aumentando su tamaño (de 4.10 millones en 2005 a 4.64 millones en 2010 y a 5.26 millones en 2030) y con ello aumentará también el potencial productivo y de creación de riqueza del estado. La trayectoria de crecimiento de este grupo de edad representará un enorme desafío en términos de nuevos puestos de trabajo.

En consecuencia, la población económicamente activa, que en la actualidad es de poco más de 5.25 millones de trabajadores, ascenderá a casi 5.50 millones en 2010 y a cerca de 6.51 millones en 2030.

Así mismo la población de la tercera edad aumentará paulatinamente generando necesidades específicas, como son los servicios de atención médica especializada con énfasis en las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones, las discapacidades físicas y demencias seniles. Lo anterior sin olvidar que aún tenemos grandes retos en la atención materno infantil, enfermedades infectocontagiosas emergentes y re emergentes como el SIDA y la Tuberculosis. Por otra parte, la situación del estrés y otros problemas que van aparejados con el mismo desarrollo de los países, contribuyen a un aumento en la presencia de trastornos mentales tales como las adicciones, la depresión, el suicidio, la anorexia y la bulimia, entre otras, lo que incluye entre las prioridades, la atención de la salud mental y la violencia intrafamiliar.

Por otro lado, de mantenerse las tendencias actuales, la concentración de la población en la Región Centro se acentuará. En contraparte, en la Región Sierra Occidental vivirán solamente 0.5 por ciento de los jaliscienses (en la actualidad residen 0.83 por ciento). Fuera de la Región Centro, la única que crecerá será la Región Costa Norte, el abandono del resto de las regiones, es una de las problemáticas que más dificultan mejorar la calidad de vida de los jaliscienses.

Las necesidades de salud de los jaliscienses: Lo que les aqueja y causa la muerte

En Jalisco, a lo largo de la segunda mitad del Siglo XX, ha tenido lugar una disminución muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Esta disminución fue a la par de un cambio igualmente notorio en las principales causas de muerte y discapacidad. Ahora en nuestro estado sobresalen como causas que afectan la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones, lo que con el tiempo seguirá acentuándose.

Este tipo de enfermedades representan mayor dificultad en su tratamiento, y son más costosas en su manejo que las infecciones más frecuentes, los problemas reproductivos y las enfermedades carenciales. Este cambio en el perfil de la salud está íntimamente asociado al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el consumo y adicciones al tabaco, alcohol y drogas ilegales, el sobrepeso y obesidad -, las vialidades inseguras y los relacionados con las prácticas sexuales riesgosas.

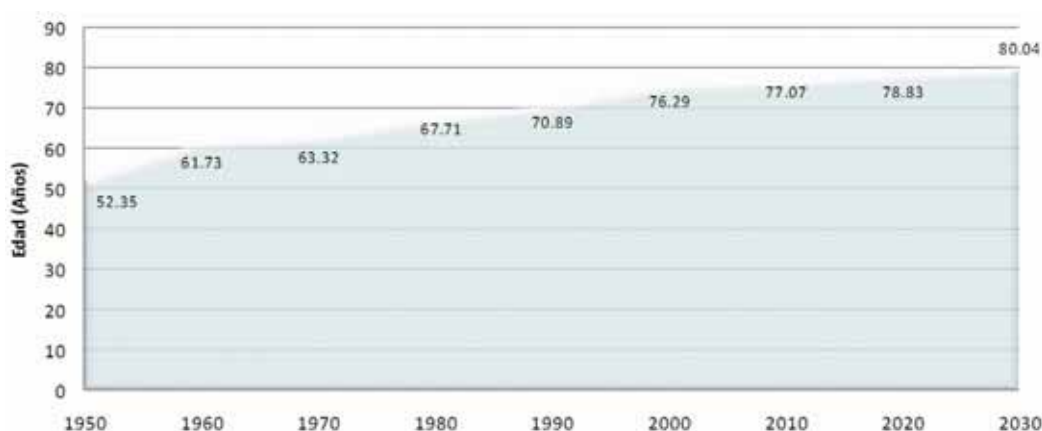


Figura 1.2 Esperanza de vida al nacer. Jalisco 1950 - 2030

Fuente: CONAPO

Qué aqueja a los jaliscienses: los daños a la salud

En Jalisco como sucede en todo México, los daños a la salud (muertes, enfermedades y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se debe sobre todo al incremento sostenido de los padecimientos no transmisibles. Se calcula que 86.3 por ciento del total de las muertes en Jalisco corresponden a enfermedades no transmisibles y lesiones, de las cuales 59 por ciento suceden en personas mayores de 65 años (Apéndice estadístico 1).

Mortalidad general

En la década de los treinta del siglo pasado, uno de cada seis niños jaliscienses fallecía antes de cumplir un año de vida. Hoy 98 por ciento de los recién nacidos alcanzan a llegar a su primer año de vida. De igual forma, alrededor de la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años; hoy las mujeres en Jalisco pueden llegar a vivir casi 79 años.

La disminución sostenida de la mortalidad general en nuestra entidad, que pasó de 16.4 defunciones por 1000 habitantes en 1950 a 4.75 por 1000 en 2006, produjo un notable incremento de la esperanza de vida (ver figura 1.2), la que pasó de 54.45 años a 78.55 años en ese mismo período en las mujeres y, de 50.24 a 73.8 en los hombres, cifras discretamente superiores a las del país, y comparables con las de Argentina e Italia en el caso de las mujeres, y Cuba y Bélgica en el caso de los hombres. Esta reducción de la mortalidad y aumento de años promedio de vida, se acompaña de una disminución también muy sostenida de la fecundidad. El número promedio de hijos pasó de 6.8 en 1970, a 2.2 en 2006.

El proceso de envejecimiento de la población –caracterizado por el descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad– junto con la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, ha modificado de forma significativa el panorama de las principales causas de muerte. Así, Jalisco presenta

una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Casi el 13 por ciento de las muertes en el estado se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición que en conjunto se clasifican bajo el término

de rezago epidemiológico (en México es el 15 por ciento); cerca del 10 por ciento se deben a lesiones accidentales e intencionales (México con 11 por ciento), y 76.7 por ciento a padecimientos no transmisibles (México con 73 por ciento) conocidos como retos emergentes donde sobresalen la diabetes, los problemas cardiovasculares y los tumores malignos o cáncer (ver figura 1.3).

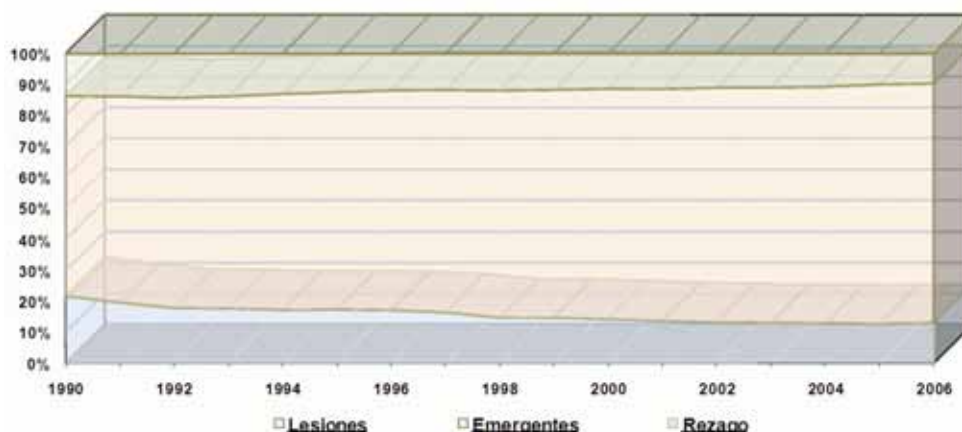


Figura 1.3 Distribución porcentual de defunciones por enfermedades del rezago, emergentes y lesiones. Jalisco 1990 - 2006

Fuente: Base de datos de Defunciones INEGI/ Secretaría de Salud/ Dirección General de Información en Salud. CUBOS dinámicos de información

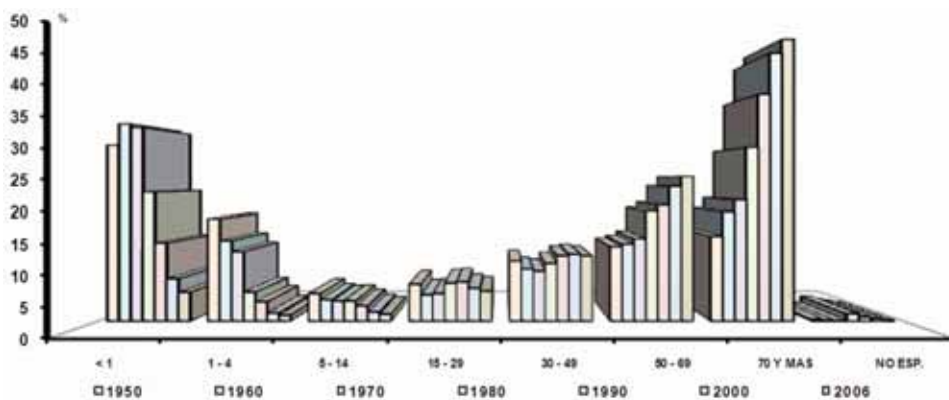


Figura 1.4 Porcentaje de defunciones por edad. Jalisco 1950 - 2006

Fuente: Secretaría de Salud / Compendio Histórico Estadísticas Vitales 1893 – 1993. CUBOS. / Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

La participación de los distintos grupos de edad en la mortalidad también ha variado. Hace 55 años poco menos de la mitad de las defunciones totales ocurridas en el estado se concentraban en los menores de 5 años, y solamente el 15 por ciento en las personas de 65 años y más. En 2006 más de 52 por ciento de las muertes se registran en personas de la tercera edad y menos de 10 por ciento en menores de 5 años, conformándose con ello la clásica “J” en la curva de mortalidad por grupos de edad (ver figura 1.4).

Mortalidad por grupos de edad

Mortalidad infantil

En la actualidad, en Jalisco la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad es 87 por ciento menor que la probabilidad que había en 1950 (Apéndice estadístico 2). Tan sólo en los últimos quince años la mortalidad infantil disminuyó 42 por ciento, para alcanzar cifras de 13.4 por 1000 menores de 1 año en 2006, siendo de 11.6 en niñas y de 15.2 en niños. Son varios los factores asociados a la reducción en la mortalidad infantil sobresaliendo una mejor educación de las madres, disponibilidad intradomiliar de agua, altas tasas de vacunación, una mejor nutrición, un mejor control de vectores y el mayor acceso a una atención médica oportuna y de calidad en particular de acciones que modifican el curso de las infecciones respiratorias y las diarreas.

Un cambio relevante en este grupo de edad es la concentración de más de las dos terceras partes de las muertes infantiles en el primer mes de la

vida, la mayoría de las cuales se deben a problemas perinatales y enfermedades congénitas (ver tabla 1.4 y Apéndice estadístico 3). Es importante mencionar que estos cambios representan un reto extraordinario al sistema de salud porque exigen de una atención cuidadosa durante el embarazo y el parto con mejor tecnología, y del fortalecimiento de estrategias como la administración del ácido fólico para la prevención de defectos al nacimiento.

El otro gran reto en materia de mortalidad infantil son las brechas de desigualdad que existen entre las regiones y municipios del estado más desarrollados y las zonas marginadas.

Mortalidad preescolar

A medida que se avanza en edad y después de cumplir el primer año de vida la probabilidad de morir disminuye de manera significativa, para volver a incrementarse en las etapas más avanzadas. Las pocas defunciones que ocurren en las niñas y niños de entre 1 a 4 años de edad (338 muertes en 2006, con una tasa de 65.5 por 100,000 habitantes de 1 – 4 años) se deben sobre todo a anomalías congénitas, accidentes de tráfico de vehículo de motor, infecciones, y ahogamiento. En Jalisco alrededor de 14 por ciento de las muertes en este grupo de edad se deben a infecciones intestinales, infecciones respiratorias, desnutrición y anemia. Otro 24 por ciento se deben a lesiones accidentales (accidentes de tránsito, ahogamiento, caídas accidentales, envenenamiento accidental y exposición al fuego y humo) y también están presentes los homicidios (Apéndice estadístico 4).

Tabla 1.4 Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año). Jalisco 2006

Orden	Causa	Defunciones	Tasa (1)	Porcentaje
Total		1,666	1,344.7	100
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	796	642.5	47.8
2	Anomalías congénitas	440	355.1	26.4
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	88	71.0	5.3
4	Enfermedades infecciosas intestinales	38	30.7	2.3
5	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	10	8.1	0.6
6	Desnutrición calórico protéica	9	7.3	0.5
7	Nefritis y nefrosis	6	4.8	0.4
8	Meningitis	4	3.2	0.2
9	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Cent	4	3.2	0.2
10	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	4	3.2	0.2
11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4	3.2	0.2
12	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4	3.2	0.2
13	Infecciones respiratorias agudas altas	3	2.4	0.2
14	Anemia	3	2.4	0.2
15	Leucemia	3	2.4	0.2
16	Caídas accidentales	3	2.4	0.2
17	Ahogamiento y sumersión accidentales	3	2.4	0.2
18	Epilepsia	2	1.6	0.1
19	Enfermedad cerebrovascular	2	1.6	0.1
20	Asma	2	1.6	0.1

(1) Tasa por 100,000 Nacimientos esperados

Fuente: INEGI / Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (SINAIS)

Mortalidad escolar

El grupo de edad donde se registran menos muertes (y en consecuencia más saludable) es el escolar. La tasa de mortalidad durante la etapa de 5 a 14 años es la más baja registrada en todos los grandes grupos de edad, siendo de 28.4 por cada 100,000 niños. En 2006 fallecieron en Jalisco 391 menores de este grupo: La tercera parte están relacionadas con causas accidentales e intencionalmente infligidos: Accidentes de tráfico de vehículo de motor 20.2 por ciento; ahogamiento 4.3 por ciento; suicidios 2.8 por ciento; caídas accidentales 2.3 por ciento; y homicidios 1.5 por ciento. El segundo lugar lo ocupan las muertes por leucemia con un 9.2 por ciento, y los padecimientos del riñón el tercer lugar con 5.9 por ciento (Apéndice estadístico 5).

Mortalidad en edad productiva

La mortalidad en esta etapa de la vida –15 a 64 años– es de 254 defunciones por cada 100 000 habitantes de la edad, y que en conjunto suman 11,238 decesos en el año 2006. El panorama de las principales causas de muerte se asemeja mucho al del país en su conjunto.

En Jalisco la primera causa de muerte en este grupo es la diabetes, seguida de los accidentes de tráfico de vehículo de motor, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades crónicas del hígado, las nefritis y nefrosis, la enfermedad cerebro vascular y los homicidios (séptimo lugar con 353 muertes) y suicidios (11° lugar con 270). El VIH/SIDA ocupa el noveno lugar con 277 defunciones predominando en los

hombres. Las muertes por tumor maligno de mama ocupan el 8° lugar con 296 defunciones (Apéndice estadístico 6).

Mortalidad en adultos mayores

A partir de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,698 por cada 100,000 habitantes, sumando un total de 18,923 defunciones en el año 2006). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas y tumores malignos como el de pulmón, próstata y estómago.

En esta etapa de la vida vuelven a aparecer dentro de las causas más comunes de muerte las infec-

ciones respiratorias agudas bajas (5° lugar) y persisten, aunque después de las diez primeras los accidentes de tránsito (lugar 16°) y las caídas accidentales (lugar 18°) (Apéndice estadístico 7). Este panorama es muy semejante al observado en el país, y también es el patrón general que se presenta en las regiones de Jalisco.

Principales causas de muerte

En Jalisco tan solo tres tipos de padecimientos concentran más del 32 por ciento de las muertes en mujeres y más del 23 por ciento de las muertes en hombres (ver tabla 1.5): La diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares (Apéndice estadístico 8, 9, 10). Su prevalencia en adultos en México –y que aplica para Jalisco– es de 21.5, 26.5 y 30.8 por ciento, respectivamente.

Tabla 1.5 Principales Causas de Mortalidad General. Jalisco 2006

Orden	Causa	Defunciones	Tasa (1)	Porcentaje
Total		32,632	475.1	100.0
1	Diabetes mellitus	4,350	63.3	13.3
2	Enfermedades isquémicas del corazón	3,642	53.0	11.2
3	Enfermedad cerebrovascular	1,743	25.4	5.3
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	1,479	21.5	4.5
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,415	20.6	4.3
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,329	19.3	4.1
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,285	18.7	3.9
8	Nefritis y nefrosis	962	14.0	3.9
9	Enfermedades hipertensivas	922	13.4	2.9
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	796	11.6	2.8
11	Anomalías congénitas	596	8.7	2.4
12	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	564	8.2	1.8
13	Desnutrición calórico protéica	534	7.8	1.7
14	Tumor maligno de la próstata	444	6.5	1.6
15	Tumor maligno de la mama	440	6.4	1.4
16	Agresiones (homicidios)	399	5.8	1.3
17	Tumor maligno del estómago	321	4.7	1.2
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	307	4.5	1.0
19	Caídas accidentales	294	4.3	0.9
20	VIH/SIDA	287	4.2	0.9

(1) Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: INEGI / Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (SINAIS)

El origen común de estos problemas está asociado a unos cuantos factores de riesgo, que es indispensable atender de forma integral. Figuran dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, que afecta a 70 por ciento de la población de entre 30 y 60 años, aunque en un porcentaje considerable se genera desde edades tempranas. El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial que además influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Estos factores de riesgos son altamente evitables.

Una de las enfermedades de más alta prevalencia de México y de Jalisco es la diabetes mellitus, la cual representa un gran reto, el mayor quizá, al que se enfrenta nuestro Sistema de Salud. Además de ser la primera causa de muerte general, es el principal motivo de demanda de atención médica en la consulta externa de adultos y sus complicaciones son una de las principales causas de internamiento en los hospitales, significando el mayor porcentaje de gasto en salud en las instituciones del sector público –alrededor de 20 por ciento–. Actualmente, según resultados de la Encuesta Nacional de Salud, el 8 por ciento de la población mayor de 20 años padecen esta enfermedad,

y después de los 50 años supera el 20 por ciento. El riesgo de padecer diabetes aumenta con la edad.

Además de ser la diabetes una causa de muerte por sí misma, es coadyuvante e incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como son las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Así mismo es causante de la pérdida de años de vida saludables, debido a que el resultado de sus complicaciones la convierte en uno de los motivos principales de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, además de ser la principal causa de la pérdida de la vista o ceguera.

En nuestro estado el número de defunciones por diabetes se incrementó 33.8 por ciento entre 2000 y 2006, y la tasa de mortalidad por esta causa pasó de 52.83 a 66.7 por 100,000 habitantes en mujeres, y de 47.04 a 59.8 en hombres (ver figura 1.5). La edad promedio de la muerte ha permanecido estable con un ligero ascenso hacia edades más avanzadas: De 67.04 años en 1990 a 69.21 actualmente. Por esta enfermedad se pierden anualmente 24,132 años útiles de vida, siendo que en 1990 se perdían 12, 732 (Apéndice estadístico 11).

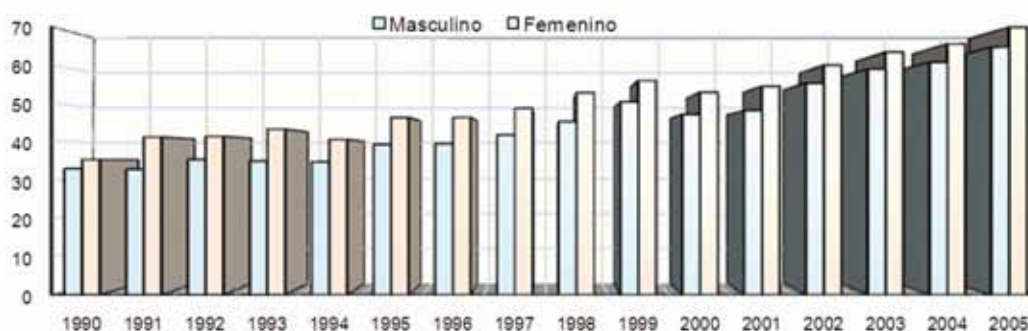


Figura 1.5 Tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus, según sexo. Jalisco 1990-2005

Fuente: INEGI / Secretaría de Salud / CUBOS Dinámicos de Información

* Tasa por 100,000 habitantes según sexo.



A diferencia de los rezagos en salud que afectan mayormente a los pobres (infecciones comunes, desnutrición, problemas reproductivos), la diabetes se presenta por igual en toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico. En los últimos años todas las regiones de Jalisco han mostrado incrementos sostenidos en la mortalidad por esta causa, mostrando los niveles más altos Sureste, Valles y Costa Sur.

En 2006 las enfermedades del corazón, en particular la cardiopatía isquémica, representaron el 11.2 por ciento del total de las muertes en Jalisco, y se constituyen como la segunda causa de deceso en mujeres con una tasa de 45.8 por 100,000, mientras que en los hombres ocupan el primer lugar con una tasa de 60.3.

Con esta enfermedad se disminuye la cantidad de oxígeno que debe llegar al corazón, como consecuencia de la obstrucción y/o el estrechamiento de las arterias coronarias, lo que puede llegar a producir un infarto del miocardio y la muerte de las personas afectadas. Existen ciertos factores de riesgo asociados con esta enfermedad y estilos de vida poco saludables que se practican muchas veces desde la infancia como son el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso y obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés, la hipertensión arterial y la diabetes.

Entre 2000 y 2006 las tasas de mortalidad por esta causa mostraron un comportamiento estable, con un ligero incremento a nivel global y en sexo masculino, siendo en este sexo de 12.1 por ciento, en cambio en las mujeres hubo un leve decremento de 2.6 por ciento. Las regiones de Jalisco con las mayores tasas de mortalidad son Sierra Occidental, Sierra de Amula y la Norte. El promedio de edad a la muerte temprana no ha variado prácticamente, siendo en 1990 de 56.6 años y en el 2006 de 56.8. Actualmente al año se pierden 16,207 años de vida potencial. Cabe destacar que el 87 por ciento de estas defunciones son por infarto agudo al miocardio (Apéndice estadístico 12).

No obstante que varias de las zonas del estado en donde se presentan las tasas más bajas de mortalidad por cardiopatías son regiones con niveles altos de marginación, no debe pensarse que estas enfermedades son exclusivas de zonas urbanas o bien consecuencia del desarrollo. Si bien los factores de riesgo asociados a ellas son más prevalentes en las ciudades, su frecuencia está aumentando también en las localidades rurales y en las urbanas marginadas.

Por otro lado la historia demuestra que aparentemente es inminente que como consecuencia del desarrollo – así ha pasado en casi todos los países del primer mundo - las enfermedades del corazón lleguen a presentar una altísima incidencia. Sin embargo existe evidencia de que al implementar intervenciones para mejorar los estilos de vida como es una alimentación adecuada, ejercicio, campañas contra las adicciones, etc. es posible prevenir estas enfermedades, así como las de detección temprana y control adecuado de la hipertensión, de los niveles de colesterol y otros lípidos en la sangre, entre otras acciones con las que se puede lograr una importante reducción de dichos padecimientos o bien, retrasar la edad de su aparición o de sus complicaciones.

En Jalisco las enfermedades cerebro-vasculares son la tercera causa de muerte. Ocurren por la disminución considerable o ausencia en el suministro de oxígeno al cerebro como consecuencia de una hemorragia o la obstrucción de una arteria. Estos padecimientos son frecuentemente muy graves y suelen terminar con el fallecimiento de la persona afectada. Más de 77 por ciento de las defunciones por este tipo de enfermedades se presentan en personas mayores de 65 años (Apéndice estadístico 11). La incidencia es discretamente más elevada en las mujeres.

En 2006 por esta causa murieron en Jalisco 1,743 personas, observándose una tasa de 25.38 defunciones por cada 100,000 habitantes. Después de un incremento moderado pero consistente en los años noventa, la tasa de mortalidad por enfermeda-

des cerebro-vasculares empieza a mostrar una tendencia al descenso, tanto en mujeres como en hombres (ver figura 1.6). En 1990

fue de 25.01 en hombres y 29.4 en mujeres, en el año 2006 disminuyó a 23.7 y 27.0 respectivamente.

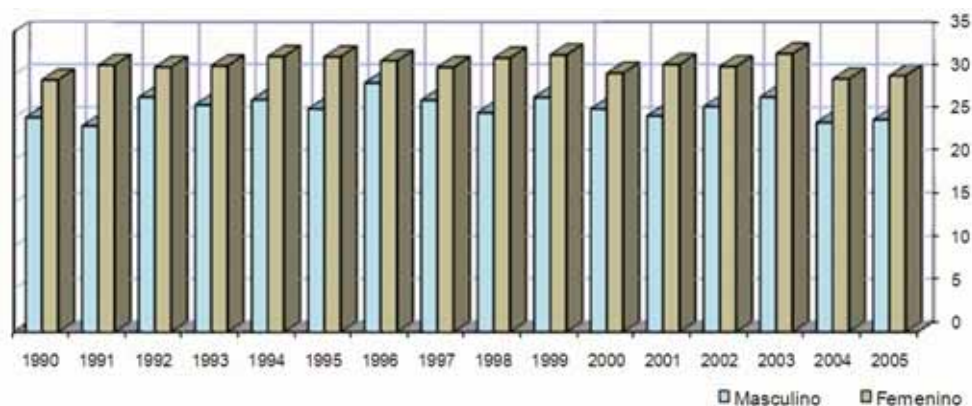


Figura 1.6 Tendencia de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, según sexo. Jalisco 1990-2005

Fuente: INEGI / Secretaría de Salud, CUBOS Dinámicos de Información

* Tasa por 100,000 Habitantes según sexo.

La cuarta causa de muerte en nuestro estado son las infecciones respiratorias agudas bajas, con una tasa de 21.5, siendo prácticamente igual en hombres y mujeres. En 2006 fallecieron 1,479 personas por esta causa. Destaca que el 73 por ciento de estas defunciones ocurren en el adulto mayor.

En Jalisco la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la quinta causa de muerte en mujeres y la sexta en hombres. Durante el 2006 en nuestro estado esta enfermedad produjo más de 800 decesos en hombres con una tasa de 23.5 por 100,000, contra poco más de 600 defunciones en mujeres y con tasa de 17.7. No obstante, por el incremento en el consumo de tabaco en el sexo femenino, es posible que esta relación se modifique con el paso del tiempo.

La enfermedad se caracteriza por la obstrucción persistente de las vías respiratorias y se presenta más frecuentemente en forma de bronquitis crónica y de enfisema pulmonar. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad son el tabaquismo y la contaminación atmosférica. A la vez esta enfermedad es condicionante para padecer en un futuro cáncer pulmonar y enfermedades del corazón.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ocupan el sexto lugar entre las principales causas de muerte, la mayoría de ellas claramente ligadas con el consumo de alcohol. En mujeres ocupa el 10º lugar con una tasa de 9.0; en contraste con los hombres en que se encuentra en tercer lugar con una tasa de 29 por 100,000. En global la edad promedio a la muerte temprana es 51.6 años y se pierden anualmente 18,630 años útiles potenciales de vida (Apéndice estadístico 11). Por este motivo en 2006 murieron en Jalisco 1,329 personas.

En el séptimo lugar de la mortalidad general se encuentra a los accidentes de tráfico de vehículo de motor con una tasa de 18.7 por cada 100,000 habitantes en global, y que en el 2006 representaron 1,286 defunciones. Las cifras muestran diferencias según el sexo: Ocupando el 4º lugar en hombres con una tasa de 29.2, mientras que en el grupo de mujeres aparecen en 11º lugar con una tasa de 8.3 por 10,000 habitantes. Debido a esta causa en el estado se pierden por estos accidentes 66,837 años de vida útiles, siendo el promedio de edad a la muerte temprana de 37.7 años (Apéndice estadístico 15).

En Jalisco las muertes por accidentes de tráfico son altamente prevenibles ya que se encuentran asociadas fuertemente al consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas como factor de riesgo, así como al exceso de velocidad y en algunos casos se relacionan con deficiente infraestructura vial. También se debe tomar en cuenta que, por cada muerte se pueden encontrar hasta 15 personas o más que quedan incapacitadas o con secuelas importantes que disminuyen sus facultades y su calidad de vida.

Entre otras enfermedades significativas tenemos a la hipertensión arterial, que además de ser grave por sí misma, está presente en el desarrollo de otras patologías como son las enfermedades del corazón, particularmente las isquémicas y también puede condicionar las cerebro vasculares y los problemas del riñón. La hipertensión arterial fue causa directa de 922 muertes en el estado en el pasado año 2006, se encuentra en 9º lugar de la mortalidad general con una tasa de 13.4 por 100,000, y representa el 2.8 por ciento del total de las defunciones (Apéndice estadístico 12).

Los tumores malignos son otra causa importante de muerte. En 2006 ocurrieron casi 5,000 defunciones en todo el estado, con una tasa de 68.85 por 100,000, siendo la edad promedio de la muerte

temprana los 52.05 años. Se calcula que por el cáncer se pierden potencialmente 43,794 años productivos (Apéndice estadístico 13). En el total de la población los tumores más comunes son los de tráquea, bronquios y pulmón con 11.9 por ciento del total de muertes por cáncer, en éste el tabaquismo es un importante factor de riesgo.

Si se desagregan las muertes por tumores malignos por sexo, se observa que el cáncer de mama y el del cuello del útero son los que más fallecimientos ocasionan en las mujeres, seguidos por el del pulmón y el hígado. En los hombres los tumores malignos que más decesos causan son los de próstata, seguidos de los de tráquea, bronquios y pulmón, y de estómago.

En el estado los homicidios han mostrado un descenso notable en los últimos 15 años. Mientras que en 1990 se registraba una tasa de 14.54, para el 2006 descendió hasta 5.81 defunciones por cada 100,000 habitantes, representando una reducción de 60 por ciento. Con estas cifras los homicidios descienden al lugar decimosexto dentro de las principales causas de muerte, siendo la edad promedio a la muerte temprana los 35.7 años (ver figura 1.7 y Apéndice estadístico 15). Mientras que a nivel nacional ocupan el sexto lugar en los hombres, en Jalisco ocupan la posición 13.

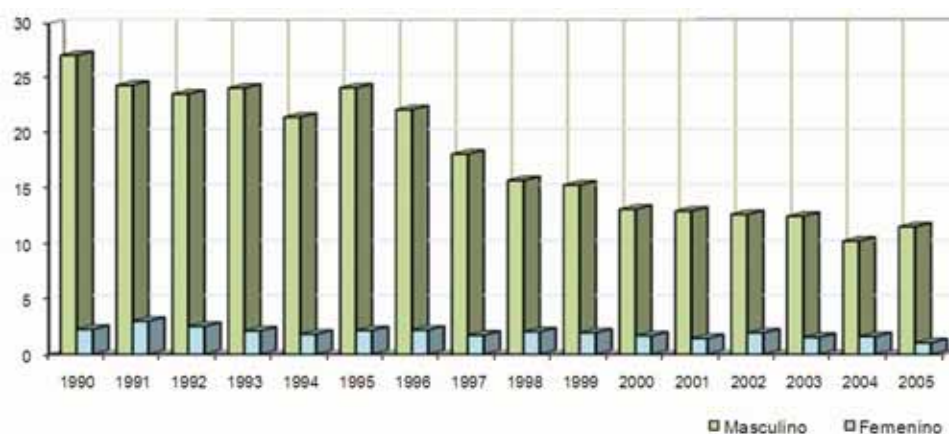


Figura 1.7 Tendencia de la mortalidad por homicidios según sexo. Jalisco 1990-2005

Fuente: INEGI / Secretaría de Salud, CUBOS Dinámicos de Información
* Tasa por 100,000 Habitantes según sexo.

Por último tenemos a los suicidios. A nivel estatal igual que en el nacional la tasa de mortalidad por esta causa se viene incrementando tanto en mujeres como en hombres. Mientras que en 1990 era de 2.35, para 2006 asciende a 4.47 por cada 100,000 habitantes. La edad promedio a la muerte temprana es de 33.7 años y los años de vida útil perdidos se estiman en 10,530 (Apéndice estadístico 15).

Cabe hacer notar que el suicidio se viene presentando con mayor frecuencia en edades muy tempranas. En 2006 ocupa el séptimo lugar como causa de muerte de niños en edad escolar (2.8 por ciento del total de las muertes en este grupo con 11 casos); en particular la tasa en niños de 10 a 14 años se ha incrementado de 0.14 en 1990 a 1.68 en el pasado año 2006. Es importante también referir que la tasa actual de suicidios en mujeres es de 1.64, mientras que en hombres asciende a 7.3 por cada 100,000.

Muertes evitables

Según estudios de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal, el concepto de muertes evitables se refiere a “aquellas defunciones que no debieran producirse” en virtud de los notables avances tecnológicos, al incremento en el acceso a servicios de salud con mayor calidad, y a las acciones de prevención y promoción de la salud.

La muertes evitables se clasifican en dos grandes grupos: El primero se refiere a aquéllas en las que una sola defunción es motivo de alarma ya que no tendría que haberse producido, como ejemplo están el botulismo, el cáncer cérvico uterino y las muertes maternas.

El segundo grupo comprende aquellas defunciones no totalmente evitables, como serían las muertes debidas a complicaciones de las enfermedades isquémicas o hipertensivas o de la fiebre reumática, y algunas otras como la cirrosis hepática, las afecciones originadas en el período perinatal, los accidentes de tráfico o el VIH/SIDA. El estudio concluyó

que es esencial la ampliación del acceso y la atención médica de calidad para disminuir su frecuencia.

Acorde con lo anterior, en Jalisco entre 2000 y 2004 de un total de 159,361 defunciones, se estima podrían haberse evitado hasta 30,228 decesos, lo que representa el 19 por ciento del total de las muertes en ese periodo.

Analizando las 5 primeras causas de muertes evitables, tenemos en primer lugar la enfermedad isquémica del corazón con 3,915 de un total de 7,654 defunciones, que representaron el 51.1 por ciento. En segundo lugar la cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol con 3,607 muertes evitables de un total de 6,622 (54.5 por ciento); las afecciones originadas en el período perinatal con 3,410 de 5,049 (67.5 por ciento). De los fallecimientos ocurridos por accidentes de tráfico de vehículo de motor 2,348 eran evitables de un total de 3,215 (73.0 por ciento); y en quinto lugar las muertes por el VIH/SIDA con 1,343 de 1,712 (78.4 por ciento de evitabilidad).

Principales causas de años de vida saludable perdidos

Aunque son de mucha utilidad para medir la situación de salud, los indicadores de mortalidad y esperanza de vida no comprenden los años de vida que se pierden por una discapacidad o secuela provocada por alguna enfermedad o traumatismo. En virtud de lo cual la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal retoma el indicador conocido como esperanza de vida saludable EVISA. La Organización Mundial de la Salud OMS describe a este indicador como “el número de años libres de enfermedad que en promedio un recién nacido puede esperar vivir, de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad en una sociedad determinada”.

Como complemento a la esperanza de vida saludable, la OMS ha diseñado también otro indicador conocido como AVISA que cuantifica los años saludables de vida que se pierden tanto por muerte pre-



tura como a consecuencia de una discapacidad. Este indicador tiene la gran virtud de que permite medir los daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte.

De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud, las principales causas de AVISA perdidos en México (y en consecuencia en Jalisco) por sexo en el año 2005 son: En mujeres la depresión unipolar y la diabetes incluyendo además las cataratas, la osteo-artritis, la enfermedad de Alzheimer y el asma bronquial. En cambio en los hombres las principales causas de AVISA perdidos son la cirrosis, el consumo de alcohol, los accidentes y las lesiones.

La misma Dirección General de Información señala que en los últimos años en Jalisco la esperanza de vida saludable es de poco más de 65 años para las mujeres y de 62 años para los hombres, encontrándose nuestro estado en el tercer lugar en el país con mayor EVISA.

Morbilidad

Principales causas por enfermedades de notificación obligatoria.

En Jalisco, como sucede en todas las entidades del país, las enfermedades que ocupan los primeros lugares como causas de muerte no son

precisamente las principales motivos de demanda de atención médica. Mientras que en la mortalidad predominan de forma amplia las causas por enfermedades no transmisibles, en los motivos de atención médica sobresalen de manera abrumadora los padecimientos transmisibles o infecciosos.

En virtud de lo anterior, en este apartado presentamos la información que se obtiene a través del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, a través del cual las instituciones de todo el sector salud notifican de forma obligatoria a la Secretaría de Salud de Jalisco los diagnósticos de un nutrido grupo de enfermedades que están sujetas a vigilancia epidemiológica constante.

De esta forma, en el año 2006 se captaron datos de 2'641,502 diagnósticos de enfermedades de notificación obligatoria reportados por todo el Sector Salud (ver tabla 1.6). Dentro de ellas las infecciones respiratorias agudas representan más de la mitad del total de enfermedades notificadas, con una tasa de 22,647.5 por cada 100,000 habitantes, seguidas por las infecciones diarreicas que agrupan al 13 por ciento del total de enfermedades reportadas, con una tasa de 4,981.2 por 100,000 habitantes. Las infecciones respiratorias agudas y diarreas aparecen de manera consistente en los primeros lugares de morbilidad en todas las regiones del estado.

Tabla 1.6 Principales causas de morbilidad general por enfermedades de notificación obligatoria. Jalisco 2006

Orden	Causa	No. de Casos	Tasa (1)	Porcentaje
	Total	2'641,502	38,457.6	100.0
1	Infecciones respiratorias agudas altas	1'555,568	22,647.5	58.9
2	Enfermedades infecciosas intestinales	342,140	4,981.2	13.0
3	Infección de vías urinarias	185,758	2,704.4	7.0
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	90,383	1,315.9	3.4
5	Intoxicación por picadura de alacrán	58,567	852.7	2.2
6	Otitis media aguda	58,239	847.9	2.2
7	Hipertensión arterial	45,984	669.5	1.7
8	Diabetes Mellitus	34,880	507.8	1.3
9	Asma y estado asmático	28,130	409.5	1.1
10	Varicela	24,411	355.4	0.9
11	Gingivitis y enfermedad periodontal	21,002	305.8	0.8
12	Conjuntivitis	20,498	298.4	0.8
13	Infecciones respiratorias agudas bajas	16,827	245.0	0.6
14	Candidiasis urogenital	15,659	228.0	0.6
15	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13,383	194.8	0.5
16	Desnutrición calórica proteica	12,746	185.6	0.5
17	Quemaduras	11,758	171.2	0.4
18	Displasia cervical leve y moderada	10,724	156.1	0.4
19	Intoxicación por ponzoña de animales	8,318	121.1	0.3
20	Mordeduras por perro	6,674	97.2	0.3
	LAS DEMAS CAUSAS	79,851	1,162.6	3.0

1 / Tasa por 100,000 habitantes general

Fuente: SUIVE-2006

A estos dos padecimientos de alta contagiosidad les siguen las infecciones de vías urinarias y las úlceras, gastritis y duodenitis. En contraste con muchas entidades federativas, en Jalisco sobresale la intoxicación por picadura de alacrán, la cual ocupa el quinto lugar dentro de las enfermedades de notificación obligatoria con una tasa de 852.7 por cada 100,000, siendo las regiones costeras y la región norte las que presentan la mayor incidencia.

A partir de que se incluyen en la lista de vigilancia epidemiológica algunas enfermedades crónicas no transmisibles, se distingue la presencia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en séptimo y octavo lugar, con tasas de 669.5 y 507.8 por 100,000 habitantes respectivamente. Ambas repre-

sentan apenas el 3 por ciento del total de las enfermedades de notificación obligatoria sectorial, lo que puede ser reflejo de un mal registro, o bien de un escaso diagnóstico y control de estos crecientes padecimientos.

Se observan ciertas diferencias en el comportamiento de las enfermedades entre el medio rural y en el urbano del estado. Tomando como muestra las enfermedades notificadas en municipios con alta densidad de población en contraste con municipios que cuentan sólo con localidades de menos de 2,500 habitantes, en ambos la primera causa corresponde a las infecciones respiratorias agudas aunque en el medio urbano con una tasa de 20,529.9, mientras en el medio rural se incrementa a 38,978.9 por cada

100,000 habitantes. Con relación a las enfermedades diarreicas, se observa una tasa de 5,072.2 para el área urbana y de 9,356.0 por 100,000 habitantes en los municipios de baja densidad. La intoxicación por picadura de alacrán está en décimo lugar en el medio urbano con una tasa de 303.2, mientras que en el medio rural está en el tercer lugar con una tasa de 5,511.6 por cada 100 000 (Apéndice estadístico 16 y 17)

Principales causas de egreso hospitalario

Los motivos de egreso hospitalario posibilitan reconocer con cierta confiabilidad el perfil de enfermedad de la población usuaria de los servicios hospitalarios. Específicamente en la Secretaría de Salud, durante el año 2006 se registra un total de 136,726 egresos, de los que 102,516 (75 por ciento) fueron de

mujeres atendidas (ver tabla 1.7). Sobresale la atención por parto único espontáneo, causas obstétricas directas y aborto las cuales constituyen el 61.6 por ciento del total de atenciones a mujeres, y casi la mitad del total de egresos hospitalarios de ambos sexos (46.2 por ciento).

En hombres los motivos más importantes de atención médica en hospitales de la Secretaría de Salud, son la insuficiencia renal 13.6 por ciento, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas 9.71 por ciento, y ciertas afecciones originadas en el período perinatal 8.32. (Apéndice estadístico 18,19 y 20). Sin embargo es muy posible la existencia de subregistros cuantitativo y cualitativo los cuales es necesario superar para llegar a conocer con mayor precisión los motivos de uso de los servicios hospitalarios.

Tabla 1.7 Principales causas de egreso hospitalario. Jalisco 2006

Orden	Causa	No. de Egresos	Porcentaje
Total		136,726	100.00
1	Parto único espontáneo (solo morbilidad)	33,778	24.70
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	21,951	16.05
3	Insuficiencia renal	7,730	5.65
4	Aborto (solo morbilidad)	7,453	5.45
5	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5,705	4.17
	Fracturas	2,693	1.97
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5,115	3.74
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originado en el período perinatal	1,552	1.14
7	Colelitiasis y colecistitis	3,874	2.83
8	Hernia de la cavidad abdominal	3,845	2.81
9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,856	2.09
	Fisura del paladar y labio leporino	1,428	1.04
10	Enfermedades del apéndice	2,427	1.78
11	Diabetes mellitus	2,177	1.59
12	Tumores malignos	2,159	1.58
13	Influenza y Neumonía	1,810	1.32
14	Enfermedades del corazón	1,706	1.25
15	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	1,529	1.12
16	Atención para la anticoncepción	1,261	0.92
17	Enfermedades infecciosas intestinales	958	0.70
18	Leiomioma uterino	946	0.69
19	Enfermedades del hígado	846	0.62
20	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	841	0.62

Rezago epidemiológico

En función de un estudio sobre carga global de la enfermedad realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se agruparon a las enfermedades en tres grandes grupos: 1) Enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; 2) enfermedades no transmisibles, y 3) Accidentes y violencias. Las enfermedades del primer grupo son las que tradicionalmente se han denominado enfermedades del rezago por dos razones básicas: Porque se trata de padecimientos esencialmente prevenibles, incluso con intervenciones de bajo costo, y porque afectan a poblaciones marginadas que tienen problemas de acceso a los servicios básicos de salud.

En el estado (Apéndice estadístico 21) las enfermedades del rezago epidemiológico son responsables de 12.9 por ciento de las muertes, proporción igual a lo que se presenta en el país. Las muertes por infecciones comunes, en particular las diarreas y las respiratorias agudas se concentran de manera muy importante en los menores de 5 años, y las respiratorias agudas bajas en las personas de la tercera edad.

En las últimas décadas su frecuencia se redujo considerablemente gracias a la ampliación de la infraestructura sanitaria, acceso al agua potable, uso de la terapia de rehidratación oral, la ampliación de las coberturas de vacunación y el mayor acercamiento a servicios esenciales de salud. Sin embargo, las infecciones comunes siguen siendo un

problema en algunas regiones y localidades más pobres de la Entidad.

Dentro de este primer grupo se incluye también a la desnutrición que es relevante todavía en algunos municipios de la entidad. Este padecimiento carencial es coadyuvante de enfermedades infecciosas y otros padecimientos que al final pueden causar la muerte en los primeros años de vida, así como un bajo rendimiento escolar

Las madres con antecedentes de desnutrición en la infancia están más propensas a tener hijos con bajo peso al nacer, que a su vez presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades y morir en las primeras etapas de la vida. La desnutrición en menores de 5 años se ha reducido de manera importante en los últimos 20 años como resultado de una combinación de diversas intervenciones: El Programa de Vacunación Universal, la administración masiva de megadosis de vitamina A, los programas de desparasitación y la mayor disponibilidad de alimentos gracias a programas de desarrollo social como Progresas y Oportunidades.

Finalmente, está el viejo problema de la mortalidad materna el que sabemos se agudiza en las poblaciones marginadas, tanto urbanas como rurales. Sin embargo, como en el caso de las infecciones comunes y la desnutrición, ha habido un progreso notable. La razón de mortalidad materna se redujo en los últimos 50 años de 375.7 a 58.9 muertes por cada 100,000 nacimientos.

Tabla 1.8 Principales causas de mortalidad materna. Jalisco 2006

Orden	Causa	Defunciones	Tasa (1)	Porcentaje
	Total	73	58.92	100.0
1	Hemorragia Obstétrica	19	15.34	23.0
2	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	13	10.49	20.0
3	Aborto	6	4.84	8.3
4	Infección Puerperal	1	0.81	9.3
	Las otras causas maternas	34	27.44	41.7

(1) Tasa por 100,000 nacimientos esperados

En los últimos 15 años la mortalidad materna ha permanecido estable e inclusive registra un moderado incremento como consecuencia de la búsqueda intencionada de muertes que de otra forma no hubieran sido identificadas como tales. En el 2006 se registraron 73 defunciones, siendo las principales causas la hemorragia obstétrica y desplazando al segundo lugar el edema, proteinuria y los trastornos hipertensivos (ver tabla 1.8). Sin embargo, muchas de las muertes que se producen en el estado podrían evitarse ampliando el acceso a atención médica de calidad (incluyendo servicios de transfusión sanguínea) y el traslado oportuno a unidades médicas especializadas de los casos de embarazo con riesgo elevado o trabajo de parto complicado.

Además es importante fortalecer la atención materna en las adolescentes ya que presentan una prevalencia muy alta de embarazo. En el estado el 13.2 por ciento del total de los nacimientos ocurren en este grupo de edad, observándose un riesgo más elevado de morir por problemas relacionados con la maternidad que el de las mujeres de 20 a 35 años.

Desigualdades en condiciones de salud

A pesar de los significativos avances registrados en los últimos años dentro del sistema de salud, aun persisten diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones.

En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los municipios y localidades más rurales y dispersos, en las comunidades indígenas como las de Colotlán y Cuautitlán, y en las zonas con mayor marginación de las localidades urbanas.

Se sabe que el riesgo de perder un año de vida saludable es mayor en los municipios de alta marginación que en los de baja. El riesgo es 1.5 veces mayor en las mujeres, y en los hombres 1.7 veces más elevado. Asimismo, las desigualdades en salud son más notorias en el grupo de menores de 5 años y en ge-

neral son las enfermedades propias del rezago las que más contribuyen con estas brechas.

Estas desigualdades se deben a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud, y a la calidad de la atención recibida.

Riesgos para la salud

Los notables y silenciosos cambios en el patrón de daños a la salud ocurridos en el estado durante los últimos cincuenta años responden en buena medida al crecimiento de riesgos tanto del entorno como de los relacionados con los estilos de vida. Los principales riesgos del entorno son la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica, y los riesgos laborales. A estos riesgos habría que añadir a los desastres naturales.

Dentro de los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, las lesiones por accidentes viales, la violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras.

Para contener y llegar incluso a revertir estas prácticas de riesgo es indispensable impulsar lo que se ha denominado determinantes positivos de las condiciones de salud, donde destacan por su impacto la ingesta adecuada de alimentos con alto valor nutricional, la actividad física, el consumo responsable de bebidas alcohólicas, la reducción o eliminación del consumo de tabaco así como de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas, la sexualidad responsable y protegida, y la vialidad segura.

Riesgos del entorno

Falta de acceso a agua potable

Se sabe que la disposición y acceso al agua potable en las comunidades es uno de los factores que más contribuyen a proteger y elevar los niveles de salud en particular la de los grupos más vulnerables. Este es un indicador contemplado dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La meta que se planteó –reducir a la mitad la proporción de la población sin acceso a agua potable– ya fue alcanzada en nuestro estado. No obstante, el 6.78 de los jaliscienses, la mayoría de los cuales residen en localidades pequeñas y distantes, todavía no cuentan con acceso regular a este líquido vital. Los municipios con mayores porcentajes de viviendas sin agua entubada son Chimaltitán, Cuquío, Jilotlán de los Dolores y Mezquitic.

Falta de acceso a servicios sanitarios

Junto con el agua y la promoción de la higiene, el acceso a servicios sanitarios es un factor clave en la prevención y control de las enfermedades diarreicas y otros padecimientos infecciosos, como la hepatitis infecciosa. Se calcula que poco más de 1 por ciento de las muertes en México se asocian al acceso deficiente a infraestructura sanitaria y agua potable. Alrededor de 95.8 por ciento de la población jalisciense dispone de servicios sanitarios adecuados, y en las localidades de más de 15,000 habitantes este porcentaje asciende aun más. En las localidades más pequeñas y marginadas, sin embargo, este porcentaje es mucho más bajo.

Contaminación atmosférica

La contaminación del aire en las zonas urbanas y metropolitana del estado es resultado en gran medida por el uso de combustibles en el transporte y la generación de energía, así como de la quema irresponsable de pastos secos.

Los diversos contaminantes se relacionan con múltiples efectos adversos para la salud. Las partículas suspendidas se asocian con cáncer pulmonar y enfermedades cardiopulmonares; el ozono sobre todo a afecciones agudas del tracto respiratorio. A nivel mundial la contaminación del aire es responsable de 5 por ciento de los casos de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, 2 por ciento de la mortalidad cardiorespiratoria y 1 por ciento de las muertes por infecciones respiratorias. Esta carga afecta sobre todo a los países en vías de desarrollo.

En nuestro estado está normada la medición de ciertos contaminantes [monóxido de carbono (CO), dióxido de azufre (SO₂) dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃) y partículas con diámetro menor o igual a 10 micrómetros (PM₁₀), partículas suspendidas totales (PST) y plomo (Pb)] en cinco zonas urbanas (Guadalajara, Monterrey, Puebla, Toluca y Valle de México). Las concentraciones de PM₁₀ han disminuido de manera consistente en los últimos 10 años en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Las concentraciones de ozono muestran una tendencia descendente, pero la norma todavía se rebasa en más de 50 días al año en Guadalajara.

Otro problema de contaminación atmosférica es el del aire de las viviendas en donde se cocina con leña, carbón y queroseno. Dependiendo del combustible utilizado, los desechos pueden incluir partículas respirables, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, compuestos azufrados y benceno, que incrementan la probabilidad de desarrollar infecciones respiratorias, EPOC, y cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Al parecer este tipo de contaminación favorece también el desarrollo de tuberculosis, cataratas y asma. Es importante destacar, además, que las mujeres están más expuestas a estos contaminantes porque son ellas las que cocinan y pasan más tiempo en el hogar. En Jalisco no se conocen investigaciones serias sobre el impacto por la exposición a estos contaminantes, pero en América Latina y el Caribe se calcula que anualmente mueren 14,000 mujeres como resultado directo de la exposición a estos contaminantes.



En Jalisco, un porcentaje bajo de los hogares cocinan con combustibles sólidos, predominando los municipios de alta marginación. En los municipios de alta marginación la población está expuesta a aire contaminado dentro de sus viviendas. En contraste, en los municipios de baja marginación prácticamente toda la población utiliza fuentes de energía limpia para cocinar.

Determinantes personales

Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad son dos de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población jalisciense y el sistema estatal de salud. Su prevalencia en adultos se incrementó entre 1988 al 2006. El sobrepeso y la obesidad se asocian con varias de las principales causas de muerte en el estado, como la diabetes, las enfermedades cardio y cerebrovasculares, y el cáncer de mama, entre otras. Se calcula que estos factores de riesgo son responsables de alrededor de 12,288 muertes directas en el 2006.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006), 39 por ciento de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30 por ciento de obesidad. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres (42.5 por ciento) que en mujeres (37.4 por ciento), mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.5 por ciento) que en los hombres (24.2 por ciento). Si se suman, estas prevalencias arrojan cifras de 71.9 por ciento de sobrepeso y obesidad en mujeres mayores de 20 años (1'517,396 millones de mujeres en el 2006) y de 66.7 por ciento en hombres mayores de 20 años (1'345,281 millones de hombres en el 2006).

A esto habría que agregar los problemas en otros grupos de edad. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años y en adolescentes ascienden a 26 por ciento (niños escolares) y 27 por ciento (niñas en edad escolar).

Estas cifras nos hablan de una epidemia que afecta a todos los grupos de edad y todas las clases sociales que requiere de acciones inmediatas, dentro de las que se incluyen la promoción de la actividad física y el control del consumo de alimentos de baja calidad nutricional.

Hipercolesterolemia

Es sabido que la alta concentración del colesterol en la sangre, que se conoce como hipercolesterolemia, es favorecida por las dietas ricas en grasas saturadas, la herencia y ciertos problemas metabólicos, como la diabetes mellitus. Esta alteración propicia la acumulación de depósitos de grasa en el interior de las arterias, dando lugar a enfermedades cerebro y cardiovasculares. Se calcula que el colesterol elevado es responsable de alrededor 18 por ciento de las enfermedades cerebro-vasculares y 56 por ciento de las cardiopatías isquémicas a nivel mundial.

En México la prevalencia de hipercolesterolemia es de 28.8 por ciento en mujeres y 26.5 por ciento en hombres. Sin embargo, Jalisco junto con Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Tamaulipas presentan prevalencias mayores de 30 por ciento.

Hipertensión

Se reconoce que la presión arterial alta o hipertensión, está asociada a un alto consumo de sal, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol e inactividad física. Esta alteración –que suele ser asintomática– puede ser la responsable, entre otras enfermedades, de padecimientos cerebro-vasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal. Se calcula que en Jalisco produce alrededor de 6,295 mil muertes en el 2006.

En nuestro país se estima que la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años y más es de 30.8 por ciento. Después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50 por ciento en los hombres y casi el 60 por ciento en las mujeres.



Jalisco presenta una prevalencia de hipertensión arterial menor al 35 por ciento.

Tabaquismo

Uno de los factores de riesgo de mayor peso relacionado con la muerte prematura tanto en mujeres como en hombres, es el consumo de tabaco. Esta sustancia se asocia principalmente al cáncer pulmonar y a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pero también incrementa el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares.

Cada vez es más notable el incremento en el número de fumadores y las estimaciones nos dan a conocer que una de cada diez muertes diarias en nuestra entidad, están relacionadas con éste mal hábito. En Jalisco los hombres adultos consumen tres veces más tabaco que las mujeres, independientemente de la edad. Sin embargo, entre 2000 y 2005 se incrementó de manera importante la proporción de mujeres fumadoras. En las mujeres de 20 a 29 años la prevalencia aumentó de 8.4 a 10.7 por ciento; en mujeres de 50 a 59 años, de 9.4 a 10.1 por ciento, y en las de 70 a 79 años, de 5 a 6.3 por ciento.

Se señala que la prevalencia de tabaquismo en el grupo de adolescentes es de 7.6 por ciento. No obstante, se observa que este porcentaje se incrementa con la edad. En las mujeres de 13 a 15 años la prevalencia es de 2.4 por ciento, pero en el rango de 16 a 19 años asciende a 9.5 por ciento. En este grupo de edad la prevalencia más alta se da en los adolescentes varones que residen en zonas urbanas, en donde alcanza cifras de 23 por ciento, equivalentes a casi 288,466 mil adolescentes entre 16 y 19 años en el 2006.

Alcoholismo

En Jalisco, como en muchas otras entidades de México, el alcohol es con mucho el principal factor de riesgo para muerte prematura en hombres; se calcula que alrededor del 10 por ciento de las defun-

ciones de varones están asociadas a su consumo. La ingesta inmoderada de alcohol se relaciona a un número considerable de padecimientos, traumatismos y hechos violentos, dentro de los que destacan la cirrosis hepática, los accidentes de tránsito, el embarazo no deseado y la violencia dentro del núcleo familiar.

Se ha observado que cierto tipo de patrón de consumo es el que resulta especialmente riesgoso. Un considerable número de los bebedores consumen alcohol con baja frecuencia aunque en gran volumen, patrón que se califica como de alto riesgo. Este patrón está diferenciado por sexo; se presenta en poco menos de 50 por ciento de los hombres, y sólo en cerca del 10 por ciento de las mujeres bebedoras.

Consumo de drogas

La adicción o consumo de drogas repercute de muy diversas formas en la salud e integridad física y mental de las personas, y se relaciona a fenómenos sociales de tendencia creciente, como la violencia y la desintegración familiar.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, tres y medio millones de mexicanos jaliscienses de entre 12 y 65 años de edad han consumido drogas alguna vez en su vida; alrededor de tres cuartas partes de estos consumidores son hombres y el resto son mujeres. Se sabe que la prevalencia de consumo de drogas es dos veces más alta en áreas urbanas que en zonas rurales, siendo la marihuana la sustancia de mayor consumo, lo que en promedio comienza a entre los 15 y 18 años, seguida de la cocaína y otras drogas médicas. Estas últimas son las únicas drogas que las mujeres consumen con mayor frecuencia que los hombres.

Un fenómeno con prevalencia creciente en nuestro país –y por ende en Jalisco– es el consumo de sustancias psicoactivas. México se ha convertido en un país que combina el tránsito de drogas con el uso de algunas sustancias, lo que ha replanteado el tradicional enfoque de lucha contra la oferta.



Por otro lado, se encuentran evidencias recientes que apuntan a una reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas, así como de un aumento en la disponibilidad de cierto tipo de drogas ilícitas entre la población estudiantil.

Diversos y graves son los daños a la salud debido a este consumo. El Programa Nacional de Salud refiere que más de 90 por ciento de los consumidores de drogas inyectadas de los grupos más vulnerables son positivos a hepatitis C y 84 por ciento a hepatitis B. Además, 6 por ciento se encuentran infectados con VIH. Los adolescentes que consumen sustancias ilegales tienen cinco veces más probabilidad de presentar conductas suicidas. Adicionalmente, se señala una notable relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos. En más de la mitad de los casos de delito, hay consumo de alcohol previo.

Prácticas sexuales inseguras

Está estudiado que la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH/SIDA) y los embarazos no planeados o no deseados, aumentan de forma considerable con las prácticas sexuales sin protección. Estas prácticas se definen como de alto riesgo cuando se asocian a un alto número de parejas sexuales, una alta frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso o el uso incorrecto de métodos de protección y/o anticonceptivos.

La prevalencia de prácticas sexuales sin protección varía considerablemente entre países, lo mismo que sus consecuencias, como son los casos de VIH/SIDA, los embarazos no deseados y la carga de enfermedad que generan. Se calcula que estos embarazos producen 17 por ciento de la carga de enfermedad materna y 89 por ciento de los abortos peligrosos.

De acuerdo con la ENSANut 2006, 72.5 por ciento de los adolescentes declaran haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación

sexual contra sólo 41.4 por ciento de las mujeres adolescentes.

Violencia familiar

Un determinante personal de la salud poco estudiado es la violencia intrafamiliar, la cual se manifiesta mediante actos de violencia de pareja, violencia en contra de los niños y violencia contra adultos mayores. De estos tres tipos de violencia, la mejor documentada es la violencia de pareja.

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud, en México la prevalencia general de violencia de pareja se ubica entre 20 y 46 por ciento, dependiendo de la fuente y de las formas de violencia que incluya la definición. Las formas más frecuentes de violencia son la psico-emocional, física y sexual.

La prevalencia varía dependiendo del nivel educativo de la víctima o de su condición laboral, entre otros factores. La Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer (ENVM) indica que este tipo de violencia es más frecuente mientras menor es el nivel educativo de la víctima. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar (ENDIREH) señala que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los hogares en donde la mujer trabaja que en los hogares en donde la mujer se dedica a quehaceres domésticos.

Está documentado que la violencia contra la mujer en el hogar se asocia, además, a la violencia contra los hijos. Alrededor de 40 por ciento de las mujeres que son víctimas de violencia física en el hogar declaran violencia de su pareja también contra sus hijos. El maltrato infantil incluye la violencia física y emocional, el abuso sexual y la explotación laboral. Se sabe además que los actos de violencia contra los hijos no son exclusivos del padre. En diversos registros, las mujeres aparecen como las principales generadoras de maltrato infantil, con proporciones mucho más altas que las de los hombres.

Con qué recursos contamos: Financieros, materiales, humanos y organizacionales

En Jalisco cada vez es más acentuado el peso de los padecimientos no transmisibles y las lesiones. Junto con algunos problemas re-emergentes, estas enfermedades son más complejas y su atención exige mayores recursos que los padecimientos transmisibles.

A fin de atender de manera efectiva los retos del nuevo panorama epidemiológico, es indispensable contar con mayor financiamiento preferentemente público; ampliar, dignificar y optimizar la infraestructura del sector; aprovechar la nueva tecnología médica y sobretodo, disponer de profesionales de la salud suficientes, capacitados y bien distribuidos.

Recursos financieros

Jalisco es una entidad donde se invierte 8.38 por ciento de su producto interno bruto (PIB) en gasto en salud –gasto público y privado–, aunque se considera que este porcentaje es todavía insuficiente para atender eficazmente las diversas demandas relacionadas con la transición epidemiológica y envejecimiento de la población.

Un considerable porcentaje es privado y en su gran mayoría, se trata de gasto de bolsillo. Para poder atender los nuevos retos que enfrenta el estado en materia de salud, será necesario seguir ampliando de forma gradual el gasto en salud, en particular el gasto público y fortalecer tanto las partidas para promoción y prevención de enfermedades, como para protección social en esta materia.

Gasto total en salud

El gasto en salud en Jalisco se ha incrementado de manera importante en los últimos años. Del total del gasto en salud, dos terceras partes corresponden al gasto privado y el restante al gasto público, ocupando el estado el tercer lugar nacional al tener un alto gasto privado en salud.

Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones de gobierno, las instituciones de la seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), PEMEX, SEDENA, etc.)] y las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SS)]. Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales y está compuesto por el gasto de bolsillo, gastos de seguros privados y cuotas de recuperación.

Nuestra entidad forma parte de las seis entidades en que se concentra el 55 por ciento del gasto privado en todo el país; del total del gasto privado, el 96.5 por ciento es por gasto de bolsillo el cual en buena medida explica la existencia de gastos catastróficos por motivos de salud.

El Sistema de Protección Social en Salud –con recursos del Ramo 12– a través de su brazo operativo el Seguro Popular de Salud, busca ampliar el nivel de protección financiera en salud cuyos objetivos específicos son: Disminuir el gasto privado de bolsillo, reducir el riesgo de empobrecimiento a familias vulnerables, fomentar la atención oportuna de la salud, así como superar la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son. A nivel nacional, el Seguro Popular de Salud formalmente arranca como un plan piloto en nuestra entidad en el año 2002, en la localidad de El Refugio de Paredones, municipio de Acatic.

Gasto público en salud

Como ya fue señalado, se estima que en Jalisco el gasto público en salud representa 35 por ciento del gasto total en salud, porcentaje menor que el promedio nacional; e incluye los recursos de las instituciones de la seguridad social federal (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.), y los recursos de la Secretaría de Salud Jalisco, incluyendo los cuantiosos montos que destina el Gobierno del estado a este sector.

El IMSS, que atiende a los trabajadores del sector privado formal de la economía, se financia con contribuciones de los trabajadores, empleadores y gobierno federal. Las instituciones de seguridad social para los trabajadores del gobierno federal (ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), que atienden a los trabajadores del sector público de la economía, se financian con contribuciones de los trabajadores y del gobierno. Los recursos de la Secretaría de Salud Jalisco, que atiende a los trabajadores de la economía informal, auto empleados, desempleados y población que está fuera del mercado de trabajo, proceden del gobierno federal, en su gran mayoría,

de los gobiernos estatales y municipales, así como de las llamadas cuotas de recuperación.

En 2004 entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud y a un nuevo componente del sector público de la salud, el Seguro Popular de Salud (SPS). Este seguro, que cubrirá en 2010 a toda la población sin seguridad social estimada en poco más de 750,000 familias jaliscienses, se financia con recursos federales que se transfieren al Gobierno del Estado, recursos estatales y contribuciones familiares.

Tabla 1.9 Gasto Público en Salud y por fuente de Financiamiento

Año	Gasto Público en Salud		Gasto Público por Fuente de Financiamiento					
	Gasto Público	Incremento	Ramo 12	Ramo 33	Gasto Estatal	IMSS	ISSSTE	PEMEX
2000	8,489		6.65	1,480.80	997.95	5,653.61	311.47	38.82
2001	9,380	10.49	104.51	1,692.75	1,037.51	6,384.08	115.90	45.11
2002	10,696	14.03	159.27	1,879.97	1,485.68	6,708.77	415.04	44.02
2003	11,899	11.25	252.65	2,120.07	1,330.98	7,653.44	484.65	57.69
2004	14,030	17.91	419.78	2,261.20	1,344.93	9,395.12	544.80	64.33
2005	14,955	6.59	1,176.81	2,505.07	1,669.68	8,951.06	587.05	65.28

Fuente: Boletín de Información Estadística 2005
*Millones de Pesos

En el año 2005, el gasto público en salud total ascendió a 14,954.9 millones de pesos. De este total 8,951.1 millones (59.85 por ciento) le correspondieron al IMSS, 5,351 millones (35.7 por ciento) a la Secretaría de Salud (incluye organismos de la Unidad Presupuestal 11), 587.0 millones (3.9 por ciento) al ISSSTE y 65.2 millones (0.43 por ciento) a los servicios de salud de PEMEX.

Como puede observarse, entre los años 2000 y 2005 el gasto público en salud se ha incrementado de manera sostenida aunque suavemente, manteniéndose el predominio de los recursos asignados a la seguridad social, a pesar del importante incremento del gasto dentro del Ramo 12, donde se incluye al Seguro Popular.

Finalmente, en 2005, 72.4 por ciento del gasto de la Secretaría de Salud Jalisco se ejerció en servicios personales, 25.7 por ciento en gastos de operación, y sólo 1.9 por ciento en inversión, mientras que para la población asegurada fue de 66.3 por ciento para servicios personales; 29.8 gastos de operación y 3.9 por ciento en gasto de inversión.

Gasto privado en salud

El gasto privado en salud comprende todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros: El gasto de bolsillo que se hace al recibir la atención, pagar por un servicio o adquirir un bien para la salud, y el pago de primas de seguros médicos privados. El gasto privado en salud representa actualmente 65 por ciento del total del gasto en salud en el país.

Los gastos catastróficos por motivos de salud se definen como aquellos gastos en salud superiores al 30 por ciento de la capacidad de pago de una familia, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación.

Los gastos empobrecedores se definen como aquellos gastos que, independientemente de su monto, empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza. En la entidad un alto porcentaje de hogares incurren en gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud, aunque esta cifra ha disminuido en los últimos años a partir de la implementación del Seguro Popular de Salud.

Para el 2002, en nuestra entidad el gasto de bolsillo concentra 96.5 por ciento del gasto privado total y sólo 3.2 por ciento corresponde al pago de primas de seguros privados y tan solo el 0.3 por ciento de cuotas de recuperación, estimándose un gasto privado en salud per cápita de 3,029.2 pesos. Esto significa que Jalisco presenta cifras muy altas de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud.

Este tipo de gasto expone a las familias a pagos excesivos que son difíciles de anticipar por la incertidumbre implícita en los procesos de salud-enfermedad y frecuentemente dan lugar a gastos catastróficos o gastos empobrecedores.

Tabla 1.10 Porcentaje de Gasto Público y Privado

Entidad	Gasto Privado		Gasto en Salud			
	Gasto Privado (millones)	% de Gasto Privado Nacional	% del PIB		% del Gasto Total en Salud	
			Público	Privado	Público	Privado
Jalisco	20,203	9.73	2.78	5.60	33.10	66.90

Fuente: Revista "Salud Pública de México" Volumen 47, suplemento 1 año 2005. Tema: "Gasto privado en salud por entidad federativa en México". Autor "Sergio Sesma Vázquez y colaboradores"

De concretarse las asignaciones programadas al Sistema de Protección Social en Salud para los próximos años y de mantenerse las tasas de crecimiento del gasto de las instituciones de seguridad social y del gasto privado en salud, es posible que en 2010 el financiamiento de la atención a la salud en la entidad empiece a ser predominantemente público, como lo recomienda la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Recursos materiales

El sector salud en el estado de Jalisco carece de recursos materiales suficientes, situación similar a la de nivel Nacional. En este apartado se hace referencia a las unidades médicas de diferentes niveles, camas, quirófanos, etc. con los que cuenta el sector salud en la entidad.

Unidades de salud

El estado de Jalisco cuenta con 1,391 unidades de salud tanto del sector público como del privado, de las cuales en 1,148 se otorgan servicios de consulta externa o ambulatoria (sin contar los consultorios particulares) y en 243 se tiene servicio de hospitalización (ver tabla 1.11).

Hospitales

El sector público cuenta con 53 unidades con servicio de hospitalización, de las cuales 23 pertenecen a instituciones con seguridad social mientras las restantes (56.6 por ciento) corresponden a las instituciones que atienden a población no asegurada.



Tabla 1.11 Población Derechohabiente y Usuaría, Recursos Humanos y Unidades Médicas en Servicio de las Instituciones Públicas y privadas del Sector Salud por Régimen e Institución 2005

Régimen Institucional	Población Derechohabiente a/	Población Usuaría b/	Recursos Humanos a/				Unidades Médicas a/		
			Total	Médicos	Paramédicos	Otros c/	Total	Consulta Externa	Hospitalización d/
TOTAL	3' 737, 474	7' 342 786 m/	54, 042	12, 118	22, 185	19, 739	1, 391	1, 148	243
SEGURIDAD SOCIAL	3' 737, 474	3' 200, 350	27, 574	6, 199	10, 031	11, 344	210	187	23
IMSS	3' 389, 109	2' 926, 026	25, 110	5, 316	9, 180	10, 614	119	100	19
ISSSTE	341, 857	268, 167	2, 349	847	834	666	89	86	3
PEMEX	5, 245	5, 001	54	15	5	34	1	1	0
SEMAR	1, 263	1, 136	81	21	12	26	1	0	1
ASISTENCIA SOCIAL	NA	4' 142, 436	14, 278	5, 280	8, 791	227	991	961	30
IMSS-OPORTUNIDADES	NA	18, 442	20	9	9	2	9	9	0
SSJ	NA	1' 316, 583	9, 223	3, 010	4, 166	2, 027	781 f/	763	18
Antiguo hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"	NA	562, 412	3, 737	903	1, 574	1, 260	4	1	3
Nuevo hospital civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"	NA	479, 212	2, 631	579	1, 055	997	3	1	2
Cruz Roja Mexicana	NA	ND	1, 443	168	905	370	44	42	2
Cruz Verde g/	NA	1' 767, 767	1, 222	408	413	401	24	19	5
DIF	NA	ND	1, 002	183	649	170	126	126	0
ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES CON SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN h/	NA	ND	7, 190	659	3, 363	3, 166	190	ND	190

Fuente: INEGI, Anuario 2006

Nota: Para fines de una correcta interpretación de las cifras aquí presentadas, es pertinente aclarar que el concepto de población derechohabiente sólo es aplicable al registro de aquel conjunto de personas que por ley tienen el derecho de recibir prestaciones ambos.

Por lo que respecta a las instituciones de asistencia social, su universo de atención queda conformado por el segmento de la población total que no es derechohabiente, a la cual se le puede otorgar atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales en estas instituciones (población potencial).

a) Datos referidos al 31 de diciembre

b) Se refiere al segmento de la población derechohabiente y potencial que hace uso de los servicios institucionales de atención médica, al menos una vez durante el año de referencia.

c) Comprende: Personal en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, personal administrativo, de farmacia, choferes, manejadores de alimentos, bibliotecarios, servicios básicos, cocineros, personal de lavandería, de conservación y mantenimiento, elevadoristas

d) Comprende general y especializada que pueden proporcionar servicio de consulta externa.

e) El total no incluye la casilla consignada con ND.

f) Incluye 167 unidades móviles de consulta externa.

g) Comprende: Servicios Médicos Municipales de Guadalajara, El Salto, Tlaquepaque y Tonalá.

h) Este personal así como el clasificado como de acuerdo puede estar laborando en instituciones públicas al mismo tiempo.

El Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, dispone de Hospitales Generales o Regionales (mayores de 30 camas) en ocho de las 12 regiones del estado. Sin embargo, en las regiones faltantes cuenta con Hospitales Comunitarios (12 camas) como son los casos de Colotlán (Región Norte), Tamazula (Región Sureste), El Grullo (Región Sierra de Amula) y Mascota (Región Sierra Occidental).

Los hospitales e institutos de alta y media especialidad se concentran en los municipios de Guadalajara y Zapopan, aunque brindan atención a la población de todos los municipios del estado. Por su capacidad instalada, dinamismo y variedad de especialidades médicas, destacan las dos unidades del Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara: el Antiguo Hospital Fray Antonio Alcalde

y el Nuevo Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, que con los institutos de salud y el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS ubicado en Guadalajara, ofrecen servicios a los residentes de otras entidades del país en especial de la Región Centro Occidente, además de formar un número importante de profesionales altamente especializados en distintas ramas de la medicina.

Con relación a las unidades de atención médica privada, sin contabilizar los consultorios, se tienen registrados 190 unidades de salud con hospitalización, lo que significa que casi ocho de cada diez centros hospitalarios en el estado pertenecen a la medicina privada, aunque hay que reconocer que predominan las unidades de menos de 14 camas. (ver tabla 1.12).

Tabla: 1.12 Unidades Médicas en Servicio de la Instituciones Públicas del Sector Salud por Región Nivel de Operación, Según Régimen e Institución.

Región	Total	Seguridad Social						Asistencia Social				
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS-OPORTUNIDADES	SSJ	Hospital Civil de Guadalajara		Cruz Roja	Cruz Verde	DIF
								Fray Antonio Alcalde	Dr. Juan I. Menchaca			
Estado	1,201	119	89	1	1	9	781	4	3	44	24	124
De Consulta	1,148	100	86	1	0	9	763	1	1	42	19	126
De Hospitalización en Segundo Nivel	39	15	2	0	1	0	12	2	1	2	4	0
De Hospitalización Especializada	14	4	1	0	0	0	6	1	1	0	1	0
I Norte	84	3	6	0	0	0	73	0	0	0	0	2
II Altos Norte	84	6	5	0	0	2	61	0	0	3	0	7
III Altos Sur	82	10	7	0	0	1	46	0	0	10	0	8
IV Ciénega	114	13	11	0	0	1	83	0	0	6	0	0
V Sureste	62	6	4	0	0	0	47	0	0	1	0	4
VI Sur	113	10	6	0	0	4	72	0	0	4	0	17
VII Sierra de Amula	48	3	3	0	0	0	36	0	0	1	0	5
VIII Costa Sur	75	7	7	0	0	0	55	0	0	3	0	3
IX Costa Norte	47	3	6	0	1	1	30	0	0	2	0	4
X Sierra Occidental	44	3	5	0	0	0	34	0	0	0	0	2
XI Valles	108	15	9	0	0	0	69	0	0	2	0	13
XII Centro	340	40	20	1	0	0	175	4	3	12	24	61

Fuente: INEGI, Anuario 2006

Con relación a las unidades de atención médica privada, sin contabilizar los consultorios, se tienen registrados 190 unidades de salud con hospitalización.

Unidades de atención ambulatoria

Actualmente en el sector público existen 1,148 unidades de consulta externa, de las cuales el 16.2 por ciento pertenecen a unidades con derecho a la seguridad social, mientras que 961 corresponden a la asistencia social, de éstas 167 son unidades móviles de consulta externa.

La mayor parte de las unidades corresponden al OPD Servicios de Salud Jalisco (66.46 por ciento), seguido del DIF (10.97 por ciento) y del IMSS (8.7 por ciento).

El sector privado cuenta con 660 consultorios de los cuales el 49 por ciento corresponde a consultorios de medicina general y el resto de especialidades.

Camas

Las camas disponibles en las instituciones de salud se clasifican en 2 tipos: a) Censables: Que son la fuente de los registros de egresos hospitalarios y b) No censables: Que se encuentran en las áreas de urgencias y otros servicios que no generan formalmente egresos hospitalarios por ser de observación o de corta estancia.

En la entidad el sector público dispone de 5,865 camas censables, de las cuales el 55.5 por ciento (3 258) corresponden a la seguridad social - principalmente al IMSS con el 50.5 por ciento, 2,964 camas -, seguido por el Hospital Civil de Guadalajara con 1,354 camas en sus dos unidades y del sistema hospitalario de la Secretaría de Salud (OPD Servicios de Salud Jalisco) con 1,174 camas. El sector privado cuenta en Jalisco con 2,972 camas censables y 638 no censables.

Por cuanto a las camas no censables o de observación, 4,322 (66.2 por ciento) pertenecen a la asistencia social para atender a la población no asegurada; de la que 2,274 corresponden al OPD Servicio de Salud Jalisco. (Ver tabla 1.13).

Tabla 1.13 Principales Recursos Materiales de las Unidades Médicas en Servicios de las Instituciones Públicas del Sector Salud Según Régimen e Institución.

Región	Total	Seguridad Social						Asistencia Social					
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS-OPORTU- NIDADES	SSJ	Hospital Civil de Guadalajara		Cruz Roja Mexicana	Cruz Verde	DIF	
								Fray Antonio Alcalá	Dr. Juan I. Menchaca				
CAMAS CENSABLES	5,665	2,964	262	0	32	0	1,174	819	535	0	79	0	
CAMAS NO CENSABLES	4,322	1,249	190	5	17	0	2,274	131	316	33	107	0	
INCUBADORAS	358	171	5	1	1	0	100	21	54	2	3	0	
CONSULTORIOS	3,486	1,149	295	5	11	9	1,419	151	93	12	31	291	
AMBULANCIAS	348	78	27	1	0	0	39	5	5	144	49	0	
ÁREAS DE URGENCIAS	141	76	4	1	1	0	17	2	3	28	9	0	
ÁREAS DE TERAPIA INTENSIVA	16	8	2	0	0	0	1	2	2	0	1	0	
LABORATORIOS	208	142	6	0	1	0	41	4	4	0	7	3	
GABINETES DE RADIOLOGÍA	33	74	8	0	1	0	28	2	1	11	6	2	
QUIRÓFANOS	199	81	10	0	1	0	54	27	16	2	8	0	
SALAS DE EXPULSIÓN	558	44	6	0	1	0	497	2	8	0	2	0	
BANCOS DE SANGRE	8	1	1	0	0	0	4	1	1	0	0	0	

Fuente: INEGI, Anuario 2006

Referente al número de camas por 1,000 habitantes, el sector público en el estado cuenta con 0.87 camas, mayor al estimado a nivel nacional. Sin embargo es inferior al valor estándar sugerido por la OMS que es 1 cama por 1,000 habitantes. La cifra correspondiente a las instituciones de seguridad social es de 0.94 camas, contra 0.79 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Ello exige de un análisis a fondo desde una perspectiva que considere y aproveche la capacidad hospitalaria instalada en los sectores público y privado de la medicina.

Quirófanos

Un componente importante para la producción de servicios hospitalarios son los quirófanos. En la entidad se cuenta con 545 quirófanos en todo el sector, correspondiendo el 63.5 por ciento al sector privado.

El sector público cuenta con 199 quirófanos, de los cuales el IMSS tiene el mayor número como institución con un 40.70 por ciento (81 salas). Para la

atención de la población sin seguridad social, la mayor cantidad de quirófanos corresponden al OPD Servicios de Salud Jalisco con 54 quirófanos, seguido por el OPD Hospital Civil de Guadalajara con 43 salas quirúrgicas. (ver figura 1.8).

Es necesario señalar que buena parte de la mayor productividad quirúrgica registrada en las instituciones de la seguridad social, se debe a que tanto el IMSS como el ISSSTE cuentan en la Zona Metropolitana de Guadalajara con hospitales de referencia de mediana y alta especialidad, a donde son referidos derechohabientes que residen en otras entidades federativas del país.

En el sector privado se contabilizan 346 quirófanos, lo que podemos observar de manera más clara en la tabla 1.14, donde se presentan los principales recursos materiales con los que cuenta el sector privado de la medicina.

El número de quirófanos por cada 1,000 habitantes corresponde a 0.074 para la entidad.

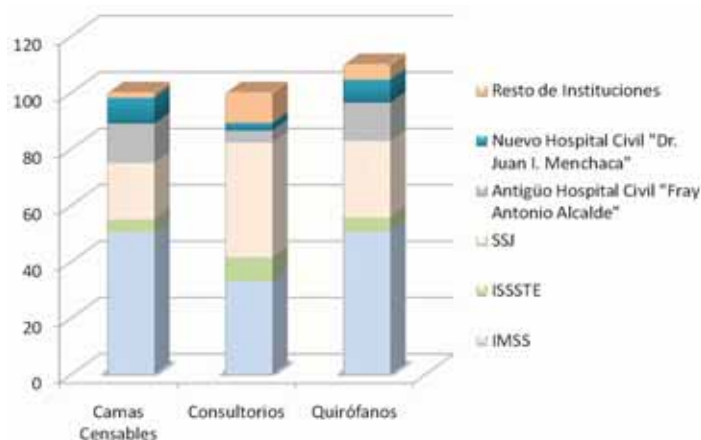


Figura 1.8 Camas censables, Consultorios, Quirófanos en las Unidades Médicas en Servicio, de las Instituciones Públicas del Sector Salud. 2005

Tabla: 1.14 Recursos Materiales en Establecimientos Particulares de Salud con Servicio de Hospitalización Según Número de Camas Censables

Concepto	Total	1 a 4 Camas	5 a 9 Camas	10 a 14 Camas	15 a 24 Camas	25 a 49 Camas	50 y Más Camas
Consultorios	560	59	217	135	106	95	48
Generales	323	41	111	74	47	32	18
De especialidad	337	18	106	61	59	63	30
Camas censables	2,972	102	459	487	451	571	902
De medicina interna	377	14	48	42	58	34	171
De cirugía	345	7	43	49	52	48	146
De gineco-obstetricia	391	14	81	72	65	60	99
De pediatría	199	6	34	31	36	30	62
Otras	1,660	61	253	293	230	399	424
Camas no censables	638	27	69	53	74	201	214
Para cuidado intensivo	127	2	5	9	12	35	64
Para cuidado intermedio	62	1	7	9	6	11	28
Otras	449	24	57	35	56	155	122
Laboratorios de análisis clínicos	83	6	24	20	11	16	6
Laboratorios de anatomía patológica	11	0	2	2	0	2	5
Salas o gabinetes de radiología	123	13	28	18	16	27	21
Equipos de rayos x (móviles o fijos)	156	14	32	20	21	42	27
Áreas de radioterapia	2	0	0	0	0	0	2
Equipos de radioterapia	2	0	0	0	0	0	2
Quirófanos (salas)	346	33	82	63	53	63	52
Salas de expulsión	184	24	62	41	26	19	12
Incubadoras	503	31	108	93	88	127	56
Cunas de recién nacidos	949	67	206	213	163	182	118
Áreas de pediatría	86	5	27	18	13	11	12
Áreas de urgencias (cubículos de curación)	185	18	49	33	32	32	21
Áreas de aislamiento	22	0	2	2	4	5	9
Unidades de imagen de resonancia magnética	10	0	0	1	0	5	4
Equipos de diálisis	18	1	1	1	4	5	6
Estaciones (unidades) de hemodiálisis	18	0	0	0	0	10	8
Equipos para mamografía	41	0	5	4	1	6	25
Equipos de ultrasonido	126	14	37	25	15	16	19
Electrocardiógrafos	134	9	28	25	20	23	29
Endoscopios	51	5	10	6	6	10	14
Electroencefalógrafos	13	0	3	0	3	2	5
Litotriptores	5	0	0	0	1	1	3
Escáner para tomografía axial computarizada	23	0	1	1	4	9	8
Bombas de cobalto	1	0	0	0	0	0	1
Bancos de sangre	17	0	0	0	2	9	6
Unidades de cuidados intensivos	92	0	7	0	7	30	48
Para adultos	61	0	6	0	5	21	29
Para neonatos	31	0	1	0	2	9	19
Unidades dentales	8	1	1	1	2	2	1

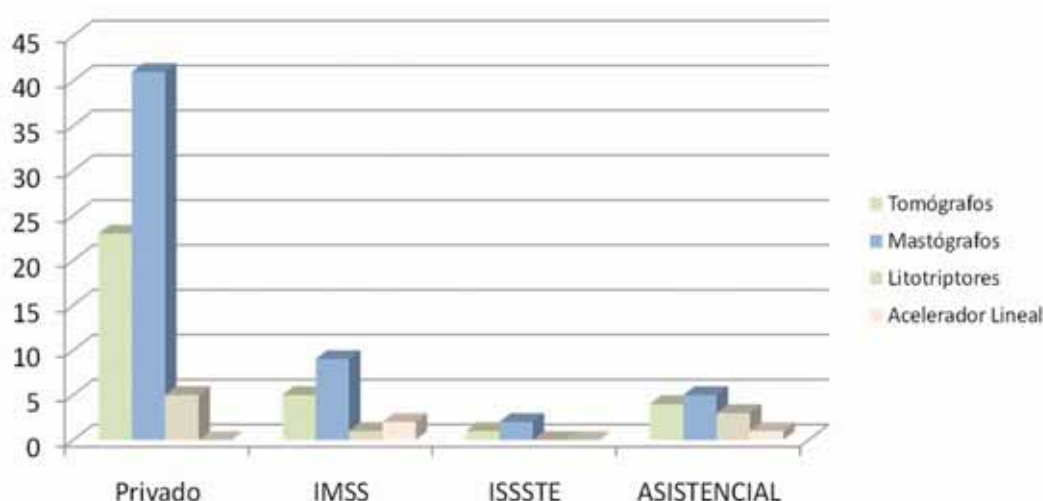
Fuente: INEGI. Estadística de Salud en Establecimientos Particulares.

En el año 2005 en lo correspondiente al sector público se generaron 238,223 intervenciones quirúrgicas, de las que el 53.7 por ciento correspondieron a personas con algún tipo de seguridad social, mientras el resto fue en instituciones correspondientes con la asistencia social. El promedio diario de cirugías por quirófano es de 2.39, menor a la media nacional (2.9). Existe una importante diferencia en este indicador entre los hospitales con seguridad social, donde el promedio es de 2.7, mientras que en los que atienden a la población sin seguridad social es de 2.06 cirugías por quirófano por día.

Equipo de alta especialidad

Además de la infraestructura física, un sistema de salud requiere de tecnología de alta especialidad para el certero diagnóstico y tratamiento de todo tipo de enfermedades, en particular de los padecimientos más complejos. Por lo general estos equipos son de alto costo y requieren de personal capacitado para su operación y mantenimiento, razón por lo cual debe de tenerse una buena planeación en la adquisición y uso óptimo de los mismo.

Figura 1.9 Camas Equipo de Alta Especialidad en el estado de Jalisco 2007



Algunos de los equipos de alta especialidad (ver figura 1.9) con los que se cuenta actualmente en el estado, son los siguientes:

- Tomógrafos:

Son equipos de diagnóstico médico que permiten observar el interior del cuerpo humano a través de cortes transversales usando rayos X. En el estado de Jalisco, se cuenta con 33 tomógrafos, de los cuales 23 se ubican en el sector privado; los 10 restantes pertenecen cinco al IMSS, uno al ISSSTE y cuatro al sector que atiende a población abierta, te-

niendo con éstos últimos una cobertura del 1.04 por millón de habitantes.

- Aceleradores lineales:

Se utilizan para el tratamiento de diversos tipos de cáncer, como los de cabeza y cuello, testículos, próstata, mama y pulmón en estadios iniciales, entre otros. Existen actualmente tres de ellos en el sector público, de los cuales dos se ubican en el IMSS y uno más en el Instituto Jalisciense de Cancerología, con el cual se atiende a población sin seguridad social.

- Mastógrafos:

Por medio de estos equipos se ha contribuido a reducir la mortalidad por cáncer de mama entre 15 y 20 por ciento en mujeres de 40 a 49 años de edad, y entre 16 y 35 por ciento en mujeres de 50 a 69 años. El sector público del estado dispone de 16 mastógrafos, los cuales se encuentran su mayoría en el IMSS con nueve aparatos, dos en el ISSSTE y los cinco restantes en lo correspondiente al sector asistencial, estimándose una cobertura de 1.3 mastógrafos por cada millón de mujeres de 25 y más años. El sector privado cuenta con 41 de estos equipos.

- Litotriptores:

Que se utilizan para el tratamiento de los cálculos renales y vesiculares. La entidad en su totalidad cuenta con nueve equipos de los cuales el 55 por ciento se encuentra en el sector privado. En el sector público se cuenta con uno de estos equipos en el IMSS y con tres más en el sector asistencial.

Medicamentos

Uno de los insumos prioritarios para proteger, restablecer y mejorar la salud son los medicamentos. En años recientes, la disponibilidad adecuada de fármacos y materiales de curación dentro de los hospitales y el surtido completo de recetas médicas en los servicios ambulatorios, ha sido motivo de una enorme preocupación por parte de todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

En el sector salud de Jalisco se han realizado periódicas evaluaciones en los tres niveles de atención, observándose una mejoría gradual en el nivel de abasto y surtimiento. De hecho, el proceso de acreditación y certificación de unidades ha provocado automáticamente la mejora del abasto alcanzada en los últimos dos años.

En la actualidad se ha logrado obtener en el estado hasta un 89 por ciento de recetas surtidas de forma completa a la población sin seguridad social, contra un 61.2 por ciento alcanzado a nivel nacional. Por otro lado, el porcentaje de recetas completamente surtidas a los afiliados al Seguro Popular en Salud en las unidades de atención ambulatoria es de 95 por ciento.

Recursos humanos

El componente principal para el buen funcionamiento de los sistemas de salud son sus recursos humanos, los cuales deben ser suficientes y estar debidamente capacitados para resolver con oportunidad las nuevas demandas surgidas de la transición epidemiológica. Sin embargo, al igual que en la mayor parte de las entidades del país, en Jalisco existen graves problemas en la distribución geográfica de los médicos y enfermeras, en la formación de profesionales de la salud acorde con el nuevo perfil epidemiológico, así como de escasez de trabajadores bien preparados.

Médicos

En el año 2005, el estado de Jalisco registra 50,375 trabajadores de la salud, de los cuales el 85.72 por ciento pertenecen al sector público. Del total de trabajadores del sector, el 25.73 por ciento corresponde al personal médico en contacto con el paciente (11, 115), el 30.80 por ciento a personal paramédico (con predominio del personal de enfermería) y el 4.8 por ciento a personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. En el área administrativa y de apoyo se encuentra el restante 40.8 por ciento de los trabajadores. Esta distribución es similar en todas las instituciones estatales del sector público, al igual que a nivel nacional (ver tabla 1.15).

Tabla 1.15 Recursos Humanos de las Instituciones Públicas y Privadas por Tipo de Personal Según Régimen e Institución 2005.

Región	Total	Seguridad Social						Asistencia Social						Sector Privado
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS-OPORTUNIDADES	SSJ	Hospital Civil de Guadalajara		Cruz Roja Mexicana	Cruz Verde	DIF		
								Fray Antonio Alcalde	Dr. Juan I. Manchaca					
TOTAL	50,375	25,118	2,349	54	61	20	7,265	2,928	2,084	1,410	999	905	7,190	
PERSONAL MÉDICO	12,118	5,316	847	15	21	9	1,852	94	32	135	185	86	659	
En contacto directo con el paciente	11,115	4,729	816	15	17	9	2,796	809	547	184	396	179	638	
Médicos generales	3,101	1,449	175	11	4	9	838	0	0	131	173	82	229	
Médicos especialistas	4,444	2,069	360	3	10	0	680	397	385	0	151	50	339	
Residentes	1,877	848	189	0	0	0	388	410	155	18	63	0	8	
Pasantes	1,281	421	43	0	1	0	727	0	0	15	0	18	58	
Odontólogos	412	142	49	1	2	0	185	2	7	0	9	29	8	
En otras labores	1,003	587	31	0	4	0	214	94	32	4	12	4	21	
PERSONAL PARAMÉDICO	22,185	9,188	834	5	12	9	4,186	1,574	1,855	985	413	649	3,363	
De enfermería	18,378	8,208	741	5	11	9	3,539	1,372	960	194	215	52	3,072	
Auxiliar	6,232	2,139	255	5	1	1	1,690	517	437	13	110	18	1,048	
General	7,286	3,160	257	0	10	8	1,209	592	351	115	95	33	1,438	
Especializado	1,559	907	119	0	0	0	75	188	85	1	0	1	205	
Otros	1,319	0	110	0	0	0	565	97	87	65	10	0	385	
Otro personal	5,809	2,974	93	0	1	0	647	202	95	711	198	597	291	
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO b/	2,095	875	84	0	2	0	277	189	344	10	71	8	244	
PERSONAL ADMINISTRATIVO	8,318	4,487	299	6	19	0	842	464	318	319	114	80	1,379	
OTRO PERSONAL a/	9,326	5,252	285	28	14	2	988	616	335	41	216	82	1,545	

Fuente: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, IMSS-OPORTUNIDADES, SSJ, Hop. Civil de Guadalajara, Cruz Roja, Cruz Verde, DIF

a) Comprende: Personal de farmacia, choferes, manejadores de alimentos, bibliotecarios, servicios básicos, cocineros, personal de lavandería, de conservación y mantenimiento, elevadoristas y operadores telefónicos.

b) Personal de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

Con respecto al nivel nacional, el sector público en el estado presenta un porcentaje menor de enfermeras con un 28.3 por ciento, mientras que el nivel nacional registra un 30.5 por ciento. Por cuanto al porcentaje de médicos en contacto con los pacientes, la proporción se mantiene similar en un 22.3 por ciento.

Aunque es limitada la información disponible del sector privado, éste muestra una distribución de personal muy diferente a la del sector público. De los 7,190 trabajadores registrados, el 9 por ciento corresponde a personal médico, el 46.7 por ciento a paramédico y el 3.4 por ciento a personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento. El personal administrativo y de apoyo suman el 40.66 por ciento restante.

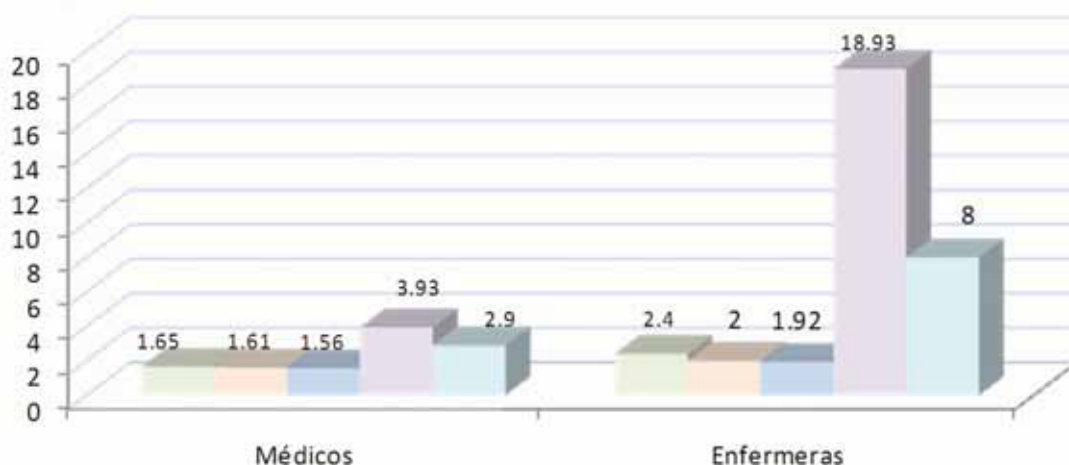
En la entidad se estima una tasa de disponibilidad de médicos en contacto directo con el paciente

de 1.65 médicos por 1000 habitantes, cifra inferior al promedio que tienen los países de la OCDE, que es de 2.9, y también menor a la media nacional de 1.85 médicos por 1000 habitantes.

Dentro del mismo sector público existen variaciones: 1.61 médicos de la seguridad social por 1000 derechohabientes; 1.56 médicos por cada 1000 habitantes de población abierta, y finalmente el sector privado el cual presenta 3.9 médicos por 1000 usuarios potenciales de sus servicios. (ver figura 1.10).

De acuerdo con el promedio observado en los países miembros de la OCDE, el estado enfrenta un déficit de alrededor de 8,485 médicos en las instituciones del sector público, correspondiendo al subsector de la seguridad social un déficit de 4,418 médicos, y al que atiende a la población no asegurada de 4,067 profesionales de la medicina.

Figura 1.10 Tasa Promedio de médicos y enfermeras en contacto con paciente en el estado de Jalisco durante 2005



Fuente: Instituciones participantes, mismas de la tabla 1.15

Enfermeras

En el año 2005 se registran en nuestra entidad 16,376 trabajadores en las áreas de enfermería, representando el grupo más numeroso en el rubro de los recursos humanos. De estos el 81.2 por ciento se encuentra en las instituciones públicas. A nivel estatal, el sector salud dispone de 2.4 enfermeras en contacto con los pacientes por 1000 habitantes, cifra discretamente superior al valor nacional de 2.2, aunque muy inferior al promedio de los países de la OCDE, el cual es de 8 enfermeras por 1000 habitantes.

Sin embargo, se observan diferencias importantes dentro del Sistema de Salud de Jalisco. La medicina privada dispone de 18.93 enfermeras por cada 1000 usuarios de este sector, mientras que en el sector público de la seguridad social es de 2.0 enfermeras por cada 1000 derechohabientes, descendiendo esta relación a 1.92 en las instituciones que atienden a la población no asegurada.

Por lo que respecta a la relación de enfermeras por médico, en el estado es de 1.4, cifra similar a la nacional que es de 1.2; observándose una notable diferencia en el sector privado en donde esta relación asciende a 4.8 enfermeras por médico.

De acuerdo al promedio de enfermeras en los países de la OCDE, Jalisco registra un importante déficit dentro de las instituciones del sector público sanitario de alrededor de 37,724 enfermeras.

Información en salud

La información es un recurso indispensable para la gerencia de los servicios y el desarrollo de las instituciones médicas. De hecho, la información en salud se considera como un bien público.

En los últimos años el Sistema de Información en Salud (SIS) ha experimentado notables cambios sobre todo por la incorporación de la tecnología de la información en los procesos de recolección y aná-

lisis. No obstante, esta incorporación no ha sido homogénea entre las instituciones, y especialmente no se han seguido criterios o estándares de interoperabilidad.

El SIS de nuestro estado y del país, al igual que el sistema de salud, está fragmentado. A pesar de que se dispone de normatividad y mecanismos de integración de las estadísticas de salud, cada institución cuenta con sus propios formatos y criterios de recolección de datos. Además, se observan carencia de procesos eficientes en la recolección y la falta de calidad y oportunidad de los datos recolectados lo que genera la proliferación indiscriminada de formatos paralelos. Este tipo de acciones han resultado perjudiciales para el buen funcionamiento del sector pues, por un lado, ha incrementado la carga administrativa de los médicos y del personal que elabora los registros estadísticos, por otro, está generando duplicidades y contradicciones en la información, la cual termina por no ser aprovechada de manera óptima.

Por ello, uno de los grandes desafíos para esta administración es buscar más integración en los procesos, en los formatos y en los productos. Adicionalmente se requiere de cambios estructurales y funcionales en la organización en las áreas de registros médicos, así como de inversiones importantes

en equipo informático y conectividad. También exige recursos humanos de nuevo tipo y capacitación.

Para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y la mortalidad, desde 1995 se dispone en México y Jalisco con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el que está integrado por cuatro importantes componentes: a) Notificación Semanal de Casos Nuevos, b) Vigilancia Hospitalaria, c) Vigilancia de la Mortalidad y d) Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica.

Los cuatro componentes son operados de forma unificada en todas las instituciones del sector. También cabe destacar que la operación del SINAVE está fundamentada en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-200 y para la vigilancia epidemiológica, lo que asegura su obligatoriedad.

En resumen, los grandes desafíos en esta importante materia son romper con la fragmentación del sistema de información; mejorar la normatividad y procesos; incorporar al sector privado a la estadística de salud; automatizar los registros médicos para consolidar las bases de datos y sobre todo, establecer la cultura del uso de la información para la toma de las mejores decisiones en salud.

Los macroprocesos y funciones estratégicas del sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud, en un estudio realizado sobre la organización de los sistemas de salud identifica cuatro funciones comunes a todos, son: Rectoría, Generación de Recursos, Financiamiento y la Prestación de Servicios, a través

de esta última función se atienden los cuatro grandes momentos del fenómeno salud-enfermedad, agrupando las labores de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica.



Figura 1.11 Mapa Conceptual

El sistema estatal de salud, basado en estas consideraciones alinea su organización en cuatro grandes procesos: a) Prevención y promoción para una mejor salud, b) atención médica curativa con calidad y seguridad en la atención, c) control de riesgos sanitarios y promoción de la salud ambiental y d) la rectoría del sector con administración eficiente y transparente de los recursos, así como

la rendición de cuentas. La ejecución de estos macro procesos se realiza el cumplimiento de sus objetivos, mediante el desarrollo de siete estrategias que agrupan a 65 diferentes líneas de acción, a las cuales se alinean en el Programa Operativo Anual con su estructura programática presupuestaria que ejecuta esta Dependencia.

El diagnóstico estratégico del sistema de salud

Las instituciones de salud viven hoy un presente con ventajas y adversidades muy distintas a las circunstancias de los tiempos pasados. Para ello, es preciso identificar y analizar las

principales oportunidades y amenazas del contexto, así como las fortalezas y debilidades internas que hoy están presentes dentro del Sistema Estatal de Salud.

Tabla 1.16 Matriz de FODA en salud

MATRIZ DE FODA EN SALUD		
	Fortalezas	Debilidades
	• Visión integral y de largo plazo • Infraestructura de primero y segundo nivel • Cobertura geográfica con servicios esenciales • Enfoque preventivo y anticipatorio • Programas acordes al perfil epidemiológico • Sistemas de información y vigilancia epidemiológica • Experiencias exitosas y proyectos vanguardistas • Regiones sanitarias distribuidas estratégicamente • Capital humano con capacidad de gestión, experiencia, espíritu de servicio y compromiso • Institutos y hospitales de alta especialidad • Centros de formación de profesionales e investigación en salud • Presupuesto irreductible a la alza	• Abasto y surtimiento de medicamentos • Sistema de referencia y contrareferencia; diferimiento de la atención • Dualidad institucional • Certificación y acreditación • Plantillas de personal incompletas • Débil rectoría de Sistema Estatal de Salud • Sistema de Salud segmentado, y sin separación de funciones • Infraestructura deficiente y equipamiento médico obsoleto • Subutilización de infraestructura y recursos • Coberturas hospitalarias y de otros servicios (laboratorios, radiología, displasias, UCIN, transfusión sanguínea, etc. • Calidad y seguridad del paciente heterogénea • Aprovechamiento de la información en la toma de decisiones • Capacitación escasa e inapropiada • Desarrollo organizacional y gerencial • Condiciones generales de trabajo • Atención especializada con altos costos
	Oportunidades	Amenazas
	• Gobernador sensible y comprometido con la salud • Voluntad política en los tres niveles de gobierno • Democracia y pluralidad • Federalismo cooperativo y descentralización • Consejo Estatal de Salud • Coordinación y alianzas intra y extra sectoriales • Concertación con organismos sociales y privados • Globalización y desarrollo de tecnología médica, de información y telecomunicaciones • Participación de municipios en la salud • Cambiantes expectativas de la gente • La salud, un factor clave en el desarrollo integral y sustentable • Consejo Sectorial de Salud del Estado Región Centro Occidente • Sistema de Protección Social en Salud	• Pluralidad política en los Municipios • Dispersión y concentración poblacional • Condiciones de pobreza • Riesgos sanitarios y deterioro medio ambiental • Envejecimiento poblacional • Transición epidemiológica desigual • Estilos de vida insanos • Sobrepeso, obesidad; adicciones, VIH Sida. • Insuficiente financiamiento del sector e inequidades/ desequilibrios en su asignación • Limitada rectoría de la SSA Federal • Aseguramiento médico no universal • Empobrecimiento por motivos de salud • Seguridad Social Federal (centralizada) • Sistema de Salud fraccionado - segmentado • Dinámica interregional y municipal • Migración entre municipios y entidades

Las fortalezas y debilidades; las oportunidades y amenazas en la salud

Un primer resultado del balance global que arroja el diagnóstico estratégico de la Secretaría de Salud y el sector sanitario de Jalisco, plantea un panorama alentador para el presente y futuro inmediato. Sin duda, la posibilidad real de pensar y actuar con visión integral de largo plazo, junto con la sensibilidad y compromiso por la salud manifestada por

el C. Gobernador del estado, se constituyen en un inmejorable punto de arranque y “apalancamiento” para alcanzar los objetivos de la salud durante la actual administración.

No obstante, la dualidad organizacional caracterizada por la imbricación de la Secretaría de Salud con el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Jalisco, situación que se ve agravada con el reciente establecimiento del Régimen Estatal de

Protección Social en Salud –mejor conocido como Seguro Popular–, representan un poderoso contrapeso que restringe el funcionamiento, desempeño y resultados de todo el Sistema Estatal de Salud.

La limitada función de rectoría no sólo de la SSA Federal, sino en particular la de la Secretaría de Salud del estado, está fuertemente alimentada por dos factores. Por un lado, la dualidad institucional que caracteriza a nuestra estructura organizacional –arriba señalada– y, por otro lado, la poderosa centralización en que se desenvuelven las instituciones federales de la seguridad social –IMSS e ISSSTE–, y cuyas raíces se encuentran en la misma arquitectura segmentada del sistema sanitario mexicano. Se concluye que no se podrá alcanzar la adopción de políticas públicas saludables ni alianzas estratégicas exitosas con otros sectores de gobierno, si para ello no se logra fortalecer esta función de rectoría estatal de la salud.

Es por ello deseable (y por ende factible) que con el apoyo del titular del Ejecutivo del estado, en el mediano plazo se inicie con el proceso de reestructuración del actual sistema “segmentado” de salud, para organizarlo bajo lo que se conoce como un “esquema de separación de funciones”. De esta forma, se estaría dando un paso fundamental para alcanzar mejores rendimientos en materia de 1) rectoría y conducción del sector, 2) autoridad, fomento y regulación sanitaria, 3) salud pública o servicios de salud a la comunidad, 4) provisión de servicios de salud a la persona (atención curativa), 5) aseguramiento médico y protección contra gastos catastróficos, y 6) generación de recursos para el buen funcionamiento del sector.

Un instrumento clave que permitirá imprimirle cohesión, rumbo y ritmo al sector sanitario, es la instalación y consolidación del Consejo Estatal de Salud. Esta instancia hará posible el establecimiento de mecanismos de coordinación entre “lo público” –en sus tres niveles de gobierno–, y de concertación “con lo privado y social”, para impulsar el desarrollo consensado de las mejores políticas públicas, la inte-

gración de la agenda estatal de prioridades, así como de “alianzas estratégicas a favor de la salud”.

Por diversas razones se reconoce a Jalisco como pivote en la Región Centro Occidente RCO del país, lo que representa una importante oportunidad en el ámbito externo. Por lo tanto será imprescindible que la Secretaría de Salud del estado asuma el liderazgo dentro del Consejo Sectorial de Salud de la RCO, a fin de impulsar la “conexión de todos los servicios estatales de salud de la región” dentro de una visión compartida de largo plazo, respetando en todo momento las particularidades que existen en cada entidad federativa. Es decir, están en el contexto político-administrativo las condiciones para que los servicios de salud estatales (SESA's) generen los espacios donde puedan deliberar, priorizar y emprender acciones concretas para complementar y dar sinergia a los esfuerzos estatales en un creciente ambiente de apertura, democracia y pluralidad que se vive en todo el país.

De igual manera, el diagnóstico estratégico muestra la existencia de corrientes o flujos de usuarios entre las entidades de la RCO, las regiones de Jalisco y las instituciones públicas del sector en búsqueda de atención hospitalaria de segundo y tercer nivel, señalándose que la de muy alta especialidad que otorgan las instituciones de todo el sector (incluyendo las de la seguridad social federal), se encuentra focalizada en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Esto que en principio se considera como una debilidad sectorial, habrá de constituirse como una evidente oportunidad para desarrollar un sistema ágil, sencillo y transparente de compensación cruzada no solo interestatal, sino también de carácter interinstitucional.

Esta sería la estrategia para lograr regular y optimizar la infraestructura hospitalaria actual basada en la celebración de convenios de colaboración, lo que provocaría la restitución de recursos financieros por servicios prestados y evitaría tanto el dispendio presupuestal así como la duplicidad de unidades y equipamiento médico, muchos de ellos con un alto costo de adquisición, operación y mantenimiento.

Complementando lo anterior, se considera que el federalismo cooperativo alentado por las SSA Federal y el proceso descentralizador de la salud que se vive en México, son dos “ventanas de oportunidad” que deberá de aprovechar el estado de forma inteligente, firme y respetuosa. Asimismo, el diagnóstico estratégico revela un escenario donde el Ejecutivo del estado replantea, reconoce y apoya el trabajo de los gobiernos municipales desde una nueva lógica impuesta por los cambios de los tiempos actuales.

En este replanteamiento del quehacer público, la contribución de los municipios –y su integración en regiones geográficas– tiene una creciente importancia, particularmente en las campañas de salud pública, el control de riesgos sanitarios locales, la construcción y dignificación de unidades de salud, así como en la prestación de servicios de atención pre-hospitalaria. En este sentido se buscaría “tanto municipio y regiones de Jalisco como fuera posible, y solamente tanto estado como fuera necesario”

Abonando a lo arriba señalado, se sabe que muchos padecimientos asociados a la pobreza rural y urbana son enfermedades que no reconocen límites territoriales, y que en los movimientos migratorios de la población encuentran condiciones propicias para arraigarse, o bien propiciar la difusión de los mismos. El dengue, paludismo, tuberculosis, VIH Sida e infecciones de transmisión sexual y rabia entre otros, son asuntos de la salud pública o colectiva con un alto potencial de migración que con suma frecuencia rebasan las capacidades del estado, las regiones y los municipios para controlarlos, y que por lo tanto, deben abordarse desde la múltiple perspectiva de lo interestatal, regional y municipal. Lo mismo sucede con distintos riesgos sanitarios que están presentes en el medio ambiente, y con un número importante de productos, bienes y servicios de consumo humano que amenazan a la salud en todo nuestro territorio.

Una fortaleza de carácter estructural de la Secretaría de Salud en particular y del sector en su conjunto, es la disposición de trece regiones sanitarias

distribuidas de manera estratégica en el estado, así como la ventaja reconocida de contar con una extensa red unidades de primer nivel –casas y centros de salud, consultorios populares y unidades médicas móviles– que brinda cobertura a más del 95 por ciento de la población jalisciense que no tiene acceso a la seguridad social federal, y en donde se resuelven hasta el 85 por ciento de los problemas de salud mediante el otorgamiento de un paquete esencial de servicios de salud enfocado a la prevención de daños y promoción de la salud, saneamiento local, así como de la atención y control de los principales padecimientos.

No obstante la existencia de una aceptable disponibilidad de unidades de primer nivel en los casi 80 mil kilómetros cuadrados de Jalisco, la dispersión y concentración poblacional representan un significativo desafío en materia de acceso, organización, financiamiento y prestación de servicios de salud. Ligado a ello, se debe reforzar y modernizar en todas las instituciones del sector los procesos de organización de la prestación de los servicios así como el sistema de referencia y contrarreferencia, a fin de que permita reducir de manera significativa el diferimiento de la atención y los tiempos de espera, así como optimizar al máximo la utilización de la infraestructura hospitalaria.

Un rasgo que distingue a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas del estado, es que los servicios médicos en los tres niveles de atención son ofertados con calidad y seguridad clínica heterogéneas, y todavía en algunos casos con elevados niveles de insatisfacción por parte de los usuarios y sus familiares.

Dentro de ello, el abasto de medicamentos y otros insumos para la salud se reconoce como una evidente debilidad y desafío de las instituciones de todo el sector, incluyendo a las de la seguridad social federal que operan en el estado. Una clara alternativa que hoy aparece en el análisis estratégico, es su posible abordaje desde el plano de lo sectorial y regional. El poder elaborar el diagnóstico integral de la ca-

dena de abasto, formular una nueva visión y modelo innovador de abastecimiento, y establecer un plan de implementación que involucre a todos los actores, abre las posibilidades de llegar a garantizar el abasto y surtimiento de recetas médicas al menor costo posible, y con plena satisfacción de los usuarios.

Evitar el empobrecimiento por motivos de salud, es un sentido reclamo de muchas familias jaliscienses. Por ello, la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud –mejor conocido como Seguro Popular– se visualiza como una notable oportunidad estratégica. Este sistema se constituye como el mecanismo legal y financiero por el cual se garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolsos al momento de utilizar los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para todas las familias sin acceso a los servicios médicos de la seguridad social federal.

Un reto inmediato para las instituciones del sector es lograr la acreditación y certificación de las unidades médicas, a pesar del rezago acumulado por años en materia de infraestructura física, equipamiento médico, plantillas de personal e insumos. Será imprescindible planear de manera cuidadosa el mejoramiento de las condiciones vinculadas al fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en todas y cada una de las unidades de salud –y sobre todo, mantenerlas las condiciones de acreditación– a fin de incorporarlas como proveedoras del Sistema de Protección Social en Salud.

En materia de recursos humanos, el diagnóstico estratégico muestra que será indispensable realizar un análisis profundo para replantear las condiciones generales de trabajo, la relación con los sindicatos, así como poner al día las necesidades y procesos de capacitación de todos los trabajadores de las instituciones de salud. En un horizonte de largo plazo, cada uno de los trabajadores habrá de estar inmerso en su plan individual de vida y carrera laboral.

En el diagnóstico institucional y sectorial destacan por su alta influencia en el patrón de salud - en-

fermedad, elementos tales como el envejecimiento de la población, la reducción sostenida de la natalidad, la desigual transición epidemiológica, junto con los estilos de vida poco sanos lo que están representados por el tabaquismo, falta de ejercicio, estrés, y el sobrepeso y obesidad desde edades tempranas. Sin duda que estos grandes desafíos que la población plantea hoy al Gobierno del estado en su conjunto, solo se podrán enfrentar con éxito mediante una extraordinaria coordinación de esfuerzos entre los tres niveles de gobierno, pero sobretodo mediante la fundamental participación social y ciudadana en la promoción del autocuidado de la salud.

La eliminación o mitigación de las condiciones de pobreza en las que siguen viviendo todavía miles de familias jaliscienses, es una requisito decisivo para mantener y mejorar la salud. Para romper con el “círculo vicioso de la enfermedad y pobreza”, está demostrado que la creciente inversión en servicios de salud eficientes y de calidad se constituye en un poderoso detonante para un desarrollo verdadero, especialmente en las áreas pobres. En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un reporte que pone en tela de juicio la opinión sostenida en el pasado de que la salud mejora automáticamente como consecuencia natural del crecimiento económico. El informe demuestra lo contrario: El mejoramiento de la salud impulsa el desarrollo global de cualquier nación.

En esencia será necesario aumentar drásticamente los recursos destinados a la salud durante los próximos años, especialmente para la promoción, prevención y combate de las enfermedades del rezago que afectan mayormente a las regiones más pobres de Jalisco, como el paludismo, el VIH-SIDA, la tuberculosis, el dengue, la desnutrición, las afecciones perinatales y los embarazos de alto riesgo. Un escenario catastrófico no deseado, es aquel en donde la enfermedad y la pobreza llegan a desestabilizar las economías, e incluso a sistemas políticos enteros.



De acuerdo con expertos, el círculo vicioso de la enfermedad y pobreza será difícil de romper. No obstante, se sabe que éste se puede interrumpir y empezar a revertirse paulatinamente mediante la creciente inversión en servicios de salud, equitativos, eficientes y de buena calidad. Ello influye positivamente sobre la actividad económica ya que incrementa el capital humano y la calidad de vida, hace más eficientes las inversiones en educación, y eleva la productividad y la competitividad. Una economía vigorosa, a su vez, genera recursos para atender cada vez mejor las necesidades de salud de la población, dando lugar a una verdadera igualdad de oportunidades. Se crea así un “círculo virtuoso” entre la buena salud y el desarrollo económico.

En contraste, el gasto improductivo en salud generará un desarrollo subóptimo del capital humano, reducirá la productividad y la competitividad, y producirá desigualdad, dando lugar a un círculo vicioso que incide negativamente en las condiciones de salud de la población y en su calidad de vida.

Cómo potenciamos nuestros esfuerzos: Alineación con otros planes y programas

Como en todas las Dependencias descentralizadas del Gobierno Federal y que han pasado a integrar una parte importante del Gobierno del Estado, la base fundamental de este Programa Estatal Sectorial de Salud es mantener la congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo se contempla, entre otros, el Programa Nacional de salud, el cual sirve de normativa para la elaboración de este programa. Además de mantener la alineación, congruencia y alineación con el Plan Estatal de Desarrollo de este periodo gubernamental. Estos, se encuentran orientados al desarrollo social a través de la Salud Pública.

El mejoramiento de la Salud Pública se relaciona directamente con otros planes y programas del gobierno de la federación y del estado como la educación y deporte, medio ambiente, agua, desarrollo sustentable, cultura, ciencia y tecnología e infraes-

tructura productiva. De manera indirecta se relaciona con el campo y protección civil.

A todos ellos contribuye el Programa Estatal Sectorial de Salud, el cual será evaluado a través de un sistema de indicadores, que incluyen los de la cruzada nacional por la calidad, de impacto en salud, caminando a la excelencia, promoción y prevención en la línea de vida, el cumplimiento de los compromisos de la cumbre mundial a favor de la infancia y los compromisos del milenio.

El Programa Estatal Sectorial de Salud muestra las políticas y actividades institucionales encaminadas al logro de los objetivos estratégicos propuestos para su realización durante su vigencia.

Éstos se encuentran alineados con los Propósitos, Objetivos y Metas Estratégicas del Plan Nacional de Desarrollo y del Plan Estatal de Desarrollo.

La propuesta del programa estatal sectorial de salud se alinea con él se alinea con el Eje 2 Desarrollo Social a través del objetivo estratégico Pd03 “Proteger y Mejorar la salud de la población incrementando la calidad de servicios e infraestructura física y recurso humano, con la participación de todos los Jaliscienses”, al ser la salud uno de las condiciones vitales del ser humano, le aporta al Desarrollo Humano y Social Sustentable, a la Educación y Deporte para una Vida Digna, además de manera indirecta, le abona a los programas agrupados en este Eje y a los subprogramas que de ellos se derivan.

El programa estatal sectorial de salud también se vincula en otros niveles de gobierno a distintos programas y compromisos. En México y en Jalisco, la reforma del sector y la democratización de la salud, originaron la descentralización de los Servicios Estatales de Salud, con órganos reguladores como el Consejo Nacional de Salud y el Consejo de Salubridad General, con sus compromisos internacionales como aquellos contenidos en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia y los Compromisos del Milenio.

En el ámbito federal, se alinea con el Plan Nacional de Desarrollo y con el Programa Nacional de Salud, el cual sirve de normativa para la elaboración del Programa Estatal de Salud. En el ámbito regional, se encuentra vinculado con el Plan Sectorial de Salud de la Región Centro Occidente.

En el nivel estatal, se vincula con los planes institucionales de los 11 organismos desconcentra-

dos y descentralizados que integran la Secretaría de Salud Jalisco del Gobierno del Estado.

En la elaboración del plan institucional, fue considerada y tomada en cuenta la opinión de la ciudadanía, la cual fue recolectada a través de mecanismos de consulta como: Foros de Salud y las mesas de trabajo de La Gran Alianza por Jalisco.



Figura 1.12 Plan Institucional de Salud 2007 - 2013

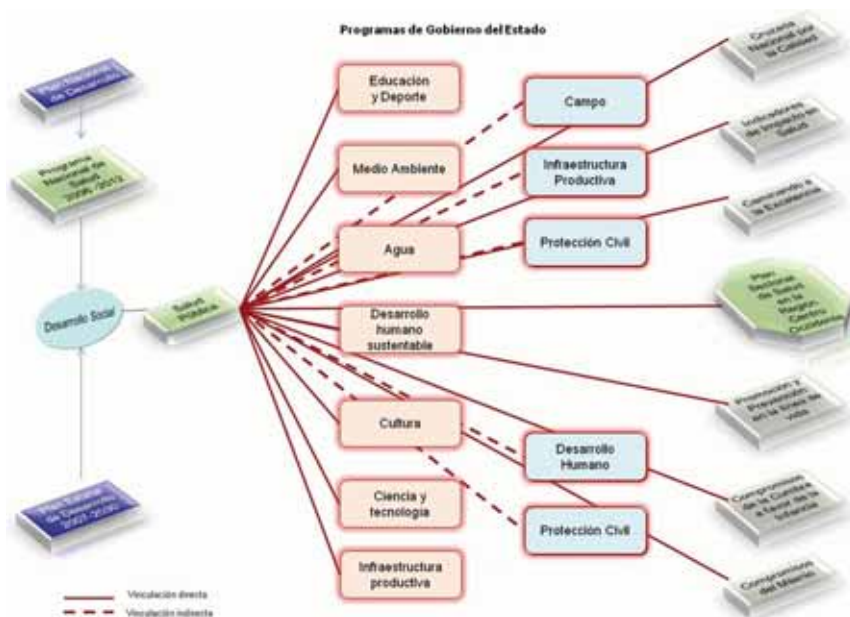


Figura 1.13 Programas del Gobierno del Estado



2. Cuáles son los desafíos

El nuevo perfil de riesgos y daños a la salud, junto con el sostenido envejecimiento de la población y la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud en el estado, son algunos de los principales retos que exigen a todo el sistema sanitario de Jalisco de un esfuerzo extraordinario a fin de superar las condiciones de inequidad, el empobrecimiento por motivos de salud, así como la todavía limitada calidad y seguridad que se observa en la prestación de los servicios.

No obstante, podemos anticipar que este importante esfuerzo sectorial podría no llegar a tener el éxito esperado, si éste no es correspondido con la práctica de estilos de vida saludables por parte de todos los jaliscienses. Por esta razón, el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013 es, en esencia, una propuesta y compromiso de la sociedad y el gobierno de Jalisco..

Retos del sistema estatal de salud

La salud en Jalisco experimenta el aceleramiento de múltiples transiciones que se entremezclan entre sí. El envejecimiento de la población, la transición epidemiológica, los cambios familiares, sociales y políticos, así como los avances científicos y tecnológicos, exigen a los trabajadores e instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Estatal de Salud de un esfuerzo de gran magnitud.

Para poder enfrentar de manera exitosa los retos que nos impone los nuevos perfiles de riesgos y daños a la salud, es necesario diseñar estrategias innovadoras de promoción de la salud, y de prevención y control de riesgos y enfermedades.

En el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013, se plantean de manera puntual los siguientes retos, y que en resumen se relacionan con la equidad, la calidad y la protección financiera en salud.

- Envejecimiento poblacional con crecimiento de los grupos vulnerables.
- Yuxtaposición de las enfermedades de la pobreza con los padecimientos no transmisibles “crónico degenerativos”, y las lesiones accidentales y/o violentas.

- Desigualdades geográficas, económicas y sociales que condicionan el nivel de salud el acceso a los servicios
- Empobrecimiento por motivos de la salud.
- Creciente degradación y contaminación del medio ambiente, junto con insalubridad y diversos riesgos sanitarios.
- Inconsistencia en la calidad de los servicios prestados, trato poco cordial, y múltiples deficiencias en las condiciones para ofertar los servicios de salud.
- Predominio de la atención curativa sobre la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Estilos de vida poco sanos, y limitada participación de la población en el autocuidado de la salud.
- Insuficiencia, desequilibrios e inequidad en el financiamiento de la salud.
- Desarticulación del sistema estatal de salud, con baja colaboración entre instituciones públicas, or-

ganizaciones sociales y la medicina privada, y limitada participación de las autoridades de los municipios.

- Escasa capacitación y participación de los trabajadores en el logro de metas.

Se identifica el surgimiento de un Jalisco nuevo que quiere y requiere un sistema de salud con instituciones públicas y organizaciones sociales y privadas renovadas, conducido por profesionales y trabajadores capacitados que participen en el logro de las metas, y que trabajando en armonía responda puntualmente a las múltiples transiciones de la salud, así como a las legítimas aspiraciones de los jaliscienses por hacer efectivo su Derecho a la Protección de la Salud.

Retos de las regiones y municipios de Jalisco

En Jalisco, al igual que en la República Mexicana y en las Regiones del Estado, el perfil de daños a la salud es muy semejante, aunque existen peculiaridades que las hacen diferentes.

En la mortalidad, las primeras cinco causas se relacionan con enfermedades crónico-degenerativas, tales como la diabetes mellitus que se encuentra en las 12 regiones, la enfermedad isquémica del corazón en 10 regiones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 9 regiones y las enfermedades cerebro vasculares en 11 regiones; otras causas identificadas entre los primeros cinco lugares fueron las infecciones respiratorias bajas, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y los accidentes de tráfico de vehículo de motor.

Entre las enfermedades de notificación obligatoria, las primeras tres causas y el orden, coinciden en todas las regiones (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y las infecciones de vías urinarias), en los dos lugares siguientes que se intercambian en el orden son las úlceras gástricas, gastritis y duodenitis, y las intoxicaciones por veneno de alacrán que se notifica en dos tercios de las regiones del estado.

REGIÓN NORTE



Figura 2.1 Mapa Región Norte

Integrada por diez municipios, cuenta con una población cercana a los 80 mil habitantes, de los cuales el 68% carece de seguridad social. Entre los desafíos de la región se encuentra el registro deficiente de los hechos vitales (nacimientos y muertes), por lo cual la medición de los daños resultan en valores bajos.

En cuanto a la mortalidad, se registra una tasa ponderada (2001-2005) de 5.4 defunciones por cada mil habitantes. Se destacan las muertes maternas de casi 6 y las muertes de 95.4 de niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

Además de las causas de muertes comunes a todas las regiones del estado, en esta región destacan las muertes por infecciones respiratorias agudas bajas en el segundo sitio y las ocasionadas por la desnutrición calórico proteica, las cuales se presentan en los dos extremos de la vida, es decir, entre los niños menores de cinco años muere 20 de cada cien mil y 21.8 adultos mayores de 60 y más años de cada cien mil. También aparecen las muertes ocasionadas por tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón, de la próstata y del hígado.

Además de las enfermedades de notificación obligatoria comunes a todas las regiones del estado,

destacan en el sexto lugar las otitis medias que representan el 2.5%, las conjuntivitis y las infecciones respiratorias bajas en octavo lugar.

REGIÓN ALTOS NORTE



Figura 2.2 Mapa Región Altos Norte

Integrada por ocho municipios, donde residen 348 mil habitantes, de los cuales el 58.7% carece de seguridad social.

Entre 2001-2005 en la región se han registrado como desafíos a la salud, un promedio de 4.8 muertes por cada mil habitantes. Destacan las muertes maternas de 4.3 y las muertes de 157.4 niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

Además de las causas de muertes comunes a todas las regiones del estado, en esta región destacan las muertes por infecciones respiratorias agudas bajas en el segundo sitio. También aparecen las muertes ocasionadas por tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón, del estómago, de la próstata y de la mama.

En cuanto a las enfermedades de notificación obligatoria, aquí se encuentran en los cinco primeros lugares las causas comunes a todas las regiones del estado, destacan en el sexto lugar la hipertensión arterial y en el séptimo la diabetes mellitus.

REGIÓN ALTOS SUR

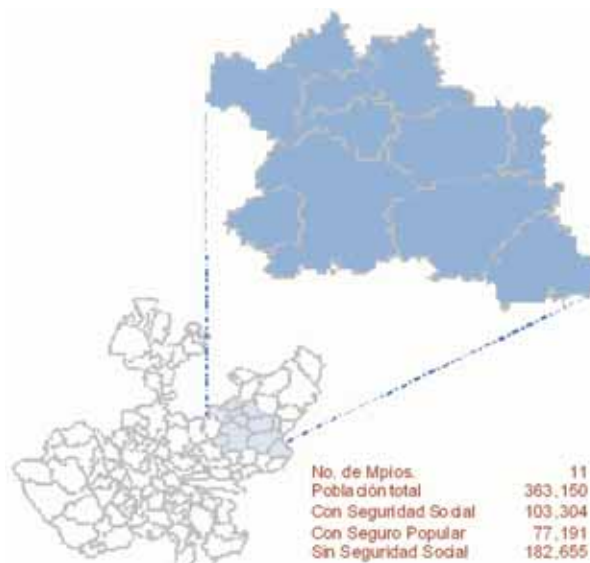


Figura 2.3 Mapa Región Altos Sur

Compuesta por once municipios, donde residen 363 mil habitantes, la mitad de ellos, carece de seguridad social.

Entre 2001-2005, se han registrado como desafíos a la salud de la región, un promedio de 5.3 muertes por cada mil habitantes. Un promedio anual de 4 muertes maternas y 168 muertes de niños menores de un año de edad por cada 10 mil nacidos estimados.

Además de las causas de muertes comunes a todas las regiones del estado, aquí se encuentran los accidentes de tráfico por vehículo de motor en el quinto sitio, seguido por las muertes ocasionadas por infecciones respiratorias agudas bajas. Aparecen los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón, de la mama, de la próstata, del estómago y del hígado, además de los suicidios en el vigésimo lugar.

En cuanto a las enfermedades de notificación obligatoria, aquí se encuentran en los cuatro primeros lugares las causas comunes a todas las regiones del estado, en el quinto se encuentra la otitis media aguda, en el sexto lugar la hipertensión arterial y en el octavo la diabetes mellitus.

REGIÓN CIÉNEGA



Figura 2.4 Mapa Región Ciénega

Conformada por trece municipios, donde residen 485 mil habitantes, el 52.8% de ellos carece de seguridad social.

Entre 2001-2005, se han registrado como desafíos a la salud de la región, un promedio de 5.3 muertes por cada mil habitantes. Un promedio anual de 4.8 muertes maternas y 160 muertes de niños menores de un año de edad por cada 10 mil nacidos estimados.

Como en todas las regiones del estado, se encuentran en los primeros sitios las causas de muerte ya citadas, además en el sexto lugar se encuentran los accidentes de tráfico por vehículo de motor, seguido por las nefritis y nefrosis. La presencia de los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón, del hígado, de la próstata, del estómago y las leucemias, además de los suicidios en el decimosexto lugar.

Las enfermedades de notificación obligatoria mencionadas ocupan los cinco primeros lugares seguidas por la otitis media aguda, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

REGIÓN SURESTE



Figura 2.5 Mapa Región Sureste

Está compuesta por diez municipios, en donde residen 129 mil habitantes de los cuales el 56.4% carece de seguridad social.

Entre 2001-2005, se registran como desafíos a la salud de la región, un promedio de 5.7 defunciones por cada mil habitantes. En promedio anual mueren 5.5 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, además de 128 muertes de niños menores de un año de edad por cada 10 mil nacidos estimados.

Entre otras causas de muerte, además de las comentadas como comunes a todas las regiones del estado, se encuentran en el quinto sitio las infecciones respiratorias bajas, los accidentes de tráfico por vehículo de motor en el octavo lugar. Los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón, de la próstata, del estómago, de la mama, las leucemias y los del cuello del útero se presentan ocupando diferentes sitios. Y del hígado, además de los homicidios en el undécimo sitio.

Los cinco primeros sitios los ocupan las enfermedades de notificación obligatoria comunes a todas

las regiones del estado, en el quinto se encuentra la otitis media aguda, en el noveno lugar la hipertensión arterial y en el duodécimo la diabetes mellitus.

REGIÓN SUR



Figura 2.6 Mapa Región Sur

La región se integra con 16 municipios, en donde residen 326 mil habitantes, de los cuales el 42.5% carece de seguridad social.

En la región se reconocen como desafíos a la salud un promedio de 6 muertes por cada mil habitantes en el periodo 2001-2005. Con un promedio anual de 2.7 muertes maternas y 173.3 muertes de niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

Otras de las causas de muertes, además de las referidas como comunes a todas las regiones del estado, se encuentran las nefritis y nefrosis, los accidentes de tráfico de vehículos de motor. Entre los tumores malignos, se encuentran los del cuello del útero, de la tráquea, bronquios y pulmón, de la próstata, del estómago, las leucemias, del páncreas y de la mama.

De las enfermedades de notificación obligatoria, aquí ocupan los cinco primeros lugares las causas comunes a todas las regiones del estado, destacan en el sexto lugar la otitis media, seguida por la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en el décimo.

REGIÓN SIERRA DE AMULA

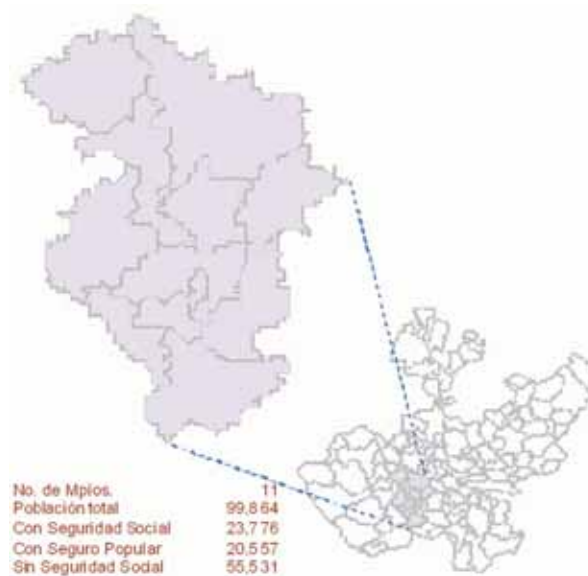


Figura 2.7 Mapa Región Sierra de Amula

La región la integran once municipios que habitan casi cien mil habitantes, el 55.6% carece de seguridad social.

De la región se identifican como desafíos a la salud un promedio anual de 6.5 muertes por cada mil habitantes en el periodo 2001-2005. Con 4.5 muertes maternas y 167 muertes de niños menores de un año de edad por cada 10 mil nacidos estimados.

Además de las causas de muerte referidas como comunes a todas las regiones del estado, se encuentran infecciones respiratorias bajas, los accidentes de tráfico de vehículos de motor. Los tumores malignos de la próstata, de la tráquea, bronquios y pulmón, del páncreas, linfoma y mieloma múltiple son los que aparecen en esta región.

Los cinco primeros lugares los ocupan las enfermedades de notificación obligatoria que se citaron como comunes a todas las regiones del estado, destacan en el sexto lugar la otitis media, seguida por la hipertensión arterial en el noveno y la diabetes mellitus en el decimotercero.

REGIÓN COSTA SUR

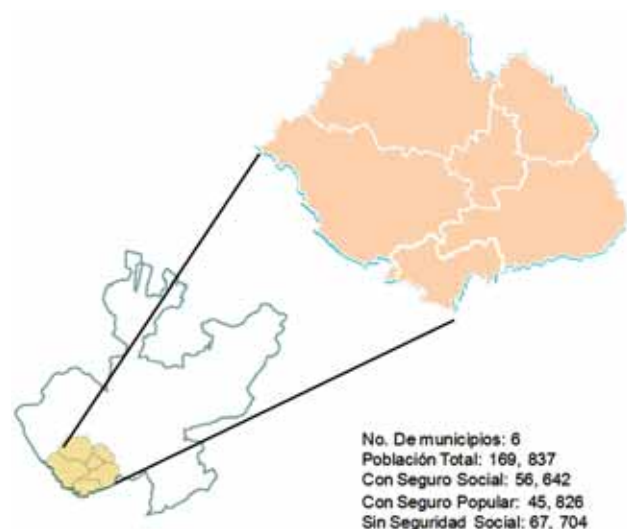


Figura 2.8 Mapa Región Costa Sur

La región está conformada por seis municipios, donde habitan 170 mil habitantes de los cuales el 39.8% carece de seguridad social.

Los desafíos a la salud, en esta región durante el periodo se reflejan en el promedio de 5.3 defunciones por cada mil habitantes. En promedio anual mueren 4.5 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, además de 166.9 muertes de niños menores de un año de edad por cada 10 mil nacidos estimados.

Otras causas de muerte, además de las comentadas como comunes a todas las regiones del estado, son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (5° lugar), las afecciones originadas en el periodo perinatal en el séptimo. Los tumores malignos de de la próstata, la tráquea, bronquios y pulmón, las leucemias, los del cuello del útero y el linfoma y el mieloma múltiple; además de los homicidios en el decimocuarto y los suicidios en decimoctavo sitio.

En relación con las enfermedades de notificación obligatoria las que ocupan los cinco primeros sitios son las comunes a todas las regiones del estado,

seguida por la otitis media aguda, en séptimo la hipertensión arterial y en noveno la diabetes mellitus.

REGIÓN COSTA NORTE

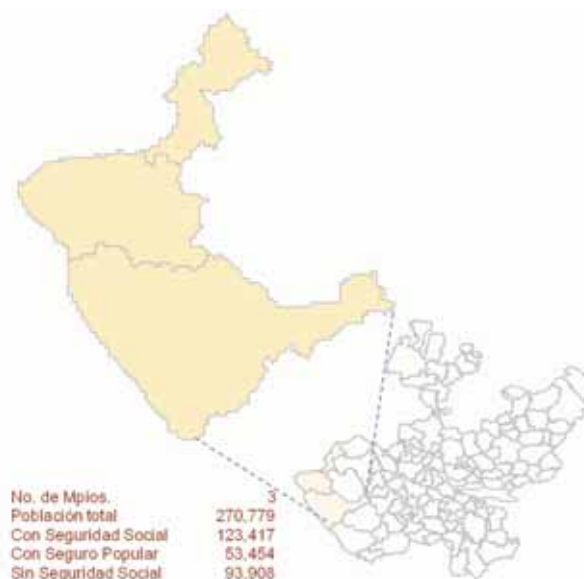


Figura 2.9 Mapa Región Costa Norte

Tres municipios conforman esta región, donde residen 270 mil habitantes, de los cuales el 34.7% carece de seguridad social.

En la región se reconocen como desafíos a la salud un promedio anual de 3.6 muertes por cada mil habitantes entre 2001-2005. Con 3.6 muertes maternas y 136.3 muertes de niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

Otras causas de muerte, además de las como comunes a todas las regiones del estado, son los accidentes de tráfico de vehículos de motor en cuarto lugar y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en el quinto sitio. Entre los tumores malignos, están los de la próstata, de la tráquea, bronquios y pulmón, del cuello del útero, de la mama y las leucemias; destacan en el décimo los homicidios, por VIH/SIDA y los suicidios en los siguientes sitios.

Las enfermedades de notificación obligatoria que ocupan los cuatro primeros lugares son las cau-

sas comunes a todas las regiones del estado, destacan en el quinto lugar la otitis media, seguida por las intoxicaciones por veneno de alacrán, los accidentes de tráfico de vehículo de motor, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en el décimo.

REGIÓN SIERRA OCCIDENTAL

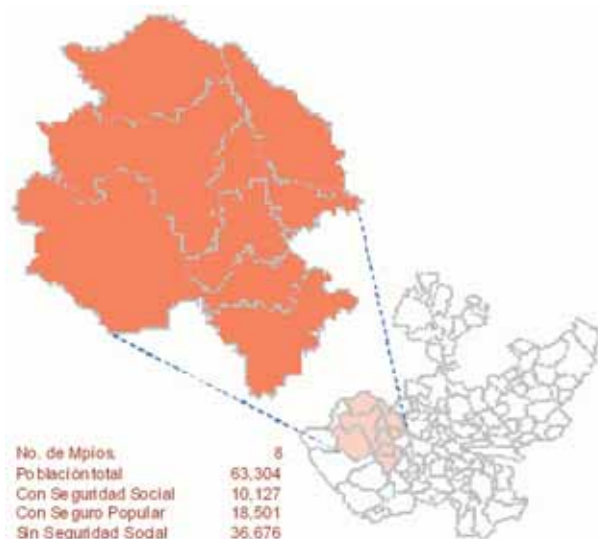


Figura 2.10 Mapa Región Sierra Occidental

La región se compone por ocho municipios, donde habitan 63 mil habitantes, 57.9% carece de seguridad social.

En la región se tiene como desafíos a la salud un promedio anual de 6 muertes por cada mil habitantes durante 2001-2005. Con 3.6 muertes maternas y 136.3 muertes de niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

Además de las causas de muerte referidas como comunes a todas las regiones del estado, se encuentran los accidentes de tráfico de vehículos de motor. Los tumores malignos, registrados son los de la próstata, de la tráquea, bronquios y pulmón, linfomas y mieloma múltiple, del páncreas y de la mama.

De las enfermedades de notificación obligatoria, aquí ocupan los cuatro primeros lugares las causas comunes a todas las regiones del estado, resalta la otitis media en el quinto lugar, seguida la intoxicación

por veneno de alacrán, la hipertensión arterial en el noveno y la diabetes mellitus en el decimosegundo.

REGIÓN VALLES



Figura 2.11 Mapa Región Valles

La región se integra con 14 municipios, en viven 328 mil habitantes, 27.9% carece de seguridad social.

Como desafíos a la salud se reconoce un promedio anual de 5.8 muertes por cada mil habitantes en el periodo 2001-2005. Con 5.1 muertes maternas y 150.4 muertes de niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

Además de las causas de muertes mencionadas como comunes a todas las regiones del estado, destaca en segundo sitio la diabetes mellitus y en quinto los accidentes de tráfico de vehículos de motor. De los tumores malignos, se registran los de la próstata, de la tráquea, bronquios y pulmón, los linfomas y mieloma múltiple, del páncreas y de la mama.

Las enfermedades de notificación obligatoria que ocupan los cuatro primeros lugares son las causas comunes a todas las regiones del estado, destacan en el quinto lugar la otitis media, seguida por la intoxicación por veneno de alacrán, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en el noveno.

REGIÓN CENTRO

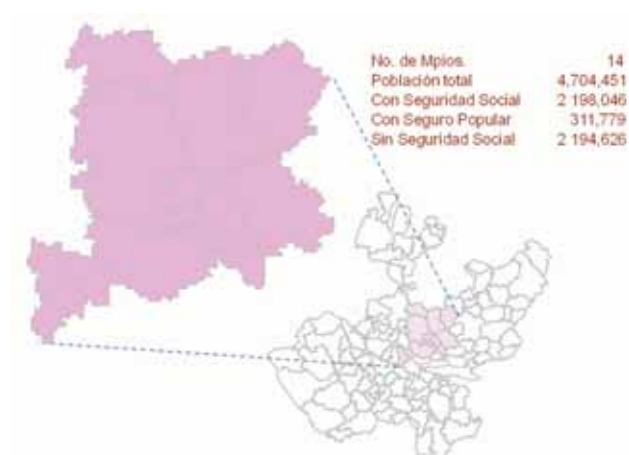


Figura 2.12 Mapa Región Centro

Esta región la integran 14 municipios y es la de mayor concentración demográfica, donde residen poco menos de 5 millones de habitantes, 46.6% carece de seguridad social.

Como desafíos a la salud se registra un promedio anual de 4.5 muertes por cada mil habitantes en el periodo 2001-2005. Con 4.2 muertes maternas y 153.8 muertes de niños menores de un año de edad por 10 mil nacidos estimados.

En el primer sitio se encuentra a la diabetes mellitus como causa de muerte, lo que constituye un enorme desafío, en los siguientes lugares se sitúan las causas comunes a todas las regiones del estado. Entre los tumores malignos, están los de la tráquea, bronquios y pulmón, de la mama, de la próstata y del estómago Cabe mencionar que en el decimocuarto están los suicidios, seguidos por los homicidios y el VIH/SIDA en el decimoctavo.

Las causas comunes a todas las regiones del estado, aquí ocupan los cinco primeros lugares, le siguen el sexto lugar la otitis media, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en el décimo.

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030



PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES

Qué queremos lograr

3. Qué queremos lograr

Construir una imagen del "futuro deseado" resulta fundamental para poder provocar entusiasmo, lograr que las cosas cambien y orientar los esfuerzos colectivos hacia un escenario compartido. Ello permite además fortalecer el liderazgo, anticiparse a las necesidades, comprometerse a la acción, y sobretodo administrar estratégicamente el futuro.

Este futuro compartido está integrado por la visión del sistema mexicano de salud en el 2030, y del cual Jalisco forma parte; la misión o razón de ser del sistema estatal de salud y la visión del mismo también planteada en un escenario del 2030; así como por cinco grandes objetivos, y para los cuales se definen metas estratégicas de la salud para el periodo 2007 - 2013.

La visión del sistema mexicano de salud en el 2030

El Programa Nacional de Salud PRONASA 2007 – 2012, plantea que en el año 2030 México contará con un sistema único de salud que garantizará el acceso universal a servicios esenciales de salud. Este sistema estará financiado con recursos predominantemente públicos, pero tendrá también participación privada. Los servicios de atención a la salud estarán orientados a la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades, y se ofrecerán en los hogares, los centros de reunión, las escuelas, los sitios de trabajo y los espacios públicos, que serán entornos saludables. Los servicios personales de salud los prestarán, en espacios flexibles, mayoritariamente ambulatorios, recursos humanos capacitados en el manejo de la patología imperante.

Visión 2030

Como parte de un amplio ejercicio, realizado a finales de 2006, sobre México en el año 2030, se discutió con un grupo de expertos en salud el futuro deseable del sistema mexicano de salud. A juicio de este grupo de expertos, para satisfacer de manera adecuada las necesidades de salud de los mexicanos en ese futuro ya no tan lejano, el sistema mexicano deberá ser un sistema:

- Integrado;
- Financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada;
- Regido por la Secretaría de Salud;
- Sustentable;
- Centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Con un modelo de atención diseñado a partir de la transición epidemiológica y demográfica por la que atraviese el país, y
- Con fuertes vínculos intersectoriales.

A partir de estas características deseables, se acordó la siguiente visión para el sistema mexicano de salud:

En 2030 México cuenta con un sistema de salud integrado que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por

la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona; efectivo, eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

Acciones estratégicas e indicadores de seguimiento

Para avanzar hacia esta Visión 2030, el PRONASA señala que es necesario combatir diversos factores que inhiben el desarrollo de las características del sistema de salud al que se aspira. Estos factores se agrupan en cinco grandes grupos: a) Políticos, b) legales, c) financieros, d) organizacionales y e) educacionales.

Dentro de los factores políticos destaca la falta de voluntad que muestran algunos de los principales actores del sector salud hacia el cambio. Esta resistencia al cambio puede deberse a inercia y seguridad o al hecho de que algunos de estos actores defienden intereses creados ligados al statu quo.

En el grupo de factores legales se incluye la falta de un marco legal que favorezca la integración estructural y/o funcional de las principales instituciones públicas de salud, empezando por el hecho de que la propia Constitución le asigna a los trabajadores derechos en materia de salud diferenciados en función de su condición laboral.

En el grupo de factores financieros destacan la insuficiencia de la inversión en salud, que se ilustra de manera muy clara por el bajo porcentaje del PIB que México le dedica a la atención a la salud, la mala distribución de los recursos entre instituciones, entidades federativas y rubros de gasto, y la inversión insuficiente en infraestructura de segundo y tercer nivel.

Dentro de los factores organizacionales se mencionan con frecuencia la ausencia de actividades de planeación estratégica para el sector en su conjun-

to; la ausencia de procedimientos de evaluación de la efectividad y eficiencia con la que opera el sistema; la excesiva regulación administrativa, y el privilegio de los aspectos financieros sobre los de salud en el manejo de los servicios.

Finalmente, en el grupo de factores educacionales destacan el predominio del enfoque curativo; la escasa cultura de promoción de la salud, control de riesgos y prevención de enfermedades; la falta de relación de la formación de los recursos humanos para la salud con las necesidades que impone el perfil epidemiológico del país, y la carencia de un programa de educación continua dirigido a todos los tipos de personal del sistema de salud.

Para concretar la Visión 2030, se propone la implantación de 10 acciones de largo plazo dirigidas a contrarrestar estos factores inhibidores:

1. Revisar y modificar el marco legal vigente para facilitar la integración del sistema de salud. Dentro de estas áreas se incluyen: Los artículos 3° y 4° de la Constitución Política; la Ley General de Salud; la Ley Federal del Trabajo; la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; las leyes reglamentarias del IMSS, ISSSTE y PEMEX, y las constituciones estatales y leyes reglamentarias estatales. Dentro de los objetivos de mediano plazo de estas medidas se incluyen fortalecer la prestación cruzada de servicios y crear un fondo público único de financiamiento de la atención a la salud.

2. Incrementar la inversión en salud, consolidar el financiamiento del SPSS y mejorar la distribución de los recursos públicos entre instituciones, entidades federativas y rubros de gasto (gasto de operación/gasto de inversión, gasto en atención curativa/gasto en actividades de salud pública).

3. Fortalecer las actividades de planeación estratégica con una visión sectorial de mediano y largo plazo, con el fin de anticiparse a los retos que nos plantea la transición epidemiológica y sus efectos en la atención a la salud.



4. Diseñar fórmulas de inversión en salud público/ privada para fortalecer la inversión en infraestructura y hacer más eficiente la operación de los servicios.

5. Implantar medidas que mejoren la eficiencia del sistema, dentro de las que destacan: a) La negociación de acuerdos para flexibilizar el uso de los recursos dedicados a la salud; b) el fortalecimiento de las actividades de evaluación de los servicios, programas y políticas; c) la puesta en marcha de un sistema de incentivos al buen desempeño que estimulen la calidad y la eficiencia, y d) el desarrollo de un sistema de información sectorial único.

6. Consolidar las políticas de mejora continua de la calidad en todos los ámbitos del sistema: En las unidades de atención a la salud, en la esfera comunitaria y en las áreas administrativas.

7. Diseñar una estrategia de largo plazo de fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades de naturaleza intersectorial que incluya actividades de educación para la salud en los programas de educación elemental; estrategias de autocuidado de la salud dirigidas a la población general, y campañas de movilización social que fortalezcan los determinantes personales positivos de la salud (buena alimentación, actividad física y seguridad vial).

8. Hacer un inventario exhaustivo de recursos y servicios de salud sectoriales que guíe el diseño de planes de largo plazo de fortalecimiento de la infraestructura en salud, recursos humanos, equipamiento y tecnología, e investigación en salud.

9. Movilizar recursos adicionales para mejorar la formación de los recursos humanos para la salud y fortalecer la investigación básica, clínica y en salud pública.

10. Fortalecer la vinculación con aquellos sectores cuyas actividades influyen de manera directa en las condiciones de salud, dentro de los que destacan los sectores educativo, ambiental y de seguridad vial.

La misión y visión del sistema estatal de salud

LA MISIÓN DEL SISTEMA ESTATAL

Cada vez son más las instituciones públicas que consideran importante tener una manera colectiva de pensar y actuar, es decir, contar con una filosofía organizacional que oriente y dé sentido al desempeño y consecución de sus propósitos comunes.

Se considera que lograr los objetivos de la salud establecidos en el Plan Estatal de Desarrollo 2007 – 2013, dependen de esfuerzos compartidos y convenientemente dirigidos buscando en todo momento contribuir al desarrollo integral de todos los jaliscienses, en especial de aquellos que viven en condiciones de marginación.

La Secretaría de Salud, y el conjunto de instituciones públicas, organismos sociales y empresas privadas que componen el Sistema Estatal de Salud, han logrado el consenso de su razón de ser o misión, la que además de darle coherencia y rumbo al Sector, habrá de orientar las decisiones y esfuerzos cotidianos de los directivos, trabajadores, actores y líderes de la salud en todo Jalisco.

La Misión 2007 - 2030

Proteger y mejorar la salud de la población, con la participación de todos los jaliscienses.

Este breve aunque comprensible, significativo e inspirador enunciado encierra dos mensajes centrales. El primero de ellos, el de la protección de la salud, el cual pone el énfasis en las tareas de a) promoción de hábitos saludables, b) prevención de enfermedades, c) identificación temprana de problemas y, d) protección contra diversos riesgos sanitarios y medioambientales que son una amenaza a la salud e integridad física de las personas.

El segundo mensaje, y no por ello menos importante, es el de la participación de la gente en el



cuidado de uno de los factores de mayor valor para la vida personal, y que es precisamente la conservación y mejoramiento de su salud. Este mensaje reconoce a su vez que no es posible, ni tampoco conveniente, que las instituciones del sistema sanitario suplanten la responsabilidad primaria de las personas en la protección y auto- cuidado de su salud, de su familia y su entorno.

LA VISIÓN DEL SISTEMA ESTATAL

El Programa de Protección y Atención Integral a la Salud 2007 – 2013, plantea que en el año 2030 Jalisco será un estado saludable y líder en el país donde la gente tendrá mejor salud y vivirá más años con armonía y calidad, pues dispondrá de un sistema de salud organizado por separación de funciones y francamente orientado hacia la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención curativa integral. Este sistema será dirigido de forma estratégica por la Secretaría de Salud del estado, y contará con una notable participación de una sociedad y ciudadana cada vez más conciente y ocupada en cuidar su salud. En todo el estado se garantizará el acceso universal al aseguramiento médico, por lo cual las familias no habrán de padecer gasto empobrecedores o catastróficos por motivos de salud.

Basándose en estos conceptos y características deseables, es que se plantea la siguiente visión:

“En el año 2030, Jalisco ha logrado transitar hacia un estado saludable con instituciones líderes comprometidas, innovadoras y transparentes dentro de un sistema de salud integrado y moderno, el cual es ampliamente reconocido en el país por su desempeño en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, protección contra riesgos sanitarios y atención curativa integral; con la plena participación de la población, los trabajadores ofrecen servicios confiables con calidad, seguridad y respeto, satisfaciendo las expectativas de una población cada vez mas conciente en el cuidado de su salud. En todas las regiones del estado se garantiza sin distingo alguno el acceso universal al aseguramiento médico, evitándose que las familias

sufran gastos catastróficos o empobrecedores por motivos de salud. Por todo lo anterior, el sistema sanitario conducido por la Secretaría de Salud del estado, contribuye a la eliminación de la pobreza extrema y al desarrollo integral de las personas quienes viven cada vez más años con mejor salud y calidad de vida dentro un ambiente digno y estimulante, logrando que Jalisco sea reconocido como un lugar donde la gente puede crecer sanamente y vivir con armonía”

Los escenarios deseables y acciones estratégicas

Lograr la Visión de la Salud de largo plazo implica contrarrestar un conjunto de variables que obstaculizan el logro de la visión, así como de impulsar otras consideradas como favorables. Estas variables, que en la práctica se mezclan entre sí, guardan relación con factores legales, organizacionales, financieros y de “enfoque”, principalmente.

Para alcanzar la Visión 2030, se plantea el desarrollo de 5 intervenciones estratégicas orientadas a estimular los factores favorables y contrarrestar los inhibidores.

1) Estructuración de un nuevo sistema de salud.- Con el acompañamiento de la Federación, habrán de promoverse una serie de paulatinas reformas organizacionales y legales que permitirán a las instituciones de Jalisco transitar hacia un modelo de sistema de salud integrado y organizado por funciones. Para ello, deberán de fortalecerse las actividades de planeación estratégica con visión sectorial de largo plazo (incluyendo la financiera), implementarse un sistema único de información en salud, así como procedimientos de evaluación global del desempeño (efectividad y eficiencia). Destaca por su peso estratégico la separación jurídica, organizacional y presupuestal de la Secretaría Estatal de Salud, del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, lo que permitirá fortalecer la función de rectoría y autoridad sanitaria de la Secretaría de Salud y, por otro lado, la función de proveedor de “servicios de salud a la persona” por parte del organismo público.



2) Desarrollo organizacional para un verdadero cambio.- Una condición indispensable será impulsar a las instituciones públicas, sociales y privadas de la salud para que transiten hacia organizaciones de alto desempeño, y les permita asumir los nuevos roles en el proceso de re-estructuración del sistema sanitario. En esta transición, será fundamental el liderazgo de los altos directivos, el trabajo en equipo, la mejora constante de sus procesos internos, así como la inhibición de los temores y resistencias organizacionales al cambio.

3) Inversión en capital intelectual y del conocimiento.- Será decisivo ofrecer las mejores condiciones de contratación e incentivos laborales que premien la calidad y eficiencia de todos los trabajadores a fin de reducir al máximo las brechas de desigualdad en percepciones y derechos en función de su condición laboral. En el mismo horizonte del 2007 – 2030, se requerirá transitar de la simple “administración de los recursos humanos” hacia un esquema de “desarrollo del capital intelectual” que permita disponer de personal y directivos comprometidos, innovadores y con pleno sentido de pertenencia organizacional. Habrá de orientarse la formación de los profesionales de la salud hacia las nuevas necesidades de atención y de envejecimiento de la población, así como de fortalecer la investigación básica, clínica y en salud pública.

4) Inversión para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud.- Elevar de forma sostenida el presupuesto de las instituciones del sector -siendo decisiva la consolidación del financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud- y mejorar progresivamente la distribución de los recursos públicos entre instituciones, regiones geográficas y niveles de atención, a fin de asignar mayor financiamiento para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y en regulación y fomento sanitario. Se requerirá diseñar esquemas innovadores de inversión mixta en salud -público y privada- para modernizar la infraestructura física y equipamiento, así como en la subrogación de servicios complementarios, como son: Laboratorios clínicos, servicios de radiología, farmacia, ropería hospitalaria, limpieza, vigilancia, RPBI, etc.

5) Enfoque francamente preventivo.- Desarrollar una estrategia de largo plazo de fortalecimiento de la promoción, prevención y detección temprana de enfermedades de carácter intrasectorial e intersectorial, orientada a las necesidades de los distintos grupos de edades y de riesgo. Habrán de destacarse las actividades de educación para la salud en los programas de educación básica y media; campañas de movilización social que contrarresten los determinantes ambientales negativos de la salud; así como una cruzada permanente en medios de comunicación para fomentar la práctica de estilos de vida saludables en ambientes sin riesgo como pueden ser: Buena alimentación, actividad física, seguridad vial, prácticas sexuales seguras, reproducción responsable, consumo moderado de alcohol y tabaco, etc.

Los objetivos y metas estratégicas de la salud 2007 - 2013

La presente administración se plantea cinco objetivos para atender los retos que impone el nuevo perfil de la salud. Estos propósitos permitirán alcanzar la misión del sector y el objetivo estratégico de la salud plasmado en el Plan Estatal de Desarrollo 2007 - 2013: Proteger y mejorar la salud de la población con la participación de todos los jaliscienses.

Los cinco objetivos guardan estrecha relación con: a) El avance decidido hacia la equidad en salud; b) la protección financiera a familias marginadas; c) la oferta de servicios con la mayor calidad y seguridad posibles; y, d) la mejora del desempeño; transparencia y resultados globales del Sistema Sanitario de Jalisco. Los primeros cuatro se catalogan como objetivos sustantivos, mientras que el quinto se considera como un objetivo estratégico o instrumental.

En consonancia con el Programa Nacional de Salud, para cada uno de los objetivos del Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013 se han definidos diversas metas estratégicas, a través de las cuales habrá de medirse el desempeño global y resultados de impacto del sistema sanitario en su conjunto.

OBJETIVOS

A fin de enfrentar la transición epidemiológica, el envejecimiento de la población y las nuevas expectativas presentadas por la sociedad, el Programa Estatal del Sector Salud 2007-2013 plantea cinco objetivos que son los siguientes:

1.- Reducir las enfermedades del rezago que afectan mayormente a la población que menos tiene.

2.- Aminorar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

3.- Controlar y disminuir colectivamente los padecimientos no transmisibles, a través de una mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, y del fomento y protección contra riesgos sanitarios.

4.- Aumentar y fortalecer las coberturas en los tres niveles de atención, y ofrecer servicios de salud a la persona con la mayor calidad y seguridad posibles.

5.- Mejorar la colaboración, desempeño, resultados, transparencia y rendición de cuentas públicas del Sistema Sanitario de Jalisco.

En conjunto, los cinco objetivos del sector salud están asociados a un paquete de metas estratégicas que deberán cumplirse en el periodo 2007-2013 y que se describen a continuación. El valor de referencia de estas metas es el correspondiente a 2006.

1.- Reducir las enfermedades del rezago que afectan mayormente a la población que menos tiene.

Tan importante es incrementar el nivel general de salud de una población como reducir las desigualdades en salud que existen entre los distintos grupos de una población. De hecho, no podría alcanzarse de manera plena el propósito general si en el estado persisten segmentos de población y familias sin acceso a buenos servicios y programas de salud. Por esta razón, uno de los principales objetivos de esta administración

es cerrar las brechas en las condiciones de salud entre los distintos grupos poblacionales de Jalisco. Existen indicadores que son particularmente sensibles a las desigualdades como son la desnutrición, la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Las metas que se plantea cumplir en el curso de esta administración como parte de este objetivo son las siguientes:

Meta 1.1 Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna.

Meta 1.2 Disminuir 40 por ciento la mortalidad infantil.

Meta 1.3 Reducir 20 por ciento la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años.

2.- Aminorar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Los sistemas de salud tienen dentro de sus objetivos centrales evitar que los hogares incurran en gastos catastróficos por motivos de salud, que comprometen el bienestar de las familias y las ponen en riesgo de vivir situaciones de pobreza. Por ello es necesario que estos sistemas diseñen esquemas justos de financiamiento de la atención a la salud. En este rubro la presente administración se plantea la meta siguiente:

Meta 2.1 Afiliar dentro del Seguro Popular al total de familias sin seguridad social que lo soliciten y cumplan con los requisitos.

3.- Controlar y disminuir colectivamente los padecimientos no transmisibles, a través de una mayor promoción de la salud, prevención de enfermedades, y del fomento y protección contra riesgos sanitarios.

Todos los sistemas de salud tienen como objetivo primordial mejorar el nivel de salud de su población, en especial enfrentando las principales causas que concentran el mayor peso en la carga total de la enfermedad. Las avances en la protección y mejora-



miento de la salud pueden manifestarse en mejoras en los valores de indicadores de salud asociados a padecimientos o grupos de edad específicos, como la mortalidad por enfermedades del corazón o la mortalidad por cáncer cérvico uterino, o en mejoras en los valores de indicadores de salud que resumen una gran cantidad de eventos, como la esperanza de vida al nacer o la esperanza de vida saludable. Para este objetivo en particular se seleccionaron metas estratégicas con indicadores de ambos tipos, que son las siguientes:

Meta 3.1 Disminuir 15 por ciento la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años.

Meta 3.2 Reducir 20 por ciento la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada en 1995-2006.

Meta 3.3 Disminuir 25 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más.

Meta 3.4 Disminuir 10 por ciento la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más, con respecto a la observada en el 2006.

Meta 3.5 Reducir 15 por ciento el número de muertes causadas por accidentes de tráfico de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad.

4.- Aumentar y fortalecer las coberturas en los tres niveles de atención, y ofrecer servicios de salud a la persona con la mayor calidad y seguridad posibles.

Para poder mejorar el nivel de salud de una población es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad, es decir, servicios efectivos que además respondan a las expectativas de los usuarios y tomen en consideración su diversidad cultural. Estos servicios, además, deben garantizar la seguridad de los pacientes.

En esta materia el Programa Estatal del Sector Salud 2007-2013 se plantea las siguientes metas estratégicas:

Meta 4.1. Acreditar el 100 por ciento de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

Meta 4.2 Surtir de manera completa el 95 por ciento de las recetas médicas en todos los niveles de atención.

Meta 4.3 Implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60 por ciento de las unidades del sector público.

Meta 4.4 Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales en los hospitales públicos de segundo nivel no mayor de 6 por 100 egresos.

5.- Mejorar la colaboración, desempeño, resultados, transparencia y rendición de cuentas públicas del Sistema Sanitario de Jalisco.

Finalmente, los sistemas de salud deben establecer mecanismos que favorezcan la estrecha coordinación entre las entidades del sector público en sus tres niveles y poderes de gobierno, así como la concertación e inducción de los sectores social y privado en torno a los objetivos y metas estratégicas de la salud.

Las metas que en este ámbito se plantea el Programa Estatal del Sector Salud 2007-2013 en este ámbito son las siguientes:

Meta 5.1 Aumentar la esperanza de vida al nacer 1.5 años.

Meta 5.2 Incrementar en 10 por ciento la edad promedio a la muerte temprana (antes de los 70 años).

Meta 5.3 Reducir en 15 por ciento la mortalidad por suicidio en los grupos de 15 a 39 años de edad.

Meta 5.4 Lograr la separación funcional y estructural de la Secretaría de Salud del estado y del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Jalisco.

En la tabla 3.1, se presentan los indicadores relacionados con las metas estratégicas y, los valores estimados en el periodo 2007 - 2013.

Tabla 3.1 Indicadores para las metas estratégicas

Objetivo	Meta Estratégica	Indicador	Basal		Valor						Meta
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Reducir las enfermedades del rezago	Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna.	Razón de la mortalidad materna 1/	58.92	40.00	39.00	38.00	38.10	33.00	30.50	29.48	
	Disminuir 40 % la mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil 2/	13.45	12.90	13.80	15.00	12.00	10.90	9.50	8.07	
	Reducir 20 % la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años	Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla (Población Abierta) 3/	10.13	9.84	9.56	9.30	9.00	8.70	8.40	8.10	
Aminorar el empobrecimiento	Afiliar dentro del Seguro Popular al total de familias sin seguridad social que lo soliciten y cumplan con los requisitos.	Porcentaje de población afiliada al Seguro Popular	31.38	46.10	60.80	75.50	90.20	100.00	100.00	100.00	
Controlar y disminuir padecimientos no transmisibles	Disminuir 15 % la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años.	Tasa de mortalidad enfermedades isquémicas del corazón, en población menor de 65 años 4/	14.06	15.00	16.00	15.30	14.10	12.00	13.10	11.95	
	Reducir 20 % la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus.	Tasa de mortalidad estandarizada por diabetes 5/	96.65	99.80	103.10	106.50	110.0	113.60	117.40	121.20	
	Disminuir 25 % la mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más.	Tasa de mortalidad de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más 7/	13.57	13.09	12.61	12.13	11.65	11.17	10.69	10.18	
	Disminuir 10 % la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más	Número de muertes a causa de accidentes de tránsito de vehículo de motor en población de 15 a 29 años	429.00	435.00	480.00	410.00	364.00	413.00	398.00	365.00	
	Reducir 15 % el número de muertes causadas por accidentes de tráfico de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad.	Tasa de mortalidad por cáncer mama en mujeres de 25 años y más 7/	12.35	12.06	11.46	11.30	11.50	11.68	11.67	11.12	
	Acreditar el 100 % de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud.	Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios al Sistema Protección Social en Salud (SPSS)	18.00	37.00	64.00	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	
Aumentar las coberturas de atención	Surtilir de manera completa el 95 % de las recetas médicas en todos los niveles de atención.	Porcentaje de recetas surtidas completamente en unidades de atención ambulatoria	88.00	89.00	90.00	91.00	92.00	93.00	94.00	95.00	
	Implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60 % de las unidades del sector público.	Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	0.00	10.00	28.00	38.00	50.00	55.00	58.00	60.00	
	Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales en los hospitales públicos de segundo nivel no mayor de 6 por 100 egresos.	Tasa anual de infecciones nosocomiales en un periodo determinado 8/	20.00	18.00	16.00	14.00	12.00	10.00	8.00	6.00	
Mejorar el desempeño del Sector Salud	Aumentar la esperanza de vida al nacer 1.5 años.	Esperanza de vida al nacimiento	76.18	76.39	76.70	76.80	77.00	77.20	77.45	77.68	
	Incrementar en 10 % la edad promedio a la muerte temprana (antes de los 70 años).	Edad promedio a la muerte temprana	43.69	44.31	44.94	45.60	46.20	46.84	47.50	48.06	
	Reducir en 15 % la mortalidad por suicidio en los grupos de 15 a 39 años de edad.	Tasa de mortalidad por suicidio 9/	4.47	5.51	4.95	5.00	4.75	4.21	4.00	3.80	
	Lograr la separación funcional y estructural de la Secretaría de Salud del estado y del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Jalisco.	% avance de la separación funcional y estructural entre la Secretaría de Salud Jalisco y el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco	10.00	25.00	35.00	65.00	65.00	85.00	90.00	100.00	
Tasa por:					4/ 100 000 habitantes menores de 65 años						
1/ 100 000 nacimientos estimados					7/ 100 000 mujeres de 25 años y más						
2/ 1 000 nacimientos estimados.					8/ 100 egresos						
3/ % de desnutrición leve/moderada y grave en niños menores de 5 años en control nutricional en primer nivel de atención.					9/ 100 000 habitantes de los grupos de 15 a 39 años de edad						
5/ 100 000 habitantes (de población estándar)											

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030



**PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES**

Qué guiará nuestras acciones

4. Qué guiará nuestras acciones

Pasar del presente de la salud al futuro deseado de la salud, exige no solamente realizar un conjunto de acciones correctas, sino además desarrollarlas de manera correcta. En este dinámico proceso se establece necesariamente una relación estrecha entre la población y los trabajadores del sector sanitario.

El sector salud es un sector sumamente dinámico. Se calcula que en un día de trabajo ordinario

existen cerca de 300 mil contactos directos entre el sistema de salud y la población jalisciense. Estos "momentos de la verdad" deben desarrollarse bajo ciertas normas y supuestos éticos o valores, así como apegarse a determinadas políticas institucionales.

El código de ética: Hacer lo correcto de manera correcta

Todas las organizaciones públicas, sociales y privadas surgen y se desarrollan sobre normas o supuestos éticos, valores o principios directivos que son consideradas como deseables o dignas de alcanzarse. Estas normas de conducta de carácter universal guardan relación con las exigencias planteadas por la población. De manera específica, los jaliscienses han expresado sus aspiraciones de recibir más y mejores servicios con la mayor resolución posible a sus necesidades; proporcionados sin distingo alguno por profesionales de la salud, y con pleno respeto a su dignidad e intimidad como personas humanas. De ahí la trascendencia de los valores en el actuar de las instituciones, pues definen ampliamente el tipo y calidad de la relación con la sociedad y la población usuaria de los servicios.

Los doce principios éticos que animan al Programa Estatal del Sector Salud 2007 - 2013, parten de una concepción humanista, de justicia y solidaridad social, en la que se destaca el valor trascendente de la persona humana, de la familia como institución básica, y de la sociedad civil como actor principal en la consecución de bien común.

Así, como complemento a los valores del Plan Estatal de Desarrollo, la Secretaría de Salud, sus organismos públicos, institutos de especialidad y consejos estatales de salud asumen los siguientes principios éticos:

- Compromiso:

El trabajador de la salud, va más allá del simple hecho de cumplir con una obligación; es el acto reflexionado, consciente y convencido de poner en juego la voluntad y todas las capacidades propias para sacar adelante todo aquello que se nos ha confiado.

- Eficiencia:

Todo el personal de salud busca hacer correctamente las tareas, aprovechando al máximo los recursos disponibles para incrementar la capacidad operativa de las instituciones, disminuyendo al mínimo el desperdicio de recursos, tiempo y esfuerzos organizacionales. En suma, eficiencia es hacer las cosas correctas, de manera correcta y con la mejor relación costo-tiempo-beneficio.



- Calidad integral:

El Sistema de Salud de Jalisco debe esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes y sus familiares. La calidad en salud tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios y seguridad integral del paciente con los menores riesgos al prestar los servicios, en base a la aplicación de las mejores normas y protocolos de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar calidez de la atención, supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su máxima satisfacción. La calidad integral significa además, disponer de unidades dignas y seguras; procedimientos estandarizados y orientados hacia la mejorar continua; prescripción correcta y surtimiento completo de medicamentos; esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención, y recibir información fidedigna sobre su padecimiento.

- Honradez:

Es la probidad, rectitud, integridad y honestidad personal en el actuar cotidiano de los médicos, enfermeras, personal administrativo, directivos y, en general de todo el personal de salud con base a la verdad y la auténtica justicia. Es la recta razón de pensar, decir y actuar.

- Respeto:

Cualidad del servidor público de la salud para reconocer, apreciar y valorar las cualidades y derechos inherentes de toda persona humana, sin distinción alguno por su condición o circunstancia. Implica ofrecer servicios de salud bajo una relación que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información.

- Liderazgo:

Es la capacidad, aptitud, habilidad o arte que debe tener todo directivo y profesional de la salud, para influir en el comportamiento de los demás, es-

pecialmente de quienes están en su radio de acción o ámbito de actividades, haciéndoles seguir ciertos derroteros para que alcancen determinados fines u objetivos comunes. Es la cualidad humana de poder influir positivamente en el otro para el logro de un fin valioso, común y humano.

- Confianza:

Es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación. Implica asegurarle al usuario de nuestros servicios que contamos con el conocimiento y la experiencia necesaria para ejecutar acciones en beneficio de su salud, de manera segura y oportuna.

- Equidad:

Es brindar atención igual y con el mismo trato humanitario a toda la población. Exige de privilegiar a quienes habitan en localidades con menores índices de bienestar, proporcionándoles mayor accesibilidad a los servicios de salud. En suma, es proporcionar una respuesta igual para una necesidad igual, dando a cada quien lo que en justicia y derecho le corresponde.

- Eficacia:

Consiste en ejecutar las mejores acciones para lograr los objetivos y metas comunes de la salud, haciendo lo que debe hacerse y aprovechando al máximo los recursos disponibles. La eficacia habrá de permitir ofertar servicios obteniendo las máximas ganancias en salud con el dinero y esfuerzo organizacional invertidos.

- Innovación:

Valor que nos inspira para generar y aplicar de manera inteligente y ordenada nuevas ideas, conceptos, modelos, servicios, prácticas y tecnologías con la finalidad de incrementar la productividad organizacional y lograr la satisfacción de nuestros usuarios



y, sobre todo para proteger y mejorar la salud de la población.

- **Prevención:**

Es aplicar medidas, acciones, proyectos y programas de trabajo encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales en nuestros usuarios o fallas organizacionales intrínsecas a la operación y otorgamiento de nuestros servicios.

- **Colaboración:**

Es la interdependencia puesta en acción de los trabajadores de la salud en todo proceso en donde se involucre el trabajo consciente y recursos de varias personas o áreas en conjunto.

Las políticas institucionales

Las políticas de la organización son directrices claras que permiten la estandarización y orientación de las múltiples actividades y servicios que se ofrecen en todos los establecimientos de atención y oficinas administrativas de salud.

Estas políticas deberán de ser asumidas como un auténtico compromiso personal en la Secretaría de Salud y por sus organismos descentralizados y desconcentrados. Los directivos y trabajadores cumplirán con entusiasmo las presentes disposiciones en el desempeño de su labores, y las difundirán entre el equipo de colaboradores.

La política institucional es la directriz que integra y encausa las tareas de la Secretaría de Salud hacia los objetivos institucionales establecidos. Para su definición, se han tomado en cuenta aquéllas indicadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 y, especialmente el Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2030, adecuándolas al amplio campo de la salud.

- Los trabajadores de la Secretaría de Salud, y de los organismos del Sistema Estatal de Salud, ejercerán sus deberes con estricta observancia de las disposiciones legales aplicables, y respetando en todo momento el Estado de Derecho.

- Los directivos de la salud deberán conocer la naturaleza y amplitud de las facultades del cargo que les corresponda desempeñar. Se informarán y capacitarán permanentemente para cumplirlo con profesionalismo y honestidad.

- Todos los servidores públicos de la salud ofrecerán en su trabajo igualdad de oportunidades, sin discriminación alguna que pudiera dar trato diferenciado o preferente; sin distinción de género y con equidad, privilegiando a los grupos vulnerables y marginados.

- Los directivos del Sistema Estatal de Salud deberán actuar con justicia en todo momento, con voluntad permanente de dar a cada quién lo que corresponda.

- En el cumplimiento de sus funciones, los directivos y trabajadores de la salud brindarán atención cordial, pronta, diligente, expedita y respetuosa.

- En su desempeño, los profesionales de la salud deberán ofrecer servicios integrales, con calidad y calidez, encaminados a garantizar la seguridad del paciente, y siempre con estándares universales que persigan la mejora continua y la satisfacción del usuario y sus familiares.

- Es de observancia obligatoria para las unidades de atención médica del Sector Salud, las normas y lineamientos establecidos para la implementación, operación y evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

- El personal directivo debe informar a las autoridades competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica respectiva.



- El personal de salud de las instituciones deberá desarrollar sus funciones y actividades con estricto apego a lo señalado en las normas oficiales mexicanas y protocolos clínicos.
- En todas las unidades, deberá de privilegiarse las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, por encima de las actividades curativas.
- Los servidores públicos del Sistema Estatal de Salud deben observar pleno respeto al equilibrio ecológico, y promoverán el uso racional de los recursos naturales y el desarrollo sustentable en sus acciones.
- Los directivos de salud actuarán procurando el bien común, sin buscar intereses particulares, ni beneficios personales, para familiares o amistades.
- Todos los trabajadores deberán conducirse en el desempeño de sus responsabilidades con imparcialidad, respetando el derecho de todas las personas, y rechazando cualquier procedimiento que privilegie ventajas personales o de grupo.
- Los servidores públicos de salud deberán aplicar correcta, transparente y responsablemente los recursos públicos, evitando cualquier discrecionalidad o desvío en las disposiciones de los mismos. Procurarán su uso racional, el costo-beneficio y criterios de austeridad.
- Relacionado con los cargos públicos dentro del Sistema Estatal de Salud, solo se deberá contratar a quienes reúnan el perfil para desempeñarlos con ética, con la aptitud y actitud necesarias.
- Los directivos del Sistema Estatal de Salud en el ámbito de su competencia, se deberán asegurar que la información que llegue a la sociedad sea veraz, oportuna, adecuada, transparente y suficiente para cumplir con la exigencia del derecho a la información.
- Los trabajadores y funcionarios públicos de salud deberán facilitar a los medios de comunicación el cumplimiento de su misión de informar; se abstendrán de ofrecer u otorgar favores, dádivas con cualquier propósito que busque cambiar el sentido de la información.

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030



**PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES**

Por dónde nos vamos y hasta dónde llegaremos

5. Por dónde nos vamos y hasta dónde llegaremos

A fin de lograr los cinco objetivos del Programa Estatal del Sector Salud 2007-2013 y alcanzar las metas estratégicas a ellos asociadas, la presente administración estatal instrumentará siete estrategias. Cada una de ellas contempla a su vez diversas líneas de acción, la mayoría de las cuales cuenta con metas específicas de proceso o resultados.

El desarrollo sostenido de las acciones y la consecuente suma de metas intermedias hará posible avanzar hacia el objetivo de la salud plasmado en el Plan Estatal de Desarrollo: proteger y mejorar integralmente la salud de todos los jaliscienses.

Las estrategias

1. Extender las coberturas y mejorar la oferta de servicios esenciales de salud en localidades rurales y urbanas marginadas.

2. Reforzar las acciones de prevención, control y atención de las enfermedades del rezago.

3. Fortalecer y mejorar sectorialmente las intervenciones de prevención, control y promoción de la salud, en especial las relacionadas con las enfermedades no transmisibles de los adultos y los problemas de salud de los adolescentes.

4. Fortalecer y modernizar las acciones para la protección contra riesgos sanitarios y contribuir al mejoramiento del medio ambiente.

5. Extender el aseguramiento médico a todas las familias y recién nacidos sin seguridad social.

6. Reorganizar y fortalecer integralmente la oferta de servicios de salud a la persona en todos los niveles de atención, acorde con el Sistema de Protección Social en Salud.

7. Fortalecer del papel rector de la Secretaría de Salud en el estado.

Las líneas de acción

1. Extender las coberturas y mejorar la oferta de servicios esenciales de salud en localidades rurales y urbanas marginadas.

La equidad es un principio rector del Programa Sectorial y Sistema Estatal de Salud. De ahí que la extensión geográfica de más y mejores servicios se reconozca como un elemento fundamental para superar algunas de las peores manifestaciones de las desigualdades en salud. Esta primera estrategia contempla 8 líneas de acción.

1.1 Construir y equipar “Consultorios Populares” y “Casas de Salud Ex profeso”

A pesar del desarrollo que Jalisco registra en el estado existe aun un número muy alto de localidades dispersas, de difícil acceso y catalogadas como de alta y muy alta marginación. Para extenderles servicios de salud, el modelo de atención contempla desde hace más de 25 años las llamadas casas de salud, en donde una persona de la misma localidad designada como “auxiliar de la comunidad” otorga de manera permanente un paquete de servicios esenciales de salud.

No obstante, estos establecimientos son en muchas ocasiones fincas que la misma comunidad presta y habilita sin que reúnan las condiciones indis-

pensables de espacio y sanidad. Actualmente se registran en todo el estado 1,355 casas de salud, de las cuales 565 (41.7 por ciento) son fincas habilitadas de forma rudimentaria, y 790 (58.3 por ciento) son construcciones ex profeso que cumplen con requerimientos normativos.

En contraste existen unidades médicas en áreas urbanas que se encuentran rebasadas en su capacidad operativa, debido tanto a la densidad poblacional como al incremento de la demanda por la implementación del Sistema de Protección Social en Salud – Seguro Popular –.

Para extender y mejorar la cobertura de servicios esenciales de salud, tanto en el medio rural como urbano, la presente administración se plantean a lo largo del sexenio las siguientes actividades y metas específicas:

- Implementar 100 consultorios populares en todo el estado incorporándolos dentro de las redes de servicios del Sistema de Protección Social en Salud, asegurando con ello los recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos para su operación sostenida.
- Promover ante las autoridades municipales la construcción de 150 casas de salud “ex profeso” acordes con la normatividad, en el periodo 2007 - 2013.
- Garantizar en estos establecimientos las acciones de promoción, prevención y atención a la salud de las personas contempladas en el catálogo universal de servicios esenciales de salud.

1.2 Reforzar y dignificar las unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes de salud rural, dentro del programa nacional “Caravanas de la Salud”

Para complementar el trabajo de las auxiliares de comunidad en las casas de salud, en todo Jalisco operan 165 unidades médicas móviles dentro del Programa Salud Rural. El personal itinerante de las unidades

móviles (médico y enfermera) visita de manera periódica alrededor de 10 localidades, donde realizan actividades de promoción, prevención, saneamiento básico, atención médica y referencia de pacientes a otro nivel de atención. Con ello se evitan los frecuentes y largos desplazamientos, trámites y desembolsos a la población.

Por otro lado, la actual administración federal viene impulsando el Programa “Caravanas de la Salud” –integradas por unidades médicas móviles y personal de salud itinerante–, como un mecanismo de extensión geográfica del sistema de salud. Su objetivo es acercar a las localidades más apartadas y marginadas servicios de atención integral y de mayor capacidad resolutive, incluyendo atención ambulatoria básica y especializada, telemedicina y nuevas unidades de atención a la salud.

Dentro de las actividades que se desarrollarán para ampliar el acceso regular a servicios de salud incluyen:

- Alinear el Programa Estatal de Salud Rural, con el Programa Nacional de Caravanas de la Salud.
- Dignificar y reforzar para el 2010 la totalidad de unidades médicas móviles existentes de todas las regiones sanitarias de Jalisco, con recursos del Programa Caravanas de la Salud.
- Afiliar al Sistema de Protección Social en Salud a toda la población beneficiaria de los programas de Salud Rural - Caravanas de Salud.
- Impulsar el uso de la telemedicina en el programa de Caravanas de la Salud.

1.3 Acercar a los grupos marginados y vulnerables las actividades extramuros del “cirujano te visita y médico amigo”

Con la finalidad de abatir el rezago quirúrgico de ciertas especialidades médicas que de manera regular no se ofertan en los hospitales regionales y comuni-



tarios, es que en Jalisco se implementa la estrategia nacional de Cirugía de Extramuros bajo el nombre de “El Cirujano te Visita”. En esta modalidad de extensión de cobertura participan en forma altruista los colegios, sociedades y asociaciones médicas aprovechando la infraestructura y equipamiento hospitalario existentes en todo el estado.

Uno de los servicios de mayor demanda por su alto impacto es el de cirugía reconstructiva, en especial para corrección de labio y paladar hendido, secuelas por quemaduras y otras malformaciones congénitas. En este caso, resulta fundamental la participación del Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco.

De igual forma, para acercar servicios de consulta médica especializada en zonas alejadas, también mediante la participación altruista de profesionales de la salud, opera el programa “Médico Amigo”.

Con el propósito de extender servicios de consulta y cirugía especializada a la población marginada, la actual administración se propone las siguientes actividades y metas:

- Realizar 18 jornadas por año del Cirujano te Visita, y efectuar en promedio 44 cirugías por jornada.
- Realizar 11 jornadas por año dentro del programa Médico Amigo, y otorgar en promedio 145 consultas por jornada.
- Propiciar una mayor participación voluntaria y altruista de colegios y sociedades médicas de Jalisco, y mejorar los incentivos y reconocimientos públicos y sociales.
- En lo posible, incrementar los servicios y ramas de especialidades médicas que se ofertan, acorde con el perfil de la demanda.

1.4 Fortalecer la oferta de servicios de atención a la salud y nutrición en las comunidades indígenas, con respeto a su cultura y tradiciones.

Además de ser inequitativa la asignación de recursos y servicios para la salud que afecta de manera especial a los grupos indígenas, otra causa del rezago en salud en estas poblaciones es la ausencia de programas y políticas integrales de atención a su salud. Como parte de una estrategia integral dirigida a resolver estas deficiencias, el Programa Estatal del Sector Salud se plantea con pleno respeto a la cultura y tradiciones de los pueblos indígenas las siguientes acciones y metas específicas:

- Colaborar con la Federación para realizar la Primera Encuesta de Salud de los Pueblos Indígenas.
- En concordancia con la Federación, establecer en el estado una instancia coordinadora de los distintos esfuerzos de atención a la salud de las poblaciones indígenas. La meta es consolidar un grupo de coordinación sectorial para la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Gestionar recursos financieros adicionales para fortalecer la oferta de servicios de salud de la población indígena. La meta es incorporar al menos al 80 por ciento de la población indígena al Sistema de Protección Social en Salud.
- Ampliar y modernizar el sistema de radio comunicación en las unidades de salud de las zonas indígenas principalmente la Wixarika y Nahuatl.

1.5 Extender al medio rural los servicios de especialidad médica de mayor demanda, a través de la telemedicina.

La telemedicina (y más ampliamente tele-salud) es una poderosa tecnología que permite entre otras acercar a la población rural servicios médicos especializados de diagnóstico y tratamiento, consulta y opinión de casos clínicos, extender capacitación a prestadores de servicios, promover la salud en la comunidad, transmitir videoconferencias así como intercambiar información para la mejor administración de los servicios. Es también un elemento destacado para la integración funcional de las redes de servicios.



Con el fin de aprovechar los avances en materia de tele-salud, durante los siguientes años se propone:

- Implementar en el 2013 al menos un proyecto de tele-medicina en cada una de las regiones del estado.
- Asegurar la participación activa y el acceso de los pacientes y ciudadanos a los servicios de promoción de la salud, prevención enfermedades y tratamiento médico a través de medios electrónicos y servicios móviles. La meta en esta materia, es contar en 2010 con servicios interactivos a través del portal e-salud y servicios móviles.

1.6 Reforzar las coberturas e incorporar nuevos biológicos al esquema de vacunación, priorizando a la niñez y los adultos mayores.

La vacunación es una de las medidas de salud pública que más ha influido en la reducción de las enfermedades y mortalidad por infecciones comunes, en particular en los grupos más vulnerables como son los menores de cinco años y las personas de 60 años y más.

México y por ende Jalisco cuenta en la actualidad con uno de los esquemas de vacunación más completos de América Latina, tanto por el número de inmunógenos que lo componen, como por el nivel de cobertura alcanzado.

Este esquema reúne hoy en día 13 biológicos que protegen contra la poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, infecciones invasivas por *Haemophilus influenza*, meningitis tuberculosa, sarampión, rubéola, parotiditis, neumococo, rotavirus e influenza. La cobertura de vacunación lograda en nuestro estado durante 2006 fue de 91.41 por ciento en niños de un año de edad, y de 96.16 por ciento en niños de 1 a 4 años de edad.

A fin de alcanzar y sostener altos niveles de vacunación, con la participación de toda la sociedad

y las instituciones del sector, la actual administración se propone las siguientes actividades y metas específicas:

- Con apego a las políticas y disposiciones del Sistema Nacional de Salud, contribuir a mantener actualizado el esquema básico de vacunación para menores de 5 años, población de 60 años y más, y grupos específicos de la población con base en la evidencia científica y la disponibilidad de recursos. La meta es alcanzar y sostener la cobertura con esquema básico de vacunación completo en niños de un año de edad por arriba de 95 por ciento, y en población de 60 años y más por arriba de 85.
- Revisar la regionalización operativa de acuerdo al lineamiento nacional, para optimizar las acciones de vacunación con la participación de todas las instituciones del Sistema Estatal de Salud. La meta es mantener la cobertura con esquema básico de vacunación completo en niños de uno a cuatro años de edad por arriba de 95 por ciento, con énfasis en los municipios con alta y muy alta marginación.
- Consolidar las acciones de vacunación dirigidas a mujeres en edad fértil para erradicar la rubéola congénita y el tétanos neonatal. La meta es mantener en cero el número de casos de tétanos neonatal y rubéola congénita.
- Garantizar el abasto, conservación adecuada y distribución oportuna de las vacunas, así como actualizar los diferentes subsistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Las metas en esta materia son asegurar que al menos 95 por ciento de los adolescentes de 12 a 19 años que residen en Jalisco cuenten con el esquema completo de vacunación contra tétanos, difteria y hepatitis B y, que al menos 95 por ciento de la población de seis meses a tres años y de 50 años y más reciba su dosis anual de vacuna contra la influenza estacional.
- Participar con la Federación a fin de fortalecer los convenios de cooperación con organismos multi-



laterales y laboratorios de prestigio internacional para, anticipando una posible pandemia de influenza, contar en el estado con vacunas contra esta enfermedad una vez que esté disponible.

1.7 Extender y mejorar los servicios de salud bucal priorizando el medio rural y urbano marginado.

Las enfermedades bucodentales, de acuerdo a su frecuencia y magnitud, son un desafío importante que debe ser abordado mediante la ampliación y mejoramiento de la cobertura, en particular en áreas apartadas y marginadas del estado.

Las acciones de salud bucodental deben incidir en la población promoviendo una cultura del autocuidado dental, mediante la priorización tanto de las actividades preventivas como de diagnóstico oportuno. Se requiere además de desplegar esfuerzos y estrategias integrales con la participación de los diferentes sectores involucrados en la atención y control de este tipo de afecciones.

Esta administración estatal se plantea como principales acciones y metas a desarrollar en los siguientes años:

- Fortalecer la coordinación intra e intersectorial; impulsar acciones de promoción, detección oportuna y control de enfermedades bucodentales a través del trabajo interdisciplinario; y mejorar la calidad en la atención odontológica. Las metas son conformar y operar el Comité Estatal Interinstitucional de Salud Bucal; capacitar y actualizar al 100 por ciento de los cirujanos dentistas y personal afín del sector público; y difundir y vigilar la aplicación de la normatividad vigente que regula la práctica odontológica en el 100 por ciento de las instituciones públicas, privadas y sociales.

- Aprovechar programas con fuentes de financiamiento extraordinario para ampliar la cobertura geográfica, ofertar servicios bucodentales con calidad y seguridad, y brindar protección financiera a las personas potencialmente usuarias. La meta es integrar

paulatinamente la prestación de servicios odontológicos dentro del Programa Nacional de Caravanas de la Salud, y en el Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular–.

1.8 Impulsar la vinculación de la salud con proyectos de desarrollo comunitario, en especial en municipios y micro regiones con alta y muy alta marginación.

En Jalisco, al igual que en todo el país, existen todavía regiones y municipios en donde se concentran diversos y agudos rezagos que limitan o bien cancelan de lleno las oportunidades de un desarrollo humano integral.

Está demostrado que el mejoramiento de la salud es un recurso decisivo para romper el círculo vicioso de la pobreza. Pero también se sabe que el desarrollo comunitario, el crecimiento económico y el empleo con una buena remuneración son poderosas condiciones que contribuyen a proteger la salud de las familias marginadas. De esta forma, la atención primaria a la salud y el desarrollo comunitario se constituyen en dos importantes elementos complementarios para lograr un mayor bienestar y calidad de vida.

Sin embargo, lograr la vinculación de la salud con el desarrollo comunitario exige impulsar la organización y movilización social a fin de que las comunidades se transformen en sujetos de su propio desarrollo, cuidando en todo momento el respeto al medio ambiente así como la preservación de sus raíces y tradiciones culturales. Por lo anterior, a lo largo de la administración estatal se plantean las siguientes intervenciones:

- Promover la organización de la comunidad mediante el establecimiento de comités locales de salud.

- Participar en los grupos interinstitucionales y multidisciplinarios para impulsar la realización de proyectos de desarrollo comunitario y de salud.

2. Reforzar las acciones de prevención, control y atención de las enfermedades del rezago.

Aunque las enfermedades no transmisibles están predominando como principales causas que afectan la salud de la población jalisciense, aun se observa un número importante de enfermedades infecciosas, de problemas relacionadas con la reproducción y de cánceres de la mujer.

Estos problemas de salud se han denominado como enfermedades del rezago epidemiológico –porque son altamente prevenibles y afectan con mayor fuerza a la población marginada–, y se estima son responsables de cerca del 13 por ciento del total de las muertes en Jalisco. Los grupos más vulnerables al rezago epidemiológico son los que se encuentran en los extremos de la vida, y en etapa reproductiva.

2.1 Prevenir y atender con oportunidad las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

Desde hace un par de décadas las infecciones comunes contribuyen cada vez menos a generar daños a la salud. La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica pasó de 80 por 100,000 menores de 5 años en 1990, a 7 en 2006, y por infección respiratoria aguda de 92 por 100,000 en 1990, a 14 defunciones en 2006.

No obstante, las poblaciones rurales, indígenas y de menores ingresos continúan siendo afectadas por ellas, en particular por las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, a pesar de que se conocen medidas muy efectivas y de bajo costo para prevenirlas y atenderlas. Con el fin de continuar reduciendo los daños a la salud por estas enfermedades, la actual administración se propone:

- Reforzar las acciones de prevención, detección temprana y tratamiento correcto de las infecciones respiratorias agudas con enfoque en la promoción de la salud e identificación de signos de alarma. La

meta al 2013 es reducir en 15 por ciento la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.

- Garantizar el saneamiento ambiental haciendo énfasis en medidas básicas como la cloración del agua. La meta al 2013 en esta materia es reducir en 20 por ciento la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años.

2.2 Impulsar las acciones de prevención, control y atención del dengue, con énfasis en la promoción de la participación social.

En los últimos años la frecuencia de casos de dengue ha presentado características epidémicas, además de observarse un incremento en la variedad hemorrágica. Siendo un importante problema emergente de salud pública, buena parte de su solución está estrechamente vinculada al saneamiento local y la participación social.

Su vector (mosco *aedes aegypti*) está presente en más del 80 por ciento de los municipios del estado, por lo que su control radica fundamentalmente en la reducción y eventual eliminación de su forma larvaria que se reproduce en criaderos domésticos.

En su prevención y atención será necesario aplicar acciones integrales y permanentes en las localidades de importancia epidemiológica, demográfica y económica de Jalisco. Con este propósito, se plantean las siguientes intervenciones y metas en el periodo 2007-2013:

- Promover en el total de localidades de mayor riesgo la participación comunitaria en la eliminación de criaderos del mosquito vector del dengue, enfatizando las actividades de abatización. Las metas son: 1) Lograr en localidades de estrato 1, un nivel de índice menor a 5 por ciento en casa; 2) alcanzar coberturas arriba del 85 por ciento en aplicación correcta de abate, y 3) reducir en 10 por ciento los casos de dengue esperados anualmente.

- Involucrar a los ayuntamientos en la movilización social, desarrollo de campañas de promoción de la salud, y en eliminación de cacharros y limpieza de predios. La meta es que las autoridades del 100 por ciento de los municipios catalogados de alto riesgo en dengue participen activamente en los trabajos para el control de esta enfermedad.

- Reforzar las actividades de notificación oportuna de casos, así como de atención integral de enfermos con probable dengue hemorrágico. La meta específica durante el periodo 2007 – 2013, es mantener cero defunciones por esta enfermedad en nuestro estado.

- Intensificar la coordinación entre los servicios estatales de las entidades federativas de la Región Centro Occidente del país y la Secretaría de Salud Federal, para controlar de manera conjunta éste problema de salud pública.

2.3 Prevenir, atender y controlar la tuberculosis y la lepra.

Son diversos los factores por los que la tuberculosis ha repuntado en los últimos años. Destacan la persistencia de la pobreza, la insuficiente nutrición, los movimientos migratorios, la diabetes mellitus y las personas con problemas de inmunodeficiencia, incluyendo a las infectadas con VIH/SIDA. Esta enfermedad se ha visto agravada por el desarrollo de cepas de micobacterias multi-resistentes, cuyo tratamiento es complicado y costoso.

La lepra, igual que la tuberculosis, guarda relación con los determinantes de la pobreza. Daña de manera importante los nervios con pérdida de la sensibilidad, fuerza muscular, llegando a producir úlceras secundarias y deformidades, y en consecuencia genera un enorme estigma social. La mayor incidencia se ubica en las regiones de Autlán, Puerto Vallarta y Ameca.

Con el fin de prevenir, controlar y atender la tuberculosis y la lepra, la actual administración se propone las siguientes actividades y metas:

- Fortalecer las acciones de prevención de formas graves de tuberculosis en niños menores de 5 años. La meta en los años del periodo 2007 – 2013, es mantener las coberturas de vacunación con BCG en los niveles óptimos (99 por ciento).

- Reforzar las estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento de los individuos con tos y flema, priorizando las áreas y poblaciones de mayor riesgo (reclusorios, migrantes, indígenas, personas con VIH/SIDA, diabéticos, adictos a drogas ilícitas) y expandir la estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado).

- Mejorar el sistema de información consolidando sectorialmente el registro de casos y su vigilancia epidemiológica. Las metas al 2013 relacionadas a todas estas acciones son incrementar la curación de los casos de tuberculosis de 77 a 85 por ciento, y reducir anualmente en 5 por ciento la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en personas de 15 años y más.

- Focalizar la búsqueda intencionada y detección temprana de casos de lepra multibacilar y paucibacilar en los municipios prioritarios y de riesgo, de manera especial en los que hayan registrado casos en los últimos 5 años, y brindar seguimiento a pacientes en vigilancia pos-tratamiento y sus contactos. La meta en la presente administración es reducir la tasa a menos de 1 caso por 10 mil habitantes.

2.4 Fortalecer las actividades de prevención, atención y control del alacranismo y paludismo.

La alta incidencia de intoxicación por picadura de alacrán está relacionada con las características de las viviendas y sus alrededores, lo que representa un ambiente propicio para la reproducción del alacrán y un alto riesgo para las personas. En Jalisco se notifican más de 40 mil casos anuales por todo el sector, lo que nos ubica en primer lugar en todo el país. Los municipios de las regiones de Colotlán, Tamazula, Autlán, Puerto Vallarta y Ameca presentan la mayor incidencia dentro del estado.

En las últimas décadas se han logrado controlar de manera efectiva diversos vectores responsables de la transmisión de padecimientos infecciosos relacionados con el rezago epidemiológico. El caso más relevante es el del mosquito transmisor del paludismo, cuyo control permite pensar, de acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud, en la eliminación de esta enfermedad del territorio estatal y nacional. Este problema sigue presente en comunidades Wixarika de los municipios de Mezquitic y Bolaños.

Con lo descrito anteriormente, las actividades y metas específicas propuestas para el periodo 2007 – 2013, dirigidas a prevenir y controlar el alacranismo y el paludismo en nuestro estado son:

- Promover la participación de los municipios en el mejoramiento de las viviendas y entornos; fortalecer la estrategia de notificantes voluntarios en localidades de difícil acceso; brindar capacitación continua en el manejo de personas intoxicadas por picadura de alacrán; distribuir de manera oportuna y suficiente el suero antialacrán; y consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica. Con el desarrollo conjunto de estas actividades, se plantea la meta específica de mantener el descenso de la mortalidad por intoxicación por picadura de alacrán hasta lograr cero defunciones por esta causa en el 2013.

- Eliminar las fuentes de infección de paludismo en localidades de alto riesgo mediante la participación de la comunidad en la eliminación de criaderos del mosquito vector, y el tratamiento periódico de casos y convivientes (búsqueda intencionada) con seguimiento estricto por tres años. La meta al 2013 es lograr la certificación como estado libre de paludismo.

2.5 Extender y mejorar las acciones para el control de la rabia y la brucelosis.

En Jalisco, la rabia humana transmitida por perros ha descendido en los últimos años. Su importancia epidemiológica radica en su alta letalidad, por lo que sigue siendo considerada como un reto de salud

pública. Este problema se agudiza en las áreas marginadas y dentro de familias pobres. Al año se registra un promedio de 4,000 casos de personas agredidas, de las cuales el 7.8 por ciento corresponde a agresiones por animales silvestres.

Mediante la vacunación antirrábica canina y felina se han logrado abatir los casos de rabia animal urbana. El problema principal es la rabia de tipo silvestre, predominando la rabia en quirópteros, lo que mantiene un riesgo latente para que resurja esta enfermedad en los humanos. Las regiones en mayor riesgo son Colotlán, La Barca, Autlán y Puerto Vallarta.

La brucelosis sigue siendo un problema de salud pública no resuelto. Esta zoonosis aunque muestra una tendencia a la baja, ubica a Jalisco en los primeros lugares de casos registrados. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años, siendo la fuente de infección principal la ingestión de leche y derivados lácteos.

En este rubro la actual administración se propone un conjunto de actividades para alcanzar las siguientes metas específicas:

- Mantener coberturas al 100 por ciento de vacunación antirrábica en animales domésticos; promover campañas de esterilización en coordinación con los ayuntamientos, colegios de médicos veterinarios, asociaciones protectoras de animales, universidades y organizaciones no gubernamentales; promover acciones para la captura de animales silvestres; motivar al 100 por ciento de los Ayuntamientos para aplicar la reglamentación sobre tenencia responsable de mascotas; continuar ofreciendo gratuitamente atención médica inmediata a las personas agredidas que lo soliciten; asegurar el abasto oportuno de la vacuna y gamma globulina antirrábica humana; y fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.

- Las metas específicas que se persiguen son: Mantener en cero los casos anuales de rabia humana transmitida por perro, y reducir en 40 por ciento los de fauna silvestre.



- Lograr certificar a Jalisco antes del 2013, como un estado libre de rabia.

- Desarrollar estrategias conjuntas con la SAGARPA y los sectores social y privado, para la prevención y control de la brucelosis.

2.6 Lograr la eliminación del cólera.

El cólera es una infección intestinal aguda que se transmite al hombre por la ingesta de agua y alimentos contaminados. Se caracteriza por la aparición brusca de diarrea acuosa y abundante, vómitos, deshidratación rápida y, en los casos no tratados, la muerte puede ocurrir dentro de las 24 horas de su aparición.

Es una enfermedad de rápida diseminación que puede ocasionar grandes brotes y altas tasas de letalidad, especialmente en áreas carentes de infraestructura sanitaria. A partir del 2001, año en que se registró el último caso de cólera en el estado, se ha mantenido la vigilancia epidemiológica tanto en el humano como en el ambiente. No obstante, existe el riesgo de transmisión de la enfermedad, lo que en cualquier momento puede generar la presencia de un caso o brote de cólera.

Con el propósito de mantener el control sobre el cólera se plantean las siguientes intervenciones concretas durante los seis años de la presente administración estatal:

- Impulsar las actividades preventivas y de promoción del saneamiento básico con énfasis en la participación efectiva de los ayuntamientos en la desinfección del agua, y la inspección de niveles de cloro residual libre en las redes de abasto de agua para uso y consumo humano.

- Intensificar las acciones de rastreo de casos sospechosos y de mejoría en la oportunidad de la notificación, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica y laboratorial. Con la realización de éstas y otras actividades, el Programa Estatal del Sector Salud se

plantea la meta específica de mantener a Jalisco libre de casos de cólera.

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva, en especial las acciones de prevención del embarazo en adolescentes.

En la actualidad se reconoce que el cuidado de la salud sexual y reproductiva es un elemento decisivo para la salud de las mujeres y niños. Este reconocimiento conlleva el respeto absoluto a la voluntad de las personas en la utilización de algún método anticonceptivo, proporcionándoles de manera oportuna la consejería necesaria para que su decisión sea verdaderamente libre, responsable y sobretodo informada.

La educación e información es un aspecto clave que limita o favorece la salud sexual y reproductiva. Se sabe que una información completa, clara y oportuna es la mejor medida preventiva contra los embarazos no deseados o durante la adolescencia, la mortalidad materna y perinatal, las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH SIDA y la muerte por cáncer del aparato reproductivo. De igual forma, promover y fortalecer la educación sexual y reproductiva favorece conductas de autocuidado y de corresponsabilidad de la salud.

En Jalisco, alrededor del 22 por ciento del total de nacimientos suceden durante la adolescencia, lo que conlleva un mayor riesgo a la salud tanto de las jóvenes madres como de sus recién nacidos.

Con apego a la política nacional en esta materia, durante la presente administración estatal se desarrollarán las siguientes actividades para el fomento de una actividad sexual responsable y la prevención del embarazo en edades tempranas:

- En coordinación con la Secretaría de Educación, implantar una campaña permanente de educación sexual que favorezca en su momento el ejercicio de una sexualidad informada y responsable. La meta es incrementar el conocimiento sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos en los escolares.

- Reforzar las campañas de planificación familiar en los grupos de mayor riesgo, como es el de los adolescentes. La meta al 2013 es incrementar a 75 por ciento la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil.

- En coordinación con la Federación, implantar un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente. La meta al 2013 es reducir la tasa de fecundidad en adolescentes a 40 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad.

2.8 Acercar y mejorar los servicios para reducir la mortalidad materna e infantil, con énfasis en la perinatal.

La mortalidad materna e infantil se ha reducido de manera importante en las últimas décadas, y sus causas también se han modificado. Hasta hace poco las muertes infantiles se concentraban entre el segundo mes de vida y el primer año de edad, y se debían sobre todo a infecciones respiratorias agudas y diarreas.

Hoy, seis de cada 10 muertes en menores de 1 año se concentran en los primeros 28 días de la vida y se deben principalmente a problemas respiratorios del recién nacido, anomalías congénitas y por haber nacido prematuramente. Se calcula que 79 por ciento de las muertes en menores de 1 año son muertes evitables.

La disminución de la muerte materna es un gran reto que exige de la participación organizada y comprometida de la sociedad y el gobierno. Implica desarrollar una estrategia integral para mejorar la salud sexual y reproductiva, alcanzar una mayor equidad de género, y acercar a la población servicios integrales de atención obstétrica de calidad.

El sistema de salud de Jalisco ha alcanzado un nivel de desarrollo tal que es posible enfrentar con éxito estos problemas de salud y cumplir así con los Objetivos del Desarrollo del Milenio. En la reducción de la mortalidad materna e infantil, se plantean las si-

guientes actividades y metas durante la presente administración pública estatal:

- Fortalecer sectorialmente las estrategias que han demostrado una alta efectividad en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Las metas estratégicas del sector salud son reducir en el 2013 la razón de mortalidad materna en 25 por ciento, y la tasa de mortalidad neonatal en 30 por ciento.

- Ampliar de manera estratégica la red de unidades de atención obstétrica y neonatal, incluyendo servicios de sangre y cuidados neonatales especializados, y mejorar integralmente las unidades públicas existentes que ofrecen servicios de atención materno-infantil. Las metas al 2013 son incrementar a 98 por ciento la cobertura de atención del parto por personal calificado, y de cero rechazo a la mujer con emergencia obstétrica.

- Capacitar al 100 por ciento del personal de salud que desarrolla actividades de atención materno-infantil en zonas marginadas o municipios repetidores de estas muertes, en especial en reanimación neonatal.

- Mejorar la oportunidad y calidad de la atención prenatal en el primer nivel de atención. Las metas durante la actual administración son incrementar de 44 por ciento a 50 por ciento el porcentaje de embarazadas que acuden al control prenatal en el primer trimestre; mantener en más de 90 por ciento la cobertura de atención prenatal; lograr al menos 4 consultas prenatales promedio por embarazada; identificar y referir con oportunidad a un nivel especializado al 90 por ciento de embarazadas identificadas con riesgo alto. De igual forma, disminuir el porcentaje de bajo peso al nacimiento de 7.4 por ciento, a menos del 6 por ciento, y reducir el porcentaje de nacimientos prematuros al 6 por ciento o menos.

- Reforzar las actividades de orientación sobre métodos anticonceptivos durante la atención del embarazo. La meta específica es la de brindar al 100 por ciento de mujeres en control prenatal consejería

sobre planificación familiar para que puedan elegir libremente el mejor método después del nacimiento, que contribuya a elevar la anticoncepción postevento obstétrico de 36.6 por ciento al 70 por ciento.

- De igual forma, se plantean al 2013 las metas de incrementar en todas las unidades del sector el porcentaje de mujeres que acuden a control del puerperio de 35 por ciento al 60 por ciento, así como elevar al menos en 25 por ciento la participación del varón en el uso de métodos anticonceptivos.

2.9 Reforzar la prevención, detección y atención oportuna del cáncer mamario.

La mortalidad por cáncer mamario ha mantenido una tendencia ascendente en los últimos años. Afecta principalmente a mujeres mayores de 40 años lo que representa casi un millón de mujeres jaliscienses a quienes el sector salud deberá brindar atención. Una parte importante de los esfuerzos habrán de dirigirse a elevar el nivel de alerta y conocimientos de las mujeres para lograr su detección en etapa temprana, lo que también exigirá incrementar la capacidad diagnóstica de las instituciones.

Siendo en Jalisco el cáncer de mama una prioridad de la salud pública, durante el periodo 2007 – 2013 se desarrollarán las siguientes acciones con el fin de contener su nivel de mortalidad:

- Extender la cobertura de detección temprana del cáncer de mama y focalizar las acciones en la población de mayor riesgo. La meta al 2012 en este rubro es incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 40 a 64 años, y elevar en 60 por ciento el porcentaje de diagnósticos en etapas tempranas, disminuyendo así el índice de casos oncológicos invasores.

- Afiliar dentro del Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular–, al 100 por ciento de mujeres sin seguridad social con casos de cáncer de mama, para garantizar su tratamiento mediante el Fondo de Gastos Catastróficos.

- Capacitar en detección y diagnóstico al 100 por ciento de médicos radiólogos, técnicos radiólogos y personal del primer nivel de atención.

2.10 Mejorar las actividades de prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino.

A pesar de la sostenida tendencia hacia la baja de muertes por cáncer cérvico uterino, en la entidad es necesario continuar fortaleciendo el tamizaje, diagnóstico y tratamiento temprano de las lesiones precursoras. Esta patología considerada del rezago en salud –porque es altamente prevenible y afecta mayormente a las mujeres pobres– deja importantes secuelas en el núcleo familiar. Las acciones de detección temprana se deben de enfocar al grupo blanco que comprende las edades de 25 a 64 años, y en municipios de mayor riesgo.

Jalisco presenta cifras en este indicador mucho más altas que las que presentan los estados con un nivel de desarrollo similar al nuestro. Esta situación demanda una intervención prioritaria por parte de todo el sector salud, por lo que entre el 2007 y 2013 se plantean las siguientes intervenciones y metas específicas:

- Fortalecer de manera integral la red estatal de clínicas de displasias, así como las unidades móviles de citología y colposcopia. Las metas al 2012 son incrementar al triple la cobertura de detección temprana de cáncer cérvico uterino en el grupo de riesgo de mujeres de 25 a 64 años de edad, y aumentar en 60 por ciento el porcentaje de diagnósticos en etapas tempranas, disminuyendo así los casos oncológicos invasores.

- Fortalecer la coordinación interinstitucional en el desarrollo de las actividades de detección y atención de las lesiones precursoras y el cáncer cérvico-uterino invasor. La meta estratégica en esta materia es disminuir 25 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más.

- Afiliar dentro del Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular–, al 100 por ciento de

mujeres sin seguridad social con casos de cáncer cérvico uterino, para garantizar su tratamiento mediante recursos del Fondo de Gastos Catastróficos.

- Fortalecer la infraestructura, equipamiento y recursos humanos de los laboratorios de histopatología. La meta al 2010 es disminuir en 70 por ciento el tiempo de entrega de resultados de biopsias de cérvix, para establecimiento del diagnóstico y tratamiento oportunos.

3. Fortalecer y mejorar sectorialmente las intervenciones de prevención, control y promoción de la salud, en especial las relacionadas con las enfermedades no transmisibles de los adultos y los problemas de salud de los adolescentes.

El continuo aumento en la esperanza de vida, la transición epidemiológica y las nuevas dinámicas socio económicas definen un nuevo patrón y perfil de salud en el estado, dominado por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Se calcula que estas son responsables del 76.7 por ciento y 9.6 por ciento del total de muertes en Jalisco respectivamente, siendo los adultos mayores y los jóvenes los grupos de población más vulnerables.

Este nuevo patrón de salud está asociado al desarrollo de riesgos vinculados con comportamientos poco saludables, dentro de los que se incluyen la mala nutrición desde edades tempranas, la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas y las prácticas sexuales inseguras.

Esto exige fortalecer y coordinar las actividades que se desarrollan en el sector salud a fin de optimizar los recursos en materia de promoción de la salud, y de prevención y control de enfermedades.

3.1 Fomentar la práctica de estilos de vida saludable.

Los estilos de vida saludables junto con un medio ambiente libre de riesgos representan más del 60

por ciento de los factores indispensables para gozar de una buena salud. Con el aumento de la esperanza de vida y de los adultos mayores se incrementa también la frecuencia de las enfermedades no transmisibles como son la diabetes mellitus, las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, el cáncer así como los problemas de salud mental.

La promoción de la salud es una poderosa medida para reforzar en la población los determinantes positivos de las condiciones de salud, como son la buena alimentación, el ejercicio físico, la moderación del tabaquismo, el consumo responsable de alcohol y las prácticas sexuales seguras. Estas acciones deben acompañarse del combate a los determinantes negativos del proceso salud-enfermedad y el control de riesgos.

No obstante, el fomentar la práctica de estilos de vida saludables desde edades tempranas es una responsabilidad compartida de la sociedad y el gobierno, en donde los medios de comunicación y el sector educativo juegan un importante papel. Por ello, el Gobierno Estatal y las instituciones del sector salud se comprometen a emprender las siguientes actividades y alcanzar las metas abajo descritas:

- Asegurar que en el 100 por ciento de las instituciones del sector salud se promuevan y se ofrezcan servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades a cada persona, de acuerdo con su edad y sexo, para el adecuado manejo de los determinantes de la salud. La meta al 2012 es consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud y prevención de las principales enfermedades no transmisibles.

- En coordinación con la Federación, introducir la Libreta de Determinantes Personales y Familiares de la Salud como un instrumento que permita a las personas y familias identificar los riesgos a los que están expuestos y definir un plan de manejo. La meta específica al 2013 es que 80 por ciento de la población cuente con esta libreta.

- Promover que en las unidades de atención ambulatoria del sector salud se organicen talleres comunitarios, grupos de ayuda mutua y grupos de estimulación temprana para fortalecer el manejo de competencias en salud entre la población usuaria. La meta al año 2013 es asegurar que 90 por ciento de las unidades públicas de atención ambulatoria operen talleres comunitarios, grupos de ayuda mutua y grupos de estimulación temprana.

- En coordinación con la Secretaría de Educación, implantar en el nivel básico una campaña permanente de educación en estilos de vida saludable. La meta es incrementar el conocimiento sobre los determinantes positivos de la salud y la responsabilidad en el autocuidado de la salud en los educandos.

- Concertar con la Cámara de la Industria de la Radio y Televisión de Jalisco RATO, el diseño y desarrollo de una campaña permanente de promoción de estilos de vida saludable. La meta al 2010 es que en el 80 por ciento de los medios electrónicos e impresos de comunicación que conforman la RATO, se difundan en todo el estado de manera sostenida mensajes alusivos a los determinantes positivos de la salud.

3.2 Desarrollar una política integral para la promoción de una vida saludable, digna y activa durante la vejez.

El envejecimiento de la población, los nuevos perfiles de salud caracterizado por el predominio de enfermedades no transmisibles e incapacitantes, junto con la marginación social y económica en que viven las personas adultas y ancianas, demandan una atención integral por parte no solo de las instituciones del sector salud sino por todo el gobierno y la sociedad en su conjunto. El propósito global es poder garantizar una vida saludable, digna y activa a este creciente grupo de la población.

Para ello, entre otras intervenciones, es importante acelerar la reconversión de los servicios de salud para responder con oportunidad a las nuevas necesidades de atención de los adultos mayores, pues se

estima que el 85 por ciento de las personas de 65 y más años sufren dos o más enfermedades no transmisibles con sus respectivas complicaciones.

Para lograr operar una verdadera política integral a favor de la población adulta de Jalisco, bajo la conducción del Consejo Estatal de la Salud para la Atención del Envejecimiento COESAEN, se llevarán a cabo las siguientes actividades en el periodo 2007 – 2013:

- Diseñar un Modelo de Atención Integral a la Población Adulta, orientado a la promoción de una vida saludable, digna y activa. La meta es que a partir del año 2009 dicho modelo esté operando de manera satisfactoria en el 80 por ciento de las instituciones que integran el COESAEN.

- En coordinación con la Federación, ofrecer un paquete gratuito de servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades al 100 por ciento de la población de adultos mayores del estado.

- Con el respaldo de la Federación, en el 2013 aplicar el esquema básico oficial de vacunación para adultos mayores al 100 por ciento de la población de 60 años y más.

- Impulsar el desarrollo de especialidades en Geriatria y Gerontología en las instituciones de enseñanza media y superior del estado. La meta es disponer en el mediano plazo de personal especializado en las distintas áreas implicadas en la atención integral de la salud física y mental de los adultos y ancianos.

- Implementar la oferta de servicios ambulatorios de atención integral en geriatría y gerontología. La meta es construir y operar durante el sexenio una unidad médica de atención ambulatoria especializada en los adultos mayores

3.3 Desarrollar una política integral para la prevención y atención del sobrepeso y obesidad desde edades tempranas.



La nutrición es uno de los determinantes positivos de mayor importancia para la salud, el desempeño físico y mental, y la productividad de las personas. No obstante, la mala nutrición (tanto la insuficiencia como el exceso) tiene causas complejas que involucran factores biológicos, socioeconómicos y culturales.

La obesidad y el sobrepeso es el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. Este desequilibrio es frecuentemente una consecuencia de la ingestión de dietas con alta densidad energética, baja en fibras y con exceso de bebidas azucaradas, en combinación con una escasa actividad física. Esta última se asocia a la creciente urbanización, y a los cambios en los estilos de vida y de recreación.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes de Jalisco se ha incrementado de manera significativa en los últimos 10 años. Ello se asocia a un alto riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles y sus fatales consecuencias en la etapa adulta.

Para contribuir a contener el crecimiento del sobrepeso y obesidad desde edades tempranas de la vida, la actual administración estatal se compromete a impulsar las siguientes actividades y metas:

- Promover la participación efectiva de los sectores público, social y privado para enfrentar de manera conjunta este problema. La meta al 2009 es diseñar e implementar de forma progresiva una política pública para la prevención y atención integral del sobrepeso y la obesidad, que entre otras actividades considere: Instrumentar una campaña masiva de comunicación educativa cuyo contenido este enfocado en la promoción y adopción de estilos de vida y hábitos alimentarios saludables; reglamentar y garantizar el cumplimiento de la normatividad de actividad física en las escuelas; elaboración de material educativo para la prevención del sobrepeso y la obesidad dirigidos a maestros, estudiantes y padres de familia; garantizar el cumplimiento de la normatividad y la reglamentación en lo referente a la venta controlada de alimentos al interior

y periferia de las escuelas, y la publicidad de alimentos no saludables; capacitación continua del personal de salud e incorporación estratégica y progresiva de profesionales de la nutrición en las unidades de primer nivel de atención y en las escuelas; creación de conciencia entre la población de riesgo, e implementación de programas públicos de rehabilitación nutricional.

3.4 Fortalecer las acciones de prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Se estima que al menos el 8 por ciento de la población entre 20 y 69 años padece diabetes, y su incidencia está en franco ascenso. Es la primera causa de muerte en el estado, y afecta tanto a las grupos de ingresos altos y medios, como a los más marginados. Según las tendencias, en el año 2013 podrían existir en Jalisco más de 350,000 enfermos de diabetes mellitus.

Este primordial reto de la salud pública es consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento e interacción de riesgos asociados con comportamientos no saludables como son tipo de dieta, sobrepeso y obesidad, sedentarismo y estrés, observándose en los últimos años un alarmante incremento de la diabetes entre las personas menores de 40 años.

Una gran parte de los diabéticos muestran bajo apego al tratamiento, y por ende un deficiente control. Se estima que solamente entre 25 y 40 por ciento logran el control metabólico deseado.

Afortunadamente la aparición de la diabetes y de sus múltiples complicaciones puede retrasarse. Distintas evidencias indican que su control metabólico es más efectivo cuando se realiza en grupo o clubes con la participación de los propios pacientes y familiares.

Las siguientes actividades habrán de implantarse dentro de todo el sector salud en los próximos años, y van encaminadas a disminuir la prevalencia, complicaciones y mortalidad por diabetes:

- Consolidar en coordinación con la Federación, un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud, y prevención y control de la diabetes.

- Identificar oportunamente a personas con riesgo alto y detección temprana de casos; fomentar la auto responsabilidad en el paciente para el control de la diabetes; e implementar talleres interactivos y grupos de auto ayuda. Las metas específicas al 2013: Alcanzar el control metabólico del 60 por ciento de los pacientes en tratamiento; y desplazar 10 por ciento la edad promedio a la muerte temprana de los diabéticos.

- Establecer clubes o grupos de ayuda mutua al menos en el 80 por ciento de las unidades de salud de todo el sector.

3.5 Intensificar y mejorar las acciones para contener los problemas del corazón, la hipertensión arterial y las enfermedades cerebro vasculares.

Las afecciones del corazón, la hipertensión arterial y las enfermedades cerebro vasculares están fuertemente relacionado con los estilos de vida y diversas enfermedades como son la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia y la obesidad. De ahí que para poder prevenirlas y llegar a contenerlas se deba de considerar el desarrollo de intervenciones integrales orientadas a controlar las enfermedades condicionantes y los factores primarios relacionados con el origen de éstas.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia, y es uno de los principales factores de riesgo del infarto al corazón, la enfermedad cerebro vascular y la insuficiencia renal. Se estima que uno de cada tres jaliscienses en edad adulta sufre hipertensión arterial, y que la mitad de ellos lo desconoce.

Para enfrentar este creciente problema de la salud pública, el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013 presenta las siguientes actividades relevantes y metas específicas:

- Impulsar y consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud, y prevención y control de las afecciones del corazón, la hipertensión arterial y las enfermedades cerebro vasculares.

- Reforzar las acciones de detección y diagnósticos tempranos de estos problemas, particularmente en los grupos de riesgo; difundir y vigilar la aplicación de la norma técnica y criterios para la prevención y control de estas enfermedades en todo el sector; garantizar el surtimiento de medicamentos indispensables para el control de estas enfermedades; y establecer grupos locales de ayuda mutua (clubes). Las metas fundamentales al 2013 son: Disminuir 15 por ciento la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años; reducir en 20 por ciento la tasa de mortalidad por hipertensión arterial y enfermedades cerebro vasculares en la población menor de 65 años; alcanzar el control del 50 por ciento de los pacientes en tratamiento de hipertensión arterial en todo el sector; desplazar en 10 por ciento la edad promedio a la muerte temprana por causa de infarto al corazón, hipertensión arterial y enfermedades cerebrovasculares.

- Establecer clubes o grupos de ayuda mutua al menos en el 80 por ciento de las unidades de salud de todo el sector.

3.6 Prevenir, detectar y atender con oportunidad la enfermedad prostática, y detectar de manera temprana el cáncer de próstata.

En las últimas dos décadas se tiene consignado en el estado un importante crecimiento de casos de hiperplasia de próstata y cáncer de dicha glándula. Es a partir de los 50 años de edad que se observa un franco ascenso en la presentación de estas patologías, siendo más ostensible en el grupo de 75 y más años.

El carcinoma de próstata es la segunda neoplasia maligna más frecuente en el hombre. En el año 2006 se registran en Jalisco 806 casos notificados de enfermedad y, 444 defunciones.

A fin de prevenir, detectar y atender con oportunidad la enfermedad prostática y detectar en sus etapas iniciales el cáncer de próstata, se plantea llevar a cabo las siguientes actividades y logro de metas en el periodo 2007 – 2013:

- Intensificar las acciones de detección oportuna de hiperplasia y cáncer de próstata a través de examen clínico y antígeno prostático. La meta al 2013 es que el 50 por ciento de los hombres que estén en el grupo de riesgo cuenten con una determinación anual del antígeno prostático específico.
- Capacitar al 100 por ciento del personal médico del primer nivel de atención en relación con las acciones de diagnóstico oportuno de la patología prostática.
- Definir e implementar de forma progresiva una estrategia sectorial para la atención de las patologías de la glándula prostática, que sea operativamente viable y financieramente sostenible.

3.7 Reforzar las actividades de promoción y atención integral de la salud mental en todas las etapas de la vida, así como fortalecer el trabajo de la red interinstitucional para la prevención del suicidio.

Los crecientes trastornos mentales y de la conducta son un reto prioritario de la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afectan a una de cada cuatro personas a lo largo de su vida. Destaca dentro de ellos la depresión, la esquizofrenia, el suicidio, las demencias y el déficit de atención.

No obstante ser una prioridad, los servicios de salud mental reflejan serias limitaciones en la cobertura, infraestructura física, equipamiento, medicamentos y personal especializado en los tres niveles de atención. Todo ello se traducen en inconsistencias en el establecimiento de diagnósticos oportunos, calidad de la atención, tratamientos eficaces, rehabilitación, reinserción social y, en suma, en la calidad de vida de los pacientes. Adicionalmente se observa una escasa coordinación interinstitucional.

Las alternativas más eficaces para controlar estos problemas son la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos de la conducta, y la identificación temprana para instaurar un tratamiento eficaz y completo. Además, todo ello exige de la consolidación del modelo de atención integral a la salud mental SALME instalado en Jalisco, tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario.

No obstante, para lo anterior se requiere de la asignación de mayores recursos financieros, la formación de personal especializado y el diseño de intervenciones que faciliten la participación de la población en la detección y apoyo de las personas afectadas.

Para atender eficazmente estos problemas, durante el periodo 2007 – 2013 la actual administración se propone a partir de consolidar el modelo de atención integral SALME, las siguientes actividades y metas:

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, destacando la información y orientaciones relacionadas con los factores que influyen en la salud mental. La meta específica es incrementar en 10 por ciento anual el nivel de conocimiento de la población, en especial de los grupos de mayor riesgo, sobre los determinantes positivos de la salud mental.
- Fortalecer y ampliar la cobertura de atención en el primer nivel de atención. Las metas son capacitar al personal médico del 100 por ciento de las unidades ambulatorias del sector público en la prevención y atención a la salud mental, así como lograr que en el 70 por ciento de las mismas se realice la detección temprana y tratamiento oportuno de las principales causas de trastornos mentales.
- Fortalecer la oferta de servicios ambulatorios de los módulos comunitarios especializados en salud mental. La meta específica es mejorar la infraestructura, equipamiento, medicamentos y recursos humanos del total de los módulos existentes en el estado.

- Ampliar estratégicamente la cobertura de centros de atención integral de salud mental CAISAME en municipios con mayor incidencia de demanda. La meta es construir y operar a lo largo del periodo 4 centros CAISAME estancia breve, y con ello extender en 50 por ciento la cobertura de la Red Estatal de Servicios de Salud Mental.

- Mejorar la oferta del servicio de atención hospitalaria para la atención de la población escolar y adolescente. La meta al 2011 es construir, equipar y operar satisfactoriamente el CAISAME estancia breve para la atención de niños y adolescentes con trastornos mentales y de la conducta agudos.

- Fortalecer y ampliar las actividades de la Red Interinstitucional de Prevención del Suicidio. La meta en el año 2013 es reducir en 15 por ciento la mortalidad por suicidio en los grupos de 15 a 39 años de edad.

- Fortalecer y ampliar la formación de recurso humano especializado en salud mental. La meta en el periodo es tener implementadas las especialidades de enfermería psiquiátrica, trabajo social psiquiátrico y, de psiquiatría infantil y de la adolescencia.

3.8 Acercar y mejorar los servicios de atención al dolor y cuidados paliativos.

Cada vez son más los casos que cursan con dolor crónico que resulta incontrolable por los medios terapéuticos ordinarios. Este tipo de dolor suele presentarse en etapas avanzadas de muchas enfermedades de larga evolución como el cáncer, padecimientos degenerativos (neuropatía diabética, artritis reumatoide, osteoporosis) y el VIH/ SIDA, deteriorando la relación familiar, social, psicológica y espiritual de quienes lo sufren.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define los cuidados paliativos como la atención activa de personas con enfermedad avanzada que no responden al tratamiento curativo, en la cual el control de los

síntomas y en particular el dolor constituyen la base del manejo. El objetivo final es alcanzar la mejor calidad de vida posible de los enfermos y sus familias.

El Instituto Jaliscienses de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos PALIA, primero en su género en el país y en Latinoamérica, acorde con su modelo de atención se plantea las siguientes intervenciones y metas en el periodo de gobierno 2007 - 2013:

- Alentar, coordinar y evaluar dentro del sector las actividades de instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el área de atención al dolor y cuidados paliativos, y extender de manera estratégica la cobertura de los servicios. La meta a 2009 es consolidar el funcionamiento del total de Clínicas de Dolor y Cuidados Paliativos establecidas actualmente en todo el estado con apego a las disposiciones normativas, e implementar a partir de 2010 clínicas nuevas en hospitales carentes de ellas, así como operar el programa "Hospital sin Dolor" en las instituciones del sector salud.

- Con apego en lo establecido en la ley, promover en la sociedad jalisciense y en el personal de salud una cultura de la muerte digna y sin dolor de los enfermos terminales basada en principios morales, éticos y científicos. La meta es incrementar sustancialmente el conocimiento de la población sobre los aspectos fundamentales de una muerte digna y sin sufrimiento físico, psicológico y espiritual.

- Difundir y vigilar la aplicación de protocolos clínicos, impulsar la investigación científica e incorporar nuevas técnicas en la atención del dolor y los cuidados paliativos; establecer la especialidad o doctorado en estas materias en coordinación con los centros de enseñanza superior; capacitar al personal de enfermería en el programa "Quinto Signo Vital"; y promover la capacitación del personal de salud en el uso racional y humano de opioides y otros analgésicos. La meta es elevar la calidad y seguridad en la atención otorgada en el 100 por ciento de servicios de alivio al dolor y cuidados paliativos en instituciones del sector salud.

- Fortalecer la operación de PALIA como una empresa pública con autonomía de gestión, y promover la incorporación de los servicios que proporciona el Instituto PALIA, dentro del Sistema de Protección Social en Salud - Seguro Popular - .

- Sentar las bases del proyecto de edificación y funcionamiento del Hospital de Corta Estancia o Hospice del Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos.

3.9 Atender con calidez y limitar los daños a la salud provocados por la violencia intra familiar.

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública que lamentablemente suele traducirse en graves daños a la salud física y mental de quienes la sufren, en disminución de su calidad de vida y hasta en homicidios y suicidios dentro del núcleo familiar.

Este silencioso fenómeno social afecta sobre todo a mujeres, niños, personas discapacitadas y adultos mayores. Su prevalencia es creciente, aunque se sabe que son muy pocas las víctimas que la denuncian y acuden a los servicios de salud para recibir la atención requerida. Por otro lado, dentro de las unidades médicas existen todavía algunas deficiencias a superar para ofrecer una atención de calidad que permitan limitar los daños a la salud provocados por la violencia intrafamiliar.

Con el fin de abatir este problema, la actual administración estatal buscará en los siguientes años:

- Ampliar el acceso a atención médica y psicológica especializada a personas que vivan situaciones o sufran las consecuencias de la violencia intrafamiliar. La meta al 2013 es incrementar a 50 por ciento la cobertura de atención médica y psicológica especializada a las víctimas de violencia familiar severa.
- Realizar actividades de sensibilización y capacitación de directivos y equipos multidisciplinarios de todas las instituciones del sector salud, para que conozcan y apliquen la NOM-190 SSA1-1999. La meta

al 2013 es que el 80 por ciento del personal de salud involucrado se apegue a los contenidos de la norma oficial mexicana.

3.10 Extender las coberturas y reforzar las intervenciones para prevenir e identificar de manera temprana el consumo y adicción al tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias ilegales.

El consumo y desarrollo de la adicción al tabaco, alcohol y a las drogas ilegales y drogas médicas no prescritas es un problema serio que debe ser abordado por la sociedad y los tres niveles de gobierno. Presenta severas repercusiones en el ámbito individual, familiar y social. Conlleva a la violencia en el hogar y espacios públicos, así como a una mayor mortalidad entre la población joven y en edad productiva.

Para aspirar en Jalisco a disminuir el consumo y adicción al tabaco, alcohol y drogas, durante la presente administración se reforzarán y ampliarán las estrategias que coordina el Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco CECAJ, enfatizando las acciones de:

- Fortalecer al CECAJ como órgano de coordinación y concertación de las políticas públicas en la materia. Las metas son: 1) Integrar y operar un programa estatal de lucha contra las adicciones involucrando a las instituciones, sectores, poderes y niveles de gobierno relacionados en la prevención del abuso en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, y 2) En el año 2011, disminuir en 10 por ciento la prevalencia de consumo por primera vez de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad.
- Concertar compromisos con los sectores público, social y privado encaminados a la prevención y combate de las adicciones. La meta es a partir de 2008, suscribir convenios específicos de colaboración con instituciones y sectores estableciendo responsabilidades que permitan sumar esfuerzos en la atención de las adicciones.



- Promover ante las instancias legislativas y ayuntamientos la revisión del marco legal y reglamentario para restringir la disponibilidad y oferta de las sustancias adictivas, particularmente entre los adolescentes.

- Extender las coberturas y reforzar las acciones de promoción de una vida sin adicciones, así como la identificación temprana y tratamiento oportuno de casos. La meta sexenal es crear y operar 21 centros especializados de atención primaria en adicciones “Nueva Vida” en municipios del estado con mayor incidencia.

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, así como el registro de acciones en materia de prevención y atención de las adicciones realizadas en el estado. La meta al 2013 es que el 90 por ciento de las instituciones y organismos no gubernamentales cumplen con la NOM 028-SSA2 1999, a fin de disponer de información oportuna, completa, congruente y de calidad para la toma de las mejores decisiones en la materia.

- Difundir la Norma Oficial Mexicana en materia de prevención, tratamiento y control de las adicciones en el 100 por ciento de los centros que ofrecen tratamiento y rehabilitación, así como dar seguimiento con la Secretaría de Salud en la regularización de estos establecimientos.

3.11 Reforzar las acciones y establecer estrategias innovadoras para prevenir los accidentes y discapacidades, en especial los relacionados con vehículos de motor.

Los accidentes en Jalisco fueron responsables de 2,293 muertes en el año 2006, de las cuales el 59 por ciento están vinculadas con accidentes de vehículos de motor como son atropellamientos, choques y volcaduras. Otro aspecto importante es que por sí mismos los accidentes son la principal causa de discapacidad adquirida en la población, especialmente en el grupo de los jóvenes, con las consecuencias económicas, laborales, sociales y familiares que ello implica.

Los accidentes de vehículo de motor ocurren mayormente en el medio urbano. Sus determinantes están íntimamente relacionados tanto al crecimiento de ciudades con vialidades inseguras, como a actitudes y comportamientos ya sea de los conductores o de los peatones.

Para hacer frente a este problema que es altamente evitable, bajo la conducción del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes, se plantean las siguientes acciones y metas específicas a lo largo de la presente administración:

- Diseñar e implementar con la participación de todas las instituciones, sectores, poderes y niveles de gobierno involucradas, un Programa Estatal de Prevención de Accidentes con énfasis en la Seguridad Vial, cuyo objetivo central es reducir la mortalidad por lesiones de causa externa no intencionales. La meta es reducir al final de la administración en 15 por ciento el número de muertes causadas por accidentes de tráfico de vehículos de motor en la población de 15 a 29 años de edad.

- Diseñar e implementar intervenciones innovadoras para promover en la ciudadanía una cultura de prevención de accidentes, que se centre como mínimo en el uso del cinturón de seguridad, el respeto a los límites de velocidad y el control del consumo de alcohol entre los conductores. La meta es que a partir del 2008 se celebren convenios específicos de coordinación y concertación de acciones con los sectores público, social y privado, que permitan multiplicar esfuerzos y recursos orientados a la prevención de las accidentes.

- Fortalecer y modernizar el sistema de regulación de la atención médica de urgencias de Jalisco SAMUJAL, estableciendo la meta al 2009 de firmar el Acuerdo Interinstitucional de Atención Médica de Urgencias.

- Diseñar un Sistema de Prevención de Accidentes y Plan General de Intervención en base a metodologías aprobadas de forma universal. La meta al

año 2009 es contar con 12 mapas de riesgos de accidentes de cada una de las regiones del estado, que contenga el catálogo de intervenciones clasificadas por tipo de prevención, vinculadas a las causas de los accidentes.

3.12 Prevenir, controlar y atender integralmente el VIH SIDA e infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), y particularmente la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), son un problema creciente de salud pública que contribuye de forma considerable a la carga de enfermedad. Estas infecciones son altamente susceptibles de prevenirse por medio de la promoción de prácticas sexuales responsables y protegidas.

Jalisco ocupa el cuarto lugar nacional con 9,568 casos de SIDA registrados hasta mayo del 2007, afectando especialmente a la población entre los 25 y 44 años, en una proporción de cuatro hombres por una mujer. Según últimas investigaciones, el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres cuenta con una prevalencia de VIH del 13.5 por ciento, en trabajadores del sexo comercial la prevalencia es del 15 por ciento, y en hombres usuarios de drogas inyectables es del 3.9 por ciento.

Para prevenir y controlar las ITS y específicamente el VIH/SIDA, y atender de manera integral a las personas que viven con VIH/SIDA con respeto a los derechos humanos, el Consejo Estatal para la Prevención del SIDA se propone las siguientes acciones y metas durante la presente administración:

- Facilitar la integración interinstitucional, intersectorial y social para la prevención y control del VIH-SIDA e ITS en el estado. La meta a 2008 es elaborar e implementar el programa estatal de prevención de las ITS y el VIH/SIDA, involucrando a todas las instituciones, sectores, poderes y niveles de gobierno implicados.

- Reforzar las campañas de promoción de la salud sexual con énfasis en los grupos de alto riesgo, a

fin de que se prevenga la transmisión de VIH/SIDA y otras ITS. La meta es mantener la prevalencia de VIH en personas de 15 a 49 años de edad por debajo de 0.6 por ciento.

- Incrementar la participación de la sociedad civil y las personas que viven con VIH/SIDA en los programas dirigidos a la prevención de esta infección en grupos vulnerables, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia asociada al VIH, propiciando una cultura de equidad y respeto a los Derechos Humanos.

- Interrumpir la transmisión perinatal de VIH y sífilis asegurando el acceso a la información pertinente, pruebas de detección y tratamiento. La meta es realizar la prueba de detección de sífilis y VIH al 100 por ciento de las mujeres embarazadas en control prenatal que se atienden en las unidades del sector público, y ofrecer a todas las que resulten positivas dentro del programa "Salva a un Niño del Sida" el tratamiento oportuno y adecuado para evitar la transmisión de esta infección al producto.

- Mantener el acceso universal a medicamentos anti-retrovirales e incrementar el acceso universal a estudios de laboratorio de monitoreo, terapias para enfermedades oportunistas y acceso a servicios de salud certificados. La meta es incrementar en 50 por ciento la sobrevivencia promedio de las personas con VIH que reciben tratamiento.

4. Fortalecer y modernizar las acciones para la protección contra riesgos sanitarios y contribuir al mejoramiento del medio ambiente.

Una de las principales tareas de los gobiernos y sus sistemas de salud son proteger a la totalidad de su población ante los llamados riesgos sanitarios. Éstos se definen como aquellos eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición, casi siempre involuntaria, a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o a productos o servicios que se consumen, incluyendo los servicios publicitarios.



El fomento y regulación sanitaria son las principales herramientas para evitar riesgos a la población, y promover la corresponsabilidad y participación de la comunidad en esta materia. En el desarrollo de estas estrategias, se plantean nueve líneas de acción.

4.1 Incrementar la eficiencia y cobertura de las acciones de fomento y regulación sanitaria.

Jalisco es una de las entidades de México con mayor potencial socioeconómico, lo que se refleja en su desarrollo industrial, comercial y en la prestación de servicios de consumo local, nacional e internacional.

Esta situación conlleva la existencia de diversos riesgos que pueden traducirse en efectos nocivos a la salud de la población, en los que el marco normativo sanitario incide en diversas vertientes, como es en la detección y prevención de riesgos a la salud en especial de los derivados de la producción, distribución, comercialización y consumo de insumos, bienes y servicios.

La protección contra riesgos sanitarios en el estado se realiza mediante acciones de regulación y fomento sanitarios apoyadas en la concertación con los sectores social y privado, así como a través de una efectiva coordinación intersectorial que permite reforzar la capacidad técnica y operativa a fin de contribuir a extender los beneficios de un entorno saludable.

En el marco del Sistema Sanitario de Jalisco, el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013 plantea las siguientes actividades y metas específicas en esta materia:

- Fortalecer la función de rectoría y autoridad sanitaria local de la Secretaría de Salud de Jalisco; revisar y actualizar el marco normativo y competencias en esta materia de los tres niveles de gobierno; y aplicar el enfoque de riesgos epidemiológicos en las acciones de promoción y control sanitario. Las metas específicas son actualizar y celebrar los correspondientes convenios de colaboración entre la Federación, el estado y los municipios para la realización de acciones de

regulación y fomento sanitarios; integrar un diagnóstico situacional que en forma dinámica proporcione la información necesaria para mejorar las acciones y procesos de los programas, y; diseñar e implementar a partir del 2009 una nueva estructura orgánica basada en procesos a nivel estatal y regional, acorde con el Sistema y Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios.

4.2 Fortalecer los mecanismos e instrumentos de coordinación y colaboración intersectorial en materia ambiental.

No obstante que desde 1992 existe tanto a nivel federal como estatal un marco normativo ambiental específico, un importante sector de la población y de organizaciones de la sociedad civil continúan denunciando que las condiciones del medio ambiente que les rodean pueden estar afectando su salud y la de su familia, lo que genera reclamos sociales por una pronta y definitiva atención.

Aunque la protección y mejoramiento del medio ambiente no es una competencia legal de las instituciones de salud, es imperioso precisar las atribuciones, mecanismos y formas de intervención por parte de todos los sectores y autoridades involucrados. Bajo estas premisas, durante la presente administración se plantea el desarrollo de las siguientes acciones y metas relacionadas con medio ambiente y la protección a la salud humana:

- Identificar las áreas de coordinación interinstitucional; impulsar la vinculación de las dependencias involucradas de los tres niveles de gobierno para la solución de la problemática ambiental que incida en la salud de la población; y promover el intercambio de información sobre programas y acciones relacionadas buscando la mejora regulatoria, la eliminación de duplicidades o vacíos de competencia. Las metas contempladas son: Disponer en el 2009 de un documento (acuerdo de colaboración) elaborado con las autoridades municipales y dependencias del sector medio ambiental, donde se definan las áreas de coordinación, el tipo de información a intercambiar sobre

programas y acciones claramente relacionados; y los mecanismos operativos para atender el 100 por ciento de las denuncias o quejas que recaigan en el ámbito de la Secretaría de Salud Jalisco.

- Capacitar y actualizar de manera permanente al 100 por ciento de coordinadores y verificadores en relación a los programas relativos a Salud Ambiental (calidad del agua para consumo humano, contingencias atmosféricas y residuos hospitalarios), y revisar y actualizar los instrumentos de colaboración interinstitucional en materia de calidad del agua para consumo humano y contingencias atmosféricas.

4.3 Vigilar el cumplimiento de las normas en materia de calidad del agua para uso y consumo humano en los sistemas de abasto a cargo de los municipios.

La calidad del agua es esencial para la salud de la población. El abasto de agua es un servicio público encomendado a los ayuntamientos en términos del artículo 115 de nuestra Carta Magna; compete también a ellos el tratamiento del líquido en los sistemas y organismos operadores constituidos.

No obstante la notificación sistemática de resultados a los ayuntamientos respecto a los muestreos en la cloración y desinfección del agua realizados por parte de la Secretaría de Salud Jalisco, evidencia una serie de inconsistencias en más del 60 por ciento de los sistemas municipales. Lo anterior constituye un motivo de extrema preocupación dado que en nuestro ambiente existen gérmenes de reconocida patogenicidad que propician la aparición de enfermedades de origen hídrico.

Por otro lado, la Secretaría de Salud Jalisco se ha propuesto mejorar su capacidad analítica de la calidad del agua, implementando para ello exámenes de metales pesados y plaguicidas en muestras de agua, con un programa paralelo al de cloración. Las actividades a realizar y metas por alcanzar durante el periodo 2007 – 2013 consistirán en:

- Coadyuvar con los organismos operadores en la constante vigilancia de la calidad del agua de uso y consumo humano; en este sentido, se reforzarán las acciones de visita a los sistemas municipales de abasto, muestreo y análisis para emitir los ordenamientos y medidas de seguridad respectivas. Las metas por alcanzar son: Verificar el 100 por ciento de los sistemas de abastecimiento de agua; muestrear y practicar de manera periódica el análisis microbiológico y físico químico en el 100 por ciento de los sistemas de abasto; caracterizar en cuanto a metales pesados se refiere, los diferentes componentes de los sistemas de abasto; efectuar el total de monitoreos de cloro libre residual, acorde con la cobertura de población; promover la certificación de aquellos sistemas que abastecen poblaciones de 50,000 y más habitantes; capacitar en coordinación con las autoridades competentes en materia de agua al 100 por ciento de los operadores de los sistemas de abasto; supervisar y capacitar en campo al personal operativo que realiza los monitoreos de cloro libre residual, en el 100 por ciento de los Regiones Sanitarias; realizar la gestión y coordinación necesarias para incrementar la calidad del agua para uso humano, con las Autoridades Municipales, Dependencias Estatales y Federales y efectuar los ordenamientos y medidas de seguridad procedentes.

4.4 Coadyuvar en el mejoramiento de las condiciones sanitarias de los rastros y mataderos municipales, mediante el control y fomento sanitario.

Jalisco es un estado ganadero por excelencia, ocupando los primeros lugares nacionales, por lo que la actividad pecuaria representa uno de los pilares más importantes de la economía en la entidad.

Sin embargo, las deficientes condiciones sanitarias existentes en los rastros y mataderos municipales tienen un impacto negativo en la salud de la población, ya que la carne proveniente de muchos establecimientos se constituye en un importante vehículo de transmisión de enfermedades infecciosas e intoxicaciones.

Con el objetivo de proteger a la población contra los riesgos de consumir carne contaminada, los tres niveles de gobierno cuentan con instrumentos legales para el control sanitario de rastros y mataderos municipales. Su finalidad es que el sacrificio y faenado de animales de abasto se realice cumpliendo los requisitos mínimos en diversos aspectos como son: Infraestructura física y equipamiento, servicios de agua, drenaje, disposición de basura y aguas servidas; capacitación, equipamiento e higiene personal, así como de buenas prácticas de manufactura.

Al margen del número de establecimientos que existen en nuestro estado y de los recursos humanos, materiales y financieros para verificarlos, es necesario regular y controlar las condiciones sanitarias, la inocuidad de sus procesos y el impacto ambiental de los mismos. Para ello, en el periodo 2007-2013 se establecen las siguientes actividades y metas:

- Procurar que todos los rastros o mataderos que proveen de carne a localidades con más de 50,000 habitantes logren un cumplimiento superior al 90 por ciento de lo establecido en la NOM-194-SSA1-2004; en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Rural, la SAGARPA del nivel federal y los ayuntamientos que así lo ameriten, gestionar que se traslade la matanza a establecimientos que cumplan con la normatividad vigente, eliminando aquellos de alto y muy alto riesgo. La meta específica es verificar el 100 por ciento de los rastros y mataderos existentes en Jalisco.

4.5 Extender y mejorar los procedimientos de control sanitario de los alimentos, para elevar su calidad e inocuidad.

El Estado de Jalisco ocupa en el ámbito nacional un lugar preponderante en la producción pecuaria e industrial de alimentos. Asimismo ofrece a su población y a los visitantes nacionales y extranjeros, una gran variedad de productos y servicios de alimentos en fondas y restaurantes.

Sin embargo, los alimentos son susceptibles de contaminarse y con ello constituirse en un factor de

riesgo responsable de diversas enfermedades. Este riesgo de contaminación está presente en el acto mismo de la manipulación en cualquiera de las etapas del proceso de la cadena alimentaria, desde la producción primaria (contaminaciones de origen) hasta el momento que llega al consumidor. Además del impacto directo en la salud pública y de los gastos generados por atención médica, la contaminación de los alimentos tiene efectos económicos sobre los establecimientos dedicados a su preparación y venta, debido a que si se presenta un brote de enfermedad estos establecimientos pierden confiabilidad entre sus clientes, situación que los puede llevar incluso a su cierre.

Por ello, es indispensable extender y mejorar los procedimientos de control sanitario de los alimentos a fin de elevar su calidad e inocuidad. Con este propósito, se llevarán a cabo las siguientes actividades en este periodo sexenal:

- Fortalecer la cobertura de vigilancia sanitaria de los alimentos y los procesos de supervisión. Las metas son elaborar y difundir procedimientos de control sanitario homogéneos y apegados al marco normativo para ser aplicados conjuntamente con guías de verificación específicas en el proceso de preparación de los alimentos en el 100 por ciento de las regiones sanitarias del Estado, así como incentivar acciones de fomento sanitario en el 50 por ciento de los establecimientos donde se preparan y venden productos alimenticios, con el objetivo de que los manejadores realicen procesos inocuos, que sean auto verificables y den como resultado alimentos cada vez más sanos.

4.6 Incrementar la eficiencia y cobertura de las acciones de fomento y protección contra riesgos sanitarios de los servicios de salud.

La Secretaría de Salud Jalisco, en su condición de autoridad sanitaria en el estado, tiene la encomienda legal de realizar una serie de actividades para el control, vigilancia y fomento sanitario de todos los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud y la asistencia social. Su función es la de vigilar y procurar el cumplimiento de la Ley General

de Salud, la Ley Estatal de Salud, sus reglamentos, acuerdos, convenios y normas en esta importante materia, a fin proteger y garantizar a la población servicios libres de riesgos a su salud e integridad física.

En el Estado de Jalisco están registrados actualmente: 385 hospitales donde se realizan actos quirúrgicos, 209 unidades sin actos quirúrgicos, 4,381 consultorios médicos generales, 2,467 de especialidad y 1,841 consultorios dentales. Adicionalmente existen 881 laboratorios auxiliares de diagnóstico, 228 ópticas y 255 ambulancias. Finalmente, la asistencia social la conforman 263 albergues, 141 asilos y 300 guarderías infantiles.

Este compromiso y responsabilidad en materia de fomento y regulación sanitaria de la prestación de servicios de salud y asistencia social, exige verificar al 100 por ciento de estos establecimientos. Para ello, habrá de establecerse una política incluyente que promueva la participación activa de las distintas asociaciones y colegios médicos de Jalisco, de los hospitales particulares, universidades, instituciones de salud gubernamentales, y asociaciones civiles de asistencia social, entre otros.

Durante la presente administración estatal, se tienen planteadas las siguientes actividades y metas:

- Fortalecer y mejorar las actividades y procedimientos de verificación, dictamen y calificación en las coordinaciones de regulación sanitarias; incrementar en 15 por ciento la cobertura de verificación con enfoque de riesgo; establecer instrumentos administrativos ágiles para el trámite de autorizaciones sanitarias, gestión documental y las resoluciones que se susciten; capacitar al 100 por ciento de los verificadores en la prevención, detección de riesgos y puntos críticos en los laboratorios auxiliares de diagnóstico, hospitales y centros de asistencia social.

4.7 Participar en la actualización, utilización y difusión del “Atlas de Riesgos del Estado de Jalisco”, en beneficio de la salud de la población.

Toda vez que el Atlas de Riesgos del Estado ha sido recientemente expedido, se tendrá como principal reto en esta línea de acción, el incorporarse al trabajo conjunto para su actualización y difusión.

Se considera que la relevancia de este instrumento permitirá detectar no sólo riesgos ambientales, sino alimentarios y relativos a servicios de salud, entre otros que afectan a la población.

Para tal fin se proponen las siguientes actividades y metas: Aportar información para la respectiva actualización del Atlas de Riesgos, con base en las estadísticas derivadas de nuestra actuación en la protección de los riesgos sanitarios y, utilizar la información que se desprenda para la planeación, ejecución y evaluación de la vigilancia y fomento sanitarios.

4.8 Contribuir a la protección contra riesgos sanitarios mediante la vigilancia de las fuentes de radiación para diagnóstico médico y el uso de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas por la población.

Conforme a la normatividad y los programas nacionales establecidos al efecto, la línea de acción específica comprende la realización de acciones de fomento y vigilancia sanitaria, así como la regularización de este tipo de giros mediante la expedición de las autorizaciones respectivas, ordenándose en su caso las sanciones y medidas de seguridad que técnica y jurídicamente procedentes para la protección de la salud de la población.

Para lo anterior, se implementarán las siguientes acciones y metas específicas por alcanzar en el actual periodo: Verificar el 100 por ciento de los giros de competencia local de acuerdo a padrón de establecimientos; efectuar el fomento necesario para la regularización de los establecimientos; capacitar a los interesados que así lo soliciten, para disminuir los riesgos a la salud de la población y, efectuar los ordenamientos y medidas de seguridad procedentes, dictándose las sanciones respectivas.

4.9 Fortalecer la red de laboratorios de salud pública y el centro estatal de laboratorios.

Debido a la exposición de diferentes riesgos y agentes patógenos, la población es susceptible de sufrir diversas enfermedades las cuales deben ser diagnosticadas y atendidas con oportunidad. En esta etapa diagnóstica, los estudios de laboratorio son un valioso auxiliar de la salud pública, el control de riesgos sanitarios, y la vigilancia epidemiológica.

En los próximos seis años se realizarán las siguientes intervenciones:

- Fortalecer las actividades de la Dirección de Laboratorios de Salud Pública (Centro Estatal de Laboratorios), como órgano rector en el estado en la materia; avanzar en su autonomía de gestión como empresa pública proveedora de servicios; difundir y vigilar la aplicación de las normas oficiales mexicanas correspondientes; instalar y verificar la eficacia y funcionamiento del programa de gestión de calidad en la Red Estatal de Laboratorios.
- Impulsar la cultura de calidad y servicio del Centro Estatal de Laboratorios y la Red de Laboratorios; cumplir con los procedimientos y procesos establecidos en la realización de las diferentes pruebas de laboratorio; reducir al mínimo el tiempo de entrega de los resultados de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y sanitaria; ampliar el marco analítico en otras determinaciones y servicios. La meta específica es certificar el Centro Estatal de Laboratorio y acreditar el 100 por ciento de pruebas.

5. Extender el aseguramiento médico a todas las familias y recién nacidos sin seguridad social.

Una proporción importante de familias jaliscienses no cuentan todavía con algún tipo de seguro médico para la atención de su salud, particularmente de hogares pobres.

Se estima que cerca de tres de cada diez personas postergan la atención de su salud cuando la re-

quieren, y que incluso llegan a renunciar a ella ante sus limitaciones financieras o temores de no contar con recursos suficientes para cubrirla, particularmente en el nivel hospitalario. Estas cifras podrían ser mayores en pacientes crónicos o con alguna discapacidad.

Por ello, los gobiernos y sus sistemas de salud tienen dentro de sus objetivos primordiales evitar que las familias incurran en gastos catastróficos por motivos de salud, que comprometen su bienestar y las exponen innecesariamente al riesgo de vivir situaciones de pobreza tanto a las generaciones presentes, como a las futuras.

5.1 Registrar dentro del régimen del Seguro Popular a todas las familias de Jalisco sin seguridad social, y vigilar la adecuada provisión del catálogo universal de servicios de promoción, prevención y atención médica.

La atención a la salud tiene un alto nivel de incertidumbre. Nadie puede saber cuándo se enfermará, así como las complicaciones que puedan surgir. Si alguna familia se enfrenta a estos eventos imprevisibles sin un capital que la respalde o un seguro de salud, se corre un alto riesgo de incurrir en desembolsos ruinosos.

En México, se estima que cada año entre uno y dos millones de familias corren el riesgo de empobrecerse como consecuencia de lo que se han denominado “gastos catastróficos en salud”, los cuales se originan por los pagos directos de “bolsillo” para cubrir los servicios de salud que requieren. Ello revela la enorme inequidad e injusticia existentes en el financiamiento de la salud.

Consecuentes con el Plan Estatal de Desarrollo 2007 – 2013, nos proponemos consolidar en este periodo la protección financiera en salud de todos los jaliscienses, especialmente de quienes viven con mayores carencias. Para ello se consignan las siguientes actividades y metas:

- Intensificar de manera estratégica en todos los municipios del estado las actividades de afiliación de familias, dando preferencia a las de más escasos recursos. La meta estratégica al 2010 es incorporar dentro del Seguro Popular de Salud, al total de familias residentes en el estado que lo demanden y que no cuentan con seguridad social alguna.

- Supervisar la adecuada provisión de servicios de promoción, prevención y atención médica contemplados en el catálogo universal otorgados en unidades de salud previa y debidamente acreditadas por el Sistema de Protección Social en Salud. La meta específica al 2010 es disminuir en 50 por ciento las quejas de los derechohabientes del Seguro Popular, por incumplimiento en el otorgamiento de los servicios ofrecidos.

5.2 Incorporar a los recién nacidos sin seguridad social, dentro del seguro médico para una nueva generación.

La protección a la salud de la niñez es una de las mejores inversiones que cualquier sociedad y gobierno pueden realizar. La buena salud de los niños y las niñas repercute de manera directa en su rendimiento escolar, tiene un efecto significativo en su capacidad productiva en la edad adulta y, en consecuencia, contribuye en gran medida a determinar la suerte de toda una generación futura.

Además de contribuir con la meta internacional de reducir la mortalidad de menores de cinco años (y por ende la mortalidad infantil) contemplada en los Objetivos del Milenio, el Seguro Médico para una Nueva Generación es un compromiso del Gobierno Federal al cual Jalisco se adhiere plenamente. Su objetivo es reducir la carga de la enfermedad y discapacidad en los recién nacidos y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida. Este seguro, considerado de cobertura amplia, aprovecha como mecanismo financiero al Sistema de Protección Social en Salud SPSS, con lo que se garantiza su viabilidad.

Con este propósito, durante la actual administración estatal se plantean las siguientes acciones básicas y metas específicas:

- Establecer de forma estratégica módulos de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación en todos los hospitales en donde se atienden nacimientos, y en las oficinas de los registros civiles; así como realizar la búsqueda intencionada de nacimientos en localidades alejadas para así registrar a todos los recién nacidos en este nuevo seguro. La meta específica es afiliar en el SPSS al 100 por ciento de las familias con niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, sin seguridad social, que así lo soliciten.

- Vigilar y garantizar la cobertura de intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación para la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud en el marco del Seguro Médico para una Nueva Generación. La meta específica es cubrir el 100 por ciento de las intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se incluyan en el Seguro Médico para una Nueva Generación.

6. Reorganizar y fortalecer integralmente la oferta de servicios de salud a la persona en todos los niveles de atención, acorde con el Sistema de Protección Social en Salud.

Para poder prestar servicios resolutivos, seguros y que respondan a las expectativas de los usuarios en los tres niveles de atención, es indispensable contar con infraestructura, equipos, recursos humanos e insumos que los prestadores de atención requieren para desarrollar eficazmente sus labores.

Sin embargo, se considera necesario replantear el esquema actual de estructuración y funcionamiento de la prestación de servicios, así como incrementar las inversiones en innovaciones organizacionales, modernización de procesos, capacitación de recursos humanos, equipamiento, medicamentos, dignificación de las unidades de atención, y en infraestructura informática, entre otros.



En suma, en el marco de la Reforma del Sector Salud que se vive en Jalisco y en todo México se requiere reorganizar y fortalecer de manera integral la oferta de servicios de salud dirigidos a la persona.

6.1 Impulsar la integración estratégica de redes de servicios para la atención a la salud de las personas.

La implantación gradual del Sistema de Protección Social en Salud SPSS ha generado un aumento cuantitativo y cualitativo en la demanda de los servicios de salud a la persona. Para responder a dicho aumento es necesario fortalecer las condiciones que inciden en la oferta, así como integrar las unidades prestadoras bajo el esquema de redes de servicios.

Una red de servicios se define como el conjunto de establecimientos y servicios médicos de diferente complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados con el propósito de lograr su complementariedad en la provisión y continuidad de la atención a la salud de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población, con apego a sus características socioculturales y las de su entorno. Estas redes se originan en la comunidad misma, e interrelacionan funcionalmente los servicios impartidos entre las casas de salud, consultorios populares, unidades médicas móviles, centros de salud y hospitales de los diversos niveles y de distintas instituciones.

Los criterios para estructurar las redes son: Acercar los servicios a la comunidad; centrar la atención en el usuario y su familia; optimizar el uso de los recursos complementándolos y organizándolos con visión hacia la universalidad, equidad, calidad y seguridad; incrementar la capacidad resolutoria de las unidades incorporando nuevas tecnologías; diseño de nuevos modelos de unidades de salud; y fortalecer la prestación complementaria y cruzada de servicios entre entidades federativas, instituciones y sectores.

Con el fin de aprovechar las ventajas de este bondadoso esquema de organización de los servicios de salud, en el periodo 2007 – 2013 se llevarán a cabo las siguientes acciones y metas:

- Impulsar las intervenciones conducentes para optimizar, complementar e integrar la capacidad resolutoria de los servicios de salud a la persona, que permita garantizar la continuidad del proceso de atención. La meta estratégica es que al 2012 el total de unidades de salud del Gobierno del Estado estén integradas en el esquema de redes de servicios.

- Con el acompañamiento de la Federación, establecer convenios interestatales e interinstitucionales de colaboración para el mejor aprovechamiento de la infraestructura, tecnología y recursos humanos especializados con base en el Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud.

6.2 Promover la dignificación y mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento médico e industrial de los establecimientos de salud.

Ofrecer atención médica efectiva a las personas exige que las redes de servicios cuenten con unidades seguras, funcionales, espaciales y bien equipadas. No obstante, con suma frecuencia la población misma se queja por las malas condiciones de los establecimientos y equipos médicos con los que se otorgan los servicios. Ello obliga a desarrollar actividades periódicas de conservación y mantenimiento de la infraestructura, así como del mobiliario y equipo médico e industrial o electromecánico.

Es importante reconocer que los recursos de inversión para su renovación o mantenimiento hasta ahora han resultado limitados para la magnitud de las necesidades, además de que no se dispone del personal capacitado y profesional para ello. Por otro lado, en los últimos años se ha observado un creciente interés de las autoridades locales por apoyar la construcción, ampliación y mantenimiento de las unidades médicas establecidas dentro de su territorio.

Con el propósito de mantener las unidades de salud y equipamiento médico e industrial en buenas condiciones operativas, el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013 propone las siguientes actividades y metas:

- Gestionar recursos presupuestales e impulsar las acciones del Programa de Conservación y Mantenimiento de Unidades de Atención Médica. La meta específica durante el sexenio en esta materia es dignificar el 100 por ciento de las unidades de atención y rehabilitar las instalaciones y casas de máquinas de todas las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud Jalisco.

- Levantamiento continuo de inventarios de mobiliario, instrumental y equipo médico en todas las unidades de salud, enfatizando la identificación de las condiciones de funcionalidad y vida útil. La meta al 2010 es establecer un sistema automatizado para mantenimiento, conservación y reemplazo de equipamiento médico, administrativo e industrial.

- Profesionalizar las áreas de mantenimiento, reemplazo, innovación y capacitación en su uso de los equipos médicos, en especial de los de alta especialidad, así como impulsar la creación de unidades de ingeniería biomédica. La meta específica para el año 2013 es contar con un área de ingeniería biomédica en el organigrama estatal, así como un ingeniero biomédico por cada una de las unidades hospitalarias de más de 50 camas y en las unidades de especialidad.

- Impulsar la elaboración de planes maestros sectoriales de infraestructura y equipamiento de salud, que permita una planeación de mediano plazo del gasto de inversión. La meta a partir del 2008 es mantener actualizado el Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento en Salud.

- Diseñar modelos arquitectónicos funcionales, seguros y modernos de unidades médicas en los tres niveles de atención, que respondan a los cambios epidemiológicos y de atención a la salud.

- Ampliar y conducir la contribución de los ayuntamientos en la construcción y mantenimiento de las unidades médicas ambulatorias. La meta es celebrar convenios de colaboración para la conservación, mantenimiento y construcción de unidades de salud, con los Ayuntamientos interesados.

6.3 Reforzar y modernizar los sistemas de abasto de medicamentos e insumos en todas las redes de servicios e instituciones del sector, e impulsar modelos innovadores.

Los medicamentos y materiales de curación son insumos imprescindibles en el fortalecimiento de la oferta de servicios, así como para lograr una atención efectiva con alta calidad y satisfacción de los usuarios. No obstante para garantizar su disposición suficiente y oportuna, así como su efectividad y seguridad farmacológica, será necesario reforzar, modernizar e implementar modelos innovadores en los sistemas de abasto y surtimiento de recetas.

En años recientes se han instrumentado en distintas instituciones del sector, mecanismos innovadores para mejorar las diversas etapas de la cadena de abasto, desde los procesos de planeación de la compra hasta la entrega de medicamentos al paciente por parte de empresas externas. Sin embargo, todavía no se alcanza un nivel de abasto suficiente y constante en todas las redes de servicio y en las unidades del resto del sector.

Con el fin de mejorar el surtimiento completo de recetas en las unidades públicas de salud, tanto ambulatorias como hospitalarias, la actual administración estatal se propone las siguientes intervenciones y metas específicas:

- Evaluar, ajustar, automatizar y mejorar los actuales procesos de planeación, compra, distribución y despacho de medicamentos e insumos para la salud para población abierta y afiliada al Seguro Popular. La meta específica es lograr en el 2009 que el 95 por ciento de los centros de salud y hospitales integrados en redes de servicios cuenten con un abasto sostenido de al menos el 95 por ciento de las claves del cuadro básico oficial de medicamentos y materiales de curación.

- Mejorar sustancialmente el abasto de medicamentos y materiales de curación en las unidades hospitalarias del sector. La meta al 2010 es implantar



un modelo de estructuración de farmacia intra-hospitalaria en los hospitales regionales y de especialidades de todo el sector.

- Promover ante la Federación la revisión y actualización del cuadro básico oficial de medicamentos e insumos; impulsar la implementación de sistemas automatizados de registro y control de inventarios; capacitar al personal médico en la prescripción racional y correcta; procurar recursos financieros en suficiencia para la compra de los insumos médicos; negociar las mejores condiciones de compra venta; consolidar e innovar modelos y mecanismos de mejora continua en el sistema de abastecimiento. Las metas específicas al 2009 son: Disponer de equipamiento informático y programas automatizados en el 100 por ciento de los almacenes regionales y unidades de salud de dos o más núcleos básicos; capacitar de manera continua al 100 por ciento del personal médico en el uso de las guías de prescripción razonada; y reducir a menos de 3 por ciento las caducidades de productos.

6.4 Promover la acreditación y certificación de unidades médicas en todo el sector sanitario.

En los últimos años ha sido impulsada de manera creciente la acreditación y certificación de unidades de atención en todo el sector sanitario, constituyéndose en eficientes instrumentos de garantía de la calidad y seguridad para los usuarios de los servicios.

La acreditación se define como el procedimiento de evaluación de las condiciones de capacidad, calidad y seguridad con que los establecimientos de atención médica otorgan los servicios incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud o en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. La acreditación es a su vez un requisito básico para que las unidades de atención sean incorporadas a la red de proveedores del Sistema de Protección Social en Salud SPSS.

La acreditación exige de un importante esfuerzo organizativo de los trabajadores y directivos, así como de recursos financieros y materiales que permitan a

cada una de las unidades médicas cubrir los requisitos establecidos por el SPSS.

Por otro lado, la certificación de unidades médicas es un proceso que permite determinar si las unidades de atención disponen de los recursos necesarios y si desarrollan los procesos sustantivos y de apoyo de manera adecuada, conforme a parámetros normados. El Consejo de Salubridad General es el órgano responsable de promover las acciones para certificar la calidad de los establecimientos que brindan servicios de salud, con base en el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Las actividades y metas que en estas importantes materias se plantean en la presente administración estatal 2007 – 2013, son:

- Promover las acciones de acreditación en las unidades de salud que prestan servicios al SPSS con criterios de capacidad, calidad y seguridad. La meta en este rubro es acreditar al 100 por ciento de las unidades de atención ambulatorias y hospitalarias que prestan servicios al SPSS.

- Acreditar en el año 2009 al 100 por ciento las unidades móviles de la Secretaría de Salud incorporadas dentro de las redes de servicios de salud del SPSS.

- Promover las actividades de certificación y recertificación del 100 por ciento de los establecimientos y hospitales públicos, y el 50 por ciento de las unidades médicas privadas registradas.

6.5 Mejorar y modernizar la administración de los recursos humanos con la participación de los sindicatos.

Ofertar servicios de salud efectivos y de calidad exige a las instituciones públicas y privadas disponer de recursos humanos suficientes, bien capacitados y adecuadamente remunerados, así como de contar con sistemas eficientes y modernos de administración y desarrollo de los recursos humanos.

Sin embargo, aún están presentes varios problemas en materia de recursos humanos: Escasez de trabajadores bien preparados; inadecuada distribución geográfica que se agudiza con el predominio de personal en el turno matutino dejando parcialmente descuidados los servicios en el resto de los horarios o fines de semana; añejas restricciones presupuestales que han limitado la creación de nuevas plazas, lo que en buena medida ha generado la contratación temporal de personal en condiciones desiguales y precarias.

Por otro lado, las áreas de recursos humanos se han concentrado en tareas exclusivamente de carácter administrativo –selección, contratación, control de asistencia, y generación de la nómina–, relegando el fundamental proceso de desarrollo del personal.

Por lo anterior, será necesario emprender estrategias innovadoras y enérgicas a fin de administrar eficientemente los recursos humanos, para lo cual se plantean las siguientes actividades y metas a lo largo del periodo 2007 - 2013:

- Establecer políticas explícitas que aborden y conduzcan integralmente todo el proceso de los recursos humanos desde la selección, contratación, capacitación, profesionalización, servicio civil de carrera, remuneración, reconocimiento y retiro. En ello será fundamental la participación de los sindicatos y sus líderes.
- Transitar hacia un modelo de administración de recursos humanos moderno que centre su atención en el complejo persona –servicio– calidad, asegurando el respeto estricto a los derechos de los trabajadores.
- Llevar a cabo consensos con autoridades federales y el sindicato, para implantar estrategias jurídico-administrativo-laborales-presupuestales que permitan regularizar a los trabajadores que se encuentran en condiciones precarias. La meta es fortalecer el trabajo de la Subcomisión Estatal para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos.

- Con el concurso de la Federación, identificar fuentes de financiamiento para la regularización del personal que está trabajando en condiciones precarias. La meta es regularizar en cada ejercicio presupuestal al 20 por ciento de los trabajadores que laboran en condiciones precarias y, que cubran los requisitos del proceso.

- Establecer el Servicio Profesional de Carrera. La meta es tener en 2010 un proyecto consensado y validado por todos los actores involucrados.

- Mantener actualizada la información sobre recursos humanos dentro del Plan Maestro Sectorial de Infraestructura, Equipamiento y Recursos Humanos en Salud.

6.6 Redefinir e impulsar los programas de enseñanza y capacitación continua, orientándolos al desarrollo integral de los trabajadores y a las nuevas necesidades de salud de la población.

El nuevo perfil de salud junto con el rápido avance de la tecnología exige a los trabajadores del Sector Salud de la actualización y mejoramiento continuo de sus actitudes, conocimientos y habilidades para el desarrollo de sus tareas cotidianas. Ello implica tener que diseñar un plan estratégico de capacitación, que además promueva el desarrollo integral de los trabajadores y directivos de las instituciones dentro del Servicio Profesional de Carrera.

Con el fin de orientar la capacitación continua a las demandas de la transición epidemiológica y de una atención con calidad y seguridad, se propone en el periodo sexenal 2007 – 2013 las siguientes actividades y metas específicas:

- Gestionar recursos para fortalecer las áreas de enseñanza y capacitación de las unidades hospitalarias de 30 camas y más. La meta al final de la administración es contar con áreas exclusivas de coordinación de enseñanza en el 100 por ciento de los hospitales anclas de las redes de servicios del SPSS.

- Replantear los alcances de las jornadas mixtas e impulsar la capacitación técnica y educación continua para médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo. Las metas específicas en el 2008 son contar con un plan estratégico de capacitación para personal institucional, e impartir de manera periódica cursos de capacitación continua al 100 por ciento de los trabajadores institucionales acorde con el mencionado plan estratégico.

- En coordinación con la Federación y las universidades estatales, participar en el diseño de un plan maestro de formación de recursos humanos en salud pública que permita fortalecer la capacidad institucional para dar respuesta a los padecimientos del rezago, las nuevas epidemias y las emergencias en salud pública. La meta es duplicar, en el curso de esta administración, el número de profesionales de la salud pública de las instituciones de salud en el estado.

- Gestionar becas para cursos de capacitación en el nivel nacional y en el extranjero.

6.7 Adiestrar a los directivos en la promoción del desarrollo organizacional y competencias gerenciales.

Los cambios estructurales que vive el sistema de salud requiere de directivos con diversas destrezas y actitudes gerenciales. Con el fin de fortalecer esta destreza, en coordinación con la Federación, universidades e instituciones educativas, será indispensable capacitar y actualizar a los niveles directivos en el desarrollo de competencias gerenciales que promoverán el liderazgo en salud, trabajo en equipo, mejora continua de procesos, enfaticen la obtención de resultados, y, en general, contribuyan a mejorar la toma de decisiones.

Con estos propósitos, el Programa Estatal de Salud 2007 – 2013 plantea las siguientes actividades:

- Participar con la Secretaría de Salud Federal en el diseño de un programa de desarrollo de competencias gerenciales. La meta es gestionar y obtener

recursos financieros extraordinarios de la Federación, para el desarrollo de actividades de adiestramiento y capacitación de directivos.

- Suscribir acuerdos y convenios de colaboración con la Federación, universidades e instituciones educativas para la capacitación de directivos en el desarrollo de competencias gerenciales. La meta es impartir en el sexenio al menos dos diplomados para el 100 por ciento de los mandos ubicados en posiciones de alta dirección.

6.8 Rediseñar y modernizar los procesos y procedimientos administrativos y operativos claves.

Tanto la acreditación como la certificación de unidades médicas establecen la necesidad de documentar los procesos y procedimientos que son fundamentales en la organización y prestación de los servicios de salud.

El identificar, documentar, difundir y vigilar el apego a los procedimientos claves asegura la ejecución de las acciones, la estandarización de las labores y por ende garantiza la calidad, seguridad y eficiencia de los servicios dentro de las instituciones públicas y privadas de salud. También se reconoce que la documentación de procesos y procedimientos está estrechamente relacionada con la productividad y el alto desempeño de las unidades médicas.

Con el propósito de promover el rediseño y mejora de los procesos y procedimientos administrativos y operativos, y con ello favorecer la calidad, seguridad y eficiencia de los servicios, en los próximos seis años se plantean las siguientes acciones y metas:

- Documentar, estandarizar, implantar e institucionalizar procedimientos operativos flexibles y dinámicos en todas las unidades médicas y administrativas de la Secretaría de Salud. La meta es que el personal de las unidades médicas desarrollen habilidades para identificar y documentar el total de los procesos y procedimientos claves que agregan valor y que repercuten en el desempeño y resultados finales.

- Promover, asesorar y apoyar a las unidades médicas en la documentación de los procesos y procedimientos contemplados dentro de los esquemas de acreditación y certificación. La meta es apoyar al 100 por ciento de unidades médicas que lo soliciten, en las labores de documentación de procesos y procedimientos.

6.9 Fortalecer y modernizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Nuestro modelo de atención a la salud escalonado por niveles de complejidad considera el flujo vertical y horizontal de pacientes mediante un dinámico proceso de envío, recepción y retorno de enfermos. No obstante, este proceso presenta actualmente incoordinación y deficiencias que inciden en la capacidad resolutoria de las unidades y, sobre todo, en la calidad de la atención ofrecida.

Por otro lado, el desarrollo de las telecomunicaciones ofrece la posibilidad de automatizar este proceso. Ello significa la creación de redes virtuales entre unidades médicas para la referencia electrónica de pacientes, que harían más eficiente el flujo de personas, garantizarían la continuidad de la atención, evitarían la duplicidad de estudios, se tendría mayor control de la información, y sobre todo evitarían largas horas de espera a los usuarios al no disponer de una cita de consulta médica o para estudios de diagnósticos previamente programados.

Debido a la importancia de contar con un eficiente, moderno y ágil sistema de transferencia de pacientes entre los distintos niveles de atención, en los próximos seis años se plantean las siguientes actividades y metas específicas:

- Fortalecer y modernizar los mecanismos e instrumentos de articulación de los niveles de atención desde la perspectiva de redes de prestación de servicios del SPSS, así como consolidar la implementación del sistema automatizado de referencia y contrarreferencia de pacientes. Las metas son que en el 100 por ciento de las redes de servicios instaladas opere el

sistema electrónico de derivación de pacientes entre unidades de los distintos niveles de atención, logrando el manejo eficiente del 85 por ciento de los casos enviados, recibidos y retornados, así como alcanzar la satisfacción del 90 por ciento de los usuarios del sistema.

6.10 Fortalecer la infraestructura informática y de telecomunicaciones, en especial el expediente clínico electrónico.

El creciente desarrollo tecnológico así como la revolución de las telecomunicaciones permiten en la actualidad integrar y hacer más eficientes la gerencia y administración de las unidades de atención médica, así como acercar los servicios de salud a las localidades más remotas. Además, los avances en materia de informática también contribuyen a hacer más transparentes las acciones de gobierno y facilitarles a los interesados el acceso a la información de que disponen las instituciones públicas.

En los últimos años se ha registrado un evidente crecimiento informático en el sector salud tanto en características técnicas como en plataformas tecnológicas. Sin embargo, esta notable expansión en infraestructura y redes de telecomunicación se ha realizado de manera desarticulada, dando respuestas a necesidades propias y sin una visión integral e integradora.

Con el fin de desarrollar un sistema de información en salud que permita mejorar la calidad, efectividad y continuidad de la atención médica ofertada en las redes de servicios, la presente administración estatal se compromete con las siguientes acciones y metas:

- En coordinación con la Federación, participar activamente en el desarrollo de un modelo de expediente clínico electrónico nacional, apegado a la normatividad y criterios mínimos de registro y funcionalidad. Las metas específicas son para el 2009 contar con un modelo funcional de expediente clínico electrónico homogéneo y específico para cada uno de los diferentes niveles de atención médica, así como de



disponer de un plan estratégico de implementación gradual; para el año 2012, lograr que en el 70 por ciento del total de las unidades de primer nivel y en el 100 por ciento de las unidades de segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud, esté en uso activo el expediente clínico electrónico.

- Establecer una plataforma tecnológica (hardware y software) para homologar las telecomunicaciones en todas las unidades médicas. La meta específica al 2012 es tener interconectadas el 100 por ciento de unidades de salud que manejen el expediente clínico electrónico, bajo el esquema de redes de servicios.

- Diseñar sistemas que permitan mejorar la gerencia y administración de las unidades de atención a la salud. Las metas al 2010 son implementar un sistema automatizado de adquisición y control de bienes y servicios, así como una herramienta informática que automatice la administración de los recursos humanos.

- Implementar sistemas de digitalización de documentos y flujo de trabajo electrónico para el seguimiento y control efectivo de documentos y autorizaciones electrónicas. La meta para el 2011 es tener en uso activo un sistema de control de gestión para el manejo automatizado del flujo de documentos en las unidades administrativas de oficinas centrales, regiones sanitarias, hospitales e institutos de la Secretaría de Salud.

- Desarrollar e implementar un sistema que concentre información administrativa y médico-estadística a través de un repositorio de datos geo-referenciado. La meta para el 2011 es tener instalado y en uso productivo el Sistema Integral de Información en Salud Geo-referenciado.

- Crear sistemas que favorezcan la transparencia, la difusión y el acceso electrónico a la información pública en salud. La meta al 2008 es desarrollar e implantar un portal de salud en internet, que permita publicar información que sea del interés general de la población, además de aquella requerida a través de la

Ley de Transparencia e Información Pública del estado de Jalisco, así como para ofrecer servicios en línea a la ciudadanía.

6.11 Extender y mejorar la red estatal de bancos y servicios de sangre.

La sangre y sus componentes de óptima calidad son un recurso terapéutico de primera importancia que garantiza la oportunidad de la atención y brindan confianza y seguridad tanto al médico como al usuario de los servicios.

La transfusión sanguínea es una práctica médica creciente. No obstante, la distancia entre algunos hospitales y el banco de sangre más cercano frecuentemente es grande, lo que hace difícil la disponibilidad de sangre segura. Ello puede favorecer la práctica de la transfusión fuera del marco normativo y de seguridad, constituyendo un alto riesgo para los enfermos.

Para garantizar la autosuficiencia, disponibilidad y seguridad de la sangre y sus componentes, la actual administración estatal se propone las siguientes actividades y metas:

- Fortalecer al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea como instancia proveedora y reguladora, así como difundir y vigilar la aplicación de la norma oficial mexicana para la disposición de sangre y hemocomponentes. Las metas específicas son realizar el estudio y análisis del 100 por ciento de las unidades de sangre captadas, y certificar y re-certificar el 100 por ciento de los bancos de sangre públicos y privados del estado.

- Aumentar estratégicamente la cultura de sangre y sus componentes en todas las regiones del estado. Las metas al 2008 contar con un plan estratégico de regionalización y optimización de la sangre y sus hemocomponentes y, a partir del año 2009 gestionar recursos para la construcción y operación de bancos y puestos de sangrado (acorde con el mencionado plan) para apoyar a los servicios de transfusión del 100 por ciento de hospitales de la Secretaría de Salud.

- Promover el uso racional del tejido sanguíneo, evitando las transfusiones innecesarias y favoreciendo las alternativas de la transfusión autóloga. Las metas específicas son instalar y verificar el funcionamiento eficiente de comités intrahospitalarios de medicina transfusional en el 100 por ciento de los hospitales, tanto públicos como privados.

- Impulsar en todo el estado la cultura de donación voluntaria como la única fuente segura de obtención de sangre. Las metas específicas al 2013 son incrementar en un 50 por ciento la donación de sangre voluntaria y, también, aumentar en un 50 por ciento la donación de sangre de repetición.

6.12 Diseñar e implementar modelos innovadores de subrogación de servicios complementarios.

La función y responsabilidad primaria de las unidades de salud es brindar la atención médica a los pacientes. Sin embargo, existe un conjunto de servicios secundarios que son complementarios e indispensables para ofrecer servicios con alta calidad y satisfacción de los usuarios. Algunos ejemplos son: Farmacia, laboratorios clínicos, gabinete de Rx, ropa hospitalaria, alimentación, limpieza, recolección del residuo peligroso biológico infeccioso, hemodiálisis (R.P.B.I.), seguridad, entre otros.

En años recientes distintas instituciones del sector salud han instrumentado mecanismos innovadores para transferir a empresas privadas ciertos servicios complementarios, lo que redundará en una mejora sustancial del servicio contratado sin que necesariamente signifique un gasto adicional o la privatización de los mismos. Existen registradas varias experiencias internacionales, nacionales y estatales en esta materia, que incluso resultan ser más económicas, seguras y eficientes.

Bajo este esquema de trabajo, y con estricto apego a las disposiciones legales, la actual administración estatal se propone las siguientes intervenciones y metas específicas:

- Revisar las experiencias exitosas en materia de subrogación de servicios complementarios, e impulsar esquemas novedosos en esta materia en donde resulte conveniente e indispensable. La meta específica es diseñar e implementar contratos de subrogación de servicios al sector privado y social para contribuir a fortalecer la atención en las redes de servicios de salud del SPSS.

7. Fortalecer del papel rector de la Secretaría de Salud en el estado.

Lograr la equidad, calidad y eficiencia en los servicios para mejorar el nivel de salud “de y con todos los jaliscienses”, es un reto que exige mejorar sustancialmente el desempeño del actual sistema sanitario.

Para alcanzar este fundamental propósito se plantea la estrategia de fortalecer la función de rectoría y autoridad sanitaria que las leyes le asignan a la Secretaría de Salud del Ejecutivo Estatal. Por su trascendencia, a esta estrategia se le ha calificado como la estrategia rectora dentro del Programa Sectorial de Salud de la actual administración estatal.

En suma, en el marco de la Reforma del Sector Salud que se vive en Jalisco y en todo México, se requiere reforzar la coordinación y concertación entre los sectores público, social y privado.

Para alcanzar estos propósitos, esta última estrategia se desarrollará a través de 20 líneas de acción.

7.1 Reestructurar la arquitectura y operación del Sistema Estatal de Salud, bajo el esquema de separación de funciones.

La dualidad organizacional que existe entre la Secretaría Estatal de Salud y el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, agravada con la instalación de un Régimen Estatal de Protección Social en Salud, limita la capacidad de rectoría y regulación global del sector sanitario en la entidad.

Por ello es que se considera indispensable llevar a cabo la separación de las estructuras jurídicas y técnico-administrativas que actualmente comparten estas instituciones para poder avanzar de forma significativa en la reforma del sistema sanitario; con ello se lograría además un acoplamiento más pleno y eficiente del Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular– en el estado.

Con el propósito de fortalecer la capacidad rectora de la Secretaría Estatal de Salud, y lograr una mayor eficiencia en el funcionamiento global del sistema sanitario, la actual administración se propone a lo largo de la presente administración las siguientes intervenciones y metas:

- En coordinación y con el apoyo de la Federación, impulsar los trabajos de separación de funciones de a) rectoría–autoridad sanitaria, b) prestación de servicios de salud, c) aseguramiento y financiamiento de servicios. La meta para 2009 es lograr la reorganización y separación funcional entre la Secretaría de Salud de Jalisco y el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco; para 2010 dispone de instrumentos normativos para la separación jurídico - presupuestal, y para el año 2013, consolidar la separación y operación de las nuevas estructuras organizacionales.

- En coordinación y con el apoyo de la Federación, impulsar las actividades para separar las funciones de rectoría, regulación sanitaria y salud pública de las funciones de prestación de servicios de salud a la persona a nivel local. La meta a 2010 es que todas las regiones sanitarias del estado reorienten sus funciones hacia la provisión de servicios de salud pública y regulación sanitaria, y simultáneamente implementar las estructuras organizacionales desconcentradas del Organismo Público para regular la provisión de servicios de salud a la persona desde el enfoque de redes de servicios de salud.

- Lograr el reordenamiento de las regiones sanitarias acorde al esquema de regionalización del COPLADE. La meta a 2009 es crear la oficinas de las

regiones sanitarias de Sierra de Amula y Sierra Occidental.

7.2 Establecer la mesa de salud dentro del COPLADE, como instancia de coordinación y concertación de los sectores público, social y privado.

Mejorar el desempeño global del sistema de salud para poder alcanzar en el estado los grandes objetivos de promoción, prevención de enfermedades y atención curativa, exige de la participación activa de los sectores público, social y privado.

De conformidad con el marco legal, el sistema de salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado relacionadas con la prestación de los servicios de salud. También, la ley señala que la Secretaría de Salud es la autoridad encargada de coordinar al sector salud en el Estado.

Por otro lado, el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado COPLADE-Secretaría de Planeación-, contempla dentro de sus atribuciones el promover la cooperación y colaboración entre los sectores que actúan a nivel estatal, a fin de orientar sus esfuerzos hacia el logro de los objetivos del desarrollo de la entidad, y para lo cual prevé se establezcan subcomités sectoriales, regionales y especiales, así como grupos de trabajo.

Dentro del Subcomité Sectorial de Desarrollo Social está considerada la mesa de salud. Ésta se define como el órgano colegiado de máximo nivel en el estado, de carácter permanente y auxiliar del COPLADE, cuyo propósito primordial es lograr la vinculación entre los sectores cuyo quehacer incide en los aspectos decisivos de la salud. Con estos propósitos en mente, en el periodo 2007 – 2013 se plantean las siguientes actividades y metas:

- Establecer mecanismos de coordinación y concertación entre los sectores cuyos programas y

servicios inciden en los aspectos más relevantes de la salud. La meta específica es en el primer semestre del 2008 realizar el diseño organizacional y reinstalar en el seno del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado, la mesa de Salud y sus correspondientes grupos técnicos de trabajo.

- Elaboración y aprobación del reglamento interno de integración y funcionamiento de la mesa de salud, antes de concluir el año 2008.

- Elaboración de planes anuales de trabajo, y presentación de informe de resultados de los mismos, durante el periodo 2009 - 2013

7.3 Establecer políticas saludables y alianzas estratégicas con otros sectores y dependencias de gobierno.

Una premisa central del Programa Estatal de Sector Salud 2007 - 2013 es la existencia de una estrecha vinculación entre las condiciones y nivel de salud de la población, con las atribuciones y el trabajo realizado por otros sectores y dependencias públicas. Esta premisa se sustenta en que la protección de la salud colectiva es un compromiso social en donde todos deben participar.

De esta forma conservar y mejorar la salud de la población obliga a promover una amplia asociación con diversas áreas, de suerte tal que "las políticas de salud se deberán complementar con políticas saludables" establecidas por otros sectores.

Las acciones y metas que se formulan en esta administración para favorecer la colaboración de otros sectores y dependencias de los tres niveles de gobierno en el mejoramiento de las condiciones para la salud, son:

- La Secretaría de Salud, en su condición de "rectora del sistema sanitario", acordará con las dependencias cabeza de otros sectores cuyo trabajo incide directamente en la salud, la definición de políticas públicas y mecanismos intersectoriales que contribu-

yan favorablemente a mantener los determinantes positivos que condicionan la salud. La meta es celebrar convenios de colaboración específicos definiendo objetivos y compromisos claros con los sectores de educación (incluyendo deporte), medioambiente, vialidad y movilidad urbana, vivienda, agropecuario, autoridades municipales, entre otros.

7.4 Implementar el plan maestro sectorial de recursos para la atención de la salud, en materia de infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Establecer el diagnóstico sectorial y realizar la planeación global de los servicios de salud son actividades estratégicas contempladas dentro de la función de rectoría. Sin embargo, la segmentación del sistema sanitario y la consecuente falta de información y mecanismos de colaboración sectorial han traído como resultado, entre otras cosas, un uso deficiente de los recursos humanos especializados, de la infraestructura física y del equipo de alta tecnología de las unidades públicas de salud.

Lo anterior además ha propiciado que las instituciones públicas y privadas de salud inviertan en la construcción y equipamiento de unidades de manera aislada y unilateral, generando en muchas ocasiones la duplicidad y subutilización de la infraestructura médica existente en el sector.

Con el fin de evitar gastos innecesarios, dispendio de recursos y aprovechar de manera óptima los bienes existentes, la administración estatal 2007 – 2013 se propone las siguientes actividades y metas:

- Bajo los lineamientos señalados por la Federación, coordinar los trabajos para inventariar los recursos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos para la atención de la salud existentes en el sector sanitario, e identificar las nuevas necesidades. La meta es contar en el 2009 con el Plan Sectorial de Recursos para la Atención de la Salud, y aprovecharlo en la toma de decisiones.

- Desarrollar un marco de regulación y lineamientos de colaboración entre las instituciones del sector salud que operan en el estado, la Federación, los municipios y los gobiernos de las entidades de la “Región Centro Occidente” del país, para fortalecer y optimizar la utilización cruzada de equipo de alta tecnología, personal especializado e infraestructura médica. La meta a partir del 2010 es celebrar convenios de colaboración bajo el principio de compra cruzada de servicios con la finalidad de aprovechar la capacidad instalada en el sector.

- Promover la elaboración de un marco normativo que regule en el estado la construcción de infraestructura física del sector salud, sin detrimento de la libertad de inversión. La meta es contar en 2009 con una iniciativa de Ley de Planeación de Infraestructura Física del Sector Salud del Estado de Jalisco.

7.5 Reforzar el sistema estatal de vigilancia epidemiológica, así como los dispositivos de urgencias epidemiológicas y sanitarias.

La vigilancia epidemiológica es un elemento decisivo en la prestación de los servicios de salud; en esencia, es información y un insumo básico para el diseño y aplicación de medidas de intervención que coadyuvan a la prevención y protección de la salud. Constituye una actividad estratégica, que permite conocer con oportunidad los principales problemas y necesidades de salud de la población, así como identificar los factores de riesgo para establecer medidas resolutivas.

En este sentido, el Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres tiene como objetivo identificar los riesgos generados por desastres naturales, enfermedades emergentes o re-emergentes, actos de bioterrorismo y urgencias de interés epidemiológico, para limitar los daños a la salud, así como para contribuir en la recuperación de la población afectada. En lo que se refiere a desastres, la Secretaría de Salud forma parte del grupo de trabajo interinstitucional; sin embargo, ese grupo es encabezado por Protección Civil, quien tiene la responsabilidad de organizar y coordinar la atención global en situaciones emergentes.

La notificación diaria de algunas patologías permite conocer en forma inmediata los casos sospechosos o probables, con lo que podemos delimitar oportunamente daños potenciales, brotes epidémicos o situaciones de alto riesgo, que requieren de atención inmediata, esto es las urgencias epidemiológicas.

A fin de verificar el Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica, se proponen las siguientes actividades y metas en los años 2007 – 2013:

- Lograr que el Estado se ubique y se mantenga dentro de los 10 primeros lugares en la evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

- Lograr que el 100 por ciento de las instituciones del sector salud en la entidad participen de manera consistente en todos los subsistemas de vigilancia epidemiológica.

- Mejorar la calidad de la información del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), elevando el indicador de consistencia de la información hasta alcanzar como mínimo el 85 por ciento.

- Mejorar la notificación de brotes, elevando el indicador de oportunidad a 80 por ciento.

- Mantener el incremento en la notificación de los brotes epidemiológicos que se registren en el estado en 10 por ciento por año.

7.6 Fortalecer, modernizar y consolidar el Sistema Estatal de Información en Salud, para mejorar la toma de decisiones.

El objetivo primordial de los sistemas de información en salud es disponer de información confiable y oportuna para respaldar la toma de decisiones tanto estratégicas como operativas. No obstante, al igual que el sistema de salud, el sistema estatal de información en salud (SEIS) está fragmentado. A pesar de que desde hace tiempo se cuenta con instancias de coordinación que permitirían generar información sec-

torial, técnicamente el SEIS no ha podido integrarse plenamente. Esto ha dado lugar a una gran heterogeneidad institucional en materia legal, fuentes, recursos y tecnología de la información. En este contexto, es fundamental seguir avanzando hacia la unificación y modernización del sistema estatal de información.

Con esta visión, en el Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013 se proponen las siguientes intervenciones y metas específicas, lo que a su vez contribuirá a fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud:

- En coordinación con la Federación, promover el uso de sistemas informáticos homogéneos y compatibles en todo el Sector Salud de Jalisco, necesarios para obtener las estadísticas básicas de morbi-mortalidad, fecundidad, recursos para la salud y servicios otorgados. Las metas específicas son: Consolidar el Grupo de Información en Salud del Comité Técnico Regional de Estadística e Información Geográfica del Gobierno del Estado; lograr en el año 2009 que el 95 por ciento de todas las unidades médicas del sector público y privado cuenten con la Clave Única de Establecimientos para la Salud (CLUES); y en el 2010 que el 100 por ciento de unidades con CLUES registren correctamente sus datos en el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud SINERHIAS; en el año 2009 consolidar el Certificado de Nacimiento Único, logrando que el 100 por ciento de los nacimientos ocurridos en Jalisco sean registrados en el Subsistema de Nacimientos SINAC; y, conforme a la normatividad y calendario previsto, contar con el total de informes o documentos fuente de los sistemas sectoriales de información como son el SEED (subsistema estadístico epidemiológico de las defunciones), PROVAC (subsistema de vacunación universal) y Registro Estatal de Cáncer; y de las instituciones oficiales que atienden a población abierta, el SIS -atención ambulatoria- y el SAEH, de hospitalización.

- Promover actividades para elevar la calidad de la información a través de homogeneizar los criterios en su manejo. Las metas son difundir en el total de

las instituciones del sector la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en Materia de Información en Salud y vigilar su aplicación; realizar cada año al menos 6 cursos básicos y 6 de actualización dirigido al personal técnico del total de las instituciones de salud en el manejo de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en el Manual de Procedimientos Médicos y Quirúrgicos y en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y, en otros manuales sobre Registros Médicos y Estadística publicados por la Oficina Sanitaria Panamericana; así como gestionar la incorporación de los temas de registros médicos en el plan de estudios de las instituciones formadoras de profesionales de la salud, en particular los relativos a certificados de nacimiento y de defunción, y el manejo de la CIE 10.

- Vigorizar las actividades de difusión y uso racional de la información en todos los niveles del Sistema de Salud, fortaleciendo el manejo de la información que alimente tanto los indicadores tradicionales, como otros de reciente implementación como son: Años de vida saludable, mortalidad evitable y cobertura efectiva. Las metas al año 2008 consiste desarrollar un sistema estatal de información que alimente los indicadores acorde con las necesidades del Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Estatal del Sector Salud 2007–2013, y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y editar a partir del 2009 un boletín anual para difundir esta información.

- Hacer uso exhaustivo de las oportunidades que brindan las tecnologías de la información y el internet para hacer más eficiente su procesamiento, así como para ampliar y hacer más amigable y oportuno el acceso a la información en salud. Las metas específicas para lograrlo son: A partir del 2008 trabajar en el desarrollo e implementación de un sistema de información gerencial y geo-referenciado; dotar con equipo de cómputo y personal auxiliar de estadística al 100 por ciento de las coordinaciones municipales y unidades de primer nivel que cuenten por lo menos con 6 núcleos básicos; lograr en el 2010 la sistematización de la información en el 70 por ciento de los hospitales de segundo nivel y en el 50 por ciento de los hospita-

les comunitarios, así como en el 30 por ciento de las unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud; así como que todas las unidades de primero y segundo nivel que cuenten con equipo de cómputo tengan acceso a la Internet.

7.7 Establecer la cultura de la transparencia y rendición de cuentas públicas en salud.

Dos elementos primordiales del proceso de ciudadanización de la salud son la transparencia y la rendición de cuentas. Se trata de actividades fundamentales que permiten a los ciudadanos conocer y dar seguimiento a las acciones de los servidores públicos, monitorear la asignación y destino de los recursos públicos, y participar en el escrutinio público del desempeño y resultados de las acciones de gobierno. Además, contribuyen a estimular la confianza y participación de los ciudadanos.

Con la aprobación de las Leyes Estatal y Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, y con la presión ejercida por la sociedad misma, en los últimos años se registran avances importantes en la aplicación de sistemas de consulta interactiva de información pública.

A pesar de ello, es necesario redoblar esfuerzos para enriquecer el acervo de información dentro de una cultura organizacional ah doc, mejorar la calidad con la que se registra y distribuye la información, e incrementar la oportunidad con la que se pone a disposición de los ciudadanos que la requieren.

Con el propósito de impulsar la cultura de transparencia y rendición de cuentas públicas en el sector salud, la actual administración estatal, como se lo señalan distintas leyes, se propone a lo largo del periodo sexenal:

- Facilitar el acceso a la información con la que cuentan y que en el futuro generen las instituciones públicas de salud. La meta al 2009 es que todas las instituciones públicas del sector salud que operan en el estado dispongan de estructuras organizacionales ,

procesos estandarizados y recursos tecnológicos para atender las peticiones ciudadanas de información pública con estricto apego a las leyes aplicables.

- Establecer canales y mecanismos institucionales para informar a la ciudadanía sobre los alcances y logros de los programas, así como de la aplicación de los recursos. La meta es a partir del 2009 producir y difundir anualmente por medio impresos y electrónicos un Informe de Labores para la Rendición de Cuentas Públicas en Salud, que considere el seguimiento de las metas estratégicas y específicas del Programa Estatal del Sector Salud 2007-2013

- Aprovechar al máximo las oportunidades que brindan las tecnologías de la información y la Internet para ampliar y hacer más amigable y oportuno el acceso a la información pública en salud.

7.8 Impulsar en el sector las acciones de evaluación del desempeño en salud.

Evaluar el desempeño global así como el cumplimiento de los objetivos y metas estratégicas del sector, es una de las actividades decisivas de la función de rectoría en salud. Esta evaluación permite identificar las prioridades sanitarias, aumentar la eficiencia en el desarrollo de los servicios y programas, conocer la calidad y satisfacción por la atención otorgada, impulsar mejoras en las instituciones y sus procesos, así como distribuir los recursos financieros de una forma más racional y objetiva. Adicionalmente, la evaluación sectorial se constituye en un insumo primordial para llevar a cabo la rendición de cuentas públicas en salud planteada en este programa.

No obstante, la evaluación sigue siendo un proceso que las instituciones de salud ejecutan de manera independiente a partir de sus necesidades, sin vincular sus logros y resultados con el cumplimiento de los objetivos globales del sistema de salud.

Con el propósito de consolidar un sistema de indicadores de evaluación del desempeño y resultados para valorar la actuación global del sector sanitario



en sus niveles estatal, regional y municipal, durante los años 2007 – 2013 se emprenderán las siguientes actividades y metas:

- Fortalecer las actividades de evaluación al interior de la Secretaría de Salud y de las instituciones del sector, y definir los indicadores y estándares de evaluación conjuntamente con la Federación. La meta específica al 2008 es integrar y conducir un grupo técnico de trabajo en la materia dentro de la mesa de Salud del COPLADE.

- Evaluar el desempeño del sistema estatal de salud, y contribuir con la Federación a la evaluación del desempeño del sistema nacional. La meta es elaborar y difundir un informe anual que rinda cuentas del estado que guardan los servicios de salud prestados por las instituciones públicas, y el estado de salud de la población, así como el seguimiento de las metas estratégicas y específicas del este Programa.

7.9 Establecer la cultura y el sistema integral de calidad y seguridad en salud en todas las instituciones del sector.

Alcanzar la calidad de los servicios no es solo producto del cumplimiento de normas o la disponibilidad de recursos suficientes, ni de la aplicación exclusiva de técnicas o sistemas. La calidad y seguridad en los servicios es el resultado de un proceso planificado de cambio cultural en el interior de las organizaciones de salud.

No obstante que es deseable la existencia de un clima laboral propicio para la calidad, en las instituciones de salud existen todavía diversas resistencias que con suma frecuencia frenan e impiden la transformación cultural.

A fin de avanzar en la producción de servicios efectivos, seguros y eficientes, es imprescindible establecer un sistema sectorial de calidad que incorpore la medicina basada en evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios hacia el usuario, y que

vincule el financiamiento a los esfuerzos por la mejora de la calidad percibida.

Tomando en cuenta estas consideraciones, en el actual gobierno estatal se formulan las siguientes acciones y metas en los próximos años:

- Arraigar la calidad, seguridad y eficiencia como valores y compromisos compartidos por las instituciones del sector sanitario; fortalecer y profesionalizar las áreas de desarrollo organizacional de las instituciones públicas de salud; establecer un sistema de reconocimientos e incentivos que impulsen las innovaciones para el cambio organizacional.

- En coordinación con la Federación, participar en la reestructuración y fortalecimiento del proceso de certificación de la calidad de establecimientos y prestadores de servicios de salud para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud. La meta al 2010 es contar con un proceso de certificación de calidad actualizado, estandarizado y competitivo internacionalmente.

- Desarrollar un esquema de organización que permita a las unidades de salud conducir su propio proceso de acreditación ante el Sistema de Protección Social en Salud SPSS, basado en criterios de capacidad, calidad y seguridad. La meta específica es que el 100 por ciento de unidades de salud se apeguen al esquema organizacional y proceso para la acreditación de unidades dentro del SPSS.

- Fortalecer y consolidar la figura de Aval Ciudadano para construir ciudadanía en el Sistema Estatal de Salud. La meta específica al 2009 es que el 100 por ciento de las unidades públicas de salud cuentan con aval ciudadano.

- Incorporar en los convenios de gestión del SPSS compromisos de calidad vinculados a SICALIDAD. La meta al 2009 es contar con convenios de gestión que suscriban los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud REPSS, conteniendo compromisos explícitos y evaluables en materia de calidad.

- Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad con el proyecto de Seguridad del Paciente, para implantar iniciativas de prevención de eventos adversos, impulsar prácticas de higiene entre los prestadores de servicios y promover la utilización de protocolos para disminuir los riesgos asociados al uso y administración de medicamentos. La meta específica al 2010 es lograr que el 60 por ciento de dichos hospitales estén incorporados a dicho proyecto.

- Consolidar el trabajo del Comité Estatal de Calidad, e incorporarlo como grupo técnico de trabajo dentro de la mesa de Salud del COPLADE. La meta específica es desarrollar y evaluar cada año un programa de trabajo con objetivos, metas y actividades precisas. De forma complementaria, se pugnará por transformar el Comité Estatal de Calidad a Consejo Estatal de Calidad y Seguridad de los Servicios de Salud, como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

- Reforzar actividades que contribuyan a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales. La meta específica al 2009 es que el 100 por ciento de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.

- Establecer estrategias efectivas para garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería. La meta en esta materia es lograr en el año 2010 que 100 por ciento de las unidades públicas de salud cumplan con lo establecido en el programa de calidad del expediente clínico.

- Favorecer el uso racional de los medicamentos y la creación de unidades de farmacia clínica intrahospitalaria. La meta específica es incorporar a partir del 2009, programas de capacitación y unidades de farmacia clínica en el 100 por ciento de los hospitales regionales y de especialidad.

- Medir de manera regular la satisfacción de los usuarios con el trato e información recibidos, lista de espera, condiciones hoteleras y valoración del entor-

no. La meta específica es contar en el 2008 con una encuesta estandarizada de aplicación periódica para evaluar la calidad percibida en las unidades públicas de salud.

7.10 Promover la coordinación, fortalecimiento y desarrollo del sistema hospitalario de Jalisco.

El envejecimiento de la población y el nuevo perfil de la salud provocan en el sector sanitario una creciente demanda por servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad.

Con el financiamiento del SPSS - Seguro Popular -, en los últimos años se ha logrado superar de manera progresiva el importante rezago acumulado en los hospitales de la Secretaría de Salud en materia de recursos humanos, equipamiento médico, infraestructura física y en medicamentos y materiales de curación.

A pesar de estos avances, se reconoce que aun falta mucho camino por recorrer. En particular, se adolece de una estrategia rectora que propicie la coordinación, vocacionamiento y desarrollo integral de los nosocomios, desde una perspectiva de sistema hospitalario estatal.

Por otro lado, se admite que los servicios hospitalarios, en particular los de alta especialidad, tienen costos considerablemente más elevados ya que involucra el empleo de una combinación de procedimientos clínicos y quirúrgicos que requieren de tecnología de última generación y alto costo, así como de equipos de profesionales multidisciplinarios. Por esta razón, la Federación ha optado por el fortalecimiento y, en su caso, la creación de hospitales regionales de alta especialidad.

Para incrementar la cobertura y eficiencia de servicios hospitalarios de mediana y alta especialidad del sector público, y reducir la duplicidad y limitada calidad y seguridad en la atención, en la presente administración se plantean las siguientes líneas de acción y metas específicas:

- Fortalecer integralmente la oferta y extender la cobertura geográfica de servicios hospitalarios básicos y de segundo nivel. Las metas concretas son que en 2010 todas las regiones de Jalisco cuenten con servicios hospitalarios de segundo nivel de atención, así como lograr en 2012 la sustitución por obra nueva de los hospitales comunitarios de Huejuquilla El Alto, Ojuelos de Jalisco, Encarnación de Díaz, Atotonilco El Alto, Sayula, La Huerta y Cihuatlán.

- Acercar geográficamente los servicios públicos de atención especializada al recién nacido, y fortalecer las unidades existentes. La meta específica a 2009 es fortalecer la prestación de servicios en el 100 por ciento de nosocomios de la Secretaría de Salud que cuenten con unidades de cuidados intermedios e intensivos neonatales, y en el año 2010 crear nuevas unidades en los hospitales regionales de Puerto Vallarta, Lagos de Moreno, La Barca, Cd. Guzmán, Autlán, Ameca, Magdalena, Yahualica y Cocola.

- Con el respaldo de los servicios estatales de salud de la Región Centro Occidente, gestionar ante la Federación la creación del Hospital Regional de Alta Especialidad en Neuro-Trauma, en la Zona Metropolitana de Guadalajara. La meta es contar en 2009 con el proyecto ejecutivo y los recursos financieros para la construcción de dicha unidad, y en 2011 iniciar con su operación.

- Promover el ordenamiento de los hospitales e institutos de alta especialidad del sector salud y el vocacionamiento de las unidades de atención. La meta es contar en el 2009 con un plan estratégico de integración funcional y desarrollo del sistema hospitalario de Jalisco.

7.11 Respaldo e impulsar el trabajo de los organismos de salud de la sociedad civil.

Es ampliamente reconocido que el trabajo en salud que realizan los organismos de la sociedad civil (OSC), es un complemento indispensable e insustituible dentro quehacer global del sector salud de Jalisco.

Muchas de los OSC son grupos de ayuda mutua que además de responsabilizarse del manejo de la salud de sus miembros, contribuyen a incrementar la conciencia pública para prevenir o controlar los problemas que motivaron su creación. Destacan los relacionados con el VIH/SIDA, adicciones, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedades mentales, entre otros.

Dos de las características centrales de los organismos sociales son su extraordinario compromiso con la salud, y su amplio conocimiento tanto de los problemas como de las alternativas para enfrentarlos. Estas organizaciones actúan además como gestores sociales, incorporando sus temas en las agendas públicas y movilizand recursos hacia sus ámbitos de interés.

Con este propósito, la administración actual se plantea reforzar los vínculos y respaldar el trabajo de las organizaciones sociales, para lo cual en el presente periodo sexenal se promoverán las siguientes acciones y metas:

- Fortalecer el diálogo y trabajo efectivo con los OSC dedicadas a la salud. La meta específica es establecer mecanismos y foros permanentes de concertación con organismos de la sociedad organizada en el 100 por ciento de los consejos e institutos estatales de salud, hospitales y regiones sanitarias de la Secretaría de Salud.

- Reinstalar formalmente en el 2008 el Patronato de la Secretaría de Salud.

- Impulsar el trabajo de los grupos de autoayuda. La meta al 2012 es operar en el 100 por ciento de las unidades médicas del sector público, clubes o grupos de ayuda mutua de diabetes mellitus, hipertensión arterial, así como de personas con sobrepeso y obesidad, entre otros.

- Promover la colaboraciones de colegios y asociaciones médicas para el diseño, ejecución, vigilancia y evaluación externa de programas específicos de sa-

lud. La meta es celebrar convenios de colaboración con la Asociación Médica de Jalisco y sus organismos asociados.

- Fortalecer la comunicación con los órganos legislativos con el fin de construir los consensos necesarios en asuntos inherentes al desarrollo y programas del sector.

7.12 Orientar la formación de profesionales de la salud acorde con los cambios demográficos, epidemiológicos y expectativas de la población.

La transición epidemiológica, las nuevas demandas de la población por servicios eficientes con calidad y seguridad, así como el vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología exigen al sector salud contar con profesionales de la salud suficientes y adecuadamente formados.

En nuestro estado existen diversos centros de formación técnica y universitaria en ciencias de la salud que son ampliamente reconocidos dentro y fuera del país. Sin embargo, todavía se observa una desvinculación entre los requerimientos específicos de las instituciones del sector sanitario con los programas de formación de los centros generadores de recursos humanos.

Con el fin de orientar la formación y capacitación de los recursos humanos a las demandas de la transición epidemiológica y la transición en la atención a la salud, la presente administración estatal 2007-2013 propone las siguientes actividades y metas:

- Elaborar un diagnóstico integral y exhaustivo sobre la calidad de la educación de los profesionales de la salud; instrumentar estrategias para elevar la calidad de los programas de educación técnica y profesional; participar con la Federación en la promoción de la certificación y re-certificación de todas las escuelas y facultades de medicina, odontología y enfermería del estado; establecer, conjuntamente con la Federación y organismos involucrados, mecanismos para controlar la apertura y operación de los centros de formación de

recursos humanos en ciencias de la salud; fortalecer el enfoque de calidad en la atención médica en las etapas de pregrado, servicio social y postgrado; colaborar con el sector educativo en materia de campos clínicos e investigación educativa.

- Fortalecer el trabajo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, y definir las características y prioridades del sector salud en la formación de profesionales de la salud. Las metas al 2009 es concluir con la revisión de los programas actuales de formación técnica, licenciaturas y residencias médicas, para adecuarlos a las necesidades demográficas y epidemiológicas del estado, así como contar con un plan maestro de formación de profesionales de la salud, para fortalecer la capacidad de respuesta en todos los ámbitos de trabajo del sector sanitario.

7.13 Conducir y alentar las tareas de investigación científica en salud pública, práctica médica y desarrollo de las organizaciones.

La investigación científica es un recurso fundamental para el desarrollo del sector sanitario en su conjunto. Sin embargo ésta no ha sido aprovechada de manera óptima, mostrando evidentes rezagos en materia de rectoría, organización y financiamiento.

Para impulsar las tareas de investigación en salud deberán de mejorarse las condiciones estructurales en que se llevan a cabo así como estrechar la coordinación entre las instituciones del sector, los centros académicos/universitarios, la medicina privada y la industria médica. De igual manera, será determinante gestionar recursos suficientes e incentivos apropiados para lograr investigaciones de excelencia.

Con el fin de encausar e incrementar en número y calidad las investigaciones en salud dentro del sector sanitario, la presente administración estatal se propone las siguientes actividades y metas:

- Posicionar a la investigación como un recurso clave en el desarrollo de las instituciones, servicios y

programas de salud; convocar a los diferentes actores involucrados en las tareas de investigación en salud para trabajar de manera coordinada; correlacionar las investigaciones operativas con el sistema integral de calidad; así como elaborar una reglamentación en materia de investigación clínica. Las metas son reinstalar en 2008 la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, así como contar en 2009 con el Reglamento de Investigación en Salud.

- Definir las prioridades de investigación del sistema sanitario con la participación de los actores y grupos de interés del estado, e integrar y mantener actualizado el registro estatal de investigación en salud. La meta en 2009 es contar con un programa de mediano plazo donde se establezca la política sectorial en la materia, así como las líneas prioritarias de investigación en el estado durante el periodo sexenal.

- Procurar recursos financieros crecientes para el desarrollo de la investigación en salud. La meta es intensificar la vinculación con el COECYTJAL y otros eventuales patrocinadores, para obtener mayores apoyos a proyectos de investigación.

7.14 Ampliar y mejorar el arbitraje médico, para resolver de forma justa, imparcial y oportuna las inconformidades y quejas ciudadanas por la prestación de servicios.

El arbitraje médico es una actividad de la función de rectoría que contribuye a elevar la calidad y seguridad en la prestación de los servicios y, con ello, prevenir conflictos. Representa también una poderosa alternativa para resolver las controversias entre las partes mediante la orientación, conciliación y arbitraje.

A lo largo de su existencia, la Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco CAMEJAL ha privilegiado la difusión y asesoría en la protección y defensa de los derechos y obligaciones tanto de los usuarios como de prestadores de servicio de salud, bajo un enfoque preventivo.

Aunque se ha incrementado de forma sostenida el número de casos y la complejidad de las inconformidades, las actividades de la CAMEJAL no son completamente conocidas por buena parte de la población, lo que hace suponer que un número importante de las quejas podrían no ser reportadas. Por otro lado, las inconformidades que involucran a las instituciones de la seguridad social federal que operan en Jalisco, como son el IMSS e ISSSTE, se ventilan directamente en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, retrasando el proceso y las resoluciones.

Con el objetivo de prevenir los conflictos y mejorar el proceso de resolución de controversias entre los usuarios y prestadores de servicios, en el periodo 2007 – 2013 se plantea las siguientes actividades y metas:

- En coordinación con la Federación se contribuirá a consolidar un modelo único de prevención de conflictos y atención de inconformidades que contemple la desconcentración operativa, la ampliación de la cobertura de los servicios y el fortalecimiento de las atribuciones y facultades de la “Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Jalisco.” Las metas son disminuir cada año en 15 por ciento los tiempos en la atención y resolución de las inconformidades y quejas, y en 2012 tener instaladas estratégicamente y operando de manera eficiente 3 oficinas regionales de la Comisión de Arbitraje Médica del Estado de Jalisco.

- Con la participación de los sectores público, social y privado de la salud, promover dentro de todas las instituciones del sector la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica relacionada con las causas de inconformidad y controversia más frecuentes.

- Con la colaboración de las universidades, colegios y asociaciones de profesionales de la salud, desarrollar investigaciones sobre eventos adversos en la atención médica que permitan identificar sus causas y facilitar la aplicación de intervenciones a fin de mejorar la seguridad en la atención del paciente. La meta a 2009 es contar con un diagnóstico y propuestas de

intervención concretas para contribuir a disminuir los eventos adversos en la provisión de servicios de salud.

- Incrementar el conocimiento de la población sobre las actividades y servicios que ofrece el CAMEJAL. La meta a partir de 2008, es elevar cada año en 20 por ciento el número de actividades y/o eventos de difusión de los servicios que presta el CAMEJAL.

7.15 Incrementar los trasplantes de órganos y tejidos, mediante la mejora de los procesos básicos y asignación de recursos extraordinarios.

En Jalisco un número importante de las muertes están relacionadas con enfermedades de larga evolución, manteniendo a quienes las sufren incapacitados y sujetos a tratamientos costosos, ineficientes y frecuentemente dolorosos. Una buena parte de estas enfermedades producen insuficiencia de órganos vitales y tejidos, y para lo cual el trasplante resulta ser la alternativa no solo para resolver ciertas fallas orgánicas o tisulares, sino como una esperanza para recuperar su calidad de vida y de reintegrarse a la vida plena y productiva.

En Jalisco anualmente se requieren realizar 1,000 trasplantes renales; 750 de hígado; 500 trasplantes de corazón; 50 de pulmón; 1,000 de córnea; 1,000 de piel; 8,000 de tejido músculo-esquelético y tejidos cardíacos. Sin embargo, en lista de espera solo están registradas 1,780 personas; 900 para trasplante renal; 811 para trasplante de córnea; 50 para hígado; 8 para corazón y 11 para páncreas-riñón.

Por otro lado,, la terapéutica del trasplante requiere de un sistema con estructuras integradas y coordinadas que permitan ofrecer las medidas sustitutivas en forma efectiva y con una adecuada relación costo-efectividad. Este sistema debe contar con tres componentes básicos: Un programa hospitalario de trasplantes, una red de donación y distribución de órganos tejidos y células, y un marco normativo.

Con el propósito de ofrecer servicios de trasplantes equitativos, transparentes y costo-efectivos en las instituciones del sector salud, se propone las siguientes actividades y metas en la presente administración 2007 - 2013:

- Participar con la Federación en la integración de una red de hospitales proveedores y trasplantadores de órganos y tejidos que optimice los recursos disponibles. En la presente administración se supervisará la creación y el cumplimiento de las funciones de los Comités Internos de Trasplantes de los establecimientos que cuentan con licencia para disponer de órganos, tejidos y células con fines de trasplante. Las metas son fortalecer las actividades del total de Comités Internos de Trasplantes instalados actualmente en hospitales y de los 23 programas de donación y trasplante; e incluir en las listas de espera al 50 por ciento de los pacientes que necesitan un trasplante de órganos sólidos.

- Promover y fomentar la cultura de donación de órganos y tejidos cadavéricos entre la población jalisciense. La meta al 2012 es lograr que el 80 por ciento de los jaliscienses mayores de 18 años decidan donar sus órganos y tejidos después de la muerte.

- Capacitar al personal médico y paramédico en materia de servicios de donación, obtención y trasplante de órganos y tejidos. Las metas son brindar información y capacitar al 90 por ciento de los profesionales de la salud dedicados a los procesos de donación, procuración y trasplante, así como informar al 100 por ciento de los médicos del 1er y 2do nivel de atención del sector salud del estado, sobre los problemas de salud que requieren un trasplante.

- Fortalecer el sistema de seguimiento y evaluación de receptores y personas trasplantadas, así como el registro confiable y seguro; e incorporar en el estado la cultura de rendición de cuentas en los procesos de donación, procuración y trasplante. Las metas son a partir de 2008 contar con un registro confiable y seguro con información del 90 por ciento de los pacientes trasplantados, y a partir de 2009 elaborar y di-

fundir un informe sectorial anual respecto a la evaluación del desempeño e impacto del Programa Estatal de Trasplantes.

7.16 Fortalecer el trabajo del Comité Estatal de Bioética.

La “Comisión Estatal de Bioética” (CEB) tiene como misión coadyuvar al establecimiento de una cultura de bioética en Jalisco. Esta labor implica fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multi-disciplinaria y multi-sectorial sobre los temas vinculados con la salud humana, así como desarrollar normas éticas para la atención, investigación y docencia en salud.

Así mismo, tiene la responsabilidad de promover que en las instituciones públicas y privadas de salud se organicen y funcionen comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación, además de establecer y difundir los criterios que deben considerar estos comités en el desarrollo de sus actividades. En esta materia, la presente administración se propone las siguientes actividades y metas:

- Apoyar a la Federación en la aprobación de la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud que regulará los comités y comisiones de bioética, e impulsar en la entidad las gestiones para la creación de la Comisión Estatal de Bioética de Jalisco. Las metas para 2009 son: Lograr el Acuerdo Gubernamental para la creación de la Comisión Estatal de Bioética de Jalisco, y su correspondiente publicación en el Periódico Oficial “El Estado de Jalisco”; a partir de la instalación de la Comisión, emitir guías de apoyo para el funcionamiento de los comités de ética en investigación y hospitalarios, así como realizar anualmente un evento académico sobre ética en investigación o bioética clínica.

7.17 Impulsar la participación comprometida de los sindicatos, en el logro de los objetivos y metas de la salud.

La contribución de los sindicatos y sus líderes es una condición incuestionable para alcanzar satisfactoriamente los objetivos y metas estratégicas del Programa Estatal del Sector Salud 2007–2013; en especial para impulsar en todas las instituciones del sector salud la cultura y el sistema integral que garantice la calidad, seguridad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Se reconoce que las administraciones sindicales y sus líderes están plenamente comprometidos con los usuarios y prestadores de servicios. Ello encierra su compromiso de transformarse paulatinamente para estar acorde con las nuevas exigencias de un contexto que ha venido cambiando, sin renunciar por ello a su responsabilidad original con la base trabajadora en la procuración y defensa de sus derechos laborales.

De esta forma se plantea que las instituciones, trabajadores y sindicatos habrán de continuar integrados en torno a los objetivos y metas de la salud que demanda y merece la población.

7.18 Extender y modernizar la regulación de la atención pre-hospitalaria.

La regulación de la atención prehospitolaria es un proceso que abarca desde la recepción de la petición telefónica hasta el manejo integral de los pacientes por parte del personal de las unidades móviles procurando su estabilización y limitación del daño. Clasificar el grado de la lesión o la gravedad de la enfermedad, y referir al usuario de forma oportuna al lugar indicado para su adecuada atención, son dos de los procedimientos fundamentales que debe realizar el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM).

A partir de la creación de este centro regulador, ha sido posible ir avanzando para evitar la duplicidad y el dispendio de recursos en la prestación de los servicios prehospitarios. Sin embargo, es necesario implementar nuevas estrategias que permitan lograr la reducción de los tiempos de traslado así como para mejorar sustancialmente la atención dirigida a limitar el daño y evitar las posibles secuelas de las lesiones.

El Sistema de Atención Médica de Urgencias de Jalisco (SAMU), diseñado como instancia rectora para estandarizar los procesos de atención de urgencias médicas en todos los hospitales del sector salud, sigue siendo un reto para el Sistema Estatal de Salud. Será indispensable desarrollar mecanismos que garanticen un sistema de atención médica integral, en donde la calidad y seguridad en la prestación de los servicios sea uniforme en cuanto a criterios de diagnóstico y tratamiento de los pacientes que requirieran un servicio médico–quirúrgico de urgencias, dentro de un sistema de atención regionalizado.

Para extender y mejorar los servicios de atención médica prehospitalaria, bajo la conducción del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes, se establecen los siguientes compromisos y metas a lo largo de la presente administración:

- Consolidar el Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU) con la participación de todas las instituciones públicas, privadas y sociales vinculadas a la atención pre hospitalaria. Las metas específicas son: Disponer en el 2009 de un SAMU con estructuración propia y autonomía operativa encargado de coordinar el sistema de atención de urgencias médico quirúrgicas; así como concluir en 2010 con la elaboración, difusión y vigilancia en su aplicación de los protocolos o guías de prácticas clínicas de diagnóstico y atención prehospitalaria más frecuentes.

7.19 Alentar la cooperación interestatal en la Región Centro Occidente del país, y promover un federalismo colaborativo en salud.

En la Región Centro Occidente convergen nueve entidades del país. En ella residen y se desenvuelven cerca de 24 millones de habitantes, además de un número considerable de visitantes nacionales e internacionales. Por su ubicación geográfica y vías de comunicación, Jalisco ocupa un lugar preponderante en la dinámica y crecimiento de esta importante región.

Sin embargo, la intensa dinámica social y económica en el Centro Occidente del país genera una

serie de condiciones que amenazan globalmente a la salud de la población, y en particular a los habitantes de las micro regiones o municipios colindantes. De ahí la importancia de emprender acciones de cooperación interestatal en el ámbito regional que se dirijan fundamentalmente a la prevención y control de enfermedades transmisibles, a la protección contra riesgos sanitarios, y a la prestación cruzada de servicios hospitalarios de alta especialidad.

Por otro lado, en las últimas dos décadas el sistema mexicano de salud ha experimentado un notable avance en materia de federalización. No obstante, todavía existe una amplia agenda de pendientes en este importante rubro que incluye desde temas de financiamiento y rectoría hasta asuntos operativos y de coordinación. Para atender esta agenda se plantea impulsar el federalismo en salud bajo un enfoque de colaboración entre los niveles federal, regional y estatal, que preserve los principios de respeto, soberanía, solidaridad y corresponsabilidad.

Por estas razones, se requiere del esfuerzo conjunto entre los estados circunvecinos y la Federación para la integración y financiamiento de intervenciones desde una perspectiva regional.

Con este propósito, y acorde con lo señalado en los planes Nacional y Estatal de Desarrollo, en la presente administración estatal se plantea llevar a cabo las siguientes actividades y metas:

- A partir del 2009, diseño e instrumentación de lineamientos de colaboración interestatal y federal en los siguientes ámbitos: a) Salud pública (destacando entre otros asuntos los relativos a dengue, paludismo, tuberculosis, VIH/SIDA, alacranismo y rabia); b) vigilancia y urgencias epidemiológicas, y atención a desastres naturales; c) protección contra riesgos sanitarios; d) laboratorio de salud pública; e) capacitación, asesoría e intercambio de experiencias en áreas administrativas, programas sustantivos y desarrollo informáticos; y vi) atención médica de alta especialidad desde la perspectiva de compra cruzada de servicios.

7.20 Propiciar la participación de los municipios y comunidades en las tareas de la salud.

Jalisco es ampliamente reconocido en el país por su vocación tanto federalista como municipalista. Se parte del principio de “que todo aquello que pueda asumir un órgano de gobierno no debe ser asumido por sus autoridades superiores”.

Este principio cobra mayor sustento al afirmarse que mientras más se conoce la realidad y se anticipa oportunamente a los problemas, las respuestas siempre serán mejores y sus resultados más económicos. De esta forma, lograr involucrar a los ayuntamientos y las comunidades en la definición de las prioridades y desarrollo de programas locales de salud, es una tarea crucial en la construcción de un sistema de salud más democrático y participativo.

La consigna de esta nueva administración estatal es la de potenciar el papel y compromiso de los municipios más allá de las intervenciones en salud pública o en saneamiento ambiental, para avanzar hacia una mayor y mejor participación en tareas tales como la fundamental determinación de prioridades; formulación y ejecución de los programas de salud en su ámbito territorial; intervención en los órganos de decisión de los niveles regional y estatal; prestación directa de servicios de atención de primer nivel, así como una mayor injerencia en las decisiones sobre construcción de nuevas unidades médicas o bien, en la ampliación y mejoramiento de las existentes.

A fin de ampliar la participación de los Ayuntamientos de Jalisco en las tareas de salud, durante el periodo 2007 – 2013 se plantea las siguientes actividades y metas:

- Promover la participación de las autoridades locales en la identificación, priorización y establecimiento de acciones en favor de la salud de sus municipios y regiones. La meta es que a partir del 2008 el 100 por ciento de los municipios estén integrados y participando activamente dentro de las redes regionales de municipios y comunidades saludables.

- Alentar a las autoridades de los municipios en el desarrollo del programa de comunidades saludables, saneamiento básico y mejoramiento del medio ambiente. La meta es capacitar al menos al 80 por ciento de los municipios de Jalisco en la elaboración de programas de comunidades saludables.

- Integrar un grupo técnico con la participación de expertos y de aquellos ayuntamientos cuyo desarrollo social y económico recomiende la municipalización de los servicios, en el marco de la re-estructuración del sistema estatal de salud. La meta es al 2009 contar con un estudio sobre las experiencias de municipalización de servicios de salud en el país y en el mundo, así como una eventual propuesta en esta materia para el estado de Jalisco.

CONCENTRADO DE ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Extender las coberturas y mejorar la oferta de servicios esenciales de salud en localidades rurales y urbanas marginadas.

Líneas de acción

1.1 Construir y equipar “Consultorios Populares” y “Casas de Salud Ex profeso”

1.2 Reforzar y dignificar las unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes de salud rural, dentro del programa nacional “Caravanas de la Salud”

1.3 Acercar a los grupos marginados y vulnerables las actividades extramuros del “cirujano te visita y médico amigo.”

1.4 Fortalecer la oferta de servicios de atención a la salud y nutrición en las comunidades indígenas, con respeto a su cultura y tradiciones.

1.5 Extender al medio rural los servicios de especialidad médica de mayor demanda, a través de la telemedicina.



1.6 Reforzar las coberturas e incorporar nuevos biológicos al esquema de vacunación, priorizando a la niñez y los adultos mayores.

1.7 Extender y mejorar los servicios de salud bucal priorizando el medio rural y urbano marginado.

1.8 Impulsar la vinculación de la salud con proyectos de desarrollo comunitario, en especial en municipios y micro regiones con alta y muy alta marginación.

2. Reforzar las acciones de prevención, control y atención de las enfermedades del rezago.

Líneas de acción

2.1 Prevenir y atender con oportunidad las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

2.2 Impulsar las acciones de prevención, control y atención del dengue, con énfasis en la promoción de la participación social.

2. Prevenir, atender y controlar la tuberculosis y la lepra.

2.4 Fortalecer las actividades de prevención, atención y control del alacranismo y paludismo.

2.5 Extender y mejorar las acciones para el control de la rabia y la brucelosis

2.6 Lograr la eliminación del cólera.

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva, en especial las acciones de prevención del embarazo en adolescentes.

2.8 Acercar y mejorar los servicios para reducir la mortalidad materna e infantil, con énfasis en la perinatal.

2.9 Reforzar la prevención, detección y atención oportuna del cáncer mamario.

2.10 Mejorar las actividades de prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino.

3. Fortalecer y mejorar sectorialmente las intervenciones de prevención, control y promoción de la salud, en especial las relacionadas con las enfermedades no transmisibles de los adultos y los problemas de salud de los adolescentes.

Líneas de acción

3.1 Fomentar la práctica de estilos de vida saludable.

3.2 Desarrollar una política integral para la promoción de una vida saludable, digna y activa durante la vejez.

3.3 Desarrollar una política integral para la prevención y atención del sobrepeso y obesidad desde edades tempranas.

3.4 Fortalecer las acciones de prevención, tratamiento y control de la diabetes.

3.5 Intensificar y mejorar las acciones para contener los problemas del corazón, la hipertensión arterial y las enfermedades cerebro vasculares.

3.6 Prevenir, detectar y atender con oportunidad la enfermedad prostática, y detectar de manera temprana el cáncer de próstata.

3.7 Reforzar las actividades de promoción y atención integral de la salud mental en todas las etapas de la vida, así como fortalecer el trabajo de la red interinstitucional para la prevención del suicidio.

3.8 Acercar y mejorar los servicios de atención al dolor y cuidados paliativos.

3.9 Atender con calidez y limitar los daños a la salud provocados por la violencia intra familiar.



3.10 Extender las coberturas y reforzar las intervenciones para prevenir e identificar de manera temprana el consumo y adicción al tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias ilegales.

3.11 Reforzar las acciones y establecer estrategias innovadoras para prevenir los accidentes y discapacidades, en especial los relacionados con vehículos de motor.

3.12 Prevenir, controlar y atender integralmente el VIH SIDA e infecciones de transmisión sexual.

4. Fortalecer y modernizar las acciones para la protección contra riesgos sanitarios y contribuir al mejoramiento del medio ambiente.

Líneas de acción

4.1 Incrementar la eficiencia y cobertura de las acciones de fomento y regulación sanitaria.

4.2 Fortalecer los mecanismos e instrumentos de coordinación y colaboración intersectorial en materia ambiental.

4.3 Vigilar el cumplimiento de las normas en materia de calidad del agua para uso y consumo humano en los sistemas de abasto a cargo de los municipios.

4.4 Coadyuvar en el mejoramiento de las condiciones sanitarias de los rastros y mataderos municipales, mediante el control y fomento sanitario.

4.5 Extender y mejorar los procedimientos de control sanitario de los alimentos, para elevar su calidad e inocuidad.

4.6 Incrementar la eficiencia y cobertura de las acciones de fomento y protección contra riesgos sanitarios de los servicios de salud

4.7 Participar en la actualización, utilización y difusión del “Atlas de Riesgos del Estado de Jalisco,” en beneficio de la salud de la población.

4.8 Contribuir a la protección contra riesgos sanitarios, mediante la vigilancia de las fuentes de radiación para diagnóstico médico y el uso de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas por la población.

4.9 Fortalecer la red de laboratorios de salud pública y el centro estatal de laboratorios.

5. Extender el aseguramiento médico a todas las familias y recién nacidos sin seguridad social.

Líneas de acción

5.1 Registrar dentro del régimen del Seguro Popular a todas las familias de Jalisco sin seguridad social, y vigilar la adecuada provisión del catálogo universal de servicios de promoción, prevención y atención médica.

5.2 Incorporar a los recién nacidos sin seguridad social, dentro del seguro médico para una nueva generación.

6. Reorganizar y fortalecer integralmente la oferta de servicios de salud a la persona en todos los niveles de atención, acorde con el Sistema de Protección Social en Salud.

Líneas de acción

6.1 Impulsar la integración estratégica de redes de servicios para la atención a la salud de las personas.

6.2 Promover la dignificación y mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento médico e industrial de los establecimientos de salud.

6.3 Reforzar y modernizar los sistemas de abasto de medicamentos e insumos en todas las redes de servicios e instituciones del sector, e impulsar modelos innovadores.

6.4 Promover la acreditación y certificación de unidades médicas en todo el sector sanitario.



6.5 Mejorar y modernizar la administración de los recursos humanos con la participación de los sindicatos.

6.6 Redefinir e impulsar los programas de enseñanza y capacitación continua, orientándolos al desarrollo integral de los trabajadores y a las nuevas necesidades de salud de la población.

6.7 Adiestrar a los directivos en la promoción del desarrollo organizacional y competencias gerenciales.

6.8 Rediseñar y modernizar los procesos y procedimientos administrativos y operativos claves.

6.9 Fortalecer y modernizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

6.10 Fortalecer la infraestructura informática y de telecomunicaciones, en especial el expediente clínico electrónico.

6.11 Extender y mejorar la red estatal de bancos y servicios de sangre.

6.12 Diseñar e implementar modelos innovadores de subrogación de servicios complementarios.

7. Fortalecer del papel rector de la Secretaría de Salud en el estado.

Líneas de acción

7.1 Reestructurar la arquitectura y operación del Sistema Estatal de Salud, bajo el esquema de separación de funciones.

7.2 Establecer la mesa de salud dentro del COPLADE, como instancia de coordinación y concertación de los sectores público, social y privado.

7.3 Establecer políticas saludables y alianzas estratégicas con otros sectores y dependencias de gobierno.

7.4 Implementar el plan maestro sectorial de recursos para la atención de la salud, en materia de infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

7.5 Reforzar el sistema estatal de vigilancia epidemiológica, así como los dispositivos de urgencias epidemiológicas y sanitarias.

7.6 Fortalecer, modernizar y consolidar el Sistema Estatal de Información en Salud, para mejorar la toma de decisiones.

7.7 Establecer la cultura de la transparencia y rendición de cuentas públicas en salud.

7.8 Impulsar en el sector las acciones de evaluación del desempeño en salud.

7.9 Establecer la cultura y el sistema integral de calidad y seguridad en salud en todas las instituciones del sector.

7.10 Promover la coordinación, fortalecimiento y desarrollo del sistema hospitalario de Jalisco.

7.11 Respalda e impulsar el trabajo de los organismos de salud de la sociedad civil.

7.12 Orientar la formación de profesionales de la salud acorde con los cambios demográficos, epidemiológicos y expectativas de la población.

7.13 Conducir y alentar las tareas de investigación científica en salud pública, práctica médica y desarrollo de las organizaciones.

7.14 Ampliar y mejorar el arbitraje médico, para resolver de forma justa, imparcial y oportuna las inconformidades y quejas ciudadanas por la prestación de servicios.



7.15 Incrementar los trasplantes de órganos y tejidos, mediante la mejora de los procesos básicos y asignación de recursos extraordinarios.

7.16 Fortalecer el trabajo del Comité Estatal de Bioética.

7.17 Impulsar la participación comprometida de los sindicatos, en el logro de los objetivos de la salud.

7.18 Extender y modernizar la regulación de la atención pre-hospitalaria.

7.19 Alentar la cooperación interestatal en la Región Centro Occidente del país, y promover un federalismo colaborativo en salud.

7.20 Avanzar hacia la Municipalización de los Servicios de Salud.



6. Cómo evaluaremos nuestro trabajo

El seguimiento de metas e indicadores es un proceso fundamental en la gerencia de los servicios, programas y políticas de salud. Su objetivo es medir el grado de avance de las iniciativas implantadas con el fin de ajustar su operación para mejorar su desempeño. Este esfuerzo está dirigido fundamentalmente a evaluar el desempeño global y el alcance de los objetivos y metas estratégicas planteadas en diversos

documentos, como son el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, el Plan Estatal de Desarrollo del periodo 2007-2013, así como el Programa Nacional de Salud PRONASA de la actual administración federal.

La transparencia y rendición de cuentas, son un conjunto de disposiciones y actos que garantizan el derecho a la información pública, la participación

Los mecanismos de seguimiento y evaluación

La evaluación sigue siendo un proceso que las instituciones de salud, y el gobierno en general, ejecutan de manera independiente a partir de sus propias necesidades, sin vincular los logros y resultados que tiene la operación de sus servicios y programas en el cumplimiento de los objetivos esenciales del sistema de salud.

Por ello, la Secretaría de Salud Jalisco se ha empeñado en el diseño de un sistema para el seguimiento y evaluación integral de los programas, que permita la toma de decisiones de manera más completa e informada dentro de todo el sector.

Este esfuerzo está dirigido fundamentalmente a evaluar el desempeño global y el alcance de los objetivos y metas estratégicas planteadas en diversos documentos, como son el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, el Plan Estatal de Desarrollo del periodo 2007-2013, así como el Programa Nacional de Salud PRONASA de la actual administración federal.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, se reitera el compromiso de reforzar la rendición de cuentas y la transparencia en el actuar público, así como operar un nuevo sistema de evaluación perma-

nente que mida los avances en el funcionamiento y resultados de las instituciones del gobierno.

Por su parte, el Gobierno del Estado, en el Plan Estatal de Desarrollo 2007-2013, propone avanzar en su compromiso de crear un sistema de seguimiento y evaluación que permita monitorear y dimensionar el logro de los objetivos y metas que se han comprometido. Además de retomar el trabajo que las dependencias estatales realizaron para la construcción de indicadores de gestión.

El Programa Estatal del Sector Salud 2007-2013 reconoce y se alinea con las propuestas en materia de evaluación antes citadas. Por ello es que participará activamente con las demás dependencias estatales y federales involucradas para integrar un mecanismo de seguimiento y control integral denominado "Tablero de seguimiento y control", que facilite el monitoreo y alcance de los objetivos y metas estratégicas comprometidas en los distintos documentos de planeación.

Sin embargo, debemos considerar al proceso de la salud-enfermedad como un escenario donde concurren e interactúan de manera simultánea muy

distintas variables desde las de tipo biológico, las de orden psicológico, los factores ambientales y las de carácter social. Todas estas variables interactúan e influyen en las condiciones y daños a la salud sobre los cuales debemos de actuar.

En consecuencia, para realizar un seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios para la atención a la salud, deben resultar claros y pertinentes los conceptos enunciados en la Misión, la Visión,

los Valores, los Objetivos y las Estrategias que perfilan el rumbo y los escenarios posibles hacia donde se dirigen los esfuerzos del Sector.

El sistema estatal de seguimiento y evaluación de los servicios de atención a la salud se integraron bajo el esquema de la teoría general de sistemas. En la gráfica 6.1.1 se encuentra el mapa conceptual de nuestro esquema.

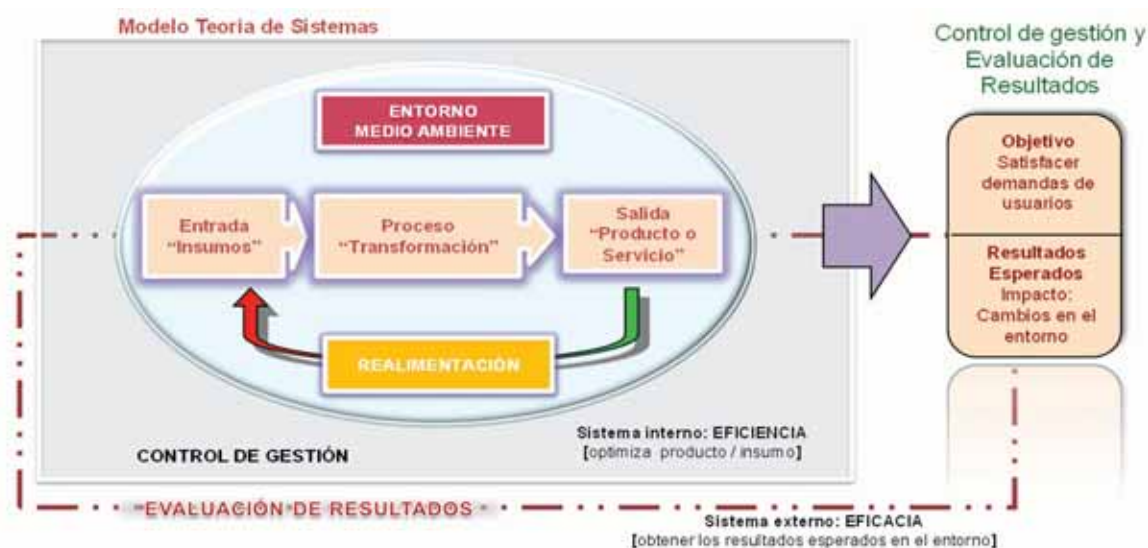


Figura 6.1 Mapa para el sistema de seguimiento y evaluación de los servicios de salud

Este sistema estatal de evaluación en salud, se basa en un sistema integral, donde se identifican los siguientes componentes:

- El sistema nacional de indicadores de impacto, que se integra con los indicadores para la evaluación del desempeño y la utilización de los recursos, según lo establecido por el Consejo Nacional de Salud.
- El sistema nacional y estatal de indicadores, que dimensionan la calidad en la prestación de servicios de salud a la población, en sus características técnicas e interpersonales.
- El sistema de evaluación de programas y servicios conformado por indicadores que permitan realizar el análisis, establecer comparaciones y medir la velocidad del avance en relación con los resultados de la Federación, entidades federativas, regiones estatales y municipios.
- El sistema de evaluación del desempeño, con indicadores que permitan medir el avance y el cumplimiento de los objetivos de los sistemas nacional, estatal y municipal de salud, además de la cobertura efectiva de los programas y servicios, capacidad del sistema e indirectamente la capacidad de gestión de los administradores de la salud.

- El sistema de evaluación de costo –efectividad y costo– eficiencia, que se presenta como un reto, que requiere de construir indicadores que faciliten el análisis y desempeño en este renglón.

Con estos mecanismos de seguimiento de metas e indicadores en un tablero de control, permitirá medir el grado de avance de las propuestas de acción plasmadas en los documentos rectores (Planes de Desarrollo, Estatal y Nacional, Programa Nacional de Salud y Programa Estatal del Sector Salud) de la administración pública en el estado.

Así, la evaluación se constituye como una herramienta fundamental para medir el resultado de las políticas públicas. Y por extensión, se convierte en un instrumento esencial para los procesos de rendición de cuentas.

La transparencia y rendición de cuentas públicas

Por mucho tiempo los ciudadanos tuvieron un acceso restringido a la información sobre el uso que se hacía de los recursos públicos y sobre sus resultados. La opacidad era uno de los signos distintivos de las instituciones de gobierno. Esto está cambiando. Gracias al proceso de democratización por el que atraviesa el país, se están dando pasos firmes para asegurar que los funcionarios públicos respondan por sus acciones. Destaca en este sentido la aprobación de la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFAIPG), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2002, que hace sujetos obligados a todos los órdenes de gobierno, las organizaciones civiles y sociales y, en general, a todas las personas físicas y morales que reciban fondos públicos.

Por otra parte la Ley de Transparencia e Información Pública del Estado de Jalisco establece que las entidades públicas deberán difundir información fundamental sin necesidad de solicitud de por medio.

El estado cuenta con un órgano público autónomo defensor del derecho de la sociedad a la información. Con base en la primera y más reciente evaluación realizada por el Instituto de Transparencia e Información Pública (ITEI) en enero de 2007, sobre el cumplimiento de difusión de la información fundamental contenida en los Artículos 13 y 15240 de la Ley aplicable al Poder Ejecutivo y sus dependencias en portales de internet, se tiene que las secretarías evaluadas tienen un cumplimiento de 66.73%.

A pesar de los avances en esta materia, hay dos quejas que se escucharon de manera recurrente en los Foros de Consulta que se llevaron a cabo en la primera mitad del 2007: i) los procesos de rendición de cuentas no están llegando a toda la población por las desigualdades en el acceso a las tecnologías de la información y porque las instituciones no diseñan estrategias de comunicación y difusión que consideren las necesidades y características de los grupos más desfavorecidos del país, y ii) muchos funcionarios públicos continúan resistiéndose a rendir cuenta de sus acciones o lo hacen de manera parcial o simulada.

El Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2030 señala que: el buen gobierno está fuertemente asociado con la legitimidad y el consenso social respecto a la gestión pública. Y que se caracteriza por considerar nueve elementos básicos, uno de cuales corresponde a la transparencia, como el conjunto de las disposiciones y actos que garantizan el derecho a la información pública, la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas y la rendición de cuentas. Esto es, cuando la información pública es accesible y la capacidad de expresarla en forma veraz, oportuna y completa en razón de las encomiendas asignadas.

Conforme lo anterior el Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2030 define dos grandes objetivos relacionados con este importante tema:

- Asegurar la transparencia en las acciones de gobierno. Para lo cual se plantea la siguientes estrategias:

- Incrementar la divulgación de información gubernamental y del uso de los recursos públicos para desalentar la corrupción, a través del uso de tecnologías de información y comunicación, facilitando a la sociedad el acceso y conocimiento de asuntos de interés público.

- Alineación de esfuerzos en materia tecnológica para la aplicación, optimización y transparencia de recursos en la gestión pública.

- Asegurar la rendición de cuentas en el uso de los recursos públicos. Para alcanzar este objetivo, se plantean las siguientes estrategias:

- Establecer un sistema de seguimiento y evaluación basado en indicadores, disponibles para toda la ciudadanía.

- Incorporar la contraloría social en las estructuras de participación social reconocidas en el marco legal de la planeación y la participación ciudadana en el estado de Jalisco (COPLADE, Subcomités Regionales y COPLADEMUN).

- Privilegiar el control preventivo más que el correctivo en las acciones de gobierno.

En este contexto para el Programa Estatal de Salud 2007 – 2013, la rendición de cuentas es un componente central, ya que, estimula la transparencia, legitima las labores de gobierno y promueve la participación ciudadana.

Con el fin de fortalecer las acciones de rendición de cuentas en el sector salud, la SSJ:

- Instruirá a todos los servidores públicos del sector para que faciliten las actividades de monitoreo ciudadano que están llevando a cabo las universidades, sindicatos, asociaciones de profesionales y organismos de la sociedad civil;

- Fortalecerá la estrategia de Aval Ciudadano que se implantó en la administración anterior, que ha facilitado la participación ciudadana y el escrutinio social en el campo de la salud;

- Promoverá la evaluación ciudadana de los servicios y trámites gubernamentales de alto impacto e interés social a través de encuestas y evaluaciones externas, y

- Fortalecerá las actividades de clasificación, manejo ordenado y eficiente de los documentos públicos, que son los insumos básicos de la rendición de cuentas.

- Establecerá mecanismos e instancias sensibles y eficaces de participación ciudadana en salud;

- Impulsará el mejoramiento y ampliación de las opciones para el acceso continuo de los ciudadanos a la información oficial en salud;

- Aprovechará las instancias existentes de participación ciudadana (COPLADE, COPLADEREG, COPLADEMUN, Red Jalisciense de Municipios Saludables, comités y consejos de salud, etc.);

- Vigilará la utilización exclusiva de los sistemas oficiales de información y evaluación en salud para la rendición de cuentas;

En esta materia, se plantean en el periodo 2007 – 2013 alcanzar las siguientes metas:

- Publicar y difundir informes periódicos sobre el desempeño de las unidades médicas y programas de salud.

- Publicar y difundir los resultados de las evaluaciones del desempeño del sistema sanitario estatal y de los programas prioritarios.

Además, cada año se presentará ante la ciudadanía el informe Rendición de Cuentas, que describirá el estado que guarda la salud de nuestra población y los resultados obtenidos por el sistema estatal e institucional de salud. Este informe está dirigido a nuestros representantes en el Congreso, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación y el público en general. Su distribución se hará en forma impresa, en forma de libro electrónico y a través de la página de la SSJ en Internet.



PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030

Anexos

Anexos

Anexo 1: Apéndice Estadístico

Apéndice estadístico "A": Características de la población en Jalisco por municipio, 2007

Municipio de residencia	Población (miles)			% Grupos de edad (años) 1/			Mujeres en edad fértil 2/	Índice de dependencia 3/	% Población		Tasa de Natalidad 4/	Mortalidad General
	Total	Hombres	Mujeres	0 - 14	15 - 64	65 y +			Abierta	Seguridad Social		
Jalisco	6,921	3,436	3,486	28.8	65.2	6.0	1,944,669	53.3	53.8	44.4	17.7	4.7
Acatic	21	10	10	32.4	61.4	6.2	5,543	83.0	71.3	25.4	20.9	3.9
Acatlán de Juárez	23	12	11	31.1	63.0	5.9	8,054	58.8	37.9	60.7	16.2	4.7
Ahualulco de Mercado	21	11	11	28.7	62.8	8.5	5,652	59.2	44.9	54.4	17.0	6.4
Amacueca	6	3	3	29.3	61.6	9.1	1,626	62.4	84.5	13.8	18.1	5.1
Amatitán	14	7	7	31.1	62.3	6.6	3,543	60.5	59.5	39.6	17.7	5.7
Ameca	59	29	30	26.9	65.0	8.2	16,397	53.9	54.0	44.5	16.3	5.4
San Juanito de Escobedo	9	5	5	29.7	61.2	9.1	2,308	63.3	62.8	36.1	18.7	4.9
Arandas	79	38	41	32.3	61.8	5.9	21,774	61.8	79.3	22.1	20.4	4.6
Arenal, El	16	8	8	31.0	62.8	6.1	4,238	59.2	56.2	42.2	18.2	5.7
Atemajac de Brizuela	6	3	3	35.5	57.5	7.0	1,530	74.0	90.1	8.2	22.0	5.4
Atengo	8	3	3	28.4	61.1	10.5	1,336	63.7	91.2	7.5	17.5	7.6
Atenguillo	5	2	2	26.4	61.7	11.9	1,191	62.0	84.7	13.4	12.6	8.9
Atotonilco El Alto	54	26	27	30.7	62.4	6.8	14,763	60.1	69.7	28.8	19.2	5.5
Atoyac	10	5	5	27.4	62.5	10.1	2,617	59.9	83.2	15.5	15.5	5.6
Autlán de Navarro	55	27	28	27.6	64.7	7.7	15,090	54.7	53.8	45.8	16.0	6.2
Ayotlán	38	19	20	32.3	61.1	6.6	10,414	63.5	88.3	11.8	19.3	4.6
Ayutla	14	7	7	29.9	60.4	9.7	3,413	65.5	77.2	17.5	16.8	5.6
Barca, La	57	28	30	28.6	64.0	7.4	16,330	56.3	74.5	24.3	19.1	6.0
Bolafios	6	3	3	36.5	55.2	5.2	1,421	81.1	63.6	25.5	24.0	4.0
Cabo Corrientes	10	6	5	30.9	61.0	8.1	2,460	64.1	77.0	21.2	16.4	5.2
Casimiro Castillo	24	12	12	30.3	62.6	7.1	6,257	58.7	50.2	48.0	16.3	4.7
Cihuatlán	37	19	18	30.6	63.7	5.7	9,595	57.1	69.1	28.8	17.9	5.0
Zapotlán El Grande	95	46	49	26.3	67.2	6.5	27,907	48.8	45.2	53.7	15.7	4.9
Cocula	28	13	14	26.9	63.8	9.3	7,733	56.8	64.2	34.1	16.3	6.2
Colotlán	18	9	10	29.6	62.0	8.4	5,033	61.3	72.8	25.7	17.7	5.1
Concepción de Buenos Aires	6	3	3	28.2	62.7	9.1	1,699	59.4	85.5	12.5	14.2	6.8
Cuautlán de García Barragán	17	9	8	33.6	59.0	7.2	4,048	69.4	83.1	15.1	21.4	5.4
Cuautla	2	1	1	27.9	60.5	11.6	659	65.4	96.3	11.5	18.2	7.7
Cuquilo	18	9	9	30.4	61.8	7.8	4,909	61.8	87.0	10.5	16.8	4.6
Chapala	50	25	25	27.5	63.6	9.0	13,413	57.3	63.5	34.1	15.4	6.2
Chimaltitán	4	2	2	33.7	58.7	9.6	971	76.3	90.8	9.1	19.8	4.8
Chiquilistlán	6	3	3	35.2	58.9	8.4	1,427	77.5	98.9	11.2	18.4	3.6
Degollado	21	10	11	31.9	61.1	7.0	5,813	63.7	84.8	14.1	20.1	4.2
Ejutla	2	1	1	25.8	62.0	12.2	581	61.4	86.8	11.0	11.8	4.1
Encarnación de Díaz	46	23	25	31.1	62.3	6.6	13,764	60.5	77.8	20.7	18.0	4.6
Etzatlán	19	9	9	29.6	62.1	8.3	4,911	61.0	68.2	30.0	17.9	6.7
Grullo, El	25	12	12	28.1	63.8	8.1	6,641	58.7	63.9	35.1	17.8	5.3
Guachinango	5	2	2	27.4	61.5	11.1	1,131	62.7	87.5	9.2	16.5	6.3
Guadalupe	1,613	788	825	24.5	68.8	6.8	481,381	45.4	43.5	55.3	17.9	5.9
Hostotipaquillo	9	5	4	31.5	60.4	8.1	2,244	65.7	86.6	10.8	19.0	4.7
Huejúcar	6	3	3	25.7	62.3	12.0	1,723	60.4	83.6	12.7	13.1	7.0
Huejuquilla El Alto	9	4	5	31.7	58.8	9.7	2,453	70.6	90.4	7.8	19.8	5.2
Huerta, La	25	13	12	31.1	61.8	7.1	6,433	61.8	74.6	23.2	18.1	4.4
Ixtlahuacán de los Membrillos	23	12	12	30.9	62.9	6.3	6,305	59.1	52.9	44.9	18.4	4.7
Ixtlahuacán del Río	19	9	10	30.8	61.8	7.4	5,331	61.9	83.8	14.4	17.9	4.4

(Continuación)

Municipio de residencia	Población (miles)			% Grupos de edad (años) 1/			Mujeres en edad fértil 2/	Índice de dependencia 3/	% Población		Tasa de Natalidad 4/	Mortalidad General
	Total	Hombres	Mujeres	0 - 14	15 - 64	65 y +			Abierta	Seguridad Social		
Jaloostotitlán	29	14	15	32.1	60.8	7.1	7,784	64.8	75.9	22.7	20.0	4.8
Jamay	24	12	12	29.7	63.6	6.6	6,304	57.2	64.0	35.0	18.0	4.3
Jesús María	21	10	11	33.1	59.6	7.3	5,662	67.6	81.3	16.7	17.5	4.6
Jilotlán de los Dolores	12	6	6	32.5	60.9	6.6	2,985	64.2	93.3	4.0	16.1	2.6
Jocotepec	40	20	20	31.3	61.3	7.4	10,386	63.1	71.4	27.0	18.5	5.2
Juanacatlán	13	7	6	29.8	63.9	6.3	3,438	56.6	39.3	59.9	18.0	3.8
Juchitán	6	3	3	26.8	62.2	11.0	1,730	60.8	81.8	15.8	17.0	5.3
Lagos de Moreno	132	65	66	32.8	61.9	5.6	38,158	61.7	58.9	40.2	19.9	4.6
Limón, El	6	3	3	23.2	63.3	13.5	1,550	57.9	69.1	29.0	14.2	9.0
Magdalena	19	10	10	32.6	60.3	7.2	5,075	65.9	71.6	27.1	18.5	5.1
Santa María del Oro	3	2	1	31.0	59.9	9.1	729	66.9	90.8	3.3	12.3	3.1
La Manzanilla de la Paz	4	2	2	28.6	62.2	9.3	1,079	60.9	83.7	14.5	14.8	7.4
Mascota	15	7	7	27.9	61.5	10.6	3,756	62.7	75.2	22.7	15.4	5.8
Mazamitla	11	5	6	29.1	63.6	7.2	3,051	57.1	76.6	20.1	17.1	6.3
Mexicacán	7	3	4	27.6	62.1	10.2	2,008	61.0	91.8	5.3	13.1	7.1
Mezquic	16	8	8	40.6	52.9	6.5	3,655	88.9	90.1	7.7	30.2	3.1
Mixtlán	4	2	2	27.6	62.3	10.1	1,049	60.6	90.0	7.8	14.2	4.3
Ocotlán	92	48	46	28.6	65.6	5.8	26,037	52.5	39.5	59.9	17.7	4.7
Ojuelos de Jalisco	29	14	15	36.9	56.6	6.5	7,146	76.7	83.0	16.2	24.4	3.4
Pihuamo	14	7	7	28.8	62.6	8.6	3,558	59.7	74.0	24.2	14.6	6.6
Poncitlán	47	23	23	34.4	59.4	6.2	11,619	68.3	64.9	33.7	20.1	4.3
Puerto Vallarta	229	117	112	29.1	66.9	4.0	64,329	49.6	45.3	50.6	17.0	3.6
Villa Purificación	13	7	7	33.1	58.1	8.8	3,167	72.2	86.7	11.3	15.6	5.5
Quitupan	11	5	6	28.1	63.0	8.8	3,157	58.7	93.6	3.5	17.7	5.6
Salto, El	109	56	53	33.9	62.2	3.9	28,496	60.8	40.7	57.6	18.5	4.0
San Cristóbal de la Barranca	4	2	2	33.8	59.6	6.5	1,177	67.7	92.2	5.3	15.8	1.8
San Diego de Alejandría	7	3	3	31.7	60.9	7.5	1,832	64.3	78.3	20.8	20.6	4.1
San Juan de los Lagos	59	29	30	31.6	62.7	5.8	16,129	59.6	76.8	22.2	20.5	4.4
San Julián	15	7	8	31.2	62.1	6.6	4,456	60.9	81.6	17.4	15.5	4.7
San Marcos	3	2	2	29.4	61.4	9.1	860	62.8	72.0	24.6	19.5	7.6
San Martín de Bolaños	5	2	2	30.9	60.2	8.9	1,078	66.1	69.7	26.9	15.4	5.1
San Martín de Hidalgo	27	13	14	26.2	64.2	9.6	7,393	55.7	64.9	33.1	16.0	5.9
San Miguel El Alto	28	14	15	31.5	61.9	6.6	7,958	61.6	71.5	27.0	19.4	5.9
Gómez Farías	13	7	7	29.8	63.1	7.1	3,681	58.5	67.5	30.2	17.7	6.0
San Sebastián del Oeste	6	3	3	31.3	59.6	9.1	1,553	67.8	89.2	8.2	16.7	4.2
Santa María de los Angeles	4	2	2	27.9	59.6	12.4	1,158	67.3	92.0	5.9	17.3	6.0
Sayula	33	16	17	28.9	64.2	6.9	9,332	55.8	61.5	37.0	17.9	5.9
Tala	57	29	29	29.3	63.9	6.7	15,648	56.4	39.9	58.4	18.8	6.5
Talpa de Allende	15	8	7	32.4	59.6	8.0	3,836	67.8	81.9	15.2	18.8	5.5
Tamazula de Gordiano	43	21	22	27.4	64.0	8.6	11,827	56.3	53.3	44.6	15.8	6.2
Tapalpa	17	8	8	34.2	59.8	6.0	4,251	67.2	81.5	16.7	18.3	5.5
Tecalitlán	19	9	10	29.8	62.3	8.0	5,051	60.6	71.4	26.9	16.5	5.1
Tecolotlán	17	9	9	27.7	62.6	9.7	4,563	59.7	72.9	25.7	15.8	6.6
Techaluta de Montenegro	3	2	2	28.3	62.1	9.6	883	61.1	88.0	10.2	18.9	6.1
Tenamaxtlán	8	4	4	27.4	61.1	11.5	1,970	63.6	77.3	21.3	13.6	7.5
Teocaltiche	39	19	20	30.0	62.2	7.8	11,025	60.8	81.8	16.0	19.0	6.0
Teocuitatlán de Corona	12	6	6	25.5	63.5	11.0	3,226	57.5	85.1	13.1	15.6	7.1

(Continuación)

Municipio de residencia	Población (miles)			% Grupos de edad (años) 1/			Mujeres en edad fértil 2/	Índice de dependencia 3/	% Población		Tasa de Natalidad 4/	Mortalidad General
	Total	Hombres	Mujeres	0 - 14	15 - 64	65 y +			Abierta	Seguridad Social		
Tepatitlán de Morelos	129	63	66	31.3	62.6	6.1	35,577	59.8	57.3	41.0	19.5	4.9
Tequila	39	20	19	32.8	61.3	5.9	10,010	63.2	61.7	35.9	20.2	4.8
Teuchitlán	8	4	4	27.5	63.6	9.0	2,330	57.3	49.0	49.5	18.6	5.8
Tizapán El Alto	20	10	10	30.0	61.8	8.1	5,388	61.7	84.9	12.4	17.4	5.4
Tlaxiaco de Zúñiga	154	78	76	32.4	62.7	5.0	40,933	59.6	54.2	43.1	18.2	4.4
Tlaquepaque	562	283	279	31.1	64.7	4.2	155,163	54.6	43.4	55.4	18.7	3.7
Tolimán	9	5	6	31.6	60.0	8.2	2,300	66.8	68.3	10.3	19.9	5.3
Tomatlán	37	19	18	33.0	60.7	6.3	8,981	64.6	76.2	21.6	18.7	4.4
Tonalá	445	229	216	32.7	63.7	3.5	117,803	56.9	53.4	45.6	17.2	2.8
Tonaya	6	3	3	23.8	65.4	10.8	1,605	53.0	82.1	15.8	13.7	7.3
Tonila	8	4	4	26.4	64.6	8.7	2,180	54.2	48.1	50.9	16.1	5.0
Totatiche	5	3	3	25.1	60.8	14.1	1,271	64.4	67.4	9.7	12.4	10.4
Tototlán	21	10	11	29.8	63.0	7.2	5,896	58.7	72.3	26.7	19.1	5.9
Tuxcacuesco	4	2	2	25.8	63.6	10.6	1,058	57.2	64.7	14.1	16.4	6.3
Tuxcueca	6	3	3	28.8	61.5	9.7	1,670	62.5	77.4	20.4	15.8	6.4
Tuxpan	36	17	18	28.5	64.0	7.5	9,831	56.2	59.2	40.0	16.2	6.0
Unión de San Antonio	16	8	9	31.6	61.0	7.3	4,516	63.9	81.3	17.1	19.3	5.2
Unión de Tula	14	7	7	27.6	62.4	10.0	3,901	60.3	74.3	24.5	13.2	5.9
Valle de Guadalupe	6	3	3	28.8	62.9	8.3	1,726	59.0	73.5	24.6	15.5	4.8
Valle de Juárez	6	3	3	27.0	64.1	8.9	1,607	56.0	90.6	6.7	17.7	6.3
San Gabriel	14	7	7	28.3	62.7	9.0	3,819	59.5	81.2	17.6	16.0	6.1
Villa Corona	16	8	8	27.8	63.3	8.9	4,355	57.9	58.2	40.0	15.1	5.3
Villa Guerrero	6	3	3	29.0	58.2	12.8	1,430	71.9	87.0	10.4	19.9	8.1
Villa Hidalgo	18	9	9	32.0	62.1	5.9	4,906	61.1	88.8	8.6	16.7	2.6
Cañadas de Obregón	5	2	2	25.1	63.4	11.5	1,370	57.8	66.4	9.4	11.2	5.7
Yahualica de González Gallo	25	12	13	26.4	63.8	9.8	7,157	56.8	79.3	18.2	14.6	6.3
Zacoalco de Torres	27	13	14	28.4	62.2	9.5	7,045	60.9	74.1	24.0	16.9	6.3
Zapopan	1,185	589	596	27.8	67.5	4.6	347,013	48.0	45.3	52.1	16.6	3.4
Zapotitlán	31	15	16	28.1	64.3	7.5	8,722	55.5	55.2	43.8	16.1	5.7
Zapotitlán de Vadillo	7	3	3	31.9	58.4	9.8	1,692	71.4	79.0	17.5	19.2	6.6
Zapotlán del Rey	17	8	8	30.2	62.5	7.3	4,522	60.0	77.3	21.3	17.6	6.4
Zapotlanejo	60	29	30	31.9	62.0	6.0	16,244	61.2	77.7	20.7	18.3	4.1

1 / no incluye edad no especificada

2 / Mujeres de 15 a 49 años

3 / Se refiere a la población en edad inactiva (menores de 15 y 65 y más años) entre la población en edad productiva (15 a 64 años)

4 / Tasa por 1000 habitantes

Fuente: CONAPO / POBLACION CALCULADA SEGÚN CONAPO CON DATOS DEL CENSO 2000

Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. CUBOS (SINAIS)

Apéndice estadístico “B”: Características de la población en Jalisco por región COPLADE, 2007

Región COPLADE	Población (miles)			% Grupos de edad (años) 1/			Mujeres en edad fértil 2/	Índice de dependencia 3//	% Población		Tasa de Natalidad 4/	Mortalidad General
	Total	Hombres	Mujeres	0 - 14	15 - 64	65 y +			Abierta	Seguridad Social		
NORTE	79	39	41	32.3	58.5	9.2	20193	71.0	82.2	14.9	20.3	5.4
ALTOS NORTE	349	170	177	32.2	61.6	6.2	95474	62.3	72.0	26.7	19.9	4.5
ALTOS SUR	365	176	188	31.2	62.0	6.7	101015	61.2	70.0	26.2	16.9	5.0
CIENEGA	487	240	246	30.2	62.8	7.0	132535	59.2	66.4	32.2	18.4	5.2
SURESTE	129	63	66	28.7	63.0	8.3	34743	58.8	72.4	25.2	16.0	5.7
SUR	327	160	166	26.3	64.1	7.6	90642	56.1	62.7	36.0	16.7	5.6
SIERRA DE AMULA	100	50	50	27.6	62.5	9.9	26365	60.0	74.8	23.8	15.8	6.2
COSTA SUR	171	87	85	30.2	62.7	7.1	44590	59.6	65.2	33.3	17.3	5.3
COSTA NORTE	276	142	135	29.7	65.8	4.5	75770	51.9	50.6	45.6	17.2	3.7
SIERRA OCCIDENTAL	98	32	31	29.5	60.7	9.8	16388	64.8	81.4	15.5	16.1	5.8
VALLES	328	165	166	29.2	63.1	7.7	88342	58.5	57.0	41.3	17.8	5.8
CENTRO	439	222	217	32.2	62.4	5.4	117242	60.1	55.8	42.1	17.9	4.3
ZONA CONURBADA	3,805	1,889	1,916	27.5	67.2	5.3	1101360	48.8	45.2	53.2	17.5	4.5
CENTRO (TOTAL)	4,244	2,111	2,133	27.9	66.7	5.3	1218602	49.9	46.3	52.0	17.6	4.4

1 / no incluye edad no especificada

2 / Mujeres de 15 a 49 años

3 / Se refiere a la población en edad inactiva (menores de 15 y 65 y más años) entre la población en edad productiva (15 a 64 años)

4 / Tasa por 1000 habitantes

Fuente: CONAPO / POBLACION CALCULADA SEGÚN CONAPO CON DATOS DEL CENSO 2000

Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. CUBOS (SINAIS)



Apéndice Estadístico 1
Secretaría de Salud Jalisco
Mortalidad General Mortalidad por Enfermedades del Rezago, Emergentes
y Lesiones, según grupo de edad. Jalisco 2006 *.

Grupo de edad	Transmisibles, nutricionales y de la reproducción (Rezago) 1/		No transmisibles (Emergentes) 2/		Lesiones 3/		Total General	
	Def.	Tasa ^{a/}	Def.	Tasa ^{a/}	Def.	Tasa ^{a/}	Def.	Tasa ^{a/}
Jalisco	4 212	61.32	25 027	364.37	3 136	45.66	32 632	475.09
Menores de 1 año ^{b/}	985	795.02	564	455.22	104	83.94	1666	1344.67
1 a 4 años	75	14.53	147	28.48	115	22.28	338	65.48
5 a 9 años	19	2.81	81	11.97	80	11.82	180	26.60
10 a 14 años	13	1.85	119	16.94	76	10.82	211	30.04
15 a 19 años	34	4.72	212	29.46	251	34.88	499	69.35
20 a 24 años	50	7.42	240	35.61	323	47.92	614	91.09
25 a 29 años	80	12.98	227	36.84	315	51.12	626	101.80
30 a 34 años	123	21.88	347	61.74	287	51.06	757	134.69
35 a 39 años	112	23.14	472	97.54	230	47.53	817	168.83
40 a 44 años	121	29.83	634	156.28	217	53.49	974	240.09
45 a 49 años	129	38.95	941	284.12	162	48.91	1235	372.88
50 a 54 años	137	51.00	1238	460.89	147	54.73	1526	568.10
55 a 59 años	107	50.35	1650	776.38	143	67.29	1901	894.48
60 a 64 años	139	81.56	2088	1225.19	107	62.78	2340	1373.05
65 a 69 años	172	129.95	2291	1730.96	107	80.84	2576	1946.30
70 a 74 años	209	208.95	2751	2750.39	102	101.98	3071	3070.32
75 a 79 años	276	377.95	2881	3945.22	77	105.44	3248	4447.79
80 a 84 años	383	731.94	3070	6190.26	95	191.56	3554	7166.19
85 y mas años	1066	2231.90	5064	10602.57	185	387.34	6474	13554.71
No especificado	2	-	10	-	13	-	25	-
65 y mas años	2088	517.93	18057	3986.77	566	140.53	18923	4698.37
% 65 años y más	11.02		84.85		2.99		100.00	
%	6.4		49.2		1.7		58.0	

a / Tasa por 100,000 habitantes

b / Tasa por 100,000 nacimientos estimados según CONAPO

1 / Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, muertes maternas, perinatales y deficiencias nutricionales A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D64 (CIE 10a revisión) 2/ C00-D48, D65-D89, E03-E34, E51-F99, G06-H61, H68-I99, J30-N64, N75-M99, Q00-Q99 (CIE 10a revisión) 3/ V01-Y89 (CIE 10a revisión)

* Información Preliminar

% en relación al total de Defunciones

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

Proyección de Población por Entidad Federativa, 2000-2010 según CONAPO



Apéndice Estadístico 2
Secretaría de Salud Jalisco
Mortalidad Infantil. Jalisco 1950-2006

Año	Defunción	Tasa
1950	8940	107.7
1960	10061	90.6
1970	11551	75.9
1980	6704	40.4
1990 ⁽¹⁾	4159	23.2
2000 ⁽¹⁾	2326	16.7
2006 ⁽¹⁾	1666	13.4

Tasa por 1,000 N. V .R. (nacidos vivos registrados)

(1) Tasa por 1,000 Nacimientos esperados

Fuente: Secretaría de Salud / Compendio Histórico Estadísticas Vitales 1893-1993

CUOS, / Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística.



Apéndice Estadístico 3
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad Infantil (menores de 1 año). Jalisco 2006 *

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	1,666	1344.7	100.0
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96	796	642.5	47.8
2	Anomalías congénitas	Q00-Q99	440	355.1	26.4
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	88	71.0	5.3
4	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	38	30.7	2.3
5	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	10	8.1	0.6
6	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	9	7.3	0.5
7	Nefritis y nefrosis	N00-N19	6	4.8	0.4
8	Meningitis	A39, G00, G03	4	3.2	0.2
9	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	4	3.2	0.2
10	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	I30-I33, I38, I40, I42	4	3.2	0.2
11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	4	3.2	0.2
12	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	4	3.2	0.2
13	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06	3	2.4	0.2
14	Anemia	D50-D64	3	2.4	0.2
15	Leucemia	C91-C95	3	2.4	0.2
16	Caídas accidentales	W00-W19	3	2.4	0.2
17	Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74	3	2.4	0.2
18	Epilepsia	G40-G41	2	1.6	0.1
19	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	2	1.6	0.1
20	Asma	J45-J46	2	1.6	0.1
	Causas mal Definidas	R00-R99	13	10.5	0.8
	Las demás causas		225	181.6	13.5

(1) Tasa por 100,000 Nacimientos esperados

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA/ (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD.

Nacimientos según Estimaciones del Consejo Nacional de Población

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003 / D. G. I. S. S. S. A (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

* INFORMACION PRELIMINAR

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística.

Apéndice Estadístico 4
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad Preescolar (1a 4 años). Jalisco 2006 * Total

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	338	65.5	100.0
1	Anomalías congénitas	Q00-Q99	52	10.1	15.4
2	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (1, 9), V09 2-V09.3, V09 9, V12-V14 (3- 9), V19 4-V19 6, V20-V28 (3- 9), V29-V79 (4- 9), V80 3-V80 5, V81 1, V82 1, V83-V86 (0- 3), V87 0-V87 8, V89 2, V89 9, Y85 0	41	7.9	12.1
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	21	4.1	6.2
4	Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74	21	4.1	6.2
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	18	3.5	5.3
6	Leucemia	C91-C95	14	2.7	4.1
7	Caidas accidentales	W00-W19	7	1.4	2.1
8	Nefritis y nefrosis	N00-N19	6	1.2	1.8
9	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	6	1.2	1.8
10	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	5	1.0	1.5
11	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	4	0.8	1.2
12	Meningitis	A39, G00, G03	3	0.6	0.9
13	Epilepsia	G40-G41	3	0.6	0.9
14	Exposición al fuego, humo y llamas	X00-X09	3	0.6	0.9
15	Anemia	D50-D64	2	0.4	0.6
16	Enfermedad cardíaca reumática	I01-I09	2	0.4	0.6
17	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	I30-I33, I38, I40, I42	2	0.4	0.6
18	Envenenamiento accidental	X40-X49	2	0.4	0.6
19	VIH/SIDA	B20-B24	1	0.2	0.3
20	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06	1	0.2	0.3
	Causas mal Definidas	R00-R99	1	0.2	0.3
	Las demás causas		123	23.8	36.4

(1) Tasa por 100,000 habitantes 1 a 4 años

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA/ (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000.

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003 /D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

* INFORMACION PRELIMINAR



Apéndice Estadístico 5
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad Escolar (5 a 14 años). Jalisco 2006 *

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	391	28.4	100.0
1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (1, 9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3-9), V29-V79 (4-9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	79	5.7	20.2
2	Leucemia	C91-C95	36	2.6	9.2
3	Nefritis y nefrosis	N00-N19	23	1.7	5.9
4	Anomalías congénitas	Q00-Q99	22	1.6	5.6
5	Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74	17	1.2	4.3
6	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	13	0.9	3.3
7	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X80-X84, Y87.0	11	0.8	2.8
8	Caidas accidentales	W00-W19	9	0.7	2.3
9	Epilepsia	G40-G41	6	0.4	1.5
10	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	6	0.4	1.5
11	Anemia	D50-D64	4	0.3	1.0
12	Linfomas y mieloma múltiple	C81-C90	4	0.3	1.0
13	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	4	0.3	1.0
14	Desnutrición calórico proteica	E40-E46	3	0.2	0.8
15	Diabetes mellitus	E10-E14	3	0.2	0.8
16	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	3	0.2	0.8
17	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	I30-I33, I38, I40, I42	3	0.2	0.8
18	Envenenamiento accidental	X40-X49	3	0.2	0.8
19	Enfermedades hipertensivas	I10-I15	2	0.1	0.5
20	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	2	0.1	0.5
	Causas mal Definidas	R00-R99	3	0.2	0.8
	Las demás causas		135	9.8	34.5

(1) Tasa por 100,000 habitantes 5 a 14 años

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003/ D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

*** INFORMACION PRELIMINAR**

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística.

Apéndice Estadístico 6
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad en edad Productiva (15 a 64 años). Jalisco. 2006 *

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	11,289	254.0	100.0
1	Diabetes mellitus	E10-E14	1547	34.8	13.7
2	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (1, 9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3- 9), V19.4-V19.6, V20-V26 (3- 9), V29-V79 (4- 9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0- 3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	983	22.1	8.7
3	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	909	20.5	8.1
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	871	19.6	7.7
5	Nefritis y nefrosis	N00-N19	377	8.5	3.3
6	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	375	8.4	3.3
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	353	7.9	3.1
8	Tumor maligno de la mama	C50	296	6.7	2.6
9	VIH/SIDA	B20-B24	277	6.2	2.5
10	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	271	6.1	2.4
11	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X80-X84, Y87.0	270	6.1	2.4
12	Enfermedades hipertensivas	I10-I15	201	4.5	1.8
13	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	167	3.8	1.5
14	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	150	3.4	1.3
15	Tumor maligno del cuello del útero	C53	143	3.2	1.3
16	Uso de alcohol	F10, G31.2	137	3.1	1.2
17	Leucemia	C81-C85	135	3.0	1.2
18	Caldas accidentales	W00-W19	118	2.7	1.0
19	Tumor maligno del estómago	C16	113	2.5	1.0
20	Tumor maligno del colon y recto	C18-C21	106	2.4	0.9
	Causas mal Definidas	R00-R99	26	2.4	0.9
	Las demás causas		3,464	77.9	30.7

(1) Tasa por 100,000 habitantes 15 a 64 años

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA/ (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003/D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

* INFORMACION PRELIMINAR

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística.



Apéndice Estadístico 7
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad en edad Posproductiva (65 y mas años). Jalisco. 2006*

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	18,923	4698.4	100.0
1	Diabetes mellitus	E10-E14	2799	695.0	14.8
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	2728	677.3	14.4
3	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	1361	337.9	7.2
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	1240	307.9	6.6
5	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	1084	269.1	5.7
6	Enfermedades hipertensivas	I10-I15	717	178.0	3.8
7	Nefritis y nefrosis	N00-N19	550	136.6	2.9
8	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	465	115.5	2.5
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	452	112.2	2.4
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	413	102.5	2.2
11	Tumor maligno de la próstata	C61	405	100.6	2.1
12	Tumor maligno del estómago	C16	208	51.6	1.1
13	Úlcera péptica	K25-K27	203	50.4	1.1
14	Tumor maligno del hígado	C22	195	48.4	1.0
15	Tumor maligno del páncreas	C25	178	44.2	0.9
16	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	168	41.7	0.9
17	Tumor maligno del colon y recto	C18-C21	153	38.0	0.8
18	Caidas accidentales	W00-W19	152	37.7	0.8
19	Tumor maligno de la mama	C50	143	35.5	0.8
20	Anemia	D50-D64	109	27.1	0.6
	Causas mal Definidas	R00-R99	214	53.1	1.1
	Las demás causas		4,986	1238.0	26.3

(1) Tasa por 100,000 habitantes 65 y más años

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA /(SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003 / D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

* INFORMACION PRELIMINAR

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística

Apéndice Estadístico 8
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad General. Jalisco. 2006*

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	32,632	475.1	100.0
1	Diabetes mellitus	E10-E14	4350	63.3	13.3
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	3542	53.0	11.2
3	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	1743	25.4	5.3
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	1479	21.5	4.5
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	1415	20.6	4.3
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	1329	19.3	4.1
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (1, 5), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3-9), V29-V79 (4-9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	1285	18.7	3.9
8	Nefritis y nefrosis	N00-N19	962	14.0	2.9
9	Enfermedades hipertensivas	I10-I15	922	13.4	2.8
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96	796	11.6	2.4
11	Anomalías congénitas	Q00-Q99	596	8.7	1.8
12	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	564	8.2	1.7
13	Desnutrición calórico proteica	E40-E46	534	7.8	1.6
14	Tumor maligno de la próstata	C61	444	6.5	1.4
15	Tumor maligno de la mama	C50	440	6.4	1.3
16	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	399	5.8	1.2
17	Tumor maligno del estómago	C16	321	4.7	1.0
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84, Y87.0	307	4.5	0.9
19	Caidas accidentales	W00-W19	294	4.3	0.9
20	VIH/SIDA	B20-B24	287	4.2	0.9
	Causas mal Definidas	R00-R99	257	3.7	0.8
	Las demás causas		10,266	149.5	31.5

(1) Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003 / D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

*INFORMACION PRELIMINAR

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Apéndice Estadístico 9
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad. Sexo Masculino. 2006 *

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
Total		A00-Y98	17,606	516.3	100.0
1	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	2055	60.3	11.7
2	Diabetes mellitus	E10-E14	2040	59.8	11.6
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	1015	29.8	5.8
4	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (1, 9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3- 9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3- 9), V29-V79 (4- 9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0- 3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	997	29.2	5.7
5	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	808	23.7	4.6
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	803	23.5	4.6
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	762	22.3	4.3
8	Nefritis y nefrosis	N00-N19	520	15.2	3.0
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96	452	13.3	2.6
10	Tumor maligno de la próstata	C61	443	13.0	2.5
11	Enfermedades hipertensivas	I10-I15	399	11.7	2.3
12	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	383	10.6	2.1
13	Agresiones (homicidios)	C81	345	10.1	2.0
14	Anomalías congénitas	Q00-Q99	335	9.8	1.9
15	Desnutrición calórico proteica	E40-E46	251	7.4	1.4
16	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X80-X84, Y87.0	250	7.3	1.4
17	VIH/SIDA	B20-B24	249	7.3	1.4
18	Caidas accidentales	W00-W19	198	5.8	1.1
19	Uso de alcohol	F10, G31.2	179	5.2	1.0
20	Tumor maligno del estómago	C16	170	5.0	1.0
	Causas mal Definidas	R00-R99	118	3.5	0.7
	Las demás causas		4,854	142.3	27.6

(1) Tasa por 100,000 habitantes hombres

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003 / D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

* INFORMACION PRELIMINAR

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística

Apéndice Estadístico 10
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Mortalidad. Sexo Femenino. 2006 *

Orden	Causa	Clave C. I. E. 10a. Rev.	Defunciones	Tasa (1)	%
	Total	A00-Y98	14,993	433.5	100.0
1	Diabetes mellitus	E10-E14	2307	66.7	15.4
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	1563	45.8	10.6
3	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	834	27.0	6.2
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	714	20.6	4.8
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J40-J44, J67	611	17.7	4.1
6	Enfermedades hipertensivas	I10-I15	523	15.1	3.5
7	Nefritis y nefrosis	N00-N19	441	12.8	2.9
8	Tumor maligno de la mama	C50	430	12.4	2.9
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96	342	9.9	2.3
10	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	313	9.0	2.1
11	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (1, 9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3-9), V19.4-V19.6, V20-V26 (3-9), V29-V79 (4-9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0-3), V87.0-V87.6, V89.2, V89.9, Y85.0	287	8.3	1.9
12	Desnutrición calórico proteica	E40-E46	263	8.2	1.9
13	Anomalías congénitas	Q00-Q99	257	7.4	1.7
14	Tumor maligno del cuello del útero	C53	245	7.1	1.6
15	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	C33-C34	200	5.8	1.3
16	Tumor maligno del hígado	C22	157	4.5	1.0
17	Tumor maligno del estómago	C16	151	4.4	1.0
18	Úlcera péptica	K25-K27	132	3.8	0.9
19	Leucemia	C91-C95	129	3.7	0.9
20	Tumor maligno del colon y recto	C18-C21	128	3.7	0.9
	Causas mal Definidas	R00-R99	139	4.0	0.9
	Las demás causas		4,687	135.5	31.3

(1) Tasa por 100,000 habitantes Mujeres

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas, En base a acuerdo de 2003 / D. G. I. S. S. A. (Dirección General de Información en Salud, SSA.)

* INFORMACION PRELIMINAR

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Apéndice Estadístico 11
Secretaría de Salud Jalisco
Tasa de Mortalidad, Promedio de edad a la muerte, años potenciales de vida perdidos
Mortalidad General y por Enfermedades Crónico- Degenerativas. Jalisco, 1990, 2000, 2006

Concepto	General			Diabetes Mellitus			Enfermedades Cerebrovasculares			Cirrosis y Otras Enf. Crónicas del Hígado		
	000-E999	A00-Y98	250	E10-E14	430-438	I60-I69	571	K70,K72.1,K73,K74,K76				
	Años			Años			Años			Años		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Total Defunciones	30,091	30,939	32,632	1,893	3,249	4,350	1,515	1,828	1,743	1,048	1,444	1,329
Tasa X 100,000 Hab.	5.41	4.76	4.75	34.03	49.95	63.33	27.23	28.10	25.38	18.84	22.20	19.35
Promedio Edad a la Muerte	51.94	59.75	62.65	67.04	68.48	69.21	71.70	73.49	74.43	54.78	56.01	57.87
Promedio Edad Muerte Temprana	32.63	40.38	43.69	57.33	58.01	58.68	53.36	54.03	55.18	49.68	50.39	51.65
Años Potenciales de Vida Perdidos Total 1/	664231.5	476907.0	427753.0	12732.0	19825.5	24132.5	8236.5	8558.0	7438.5	17026.0	22212.5	18630.0
APVP Por Persona Promedio 2/	37.37	29.62	26.31	12.67	11.99	11.32	16.64	15.97	14.82	20.32	19.61	18.35
% Def. en 70 y más Años	40.17	47.52	51.83	46.38	48.97	50.99	66.67	70.62	71.20	19.37	21.12	23.63
% del Total de Def.	100.00	100.00	100.00	6.29	10.50	13.33	5.03	5.91	5.34	3.48	4.67	4.07

CLAVE: CIE 9na. REV. LISTA DETALLADA, CIE 10ma. Rev. Lista Detallada

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud./ Dirección General de Información en Salud.

(CUBOS) INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD “

1 / Es la suma de los años de vida potencial perdidos por cada una de las causas de defunciones

2 / Se refiere a los años que deja de vivir una persona en el momento de su muerte, representa el complemento en años respecto a la edad promedio a la muerte temprana, es decir, la suma de ambas columnas nos da la edad límite superior considerada, como esperanza de vida promedio (70 años)

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística

Apéndice Estadístico 12
Secretaría de Salud Jalisco
Tasa de Mortalidad, Promedio de edad a la muerte, años potenciales de vida perdidos por
Enfermedades del corazón. Jalisco, 1990, 2000, 2006

Concepto	Enfermedades del Corazón			Enfermedades Isquémicas del Corazón			Infarto Agudo al Miocardio			Enfermedades Hipertensivas		
	390-429 excepto 427			100-151 excepto 146			410			401-405		
	Años			Años			Años			Años		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Total Defunciones	4,371	5,071	5,755	2,419	3,272	3,642	1,887	2,658	3,171	454	706	922
Tasa X 100,000 Hab.	78.57	77.96	83.79	43.46	50.30	53.02	33.92	40.86	46.17	8.16	10.85	13.42
Promedio Edad a la Muerte	71.34	73.05	73.05	71.58	73.58	73.50	70.29	72.58	72.93	72.44	73.56	73.32
Promedio Edad Muerte Temprana	54.00	55.49	54.40	56.65	57.81	56.79	56.22	57.55	56.26	55.85	54.07	51.96
Años Potenciales de Vida Perdidos Total 1/	24712.5	23827.5	29468.0	12184.5	12957.5	16257.0	10732.5	11675.0	15317.0	2235.0	3457.0	4889.5
APVP Por Persona Promedio 2/	16.00	14.51	15.60	13.35	12.19	13.21	13.78	12.45	13.74	14.15	15.93	18.04
% Def. en 70 y más Años	63.94	67.26	67.09	61.72	67.36	66.09	58.13	64.22	64.71	64.76	69.12	70.50
% del Total de Def.	14.53	16.39	17.64	8.04	10.56	11.16	6.27	8.59	9.72	1.51	2.26	2.83

CLAVE: CIE 9na. REV. LISTA DETALLADA, CIE 10ma. Rev. Lista Detallada

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud./ Dirección General de Información en Salud.

(CUBOS) INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD “

1 / Es la suma de los años de vida potencial perdidos por cada una de las causas de defunciones

2 / Se refiere a los años que deja de vivir una persona en el momento de su muerte, representa el complemento en años respecto a la edad promedio a la muerte temprana, es decir, la suma de ambas columnas nos da la edad límite superior considerada, como esperanza de vida promedio (70 años)

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Apéndice Estadístico 13
Secretaría de Salud Jalisco
Tasa de Mortalidad, Promedio de edad a la muerte, años potenciales de vida perdidos
por Tumores Malignos. Jalisco, 1990, 2000, 2006

Concepto	Tumores Malignos			Tumor Maligno de la Tráquea, bronquios y Pulmón			Tumor Maligno de la mama*			Tumor Maligno del Cuello del Útero			Tumor Maligno de la Próstata		
	140-208		C00-C97	162	C33-C34		174	C50		180	C53		185	C61	
	Años			Años			Años			Años			Años		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Total Defunciones	3,328	4,216	4,729	467	564	564	196	293	440	321	340	245	226	361	444
Tasa X 100,000 Hab.	59.82	54.81	68.85	8.39	8.52	8.21	3.52	4.50	6.41	11.41	10.40	3.57	8.22	11.16	6.46
Promedio Edad a la Muerte	62.68	64.69	65.55	68.75	70.06	70.94	57.28	56.75	58.73	60.08	61.10	61.03	75.94	77.45	78.39
Promedio Edad Muerte Temprana	49.82	51.06	52.05	56.05	56.19	60.02	50.28	52.50	51.27	52.35	52.95	60.02	62.23	63.01	64.08
Años Potenciales de Vida Perdidos Total 1/	37220.5	41670.5	43764.5	2725.0	2622.5	2375.0	2840.0	3902.5	6012.5	4010.0	3990.0	2375.0	427.5	482.5	517.5
APVP Por Persona Promedio 2/	20.18	18.94	17.95	11.95	11.51	9.98	15.72	17.50	18.73	17.74	17.05	9.98	7.77	6.99	5.95
% Def. en 70 y más Años	44.11	47.65	48.36	51.18	55.66	57.62	26.02	23.69	26.82	29.28	31.18	29.80	75.22	80.51	80.41
% del Total de Def.	11.05	13.63	14.48	1.55	1.79	1.73	0.65	0.95	1.38	1.07	1.10	0.76	0.75	1.17	1.36

CLAVE: CIE 9na. REV.LISTA DETALLADA, CIE 10ma. Rev. Lista Detallada

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud./ Dirección General de Información en Salud.

(CUBOS) INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD "

1 / Es la suma de los años de vida potencial perdidos por cada una de las causas de defunciones

2 / Se refiere a los años que deja de vivir una persona en el momento de su muerte, representa el complemento en años respecto a la edad promedio a la muerte temprana, es decir, la suma de ambas columnas nos da la edad límite superior considerada, como esperanza de vida promedio (70 años)

*** incluye defunciones masculinas**

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística

Apéndice Estadístico 14
Secretaría de Salud Jalisco
Tasa de Mortalidad, Promedio de edad a la muerte, años potenciales de vida perdidos.
Mortalidad General y por Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Infecciosas Intestinales,
en Menores de 5 años Jalisco, 1990, 2000, 2006

Concepto	Total de Defunciones en Menores de 5 años			Infecciones Respiratorias Agudas a/			Enfermedades Infecciosas Intestinales a/		
				460-466, 480-487	J00-J06, J20-J22, J10-J18		000-009	A00-A09	
	Años			Años			Años		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Total Defunciones	5,183	2,756	2,004	668	126	113	613	118	56
Tasa X 100,000 Hab.	6.52	3.90	3.12	84.08	17.81	17.59	77.15	16.68	8.72
Promedio Edad a la Muerte	0.99	0.89	0.92	0.92	0.98	0.99	0.96	1.03	1.30
Promedio Edad Muerte Temprana	0.99	0.89	0.92	0.92	0.98	0.99	0.96	1.03	1.30
Años Potenciales de Vida Perdidos Total ^{1/}	357658.5	190467.0	138433.0	46148.5	8697.0	7798.5	42318.5	8138.5	3847.0
APVP Por Persona Promedio ^{2/}	69.01	69.11	69.08	69.08	69.02	69.01	69.04	68.97	68.70
% Def. en 70 y más Años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
% del Total de Def.	17.22	8.91	6.14	2.22	0.41	0.35	2.04	0.38	0.17

CLAVE: CIE 9na. REV. LISTA DETALLADA, CIE 10ma. Rev. Lista Detallada

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud./ Dirección General de Información en Salud.

(CUBOS) INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

1 / Es la suma de los años de vida potencial perdidos por cada una de las causas de defunciones

2 / Se refiere a los años que deja de vivir una persona en el momento de su muerte, representa el complemento en años respecto a la edad promedio a la muerte temprana, es decir, la suma de ambas columnas nos da la edad límite superior considerada, como esperanza de vida promedio (70 años)”

a / Defunciones en menores de 5 años

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Apéndice Estadístico 15
Secretaría de Salud Jalisco
Tasa de Mortalidad, Promedio de edad a la muerte, años potenciales de vida perdidos por
Accidentes, Homicidios y Suicidios. Jalisco, 1990, 2000, 2006

Concepto	Accidentes			Accidentes de Tráfico de Vehículo de Motor			Agresiones (Homicidios)			Lesiones Autoinfligidas intencionalmente (suicidios)		
	E800-E949	V01-X59,Y40-Y86		E810-E819	V02-V04 (.1-.9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0		E960-E969	X85-Y09,Y87.1		E905-E959	X80-X84	
	Años			Años			Años			Años		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Total Defunciones	3,056	2,598	2,276	1,295	1,369	1,285	809	479	399	131	292	307
Tasa X 100,000 Hab.	54.93	39.94	33.14	23.28	21.05	18.71	14.54	7.36	5.81	2.35	4.49	4.47
Promedio Edad a la Muerte	34.96	39.29	40.58	34.63	37.08	37.71	35.28	35.65	37.63	34.22	33.24	36.20
Promedio Edad Muerte Temprana	27.37	30.38	31.83	29.89	32.12	37.71	32.76	34.58	35.68	32.89	31.23	33.69
Años Potenciales de Vida Perdidos Total 1/	110389.0	82532.5	70964.5	46565.0	44999.0	66837.0	28112.5	16079.5	12972.0	4712.5	10617.5	10530.0
APVP Por Persona Promedio 2/	42.63	39.62	38.17	40.11	37.88	52.01	37.24	35.42	34.32	37.11	36.77	36.31
% Def. en 70 y más Años	14.50	18.48	17.79	9.88	11.61	9.57	5.69	3.76	5.01	3.05	4.45	5.54
% del Total de Def.	10.16	8.40	6.97	4.30	4.42	3.94	2.69	1.55	1.22	0.44	0.94	0.94

CLAVE: CIE 9na. REV. LISTA DETALLADA, CIE 10ma. Rev. Lista Detallada

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. / Dirección General de Información en Salud.

(CUBOS) INFORMACIÓN DINAMICA / (SINAIS) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

1 / Es la suma de los años de vida potencial perdidos por cada una de las causas de defunciones

2 / Se refiere a los años que deja de vivir una persona en el momento de su muerte, representa el complemento en años respecto a la edad promedio a la muerte temprana, es decir, la suma de ambas columnas nos da la edad límite superior considerada, como esperanza de vida promedio (70 años)

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Apéndice Estadístico 16
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Morbilidad General (Incidencia) por Enfermedades de Notificación
Obligatoria en Municipios con Alta Densidad Poblacional. Jalisco 2006

Orden	Causas	Código C.I.E. 10a. Rev.	Total Casos	Tasa	%
	Total	A00-Z99	1614167	35033.8	100
1	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06	945908	20529.9	58.6
2	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	233698	5072.2	14.5
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	118979	2582.3	7.4
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	45600	989.7	2.8
5	Hipertensión arterial	I10-I15	31503	683.7	2.0
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	29980	650.7	1.9
7	Diabetes	E10-E14	23851	517.7	1.5
8	Asma y estado asmático	J45, J46	17631	382.7	1.1
9	Varicela	B01	15220	330.3	0.9
10	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	13972	303.2	0.9
11	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	12785	277.5	0.8
12	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0	12197	264.7	0.8
13	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	11373	246.8	0.7
14	Quemaduras	L55, L56, T20-T32	8806	191.1	0.5
15	Conjuntivitis	H10.0, B30	8446	183.3	0.5
16	Displasia cervical leve y moderada	N87.0-N87.1	7584	164.6	0.5
17	Desnutrición calórica proteica	E40-E46	6566	142.5	0.4
18	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	6461	140.2	0.4
19	Insuficiencia venosa periférica	I80, I82-I84	4803	104.2	0.3
20	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	4611	100.1	0.3
	Las demás causas		54193	1176.2	3.4

Fuente: SUIVE-2006

1 / Tasa por 100,000 habitantes

Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Nota: En base a los Nuevos Criterios de agrupación para las principales causas y a los Acuerdos de selección de las principales causas del sector salud, y la lista Mexicana para la selección de Principales Causas (CIE165 Agrupaciones) vigente 02/2005.

Incluye municipios: Ciudad Guzmán, Guadalajara, Lagos de Moreno, Puerto Vallarta, El Salto, Tepatitlán de Morelos, Tlajomulco de Zúñiga, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan.

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Apéndice Estadístico 17
Secretaría de Salud Jalisco
Principales Causas de Morbilidad General (Incidencia) por Enfermedades de Notificación
Obligatoria en Municipios con Baja Densidad Poblacional. Jalisco 2006

Orden	Causas	Código C.I.E. 10a. Rev.	Total Casos	Tasa	%
	Total	A00-Z99	62008	66960.4	100
1	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06	36096	38978.9	58.2
2	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	8664	9356.0	14.0
3	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	5104	5511.6	8.2
4	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	2433	2627.3	3.9
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	1778	1920.0	2.9
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	1660	1792.6	2.7
7	Conjuntivitis	H10.0, B30	1511	1631.7	2.4
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	K05	501	541.0	0.8
9	Desnutrición calórica protéica	E40-E46	483	500.0	0.7
10	Varicela	B01	450	485.9	0.7
11	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	446	481.6	0.7
12	Hipertensión arterial	I10-I15	403	435.2	0.6
13	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	313	338.0	0.5
14	Diabetes	E10-E14	223	240.8	0.4
15	Ascariasis	B77	217	234.3	0.3
16	Tricomonomiasis urogenital	A59.0	187	201.9	0.3
17	Mordeduras por perro	W54	169	182.5	0.3
18	Mordeduras por otros mamíferos	W55	158	170.6	0.3
19	Asma y estado asmático	J45, J46	144	155.5	0.2
20	Virus del papiloma humano	A63.0, D26.0	113	122.0	0.2
	Las demás causas		975	1052.9	1.6

Fuente: SUIVE-2006

1 / Tasa por 100,000 habitantes

Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000

Nota: En base a los Nuevos Criterios de agrupación para las principales causas y a los Acuerdos de selección de las principales causas del sector salud, y la lista Mexicana para la selección de Principales Causas (CIE165 Agrupaciones) vigente 02/2005

Incluye municipios: Atengo, Atenguillo, Bolaños, Cuautitlán de García Barragán, Jilotlán de los Dolores, Mezquitic, Quitupan, San Sebastián del Oeste, Tolimán, Totatiche.

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística

Apéndice Estadístico 18
Principales Causas de Egreso Hospitalario. JALISCO 2006
SEXO: AMBOS
GRUPO DE EDAD: GENERAL

NUM DE ORDEN	CAUSA	CRITERIO	EGRESOS	PORCENTAJE
	Total		136,726	100.00
1	Parto único espontáneo (sólo morbilidad)	161	33,778	24.70
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	160	21,951	16.05
3	Insuficiencia renal	139	7,730	5.65
4	Aborto (solo morbilidad)	159	7,453	5.45
5	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	166	5,705	4.17
	Fracturas	166A	2,693	1.97
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	5,115	3.74
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	163I	1,552	1.14
7	Colelitiasis y colecistitis	126	3,874	2.83
8	Hernia de la cavidad abdominal	120	3,845	2.81
9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	2,856	2.09
	Fisura del paladar y labio leporino	165E	1,428	1.04
10	Enfermedades del apéndice	119	2,427	1.78
11	Diabetes mellitus	061	2,177	1.59
12	Tumores malignos	049	2,159	1.58
13	Influenza y Neumonía	105	1,810	1.32
14	Enfermedades del corazón	097	1,706	1.25
15	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	184	1,529	1.12
16	Atención para la anticoncepción	178	1,261	0.92
17	Enfermedades infecciosas intestinales	001	958	0.70
18	Leiomioma uterino	053	946	0.69
19	Enfermedades del hígado	125	846	0.62
20	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	841	0.62
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	1,536	1.12
	Las demás causas	999	26,223	19.18

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH (Preliminar)

Nota: Se incluye información de Hospitales de la Secretaría de Salud y del Hospital Civil Juan I. Menchaca



Apéndice Estadístico 19
Principales Causas de Egreso Hospitalario. Jalisco 2006
SEXO: HOMBRES
GRUPO DE EDAD: GENERAL

ORDEN	CAUSA	CRITERIO	EGRESOS	PORCENTAJE
	Total		34,159	100.00
1	Insuficiencia renal	139	4,659	13.64
2	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	166	3,318	9.71
	Fracturas	166A	1,604	4.70
3	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	163	2,843	8.32
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	163I	926	2.71
4	Hernia de la cavidad abdominal	120	2,070	6.06
5	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	1,636	4.79
	Fisura del paladar y labio leporino	165E	815	2.39
6	Enfermedades del apéndice	119	1,312	3.84
7	Tumores malignos	049	1,090	3.19
	Tumor maligno del intestino delgado	049D	439	1.29
8	Diabetes mellitus	061	984	2.88
9	Influenza y Neumonía	105	897	2.63
10	Enfermedades del corazón	097	767	2.25
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	097D	364	1.07
11	Colelitiasis y colecistitis	126	573	1.68
12	Enfermedades del hígado	125	542	1.59
13	Enfermedades infecciosas intestinales	001	499	1.46
14	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	146	475	1.39
15	Atención para la anticoncepción	178	458	1.34
16	Infecciones respiratorias agudas	104	425	1.24
17	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	372	1.09
18	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	184	363	1.06
19	Enfermedades cerebrovasculares	098	279	0.82
20	Hiperplasia de la próstata	144	275	0.81
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	729	2.13
	Las demás causas	999	9,593	28.08

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH (Preliminar)

Nota: Se incluye información de Hospitales de la Secretaría de Salud y del Hospital Civil Juan I. Menchaca

Apéndice Estadístico 20
Principales Causas de Egreso Hospitalario. Jalisco 2006
SEXO: MUJERES
GRUPO DE EDAD: GENERAL

ORDEN	CAUSA	CRITERIO	EGRESOS	PORCENTAJE
	Total		102,517	100.00
1	Parto único espontáneo (sólo morbilidad)	161	33,778	32.95
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	160	21,951	21.41
3	Aborto (solo morbilidad)	159	7,453	7.27
4	Colelitiasis y colecistitis	126	3,301	3.22
5	Insuficiencia renal	139	3,071	3.00
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	166	2,387	2.33
	Fracturas	166A	1,089	1.06
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	2,228	2.17
	Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	163C	629	0.61
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	163I	618	0.60
8	Hernia de la cavidad abdominal	120	1,775	1.73
9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	1,215	1.19
	Fisura del paladar y labio leporino	165E	613	0.60
10	Diabetes mellitus	061	1,193	1.16
11	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	184	1,166	1.14
12	Enfermedades del apéndice	119	1,115	1.09
13	Tumores malignos	049	1,068	1.04
14	Leiomioma uterino	053	944	0.92
15	Enfermedades del corazón	097	939	0.92
16	Influenza y Neumonía	105	913	0.89
17	Atención para la anticoncepción	178	803	0.78
18	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	113	469	0.46
19	Enfermedades infecciosas intestinales	001	459	0.45
20	Trastornos del humor (afectivos)	072	436	0.43
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	998	807	0.79
	Las demás causas	999	15,046	14.68

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios SAEH (Preliminar)

Nota: Se incluye información de Hospitales de la Secretaría de Salud y del Hospital Civil Juan I. Menchaca



Apéndice Estadístico 21
Secretaría de Salud Jalisco
Mortalidad por Enfermedades del Rezago, Emergentes y Lesiones.
Jalisco 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2006

Años	Rezago ¹⁾			Emergentes ²⁾ o no Transmisibles			Lesiones ³⁾			Causas mal Definidas			Total		
	Def.	Tasa	%	Def.	Tasa	%	Def.	Tasa	%	Def.	Tasa	%	Def.	Tasa	%
1950	14,456	827.6	50.4	12,027	688.5	42.0	2,176	124.6	7.6	0	0.0	0.0	28,659	1640.7	100.0
1960	14,972	812.8	52.0	2,975	121.8	10.3	1892	77.4	6.6	8,984	366.9	31.1	28,803	1178.9	100.0
1970	15,257	462.8	45.3	16,283	493.9	48.4	2,025	61.4	6.0	100	3.0	0.3	33,665	1021.2	100.0
1980	8,624	197.3	30.1	14,898	340.8	52.0	3,982	91.1	13.9	1,166	26.7	4.1	28,670	655.8	100.0
1990	6,455	116.0	21.5	19,131	343.9	63.8	4,069	73.1	13.6	349	6.3	1.2	30,004	539.3	100.0
2000	4,359	67.0	14.1	22,831	351.0	73.8	3,492	53.7	11.3	254	3.9	0.8	30,936	475.6	100.0
2006	4,212	61.3	12.9	25,027	364.4	76.7	3,136	45.7	9.6	257	3.7	0.8	32,632	475.1	100.0

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: SECRETARÍA DE SALUD / COMPENDIO HISTÓRICO ESTADÍSTICAS VITALES 1893-1993. CUBOS, / SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SINAIS).

2006 Información Preliminar en Proceso de Validación

Dirección General de Planeación. Departamento de Estadística



Anexo 2: Foro de Salud: Un compromiso de la Sociedad y Gobierno

INTRODUCCIÓN:

Una propuesta plural y democrática

Acorde con los tiempos de cambio y democracia que hoy vive Jalisco, el 17 de octubre del 2006 líderes y miembros de organizaciones sociales y privadas de Jalisco vinculadas a la salud, presentaron en un Foro su propuesta y compromisos de trabajo al Gobernador Electo de Jalisco, C. Emilio González Márquez. Fue un encuentro franco y un hecho insólito en la historia del Sistema Sanitario de Jalisco, en donde la sociedad médica tomó la iniciativa para expresar su conocimiento y visión en torno a la salud de hoy y del mañana.

Una primera reflexión fue que mejorar las condiciones de salud de la población es una tarea que además de impostergable, debe ser abordada con la intervención decidida de todos los actores públicos, sociales y privados del sector, y desde luego, con una participación consciente y decidida de la población misma.

Otras relevantes consideraciones de este extraordinario ejercicio colegiado, fueron: a) La competitividad, la generación de riqueza, y para que la gente viva mejor, se requiere de un buen nivel de salud; b) enfrentar los nuevos retos y alcanzar los objetivos de la salud, obliga a “pensar y actuar” como un gran equipo dentro de un eficiente “sistema de salud de Jalisco”; c) el sistema de salud que imaginamos debe dar cabida no solo a las diversas instituciones públicas de los niveles federal y estatal, sino también a un nutrido y vigoroso grupo de organizaciones de la sociedad civil, de la medicina privada, la ciudadanía, a los proveedores de insumos médicos y de servicios subrogados, así como a un imprescindible conjunto de “aliados de la salud” donde destacan los medios de comunicación, las autoridades municipales, los diputados de los congresos local y de la unión, y las

universidades formadoras de los distintos profesionales de la salud, y que además son generadoras de las investigaciones en las diversas materias que requiere el sistema sanitario.

Este oportuno re-encuentro permitió sentar los cimientos de una “trascendente alianza y la elaboración de una agenda de prioridades y corresponsabilidades”, dejando claramente definidos los objetivos compartidos y las tareas que para alcanzarlos correspondan a cada uno.

Esta singular propuesta en materia de salud es fiel reflejo del sentir y de las necesidades de la población. Es producto de las aportaciones de ciudadanos, especialistas, académicos, investigadores, prestadores de servicios, usuarios, directivos y miembros de organizaciones sociales y empresas médicas privadas que, desde sus distintas perspectivas, ofrecieron aportaciones que hacen de ésta, una propuesta, franca, respetuosa, plural y democrática.

EL DIAGNÓSTICO GLOBAL:

De dónde partimos

El envejecimiento de la población, la transición epidemiológica, los cambios familiares, sociales y políticos, así como los avances científicos y tecnológicos, exigen a los trabajadores e instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Estatal de Salud de un esfuerzo de gran magnitud.

A pesar de los avances en salud pública y atención médica, persisten dolorosas desigualdades entre regiones, municipios y grupos sociales. Los daños a la salud suelen ser mayores en el medio rural e indí-

gena que en las zonas urbanas; en la región del norte y algunos municipios de la costa sur del estado, que en las regiones del centro y altos sur; en las familias de menores ingresos, que en los hogares con mayores recursos; en los grupos de la tercera edad, los menores de un año y mujeres embarazadas, que en la población joven.

Sin haber resuelto todavía el rezago que representan las infecciones comunes, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva - destacando el embarazo en adolescentes -, tenemos ya, frente a nosotros, un conjunto de problemas emergentes representados por las enfermedades no transmisibles, los trastornos de salud mental, incluyendo las adicciones y el suicidio, y las lesiones tanto accidentales como violentas. Este doble reto de la salud pública de Jalisco consiste en cerrar la brecha de los rezagos y, al mismo tiempo, combatir frontalmente los problemas emergentes.

El conjunto de las enfermedades crónico degenerativas o no trasmisibles representan más del 80 por ciento de la carga de la mortalidad en Jalisco; sobresalen las más de 4 mil muertes anuales por diabetes mellitus, otras 3,345 por infarto al corazón y 1,811 por enfermedad cerebrovasculares; todas ellas relacionadas con la práctica de estilos de vida insanos. De igual forma, destacan las cerca de 1,100 defunciones anuales por accidentes de vehículo de motor en personas frecuentemente jóvenes, así como las todavía excesivas muertes en los primeros días de nacido por problemas perinatales, todas ellas altamente evitables.

La degradación y contaminación del medio ambiente, junto con la insalubridad y diversos riesgos sanitarios que están presentes en los alimentos, servicios, productos y espacios en los que se desenvuelven las personas, son una creciente amenaza para toda la población. Preocupa la escasa coordinación para generar ambientes saludables, así como los charlatanes o “pseudo profesionales” que de forma indiscriminada ofrecen servicios de atención a la salud, así como la venta clandestina e ilegal de me-

dicamentos, y el comercio de sustancias de dudosa procedencia y calidad.

La falta de atención cordial y los todavía largos tiempos de espera siguen siendo razones frecuentes de descontento y motivos para que la gente no utilice los servicios médicos. Asimismo, persisten problemas de surtimiento completo de medicamentos; el equipamiento es a menudo insuficiente y obsoleto, y en muchos casos las condiciones de la infraestructura exigen llevar a cabo obras de ampliación, remodelación y sustitución de unidades. De igual forma, en algunas regiones se requiere fortalecer y ampliar la cobertura de atención hospitalaria.

A pesar de que cerca del 54 por ciento de los jaliscienses cuentan con la seguridad social, y de la buena marcha del programa de Seguro Popular en el estado, un número importante de familias sigue pagando por la atención médica al momento de usar los servicios, o bien enfrentan la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus seres queridos sufrir de alguna enfermedad por falta de dinero. Por eso, la protección de la salud debe ser un derecho social inalienable y no debe ser considerada como una mercancía, un objeto de misericordia o un privilegio de unos cuantos.

Aunque en los últimos 12 años ha crecido sustancialmente el gasto público en salud, el presupuesto actual resulta ser todavía insuficiente para resarcir el profundo rezago en infraestructura física, equipamiento médico, operación de los servicios, y el no menos preocupante déficit en plantillas de personal. De igual forma, se observan inaceptables desigualdades en las asignaciones per cápita entre jalisciense con acceso y sin acceso a la seguridad social. Una limitada proporción del gasto se aplica a la prevención de enfermedades, promoción de la salud, al control de los riesgos sanitarios, así como a la capacitación e investigación en salud.

Finalmente, en nuestro punto de partida identificamos que está surgiendo un Jalisco nuevo que quiere y requiere un sistema de salud con instituciones públicas y organizaciones sociales y privadas



renovadas, conducido por profesionales y trabajadores capacitados que participen en el logro de las metas, y que trabajando en armonía logremos responder puntualmente a las múltiples transiciones de la salud, así como a las legítimas aspiraciones de los jaliscienses por hacer efectivo su Derecho a la Protección de la Salud.

LOS PROBLEMAS DE HOY:

Cuáles son los retos que tenemos que afrontar

- El envejecimiento poblacional con crecimiento de los grupos vulnerables; y yuxtaposición de las enfermedades de la pobreza con los padecimientos no transmisibles “crónico degenerativos”, y las lesiones accidentales y/o violentas.

- Desigualdades geográficas, económicas y sociales que condicionan el nivel de salud, el acceso a los servicios y el empobrecimiento por la atención a la salud.

- Creciente degradación y contaminación del medio ambiente, junto con insalubridad y diversos riesgos sanitarios.

- Inconsistencia en la calidad de los servicios prestados, trato poco cordial, y múltiples deficiencias en las condiciones para ofertar los servicios de salud.

- Predominio de la atención curativa sobre la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

- Estilos de vida poco sanos, y limitada participación de la población en el autocuidado de la salud.

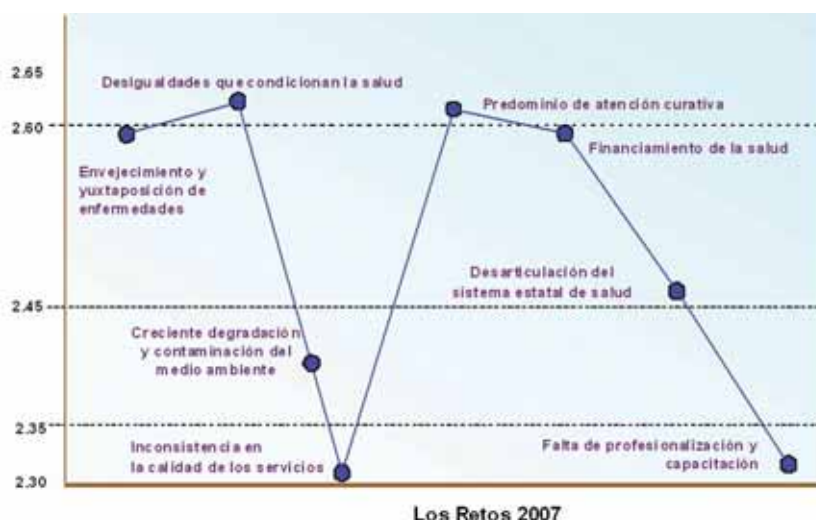
- Insuficiencia, desequilibrios e inequidad en el financiamiento de la salud.

- Desarticulación del sistema estatal de salud, con baja colaboración entre instituciones públicas, organizaciones sociales y la medicina privada, y limitada participación de las autoridades de los municipios.

- Falta de profesionalización de los altos directivos de las instituciones públicas de salud, y escasa capacitación y participación de los trabajadores en el logro de metas.

Las Desigualdades que Condicionan la Salud, como son las geográficas, económicas, medioambientales y sociales, junto con el Predominio de una Atención Médico Curativa por encima de las actividades de prevención y promoción de la salud, son los dos problemas con mayor impacto social.

El Envejecimiento de la Población, la “Transición Epidemiológica”, y el Financiamiento de la Salud caracterizado por la insuficiencia, desequilibrios e inequidad en su asignación, son retos del momento que ameritan intervenciones estratégicas bien formadas. Estos tres fenómenos están íntimamente entrelazados.



Priorización del Impacto Social

LOS OBJETIVOS PARA EL 2007 - 2020:

A dónde proponemos llegar

Objetivo Final- Misión

- Proteger y mejorar la salud de la población con la participación de todos los jaliscienses.

Objetivos intermedios que contribuyen al logro del Objetivo Final o Misión

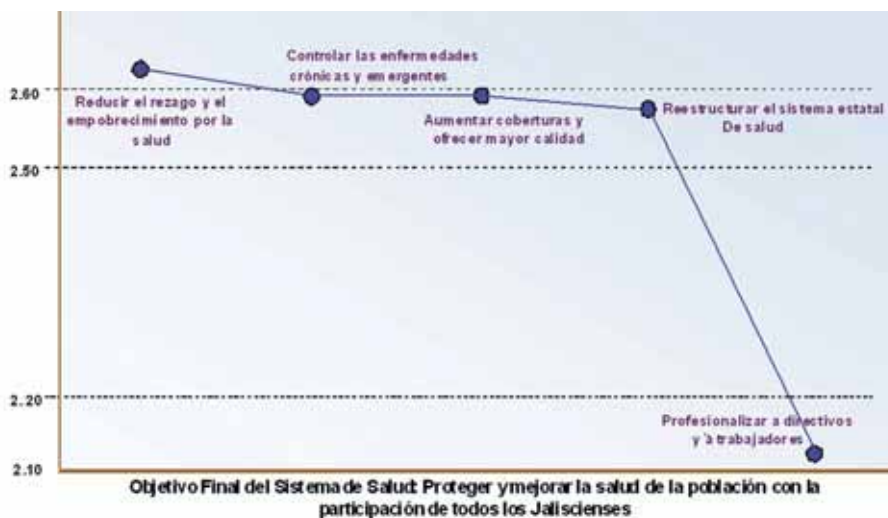
- Reducir las desigualdades que dañan más a los que menos tienen, y que perpetúan las enfermedades del rezago y el empobrecimiento por el uso de los servicios de salud.
- Controlar el crecimiento de las enfermedades "crónico degenerativas", las lesiones accidentales y violentas, así como los problemas de salud mental, a través de una mayor promoción de la salud, prevención específica, control de riesgos sanitarios y mejoramiento del medioambiente.
- Aumentar las coberturas de los servicios de salud, y ofrecerlos con la mayor calidad posible, a fin

de que satisfagan al máximo las necesidades y expectativas de la población y de los trabajadores.

- Reestructurar el sistema estatal de salud, así como redefinir el modelo de atención.
- Contar con directivos y trabajadores de la salud profesionales y comprometidos, para mejorar el desempeño y resultados de las instituciones.

Las organizaciones sociales y privadas opinan que Reducir el Rezago y Limitar el Empobrecimiento por la Salud, el Control de las Enfermedades Crónicas Emergentes, junto con el Aumento de las Coberturas y la Calidad de la Atención, son objetivos intermedios con un alto impacto en el bienestar de la población, y contribuyen a la consecución del objetivo final de Proteger y Mejorar la Salud de la Población con la Participación de todos los Jaliscienses.

El Reestructurar el Sistema de Salud, también es reconocido con un alto impacto, pero se percibe mayormente como un objetivo estratégico indispensable para facilitar el logro de los anteriores propósitos.



Objetivos Intermedios para el 2007 - 2020 Impacto Social

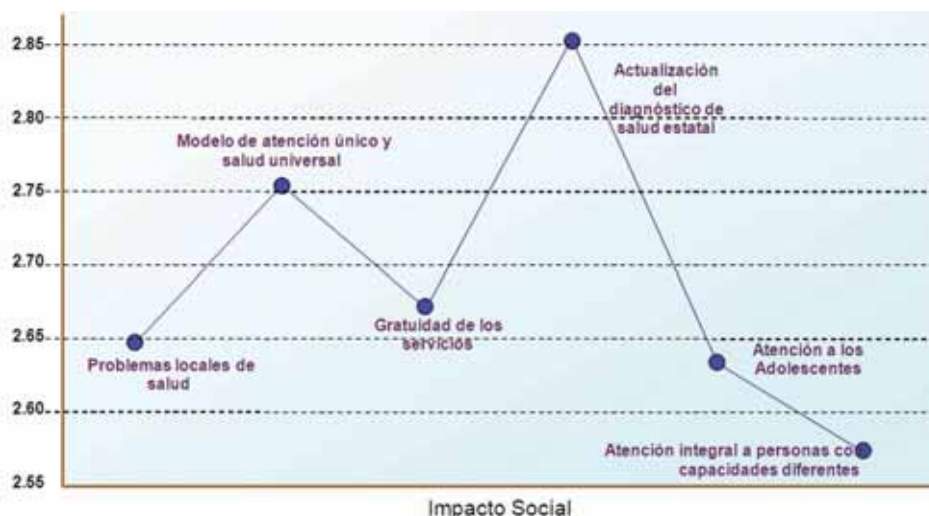
LINEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN:

Qué proponemos hacer para alcanzar los objetivos del 2007 - 2020

Objetivo 1.- Reducir las desigualdades que dañan más a los que menos tienen, y que perpetúan las enfermedades del rezago y el empobrecimiento por el uso de servicios de salud.

- Establecimiento del Seguro Universal de Salud, y de un modelo de atención único.
- Continuación de la gratuidad de los servicios públicos en el primer nivel de atención.
- Actualización del diagnóstico integral de salud, con la participación de los jaliscienses

- Fortalecimiento de la atención primaria a toda la población.
- Atención a los diversos grupos de la población, considerando como prioritarios a los que se encuentran en los extremos de la vida, y a las mujeres en edad fértil.
- Atención a los adolescentes, con mayor énfasis en la prevención de las adicciones, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y los accidentes.
- Fortalecimiento de la atención integral a personas con capacidades diferentes.
- Promoción de la participación organizada de la sociedad y comunidades, en la resolución de problemas locales de salud.



Reducir el rezago y el empobrecimiento por la salud

Sin lugar a dudas los asistentes mostraron alta sensibilidad hacia el logro de este objetivo intermedio, y se reconoce que para proteger y mejorar la salud de los que menos tienen, es imprescindible atacar de una forma integral a la pobreza y marginación.

La movilización social y municipal para atender los Problemas Locales de Salud, en especial los relacionados con la sanidad local –cloración del agua, drenajes, manejo de basura, control de rastros, mercados, narcomenudeo, venta de bebidas alcohólicas y tabaco, etc.– junto con la Atención Integral a la Salud de los Jóvenes, son evaluadas como intervenciones con una importante repercusión en la salud de la población.

Objetivo 2.- Controlar el crecimiento de las enfermedades crónico degenerativas, las lesiones accidentales y violentas, así como los problemas de salud mental, a través de una mayor promoción de la salud, prevención específica, control de riesgos sanitarios y mejoramiento del medioambiente.

- Impulso al modelo de atención a la salud mental y prevención del suicidio.

- Protección y mejoramiento de la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

- Prevención y atención integral a las personas con VIH SIDA.

- Difusión de la cultura y educación a la población para el envejecimiento digno y saludable.

- Establecimiento de un modelo de atención integral a los adultos mayores y ancianos.

- Relanzamiento de un Jalisco Libre de Drogas.

- Aumento del gasto público en salud, y priorizar su aplicación en la promoción y prevención de enfermedades

- Promoción de una alimentación sana, y servicios de atención a la nutrición.

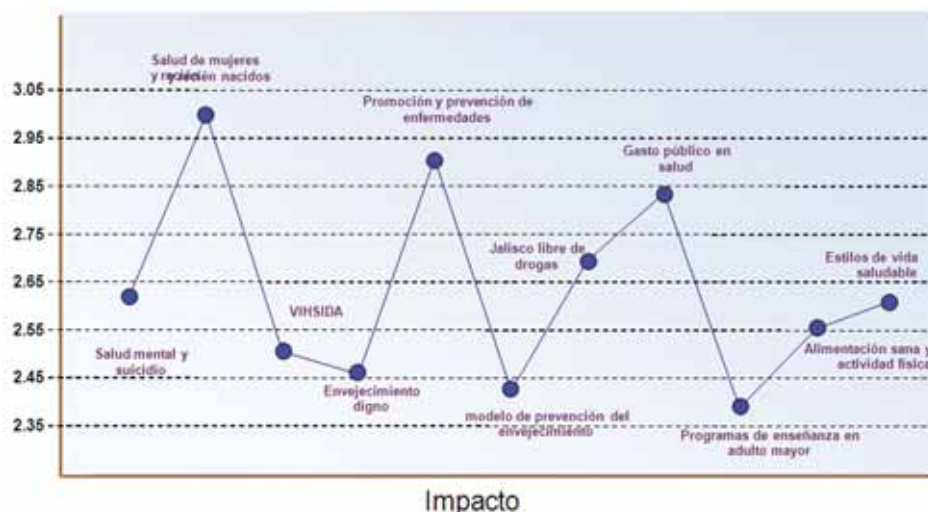
- Promoción de estilos de vida saludable, con la participación de los medios de comunicación masiva.

- Legislar para otorgar facultades en la atención integral de la familia y la protección a la infancia, logrando programas eficientes que realmente propicien la integración del núcleo familiar.

- Involucramiento de la sociedad (escuelas, iglesias, ONG'S, medios de comunicación) para im-

pulsar la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- Identificación y control de riesgos sanitarios, y mejoramiento del medio ambiente en que se desenvuelve la gente.



Controlar las enfermedades crónicas y emergentes

Para alcanzar el objetivo de Controlar las Enfermedades Crónicas Emergentes, como son la diabetes mellitus, infarto al corazón, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, tumores malignos, etc., las tres líneas de acción con mayor peso son: la Atención de las Mujeres y el Recién Nacido - en especial en los primeros días de la vida -, la Promoción y Prevención de Enfermedades, así como el Incremento y Asignación eficiente del Gasto Público en Salud.

Por otro lado, con puntajes intermedios, aparecen las líneas de acción propuestas de Promoción de la Salud Mental, Prevención del Suicidio, y Jalisco Libre de Drogas.

Objetivo 3.- Aumentar las coberturas de los servicios de salud, y ofrecerlos con la mayor calidad posible, a fin de que satisfagan al máximo las necesidades y expectativas de la población y de los trabajadores.

- Impulso a la donación y trasplante de órganos.

- Extensión y mejoramiento de los servicios de atención al dolor y cuidados paliativos.

- Búsqueda de fuentes de financiamiento alternativo, en especial para el desarrollo y modernización de la infraestructura física, tecnológica y equipamiento médico.

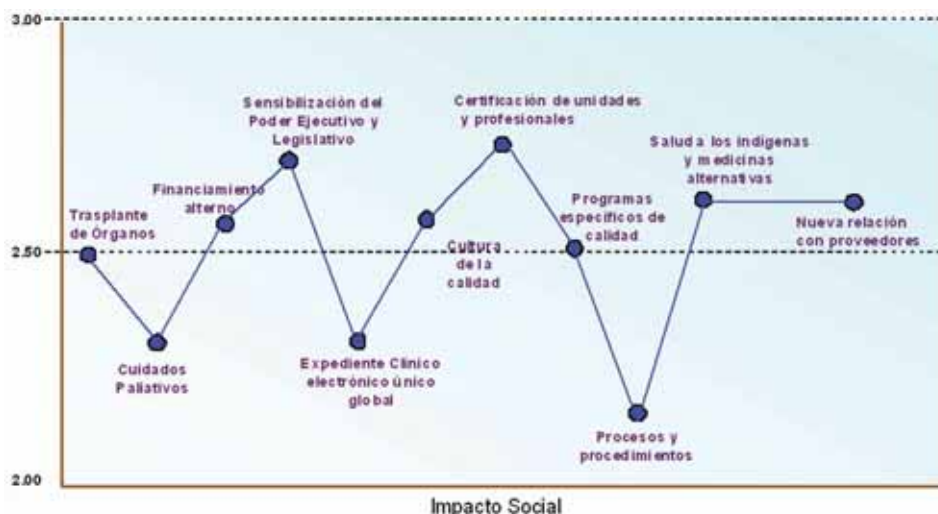
- Sensibilización de los poderes ejecutivo y legislativo con relación al proceso salud – enfermedad, para un mayor aporte de presupuesto a la salud

- Establecimiento del expediente clínico electrónico único global.

- Relanzamiento de la cultura de la calidad de los servicios de salud, con la participación de todos los implicados.

- Crear un sistema estatal de acreditación y certificación obligatoria de unidades médicas y profesionales de la salud en todos los niveles.

- Otorgarle personalidad legal al Comité Estatal de Calidad, como un órgano de vigilancia y promoción.



Aumentar las coberturas y ofrecer más calidad en la atención

Aumentar las Coberturas de los Servicios, y Ofrecerlos con la Mayor Calidad posible, es el objetivo intermedio con un número importante de propuestas de líneas de acción hechas por las organizaciones sociales y privadas.

En ocho de ellas se reconoce un alto impacto social, sobresaliendo discretamente la Certificación de Establecimientos Médicos y de Profesionales de la Salud, la Sensibilización a los Poderes Ejecutivo y Legislativo, así como la relativa a la Salud de los Indígenas e Impulso a la Medicina Alternativa.

Objetivo 4.- Reestructurar el sistema estatal de salud, así como redefinir el modelo de atención.

- Reorganización del sistema público hospitalario, y vocacionamiento de las unidades hospitalarias.

- Revisión y mejoramiento del sistema de atención médico pre-hospitalario.

- Fomento a la investigación en salud vinculando a instituciones públicas, universidades, medicina privada e industria médica.

- Impulso a la participación social y ciudadana en salud, que incluya el cuidado de los recursos naturales y priorice la conservación del ambiente.

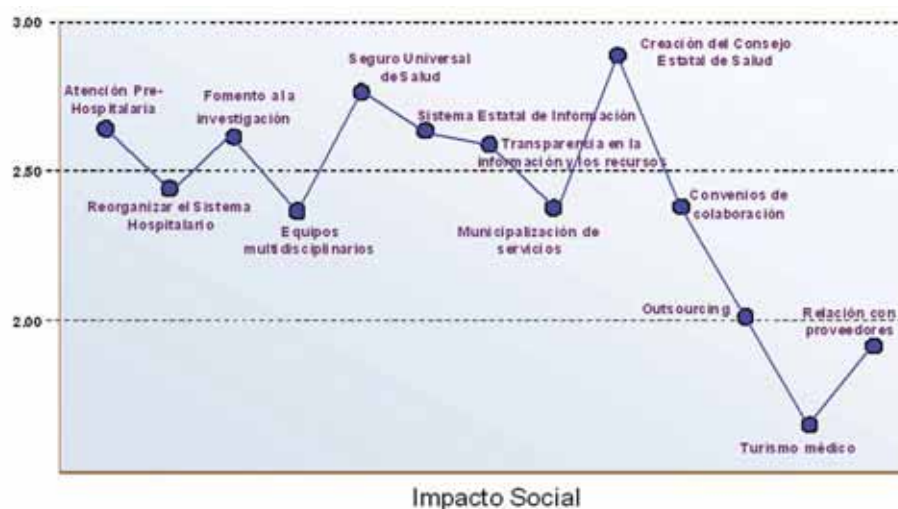
- Reestructuración del Sistema Estatal de Salud para fortalecer la función de rectoría de la Secretaría de Salud, y propicie el trabajo sectorial conjunto y organizado.

- Municipalización de los servicios de salud (revisión del marco jurídico y normativo).

- Establecer un nuevo esquema de relación entre proveedores de insumos y prestadores de servicios.

- Promoción del outsourcing (subrogación de servicios).

- Promoción del “Turismo Médico”
- Relación sana con los proveedores.
- Continuar las acciones que propicien la transparencia en el manejo de los recursos.
- Capacitar a los medios de comunicación y a los periodistas, en el manejo de la información en salud y su impacto social.
- Creación del Consejo Estatal de Salud.
- Crear modelos de salud que los pueblos indígenas, basados en sus elementos culturales, que respete su idiosincrasia y busque integrarlos a nuestra sociedad sin violentar su historia.
- Analizar las medicinas alternativas y su aplicación en el Sistema de Salud Jalisciense.



Reestructurar el Sistema Estatal de Salud

Trece líneas estratégicas de acción fueron propuestas para la consecución del objetivo intermedio de Reestructurar el Sistema Estatal de Salud. Durante su análisis, los grupos de trabajo destacaron la Creación del Consejo Estatal de Salud, y el Establecimiento del Seguro Universal de Salud, así como Organizar el Sistema de Salud por separación de funciones. Se insistió que un movimiento estratégico para la verdadera reestructuración sectorial, es llevar a cabo la separación de la Secretaría Estatal de Salud, del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Jalisco así como del Régimen Estatal del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Con las menores calificaciones aparecen las propuestas de impulsar proyectos específicos de Tu-

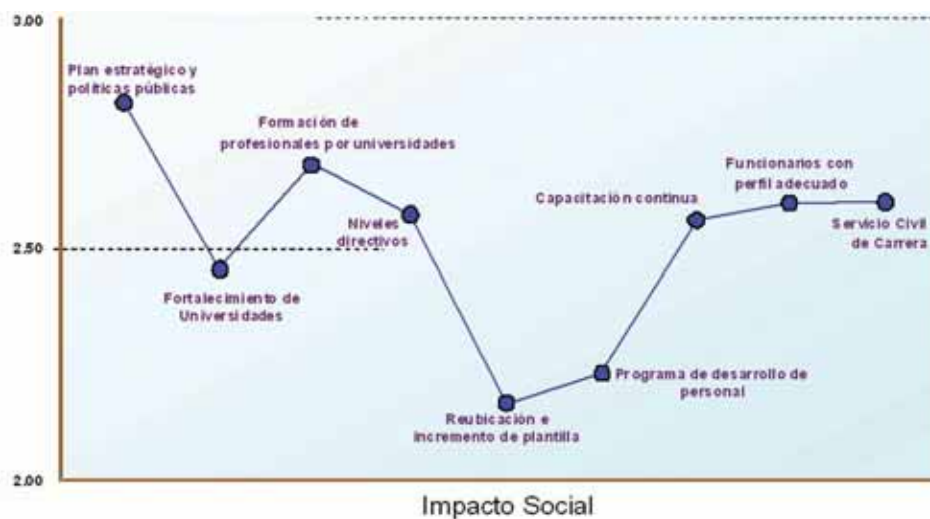
rismo Médico, y las relacionadas con la creación de más espacios a la Participación Comprometida de los Proveedores del Sector Salud, tanto de insumos y equipamiento médico, como de la infraestructura y servicios subrogados (outsourcing)

Objetivo 5.- Contar con directivos y trabajadores de la salud profesionales y comprometidos, para mejorar el desempeño y resultados de las instituciones.

- Elaboración del Plan Estratégico de Salud (Programa Estatal de Salud) y establecimiento de políticas públicas efectivas con metas específicas a corto, mediano y largo plazo, y con una visión que trascienda el sexenio.

- Establecimiento del sistema único de información en salud.
- Formación integral de profesionales de la salud, alineada a las nuevas necesidades de salud de la población, con la participación de instituciones públicas, universidades, centros académicos y organizaciones civiles.
- Profesionalización de los niveles directivos de las instituciones de salud.
- Reubicación del personal e incremento de la plantilla en unidades médicas públicas.

- Establecimiento de un programa de desarrollo integral del personal con acciones de capacitación, incentivos, revisión de condiciones generales de trabajo y profesionalización continua.
- Fortalecimiento de la Universidad Pública para que logre las condiciones de excelencia en la formación de los profesionales de la salud.
- Nombrar funcionarios que cumplan con los requisitos básicos para el desempeño de su encargo en el sector salud, con el perfil adecuado.
- Impulso a un efectivo servicio de carrera que permita retener a quienes registran los mejores desempeños y resultados.



Profesionalizar a directivos y capacitar a trabajadores

Los asistentes proponen nueve intervenciones estratégicas alineadas al objetivo intermedio de Profesionalizar a los Directivos y Capacitar a los Trabajadores. Sobresalen con una mayor evaluación por su impacto social las propuestas de Formulación de un Plan Estratégico de mediano y largo plazo, y de Políticas Públicas Sanitarias, así como la relacionada con la Formación de Profesionales de la Salud por parte de las universidades y centros académicos, acorde a las necesidades de la población.

La Propuesta de Salud presentada al C. Emilio González Márquez, Gobernador Electo del estado de Jalisco, fue integrada gracias a la valiosa participación de ciudadanos, académicos, investigadores, legisladores, autoridades municipales en funciones y electas, colegios y asociaciones médicas, organizaciones de la sociedad civil, hospitales privados, industria farmacéutica, proveedores de servicios, medios de comunicación, universidades públicas y privadas, todos ellos del Sector Salud de Jalisco.



Por ello, las organizaciones convocantes extendemos un agradecimiento a todos y cada uno de las 101 organizaciones sociales y privadas así como a los 136 asistentes tanto a la Reunión de Líderes y

Expertos, así como al mismo Foro de Salud, ya que con sus reflexiones y aportaciones hicieron posible este importante documento.

Anexo 3: Retos en Salud por Regiones

Secretaría de Salud Jalisco Principales causas de mortalidad en general

Causa	No.	Tasa	%
Diabetes Mellitus	4,583	67.3	13.4
Enfermedades isquémicas del corazón	3,710	54.4	10.9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,966	28.8	5.8
Enfermedad cerebrovascular	1,862	27.3	5.5
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,452	21.3	4.3
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,312	19.3	3.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	1,229	18.0	3.6
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	906	13.3	2.7
Enfermedades hipertensivas	888	13.0	2.6
Nefritis y nefrosis	820	12.0	2.4
Causas mal definidas	249	3.7	0.7
Las demás causas	15,140	222.2	44.4
TOTAL	34,117	500.6	100.00

Tasa por 100 000 habitantes.
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI / Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (SINAIS).
Sistema Nacional de Información en Salud. Información Dinámica.
Población calculada según CONAPO con datos del CENSO 2000.
Se agruparon los diagnósticos en base a los Criterios de agrupación para la selección de las principales causas.
En base a acuerdo de 2003 / DGI.SSA.
Dirección General de Planeación.

Secretaría de Salud Jalisco
Principales causas de casos nuevos por notificación obligatoria en general

Causa	No.	Tasa	%
Infecciones respiratorias agudas altas	885,784	1,299.79	60.22
Infecciones diarreicas agudas	160,544	235.58	10.91
Infecciones de vias urinarias	94,209	138.24	6.40
Úlceras, gastritis y duodenitis	61,006	89.52	4.15
Intoxicación por veneno de alacran	43,542	63.89	2.96
Otitis Media Aguda	35,249	51.72	2.40
Hipertensión arterial	23,231	34.09	1.58
Infecciones de transmisión sexual	17,463	25.63	1.19
Diabetes Mellitus	15,695	23.03	1.07
Varicela	13,132	19.27	0.89
Conjuntivitis	11,320	16.61	0.77
Desnutrición protéico calórica	11,043	16.20	0.75
Gingivitis y otras periodontales	10,646	15.62	0.72
Infecciones respiratorias agudas bajas	6,580	9.66	0.45
Accidentes de tráfico de vehiculo de motor	3,120	4.58	0.21
Las demás	78,374	115.01	5.33
TOTAL	1,470,938	2,158.44	100.00

Fuente: Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUVIE), 2005. Sistema Nacional de Información en Salud.
Tasa por 10 000 habitantes

No. de Municipios 10
Población total 79,473
Con Seguridad Social 11,803
Con Seguro Popular 13,058
Sin Seguridad Social 54,612

Los retos en salud de la Región Norte

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	40,404	5,093.28
Enfermedades infecciosas intestinales	10,081	1,270.80
Infección de vías urinarias	3,284	413.98
Intoxicación por picadura de alacrán	3,169	399.48
Úlceras, gastritis y duodenitis	2,494	314.39
Otitis media aguda	1,768	222.87
Conjuntivitis	1,027	129.46
Infecciones respiratorias agudas bajas	562	70.85
Gingivitis y enfermedad periodontal	558	70.34
Variola	539	67.95
Candidiasis urogenital	470	59.25
Hipertensión arterial	462	58.24
Desnutrición calórica proteica	357	45.00
Acaricosis	322	40.59
Asma y estado asmático	261	32.90
Diabetes Mellitus	249	31.39
Tricomoniasis urogenital	226	28.49
Mordeduras por perro	182	22.94
Intoxicación por porquería de animales	174	21.93
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	171	21.56
Las demás	4,276	539.03
TOTAL	71,036	8,954.72

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades hipertensivas	43	54.3
Infecciones respiratorias agudas bajas	35	44.2
Diabetes mellitus	27	34.1
Enfermedades isquémicas del corazón	24	30.3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16	20.2
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13	16.4
Desnutrición calórica proteica	7	8.8
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	7	8.8
Enfermedad cerebrovascular	7	8.8
Tumor maligno del estómago	6	7.6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6	7.6
Nefritis y nefrosis	6	7.6
Tumor maligno de la próstata	5	6.3
Uso de alcohol	5	6.3
Úlcera péptica	5	6.3
Caidas accidentales	4	5.1
Agresiones (homicidios)	4	5.1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4	5.1
Tuberculosis	3	3.8
Tumor maligno del hígado	3	3.8
Causas mal definidas	1	1.3
Las demás	99	125.1
TOTAL	300	416.9

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUIVE 2005.

No. de Municipios 8
Población total 348,007
Con Seguridad Social 92,905
Con Seguro Popular 50,795
Sin Seguridad Social 204,307

Los retos en salud de la Región Altos Norte

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	72,984	2,101.38
Enfermedades infecciosas intestinales	12,488	359.56
Infección de vías urinarias	6,320	181.97
Úlceras, gastritis y duodenitis	4,954	142.64
Otitis media aguda	3,155	90.84
Hipertensión arterial	2,064	59.43
Diabetes Mellitus	1,563	45.00
Desnutrición calórica proteica	1,041	29.97
Variola	887	25.54
Asma y estado asmático	877	25.25
Infecciones respiratorias agudas bajas	719	20.70
Candidiasis urogenital	555	15.98
Gingivitis y enfermedad periodontal	531	15.29
Intoxicación por picadura de alacrán	397	11.43
Mordeduras por perro	284	8.18
Tricomoniasis urogenital	260	7.49
Quemaduras	219	6.31
Intoxicación por zoonosis de animales	205	5.90
Intoxicación aguda por alcohol	166	4.78
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	157	4.52
Las demás	1,704	49.06
TOTAL	111,530	3,211.22

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	227	65.5
Infecciones respiratorias agudas bajas	94	27.1
Diabetes mellitus	65	18.8
Enfermedad cerebrovascular	56	16.2
Enfermedades hipertensivas	50	14.4
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	45	13.0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	44	12.7
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	40	11.5
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28	8.1
Desnutrición calórica proteica	25	7.2
Nefritis y nefrosis	21	6.1
Enfermedades infecciosas intestinales	16	4.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	15	4.3
Tumor maligno del estómago	14	4.0
Úlcera péptica	14	4.0
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	13	3.8
Tumor maligno de la próstata	13	3.8
Tumor maligno de la mama	12	3.5
Anemia	11	3.2
Leucemia	11	3.2
Causas mal definidas	37	10.7
Las demás	362	10.7
TOTAL	1,213	350.1

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUVE 2005.

No. de Municipios. 11
Población total 363,150
Con Seguridad Social 103,304
Con Seguro Popular 77,191
Sin Seguridad Social 182,655

Los retos en salud de la Región Altos Sur

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	88,123	2,432.48
Enfermedades infecciosas intestinales	16,444	453.91
Infección de vías urinarias	9,901	273.30
Úlceras, gastritis y duodenitis	6,977	192.59
Otitis media aguda	3,909	107.90
Hipertensión arterial	3,248	89.66
Asma y estado asmático	2,012	55.54
Diabetes Mellitus	1,990	54.93
Desnutrición calórica proteica	1,895	52.31
Váncela	1,729	47.73
Candidiasis urogenital	1,507	41.60
Intoxicación por picadura de alacrán	1,197	33.04
Gingivitis y enfermedad periodontal	1,166	32.19
Conjuntivitis	1,144	31.58
Intoxicación por herida de animales	984	27.16
Infecciones respiratorias agudas bajas	668	18.44
Displasia cervical leve y moderada	366	10.10
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	347	9.58
Quemaduras	340	9.39
Enfermedades isquémicas del corazón	302	8.34
Las demás	5,861	161.78
TOTAL	150,110	4,143.51

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	183	53.4
Diabetes mellitus	187	51.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	136	37.6
Enfermedad cerebrovascular	117	32.4
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	102	28
Infecciones respiratorias agudas bajas	76	21.0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	56	15.5
Enfermedades hipertensivas	54	14.9
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	39	10.8
Nefritis y nefrosis	34	9.4
Asfixia y trauma al nacimiento	26	7.2
Desnutrición calórica proteica	26	7.2
Tumor maligno de la próstata	24	6.6
Malformaciones congénitas del corazón	24	6.6
Tumor maligno de la mama	22	6.1
Úlcera péptica	20	5.5
Tumor maligno del colon y del recto	19	5.3
Tumor maligno del estómago	18	5.0
Tumor maligno del hígado	17	4.7
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	16	4.4
Causas mal definidas	21	5.8
Las demás	605	167.5
TOTAL	1,832	507

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud
SUIVE 2005.

No. de Municipios	13
Población total	484,705
Con Seguridad Social	155,974
Con Seguro Popular	72,586
Sin Seguridad Social	256,145

Los retos en salud de la Región Ciénega

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	107,498	2,229.14
Enfermedades infecciosas intestinales	6,706	346.43
Infección de vías urinarias	11,793	244.55
Úlceras, gastritis y duodenitis	6,082	126.12
Intoxicación por picadura de alacrán	5,373	111.42
Otitis media aguda	3,520	72.99
Hipertensión arterial	3,179	65.92
Diabetes Mellitus	2,292	47.53
Asma y estado asmático	1,750	36.29
Destrucción coléctica protéica	1,721	35.69
Variola	1,599	33.16
Candidiasis urogenital	1,304	27.04
Conjuntivitis	1,054	21.86
Gingivitis y enfermedad periodontal	613	12.71
Intoxicación por mordedura de animales	581	12.05
Infecciones respiratorias agudas bajas	454	9.41
Mordeduras por perro	432	8.96
Quemaduras	366	7.59
Enfermedades isquémicas del corazón	347	7.20
Tricomoniasis urogenital	274	5.68
Las demás	4,080	84.61
TOTAL	171,018	3,546.33

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Diabetes mellitus	226	61.7
Enfermedades isquémicas del corazón	212	57.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	94	25.6
Infecciones respiratorias agudas bajas	77	21.0
Enfermedad cerebrovascular	66	18.0
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	66	18.0
Nefritis y nefrosis	57	15.5
Enfermedades hipertensivas	54	14.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	41	11.2
Destrucción coléctica protéica	40	10.9
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	29	7.9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	28	7.6
Uso del alcohol	23	6.3
Tumor maligno del hígado	22	6.0
Tumor maligno de la próstata	22	6.0
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	20	5.5
Úlcera péptica	17	4.6
Tumor maligno del estómago	14	3.8
Asfixia y trauma al nacimiento	13	3.5
Leucemia	13	3.5
Causas mal definidas	27	7.4
Las demás	27	7.4
TOTAL	1,752	478.0

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUIVE 2005.

No. de Municipios. 10
Población total 128,651
Con Seguridad Social 32,455
Con Seguro Popular 23,625
Sin Seguridad Social 72,571

Los restos en salud de la Región Sureste

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	48,572	3,778.16
Enfermedades infecciosas intestinales	7,048	548.23
Infección de vías urinarias	4,927	383.25
Intoxicación por picadura de alacrán	3,686	286.71
Úlceras, gastritis y duodenitis	3,523	274.04
Otitis media aguda	2,019	157.06
Conjuntivitis	930	72.34
Asma y estado asmático	926	72.03
Hipertensión arterial	843	65.57
Candidiasis urogenital	824	64.09
Variola	515	40.06
Diabetes Mellitus	468	36.40
Desnutrición calórica proteica	455	35.39
Tricomoniasis urogenital	320	24.89
Gingivitis y enfermedad periodontal	284	22.09
Infecciones respiratorias agudas bajas	248	19.29
Virus del papiloma humano	232	18.05
Mordeduras por perro	199	15.48
Quemaduras	172	13.38
Ascariasis	148	11.51
Las demás	4,698	365.43
TOTAL	81,037	6,303.44

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	90	70.1
Diabetes mellitus	76	59.2
Enfermedades hipertensivas	43	33.5
Enfermedad cerebrovascular	40	31.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	37	28.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	30	23.4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28	21.8
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	21	16.4
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	20	15.6
Nefritis y nefrosis	19	14.8
Tumor maligno de la próstata	17	13.2
Agresiones (homicidios)	14	10.9
Uso del alcohol	11	8.6
Desnutrición calórica proteica	9	7.0
Tumor maligno del estómago	8	6.2
Tumor maligno de la mama	8	6.2
Leucemia	8	6.2
Tumor maligno del cuello del útero	7	5.5
Linfomas y mieloma múltiple	7	5.5
Úlcera péptica	7	5.5
Causas mal definidas	8	6.2
Las demás	187	145.6
TOTAL	695	541.2

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUVE 2005.

No. de Municipios	16
Población total	326,298
Con Seguridad Social	116,923
Con Seguro Popular	70,593
Sin Seguridad Social	138,782

Los retos de salud en la Región Sur

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	112,247	3,456.82
Enfermedades infecciosas intestinales	19,035	586.21
Infección de vías urinarias	10,835	333.68
Intoxicación por picadura de alacrán	7,664	236.02
Úlceras, gastritis y duodenitis	7,285	224.35
Otitis media aguda	3,033	93.41
Hipertensión arterial	3,012	92.76
Asma y estado asmático	2,131	65.63
Váncela	2,102	64.73
Diabetes Mellitus	2,094	64.49
Conjuntivitis	1,520	46.81
Candidiasis urogenital	1,326	40.84
Desnutrición calórica proteica	1,219	37.54
Gingivitis y enfermedad periodontal	1,172	36.09
Infecciones respiratorias agudas bajas	697	21.47
Enfermedades isquémicas del corazón	548	16.88
Tricomoniasis urogenital	529	16.29
Quemaduras	522	16.08
Mordeduras por perro	515	15.86
Intoxicación aguda por alcohol	463	14.26
Las demás	4,064	125.16
TOTAL	182,013	5,605.37

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Diabetes mellitus	234	72.4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	136	42.1
Enfermedades hipertensivas	132	40.9
Infecciones respiratorias agudas bajas	129	39.9
Enfermedades isquémicas del corazón	115	35.6
Enfermedad cerebrovascular	70	21.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	58	18.0
Neftros y nefrosis	54	16.7
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	50	15.5
Uso del alcohol	46	14.2
Desnutrición calórica proteica	30	9.3
Tumor maligno del cuello del útero	29	9.0
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	22	6.8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	22	6.8
Tumor maligno de la próstata	21	6.5
Asfixia y trauma al nacimiento	19	5.9
Tumor maligno del estómago	16	5.0
Leucemia	16	5.0
Tumor maligno del páncreas	15	4.6
Tumor maligno de la mama	14	4.3
Causas mal definidas	33	10.2
Las demás	506	156.7
TOTAL	1,767	547.1

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUIME, 2005.

No. de Municipios.	11
Población total	99,864
Con Seguridad Social	23,776
Con Seguro Popular	20,557
Sin Seguridad Social	55,531

Los retos en salud en la Región Sierra de Amula

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	31,086	3,122.71
Enfermedades infecciosas intestinales	5,086	510.91
Infección de vías urinarias	3,126	314.02
Úlceras, gastritis y duodenitis	2,646	265.80
Intoxicación por picadura de alacrán	1,873	188.15
Otitis media aguda	1,371	137.72
Candidiasis urogenital	943	94.73
Conjuntivitis	667	67.00
Hipertensión arterial	624	62.68
Gingivitis y enfermedad periodontal	472	47.41
Desnutrición calórica proteica	457	45.91
Váncela	443	44.50
Diabetes Mellitus	363	36.46
Tricomoniasis urogenital	316	31.74
Asma y estado asmático	263	26.42
Infecciones respiratorias agudas bajas	203	20.39
Acaniasis	133	13.36
Quemaduras	124	12.46
Intoxicación por porzofa de animales	104	10.45
Mordeduras por perro	103	10.35
Las demás	2,295	230.54
TOTAL	52,698	5,293.73

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	79	79.4
Diabetes mellitus	73	73.3
Enfermedad cerebrovascular	55	55.2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	35	35.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	30	30.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	23	23.1
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	19	19.1
Tumor maligno de la próstata	15	15.1
Nefritis y nefrosis	14	14.1
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	14	14.1
Enfermedades hipertensivas	13	13.1
Desnutrición calórica proteica	12	12.1
Uso del alcohol	10	10.1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10	10.1
Tumor maligno del páncreas	9	9.0
Úlcera péptica	9	9.0
Linfoma y mieloma múltiple	8	8.0
Caidas accidentales	6	6.0
Asma	5	5.0
Enfermedades infecciosas intestinales	5	5.0
Causas mal definidas	10	10.1
Las demás	259	260.2
TOTAL	634	636.9

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud
SUIVE: 2005.

No. de Municipios.	6
Población total	169,837
Con Seguridad Social	56,642
Con Seguro Popular	45,826
Sin Seguridad Social	67,704

Los retos en salud de la Región Costa Sur

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	55,755	3,309.49
Enfermedades infecciosas intestinales	8,448	501.45
Infección de vías urinarias	7,081	420.31
Intoxicación por picadura de alacrán	5,233	310.62
Úlceras, gastritis y duodenitis	3,622	214.99
Otitis media aguda	2,795	165.90
Hipertensión arterial	1,350	80.13
Candidiasis urogenital	1,033	61.32
Diabetes Mellitus	1,021	60.60
Conjuntivitis	883	52.41
Asma y estado asmático	711	42.20
Infecciones respiratorias agudas bajas	670	39.77
Gingivitis y enfermedad periodontal	586	35.32
Desnutrición calórica proteica	546	32.41
Variola	544	32.29
Acaniasis	346	20.54
Tricomoniasis urogenital	307	18.22
Enfermedades isquémicas del corazón	243	14.42
Mordeduras por perro	223	13.24
Quemaduras	205	12.17
Las demás	6,329	375.68
TOTAL	97,940	5,813.50

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	117	69.4
Diabetes mellitus	96	56.9
Enfermedad cerebrovascular	61	36.2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	43	25.5
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	39	23.1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	34	20.2
Desnutrición calórica proteica	27	16.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	27	16.1
Tumor maligno de la próstata	21	12.5
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	23	13.6
Nefritis y nefrosis	19	11.3
Enfermedades hipertensivas	18	10.7
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	17	10.1
Agresiones (homicidios)	15	8.9
Anomalías congénitas	14	8.3
Enfermedades infecciosas intestinales	12	7.1
Leucemia	12	7.1
Lesiones autoinflingidas (suicidios)	11	6.5
Tumor maligno del cuello del útero	11	6.5
Linfoma y mieloma múltiple	8	4.7
Causas mal definidas	7	4.2
Las demás	412	244.6
TOTAL	927	550.2

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10* Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUIN: 2005.

No. de Municipios. 3
Población total 270,779
Con Seguridad Social 123,417
Con Seguro Popular 53,454
Sin Seguridad Social 93,908

Los retos en de salud de la Región Costa Norte

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	85,219	3,211.88
Enfermedades infecciosas intestinales	23,470	884.58
Infección de vías urinarias	12,153	458.04
Úlceras, gastritis y duodenitis	6,055	228.21
Otitis media aguda	4,480	168.10
Intoxicación por picadura de alacrán	4,125	155.47
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	2,285	86.12
Hipertensión arterial	2,252	84.88
Asma y estado asmático	2,250	84.80
Diabetes Mellitus	1,682	63.39
Gingivitis y enfermedad periodontal	1,564	58.56
Vancela	1,373	51.75
Candidiasis urogenital	1,225	46.17
Infecciones respiratorias agudas bajas	1,112	41.91
Acarosios	754	28.42
Desnutrición calórica proteica	729	27.48
Displasia cervical leve y moderada	600	22.61
Conjuntivitis	586	22.09
Quemaduras	501	18.88
Virus del papiloma humano	390	14.70
Las demás	6,733	253.77
TOTAL	159,518	6,012.20

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	148	55.8
Diabetes mellitus	99	37.3
Enfermedad cerebrovascular	55	20.7
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	47	17.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	42	15.8
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	38	14.3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	34	12.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	31	11.7
Anomalías congénitas	28	10.6
Agresiones (homicidios)	25	9.4
VIH / SIDA	25	9.4
Lesiones autoinflingidas (suicidios)	22	8.3
Nefritis y nefrosis	21	7.9
Enfermedad hipertensiva	19	7.2
Tumor maligno de la próstata	15	5.6
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	15	5.6
Tumor maligno del cuello del útero	13	4.9
Desnutrición calórica proteica	11	4.2
Tumor maligno de la mama	10	3.8
Leucemia	10	3.8
Causas mal definidas	12	4.5
Las demás	457	172.2
TOTAL	1,029	387.8

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUIVE 2005.

No. de Municipios.	8
Población total	63,304
Con Seguridad Social	10,127
Con Seguro Popular	18,501
Sin Seguridad Social	36,676

Los retos en salud de la Región Sierra Occidental

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	21,710	3,327.20
Enfermedades infecciosas intestinales	3,534	541.61
Úlceras, gastritis y duodenitis	2,054	314.79
Infección de vías urinarias	1,793	274.79
Otitis media aguda	1,376	210.88
Intoxicación por picadura de alacrán	1,183	181.30
Hipertensión arterial	554	84.90
Candidiasis urogenital	420	64.37
Varicela	335	51.34
Asma y estado asmático	333	51.03
Conjuntivitis	317	48.58
Diabetes Mellitus	259	39.69
Desnutrición calórica proteica	200	30.65
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	160	24.52
Tricomoniasis urogenital	156	23.91
Gingivitis y enfermedad periodontal	142	21.76
Intoxicación aguda por alcohol	97	14.87
Infecciones respiratorias agudas bajas	94	14.41
Acanthosis	72	11.03
Quemaduras	64	9.81
Las demás	1,753	268.66
TOTAL	36,606	5,610.11

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	62	95.0
Diabetes mellitus	42	64.4
Enfermedad cerebrovascular	31	47.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	19	29.1
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	17	26.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	16	24.5
Enfermedad hipertensiva	11	16.9
Nefritis y nefrosis	11	16.9
Tumor maligno de la próstata	10	15.3
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10	15.3
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	9	13.8
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	7	10.7
Úlcera péptica	7	10.7
Linfomas y mieloma múltiple	6	9.2
Desnutrición calórica proteica	5	7.7
Tumor maligno del páncreas	5	7.7
Tumor maligno de la mama	4	6.1
Agresiones (homicidios)	4	6.1
Anomalías congénitas	4	6.1
Enfermedad de Parkinson	4	6.1
Causas mal definidas	12	18.4
Las demás	182	278.9
TOTAL	416	637.6

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUINVE 2009.

No. de Municipios. 14
Población total 328,037
Con Seguridad Social 135,542
Con Seguro Popular 100,864
Sin Seguridad Social 91,631

Los retos en salud de la Región Valles

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	119,105	3,641.82
Enfermedades infecciosas intestinales	21,475	656.63
Infección de vías urinarias	13,665	417.83
Úlceras, gastritis y duodenitis	8,132	2,48.65
Intoxicación por picadura de alacrán	5,665	173.22
Otitis media aguda	4,257	130.16
Hipertensión arterial	3,852	1,17.78
Gingivitis y enfermedad periodontal	2,827	86.56
Diabetes Mellitus	2,454	75.03
Asma y estado asmático	2,432	74.36
Conjuntivitis	1,945	59.47
Váncela	1,739	53.17
Candidiasis urogenital	1,368	42.44
Desnutrición calórica proteica	1,114	34.06
Tricomoniasis urogenital	970	29.66
Infecciones respiratorias agudas bajas	689	21.07
Intoxicación por mordedura de animales	669	20.46
Quemaduras	563	17.21
Enfermedades isquémicas del corazón	311	9.51
Mordeduras por perro	304	9.30
Las demás	5,353	163.68
TOTAL	198,979	6,084.09

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	178	70.1
Diabetes mellitus	169	66.5
Enfermedad cerebrovascular	81	31.9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	77	30.3
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	59	23.2
Infecciones respiratorias agudas bajas	57	22.4
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	49	19.3
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	40	15.8
Nefritis y nefrosis	37	14.6
Enfermedades hipertensivas	30	11.8
Desnutrición calórica proteica	27	10.6
Asfixia y trauma al nacimiento	21	8.3
Tumor maligno de la próstata	20	7.9
Tumor maligno del hígado	18	7.1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17	6.7
Úlcera péptica	16	6.3
Leucemia	14	5.5
Enfermedades infecciosas intestinales	13	5.1
Tumor maligno del estómago	13	5.1
Tumor maligno del páncreas	13	5.1
Causas mal definidas	11	4.3
Las demás	435	171.3
TOTAL	1,385	549.3

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10ª Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUVE 2005.

No. de Municipios. 14
Población total 4,704,451
Con Seguridad Social 2,198,046
Con Seguro Popular 311,779
Sin Seguridad Social 2,194,626

Los retos en salud de la Región Centro

¿De qué se enferman en la región?

Causa	No.	Tasa
Infecciones respiratorias agudas altas	103,081	2,429.97
Enfermedades infecciosas intestinales	16,729	394.36
Infección de vías urinarias	9,331	219.96
Úlceras, gastritis y duodenitis	7,182	169.30
Intoxicación por picadura de alacrán	3,977	93.75
Otitis media aguda	3,566	84.53
Hipertensión arterial	1,791	42.22
Váncela	1,327	31.28
Desnutrición calórica protéica	1,309	30.86
Diabetes Mellitus	1,260	29.70
Conjuntivitis	1,247	29.40
Asma y estado asmático	1,183	27.89
Gingivitis y enfermedad periodontal	662	15.37
Candidiasis urogenital	641	15.11
Displasia cervical leve y moderada	635	14.97
Intoxicación por mordedura de animales	492	11.60
Infecciones respiratorias agudas bajas	464	10.94
Quemaduras	386	9.10
Mordeduras por perro	374	8.82
Virus del papiloma humano	246	5.80
Las demás	2,560	60.35
TOTAL	158,453	3,735.28

¿De qué se mueren en la región?

Causa	No.	Tasa
Diabetes mellitus	2,730	66.2
Enfermedades isquémicas del corazón	1,749	42.4
Enfermedad cerebrovascular	1,072	26.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	917	22.2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	896	21.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	807	19.6
Nefritis y nefrosis	784	19.0
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	623	15.1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	553	13.4
Enfermedades hipertensivas	397	9.6
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	375	9.1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	373	9.0
Desnutrición calórica protéica	352	8.5
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidios)	247	5.9
Agresiones (Homicidios)	234	5.7
Tumor maligno de la mama	231	5.6
Tumor maligno de la próstata	223	5.4
VIH/ SIDA	208	5.0
Asfoia y trauma al nacimiento	178	4.3
Tumor maligno del estómago	178	4.3
Causas mal definidas	123	2.9
Las demás	5,839	141.6
TOTAL	19,119	463.6

Tasa por 100 000 habitantes
CIE 10* Revisión

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud SUIN 2005.

Principales Tasas Ponderadas de Mortalidad General, por Grupo y Causas Específicas Jalisco 2001 - 2005

Región	Causas de Mortalidad							
	General a)	Materna b)	Infantil c)	Preescolar d)	Niños Menores de 5 años			
					< 5 Años e)	IRAS f)	EDAS f)	Desnutrición f)
EUM	4.49	6.37	16.96	8.07	4.00	35.26	19.56	9.94
Jalisco	4.85	4.27	15.40	7.56	3.58	17.98	11.40	7.02
Norte	5.42	5.82	9.54	9.55	2.62	15.79	11.28	20.30
Altos Norte	4.84	4.33	15.74	8.43	3.68	17.06	19.12	6.20
Altos Sur	5.29	4.11	16.79	7.11	3.70	18.35	9.68	4.59
Clénega	5.28	4.84	16.00	7.22	3.60	17.88	15.50	8.35
Sureste	5.70	5.50	12.82	7.70	2.78	13.91	12.37	3.09
Sur	6.03	2.75	17.33	8.87	3.87	17.50	22.50	16.25
Sierra de Amula	6.52	3.57	12.62	4.67	2.58	14.58	12.50	4.17
Costa Sur	5.27	4.46	16.69	10.39	3.83	20.57	19.43	11.43
Costa Norte	3.64	3.56	13.03	8.75	3.19	12.09	10.58	6.04
Sierra Occidental	6.01	3.59	13.63	8.87	2.97	17.81	17.81	20.78
Valles	5.84	5.14	15.04	7.94	3.46	18.06	13.24	5.42
Centro	4.54	4.24	15.38	7.18	3.15	18.62	8.76	5.30

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI / Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud.

a) Tasa por 1 000 habitantes

b) Tasa por 10 000 recién nacidos esperados

c) Tasa por 1 000 recién nacidos esperados

d) Tasa por 10 000 niños de 1 a 4 años

e) Tasa por 1 000 niños menores de 5 años

f) Tasa por 100 000 niños menores de 5 años

Principales Tasas Ponderadas de Mortalidad General, por Grupo y Causas Específicas Jalisco 2001 - 2005

Región	Causas de Mortalidad						
	Agrupaciones			Crónicas			
	Rezago	Emergente	Lesiones	Isquémica Corazón	Cerebro - vascular	Diabetes Mellitus	Cirrosis y otras Enfermedades del Hígado
E U M	62.11	327.51	49.51	72.99	25.63	56.29	25.54
Jalisco	63.13	366.01	52.03	80.75	28.20	60.09	21.15
Norte	70.45	389.73	69.43	108.96	39.28	47.64	15.96
Altos Norte	59.23	360.99	58.07	83.43	29.53	50.14	14.13
Altos Sur	61.16	401.17	63.10	97.21	31.00	52.33	13.39
Clénega	63.94	401.58	55.50	94.31	29.95	65.07	20.26
Sureste	53.34	440.14	71.12	113.23	44.45	53.65	36.18
Sur	72.19	465.19	59.92	100.40	54.87	77.60	53.07
Sierra de Amula	68.63	513.20	56.89	135.64	51.42	61.54	26.12
Costa Sur	67.19	391.39	62.23	88.21	34.92	58.36	23.20
Costa Norte	52.48	255.10	53.66	63.66	20.85	34.07	16.45
Sierra Occidental	64.55	459.26	62.71	126.96	51.03	55.95	15.06
Valles	66.60	446.71	63.58	102.39	37.27	70.85	24.03
Centro	62.89	342.49	46.72	71.24	23.31	60.87	19.58

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud.

Tasa por 100 000 habitantes

Principales Tasas Ponderadas de Mortalidad General, por Grupo y Causas Específicas Jalisco 2001 - 2005

Región	Causas Específicas de Mortalidad							b) IRAS 60 y + años
	Otras		Accidentes y lesiones				a) Desnutrición	
	a) Tuberculosis pulmonar	a) Intoxicación por veneno de alacrán	a) Accidentes y lesiones	a) Accidente de tráfico vehículos de motor	a) Suicidios	a) Homicidios		
E U M	2.96	0.06	33.76	14.08	3.87	9.45	8.35	111.50
Jalisco	2.07	0.10	37.72	19.70	4.91	6.71	9.63	158.38
Norte	4.31	1.52	51.95	18.50	3.29	9.38	21.79	145.35
Altos Norte	1.16	0.00	46.90	25.36	3.65	4.23	10.65	141.63
Altos Sur	0.94	0.06	51.88	29.88	4.17	4.33	8.00	174.58
Ciénega	1.34	0.04	42.08	20.43	4.70	5.79	10.87	138.28
Sureste	2.03	0.16	47.88	24.49	4.06	17.00	9.05	168.92
Sur	2.24	0.44	47.71	22.55	3.99	5.23	12.27	124.38
Sierra de Amula	1.62	0.20	46.76	20.85	4.05	5.06	13.97	151.56
Costa Sur	3.99	0.48	44.83	19.82	5.08	11.00	14.02	114.86
Costa Norte	2.20	0.39	35.57	17.15	5.19	9.52	4.96	129.11
Sierra Occidental	1.54	0.92	49.80	20.90	3.38	6.76	14.14	217.13
Valles	4.99	0.00	46.08	23.84	4.74	8.19	9.24	170.73
Centro	1.98	0.03	32.48	17.58	5.28	6.52	9.06	129.64

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud.

a) Tasa por 100,000 habitantes

b) Tasa por 100 000 adultos de 60 y más años

Principales Tasas Ponderadas de Mortalidad General, por Grupo y Causas Específicas Jalisco 2001 - 2005

Región	Causas Específicas de Mortalidad							
	Tumores Malignos							
	a) Total de Tumores malignos	a) Tráquea, bronquios y pulmón	a) Estómago	a) Colon	a) Leucemia	b) Cuello uterino	b) Mama	c) Próstata
E U M	57.34	6.46	4.96	2.31	3.34	8.27	7.56	8.55
Jalisco	65.38	8.84	4.89	2.93	3.92	7.34	10.05	11.96
Norte	71.71	16.47	9.38	2.03	6.34	6.94	8.43	20.72
Altos Norte	62.47	11.46	4.86	2.26	3.53	5.76	8.02	11.29
Altos Sur	75.05	13.16	6.78	4.11	4.11	4.31	9.04	15.95
Clénega	70.23	7.64	5.71	3.06	2.73	9.13	9.21	16.21
Sureste	72.37	10.45	4.83	2.50	6.24	9.59	8.97	19.50
Sur	66.89	6.73	5.54	3.18	4.24	9.92	9.43	15.98
Sierra de Amula	95.76	13.56	7.90	4.45	5.87	10.96	6.09	27.87
Costa Sur	70.57	10.15	4.11	1.33	5.08	10.58	5.66	17.09
Costa Norte	53.98	8.26	3.62	1.73	3.07	8.75	7.30	8.10
Sierra Occidental	88.53	18.75	6.76	2.77	6.46	7.44	11.16	21.95
Valles	74.05	11.95	6.72	3.08	4.00	7.12	9.09	15.95
Centro	62.38	6.38	4.36	2.97	3.12	6.99	11.00	9.61

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUBOS (Información dinámica), Sistema Nacional de Información en Salud.

a) Tasa por 100 000 habitantes

b) Tasa por 100 000 mujeres

c) Tasa por 100 000 hombres

NOTAS METODOLÓGICAS

Mortalidad

Los indicadores de mortalidad se presentan con una descripción breve de su definición y algunas observaciones. Se añade una gráfica con datos anuales que inician desde 1990 hasta 2005. Para su elaboración se usó la base de datos de defunciones de INEGI/Secretaría de Salud, que se encuentra en el subsistema de información dinámica (CUBOS) del Sistema Nacional de Información en Salud.

Cuando los indicadores de mortalidad se usan en poblaciones pequeñas, la sensibilidad y la precisión se alteran; con el fin de minimizar estos efectos, en la presentación de las regiones se ponderaron las tasas a un periodo de cinco años (2001 – 2005). Se acompañan de un gráfico por regiones ordenadas por su valor. Además, se inserta un mapa con una estratificación de tasas, mostrando en color negro aquellas regiones que presentan un mayor riesgo de conformidad con su tasa, seguidas en color rojo por aquellas de un riesgo mediano, en ama-

rillo por un riesgo menor y en verde aquellas con un riesgo mínimo.

Al final de la sección, se presenta un resumen de las tasas concentradas por región en una tabla que permitirá una mejor ponderación.

Enfermedades de Notificación Obligatoria

Ante la limitación que representa la carencia de registros sistemáticos de líneas de información que dimensionen la morbilidad, se usaron las enfermedades de notificación obligatoria como una aproximación. Se presentan las principales causas en el estado y por región. Se empleo la base de datos del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica correspondiente al último año estadístico con información definitiva.

También se acompaña de una tabla con las tasas de las principales enfermedades de notificación obligatoria por región con el propósito de facilitar una mejor valoración de los riesgos; con la misma estratificación de la mortalidad.

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030



**PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES**

Directorio Institucional



Directorio Institucional

Sistema Estatal de Salud

Secretaría de Salud del Estado de Jalisco

Servicios de Salud Jalisco
Hospital Civil de Guadalajara
Comisión Estatal de Arbitraje Médico
Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos
Instituto Jalisciense de Cancerología
Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco
Consejo Estatal para la Prevención del SIDA en Jalisco
Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes en Jalisco
Consejo Estatal de Salud para la Atención del Envejecimiento
Instituto Jalisciense de Salud Mental
Instituto de Cirugía Reconstructiva
Instituto Dermatológico de Jalisco
Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Secretaría de la Defensa Nacional
Régimen Estatal de Protección Social en Salud
Servicios Médicos Municipales
Servicios Médicos de Pensiones del Estado
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
Comisión de Higiene y Salud Congreso Local
Cruz Roja Delegación Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara
Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara
Asociación Médica de Jalisco
Asociación de Hospitales Particulares
Sindicatos de Trabajadores de la Salud

**DESARROLLO
SOCIAL**
JALISCO 2030



**PROGRAMAS
SECTORIALES
Y ESPECIALES**

Directorio de Participantes



Directorio de Participantes

Miembros del COPLADE

C.P. Emilio González Márquez
Presidente del COPLADE
Gobernador del Estado

Dr. Víctor Manuel González Romero
Coordinador General del COPLADE
Secretario de Planeación

Lic. Felipe de Jesús Vicencio Álvarez
Secretario Técnico
Delegado de SEDESOL

Consejos Estatales Ciudadanos

Lic. Tomas López Miranda
Consejo Económico y Social

C. Mauro Jiménez Íñiguez
Consejo Agropecuario de Jalisco

Comisiones para el Desarrollo Socioeconómico

Lic. Leonardo García Camarena
Gran Alianza

SUBCOMITÉ SECTORIAL

Desarrollo Social

1. Representante del Consejo Económico y Social (CESJAL)
2. Representante del Legislativo
3. Comisión Nacional del Agua
4. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
5. Secretaría de Desarrollo Social



6. Secretaría de Educación Pública (SEP)
7. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)
8. Secretaría de Educación Jalisco
9. Secretaría de Salud Jalisco
10. Secretaría de Cultura del Estado
11. Secretaría del Medio Ambiente para el Desarrollo Sustentable
12. Secretaría de Desarrollo Humano del Estado
13. Inmobiliaria y Promotora de Vivienda de Interés Público del Estado (IPROVIPE)
14. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Jalisco (DIF)
15. Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH)
16. Secretaría de Planeación

Gabinete Estratégico del CTPE

Dr. Víctor Manuel González Romero.
Secretario de Planeación.
Representante Dr. Héctor E. Gómez Hernández

Lic. Fernando Guzmán Pérez Peláez.
Secretario General de Gobierno.
Representante Lic. Alfonso Villaseñor Díaz

Lic. Herbert Taylor Arthur.
Coordinación General de Innovación y Desarrollo.
Representante Arq. Esteban Wario Hernández

Ing. Alonso Ulloa Vélez.
Coordinación General de Políticas Públicas.
Representante Ing. César Neri Gutiérrez



Colaboradores

El presente Documento, fue integrado, gracias a la participación de diferentes personas e instituciones de Jalisco,

Con el riesgo de omitir algún nombre por errores involuntarios, a continuación enlistamos a las personas que contribuyeron de una u otra forma, en la integración del Programa Estatal del Sector Salud 2007 – 2013, por lo cual extendemos nuestra gratitud y agradecimiento a todas ellas.

Alejandro Hernández Vázquez
Alfonso Gutiérrez Carranza
Alicia Margarita Orozco Pérez
Alma Angélica Covarrubias Hernández
Álvaro Ruíz del Toro MGSS
Ana Bertha Pérez Cervantes
Ana Gabriela Mena Rodríguez MSP
Ana Miriam Reyes López MSP
Andrea López Araiza López MSP
Ángel Silva Almaraz MCSP
Armando González Rocha
Armando Martínez Martín del Campo
Arturo Múzquiz Peña MDO y MAP
Arturo Pérez Romero MSP
Arturo Rangel Figueroa MSP y Dr. en Cs. S
Beatriz Yamuni Núñez
Carlos Gerardo Cano Mancera
Carlos Vázquez Navarro
Celedonio Cárdenas Romero MSP
Claudia Judith González Ochoa
Cuauhtémoc Rosas Medina
Daniel Ojeda Torres
Eduardo Covarrubias Iñiguez
Eduardo S. Carballo Triana MSP
Elba Arcelia Casillas Lozano
Elba María del R. Ramos Figueroa Dra. en Cs, MGSS y MSP
Elide Roció Ramírez Jiménez



Elizabeth Ochoa Chávez
Elizabeth Ulloa Robles
Emilio Zamúdio Gutiérrez
Ernesto Cisneros Madrid MSP
Ernesto Vaca García MSP
Esmeralda Ramos Martínez MGP
Felipe Gómez Casillas
Fernando Castillo Saldaña
Francisco Javier Barrera Sánchez MSP
Francisco Javier Paredes Sánchez.
Francisco Xavier Castellanos Arce
Gabriela Solís Beltrán
Georgina Cuéllar Ramírez
Germán Rodríguez Caballero
Gloria María Vázquez Navarro
Gonzálo Arturo Chiang Munguía
Gianello O. Castellanos Arce
Guillermo Ruíz Esparza
Hilda Susana Guillén Álvarez
Hugo González Ezequiel Ramírez
Jasive Yiniba Carrancoi Ríos
Javier Gallo Vázquez
Jesús Jaramillo Rodríguez MSP
Joel Ávalos Nuño MSP
Joel Salvador Chávez Rivera.
José Ángel Rodríguez García
José Antonio Zambrano Velarde
José Pablo López Araiza López
Josefina Figueroa Solano
Juan Alfredo Riebeling Guerrero MSP
Juan Antonio Rincón López
Juan Carlos Olivares Gálvez MSP
Juan Carlos Salazar Gutiérrez
Juan Carlos López Hernández
Juan Salvador García



Laura H. Pérez Partida
Laura Jardón Nava
Liliana Guadalupe Gutiérrez G.
Liliana López Falomir
Lourdes González Rocha
Lucía Salazar Montes MSP
Luis Javier Roblez Avellana
Luis Rodolfo Morán González MC, MI, MSP
Luz Elena Rodríguez Carrillo
Ma. de las Mercedes Basurto Monroy MSP
Ma. Dolores Zepeda Alfaro
Ma. Enriqueta Cambero González MGSS
Ma. Esther Becerra Sigala MGSS
Ma. Luisa Barbosa Guzmán MSP
Ma. Rosalba Duran Plascencia
Magdalena Esparza Torres
Maira Otilia Zepeda Romero
Manuel Marín Buriel
Marcos García Cárdenas MSP
María de Jesús González Guerrero
María de los Ángeles Valdez Luna MSP
María del Consuelo Martínez
María Elvira Sandoval Sánchez
María Teresa Flores Isaac
María Teresa García Mata
Maribel Acosta Chavoya
Maricela E. Macías Pérez MSP Y ME
Maricela Elizabet Macías Pérez MSP
Mario Núñez Salinas MAIS
Marivel Muñoz Dávila
Martha Áreas Novoa
Martha Gabriela Pérez Castillo MSP
Martha Patricia López Pérez
Miguel Ángel Ochoa Covarrubias MSP
Mónica Mercado Hernández



Myriam Raquel Colino Vallejo MGSS
Noemí Martha Martínez Zendejas
Norma Elizabeth Jacobo Hernández MSP
Pablo José Sánchez Núñez
Pilar Ruíz Gaitán López
Ramón Gabriel Sandoval García
Richard Reyes Reyes
Robertina Marín Buriel
Roberto Gerardo García de la Torre
Roberto Venegas Sandoval
Rosalba Plascencia Durán
Rubén Ávila Moreno MSP
Rubén Contreras Cabrera MDOH
Rubén Sandoval Gloria
Salvador Cisneros Curiel
Salvador García Uvence MSP
Sergio Alejandro Martínez Flores
Víctor Hugo Romo Castañeda
Yolanda Miramontes Vega



Integración y Edición

Dr. Víctor Manuel González Romero
Secretario de Planeación

Coordinación General de Planeación

Dr. Héctor Eduardo Gómez Hernández
Coordinador General de Planeación

MTA. Carlos Eduardo Anguiano Gómez
Coordinador de Planeación Sectorial

Mtro. José Martínez Graciliano
Coordinador de Planeación Territorial

Lic. Yered Gybram Canchola Pantoja
Coordinador de Proyectos para la Gestión Pública

Programa Sectorial 08 "Protección y Atención Integral a la Salud"

ISBN: 968-832-590-2

1ra. Edición

Responsable de la publicación: Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco

Responsable de la impresión: Equilátero "Desarrollos Impresos de México, S.A. de C.V."

Guadalajara Jalisco., México. Febrero de 2008

Tiraje : 1,000 ejemplares