



Equidad de oportunidades

Salud

PROGRAMA SECTORIAL



—PLAN ESTATAL DE—
DESARROLLO
JALISCO 2013 - 2033



BIBLIOTECA DE ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA ESTATAL Y MUNICIPAL
Colección Planes y Programas

Salud

PROGRAMA SECTORIAL



Entorno y vida sustentable



Economía próspera e incluyente



Equidad de oportunidades



Comunidad y calidad de vida



Garantía de derechos y libertad



Instituciones confiables y efectivas

D.R. © Gobierno del Estado de Jalisco

Secretaría General de Gobierno

Oficialía Mayor

Dirección de Publicaciones

Prolongación Alcalde 1351, Edificio C, 1^{er} Piso

Guadalajara, Jalisco, México

www.jalisco.gob.mx

Hecho en México/Made in Mexico

Programa sectorial de Salud

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Marco jurídico	9
Marco metodológico	15
Vinculación con otros instrumentos de planeación	19
Diagnóstico	26
Tema I rectoría en salud	26
Tema II vigilancia de la salud pública	28
Tema III Promoción de la Salud	42
Tema IV Calidad de la Atención	55
Tema V Inversión en Capital Humano	81
Tema VI Servicios Universales de Salud	87
Síntesis de los problemas relevantes del sector	96
Áreas de oportunidad	98
Apartado estratégico	98
Evaluación y seguimiento	101
Indicadores y metas	103
Cartera de acciones y proyectos	104
Bibliografía	107
Directorio	110

Prólogo

El Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013-2033 (PED 2013-2033) se elaboró bajo un modelo de gobernanza en el marco del Sistema Estatal de Planeación Democrática, lo que permitió sumar visiones y propuestas de ciudadanos, grupos vulnerables, expertos, líderes sociales y representantes del sector público de los diferentes poderes y órdenes de gobierno. La metodología de planeación que se siguió se sustenta en la gestión por resultados, a partir de identificar problemas públicos socialmente relevantes, con un análisis causal de las problemáticas y la determinación de oportunidades para su atención. Con esto se definieron objetivos, estrategias, indicadores y metas; que reflejan los lineamientos y compromisos para lograr el desarrollo del Estado y el bienestar de su población.

En la conceptualización de los problemas contenidos en el PED 2013-2033 fue relevante entender el desarrollo y el bienestar desde una perspectiva social, en donde acorde con la Política de Bienestar del Ejecutivo Estatal, a los elementos objetivos o tangibles se les sumaron componentes de índole subjetivo. Esto llevó a agrupar temáticas y objetivos en seis dimensiones del desarrollo para el bienestar: Entorno y vida sustentable, Economía próspera e incluyente, Equidad de oportunidades, Comunidad y calidad de vida, Garantía de derechos y libertad, e Instituciones confiables y efectivas.

De tal forma que el PED 2013-2033 representa un ejercicio social, racional y sistemático para orientar las políticas, programas y acciones del sector público y la sociedad, en busca de lograr el bienestar de la población en el Estado, con horizontes de mediano y largo plazo.

Para profundizar en la comprensión de las problemáticas y para avanzar en el despliegue de los objetivos y estrategias contenidas en el PED 2013-2033, la Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios, contempla otros instrumentos de planeación. Un grupo de ellos, especialmente relevante, lo constituyen los programas sectoriales, que se conciben como instrumentos que abordan una materia determinada y que vinculan el funcionamiento de diversas instituciones públicas, sociales y privadas que comparten fines similares con el Plan Estatal de Desarrollo. Éstos tienen una vigencia igual al de la administración del ejecutivo estatal.

La Ley de Planeación mandata que, para propósitos de la planeación, la participación de las dependencias y entidades de la administración pública, de los organismos de los sectores privado y social, y de la sociedad en general, se haga a través del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Jalisco (COPLADE). En específico, la Ley estipula que la planeación sectorial se realizará a través de un Subcomité que represente al sector correspondiente; y que la coordinación de estos subcomités recae en las dependencias del Ejecutivo Estatal que tienen bajo su responsabilidad la coordinación de los asuntos de un sector administrativo.

Bajo estos lineamientos, en la presente publicación se presentan 22 programas sectoriales y dos transversales que se elaboraron en el primer semestre del presente año. En ellos, a partir de lo contenido en el PED 2013-2033, se establecen los objetivos y prioridades propias de cada sector. Para cada objetivo se profundizó en la definición de estrategias y se agregó una cartera de programas y proyectos, como una forma de concretar lo que habrá de hacerse en el sector para cumplir con los compromisos y lineamientos formulados en el PED 2013-2033. Además,

para cada objetivo sectorial se establecen indicadores y metas que permitirán monitorear y evaluar el cumplimiento de los mismos.

Para su publicación, los programas sectoriales y transversales se agrupan en seis volúmenes, en función de las sendas dimensiones del desarrollo para el bienestar contempladas en el PED 2013-2033. En particular en el presente volumen se da cuenta de los programas relacionadas con la dimensión Equidad de oportunidades. En el PED 2013-2033 se establece la visión de alcanzar una sociedad igualitaria e incluyente que permita a todas las personas tener las mismas oportunidades de disposición de recursos y de realización de vida, y con ello es necesario lograr:

- Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables.
- Garantizar el acceso a una vivienda digna que cuente con infraestructura y servicios públicos de calidad que permitan el bienestar de las familias.
- Mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la educación, reducir el rezago educativo y promover la equidad en las oportunidades educativas.
- Reducir la desigualdad y marginación social garantizando el ejercicio efectivo de los derechos sociales y priorizando el apoyo a la población en situación de pobreza.
- Promover una sociedad incluyente que garantice el respeto a la diversidad social y los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad, así como fomentar el desarrollo de los pueblos indígenas respetando su identidad cultural.
- Promover el bienestar de los migrantes respetando sus derechos humanos, y fomentando su organización e inserción comunitaria.

Los anteriores son los seis objetivos de desarrollo planteados en el PED 2013-2033 en la dimensión Equidad de oportunidades, y que se busca atender mediante cuatro programas sectoriales:

- Desarrollo e integración social
- Salud
- Educación
- Vivienda.

Que están coordinados, respectivamente, por las secretarías de Desarrollo e Integración Social, Salud, Educación, y Medio Ambiente y Desarrollo Territorial. Es tarea de estas dependencias cabeza de sector, asegurarse de que estos programas sectoriales sean instrumentos vivos, en donde confluyen los anhelos y compromisos de los jaliscienses para lograr la Equidad de oportunidades.

Se requiere que todos los sectores en el Estado encausen y sumen de manera eficiente sus esfuerzos para el cumplimiento de los compromisos contenidos en estos cuatro instrumentos de planeación. Particularmente, las dependencias señaladas deben jugar un rol protagónico de coordinación y liderazgo, a partir del compromiso de sus funcionarios públicos. Es necesario que en todo momento las decisiones estratégicas, los enfoques, las prioridades y la aplicación de los recursos presupuestales se haga con apego a los lineamientos de estos programas. En todo esto a la sociedad en general le corresponde informarse y exigir el cumplimiento del conjunto de metas y objetivos. Para ello la Subsecretaría de Planeación y Evaluación pone a disposición el sistema Monitoreo de Indicadores del Desarrollo de Jalisco (MIDE Jalisco), donde se le da seguimiento a los indicadores del PED 2013-2033.

Introducción

La salud es un derecho fundamental del ser humano y como tal forma parte implícita del desarrollo de una sociedad. Sin embargo como producto de un proceso vital, la salud de la población es el resultado de una diversidad de factores de índole estructural, tales como desigualdades en la distribución del ingreso per cápita, la adquisición de bienes y servicios, el poder y la obtención de recursos, estos son los determinantes sociales de la salud y explican la mayor parte de las inequidades en la materia. Contribuir a que más jaliscienses desarrollen una vida longeva y saludable, por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad, es un objetivo fundamental de esta área de política pública. También es importante fomentar hábitos de vida saludables entre la población, pues las familias y los individuos son corresponsables de mantener niveles adecuados en su calidad de vida.

Así, las actividades enfocadas a mejorar la salud de la población en su totalidad, pero con mayor énfasis en la salud de la población infantil y materna, constituyen una clara inversión en capital humano, de aquí que toda estrategia cuyo objetivo sea mejorar la salud de la población, combate simultáneamente la pobreza y por ende el rezago social. De ello, se desprende que los resultados de las acciones del sector salud se multiplican con aquellas derivadas de otros sectores, que igualmente abordan el bienestar de la población. Ello implica la búsqueda de la eficiencia en las políticas en salud, como una de las más importantes tareas que un estado puede proponerse, ya que la salud es el principal elemento para una auténtica redistribución del ingreso y por tanto condición indispensable de la equidad.

Para la atención de toda la problemática de salud de la población jalisciense el Gobierno del Estado, mediante un ejercicio de planeación democrática mandatado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la propia Constitución Política del Estado y de la Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios, establece que debe elaborar las políticas públicas para conducir, entre otros, los servicios estatales de salud y de los distintos sectores involucrados para dar una respuesta innovadora y adecuada a dicha problemática.

Para su cumplimiento se parte de un diagnóstico en el que se identifica y describe la problemática de salud de los jaliscienses, organizado por grandes temas de mayor trascendencia para nuestra sociedad y gobierno. De su análisis se desprende el objetivo del desarrollo en salud del Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013 - 2033, al que se alinean los objetivos sectoriales. Éstos se relacionan con los temas más relevantes de la salud para organizar las 55 estrategias con las cuales será posible su realización.

El Gobierno del Estado de Jalisco se ha propuesto dar seguimiento puntual al avance de las metas establecidas. El Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018 propone una serie de indicadores para su seguimiento, tanto por las instituciones de salud nacionales como internacionales y de la sociedad civil organizada. El seguimiento periódico del comportamiento de éstos indicadores en relación con las metas establecidas permitirá validar las estrategias y un ejercicio de transparencia

del uso de los recursos públicos y la crítica ciudadana. Por último se presenta una cartera de acciones y proyectos agrupados en grandes procesos que corresponden a los temas relevantes de salud.

El Gobierno del Estado tiene la certeza de que con el desarrollo y cumplimiento del Programa Sectorial de Salud, contribuirá a desarrollar el potencial de sus ciudadanos a través de mejorar su salud y acceder al merecido bienestar de los jaliscienses.

Marco jurídico

La Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios tiene por objeto establecer las normas y principios básicos de la planeación de las actividades de la administración pública Estatal y Municipal, para coadyuvar en el desarrollo integral y sustentable del Estado, así como las bases de integración y funcionamiento del Sistema Estatal de Planeación Democrática del Estado de Jalisco.

De acuerdo con dicha ley, corresponde al titular del Poder Ejecutivo fijar los lineamientos a las dependencias y entidades de la administración pública estatal, para la elaboración y ejecución de los instrumentos de planeación. Entre estos instrumentos de planeación se cuentan el Plan Estatal de Desarrollo (PED), los Programas Sectoriales y Especiales, los Planes Institucionales, los Planes Regionales y los Planes Municipales.

Específicamente, los Programas Sectoriales y Especiales son los instrumentos que abordan una materia determinada y que vinculan el funcionamiento de diversas instituciones públicas, sociales y privadas que comparten fines similares con el PED 2013 - 2033. Para el cumplimiento de esta obligación corresponde a las dependencias coordinadoras de sector de la administración pública estatal, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 20 correlacionado con el numeral 27 de la Ley de Planeación estatal formular y aprobar los programas sectoriales, los cuales tendrán una vigencia igual al término de la administración estatal, tomando en cuenta las propuestas que presenten las entidades de su sector, los subcomités regionales y los ayuntamientos, así como las opiniones de los grupos sociales, organismos privados y demás interesados, procurando la congruencia de éstos con el Plan Estatal de Desarrollo y los planes regionales.

Es importante señalar que el Reglamento de la Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios, a fin de poder definir responsabilidades y tareas (dentro de los principios normativos que regulan la administración pública estatal y municipal) así como para que el Sistema Estatal de Planeación Democrática responda a los requerimientos de coherencia técnica y coordinación institucional, indispensables en el proceso de planeación, establece en su artículo 57 el ámbito de planeación sectorial como aquel que realizarán las dependencias del Ejecutivo Estatal que tienen bajo su responsabilidad la coordinación de los asuntos de un sector administrativo, y que consiste en expresar los objetivos definidos en la planeación estatal, de acuerdo a su respectivo ámbito de competencia. En este ámbito se elaborarán los Programas Sectoriales y Especiales de mediano plazo (un periodo de gobierno), con sus correspondientes programas operativos anuales, que desagregarán e instrumentarán al Plan Estatal de Desarrollo en cada sector administrativo.

Por otro lado, a manera de antecedentes, el estado de Jalisco ha sido pionero en las tareas de la planeación del desarrollo. En 1952 se creó la Comisión de Planeación de la Costa de Jalisco y se realizó el primer estudio regional. En 1964, el Gobierno del Estado creó una dependencia ejecutiva con el nombre de Dirección de Promoción Económica del Estado, la que durante los subsiguientes regímenes constitucionales, hasta 1984, consolidó sus funciones de planeación y promoción, bajo las denominaciones administrativas de Departamento de Economía del

Estado, Departamento de Programación y Desarrollo y, finalmente, con el nombre de Secretaría de Promoción y Desarrollo Económico.

La experiencia de Jalisco en la planeación del desarrollo se concreta en un acervo de estudios territoriales e instrumentos de planeación sectoriales y regionales. Pero fue hasta 1973 cuando Jalisco se integró a una etapa de planeación más formalizada a nivel nacional auspiciada por la Secretaría de la Presidencia, proceso que retomó la Secretaría de Programación y Presupuesto y culminó en 1983. En esa fecha se otorgó a la planeación el rango de ordenamiento constitucional, en el Reglamento del Artículo 26, y en la Ley de Planeación del 5 de enero del mismo año.

Hasta 1995 la integración de los planes estatales de desarrollo se realizaba con un escaso involucramiento y participación ciudadana, y todos los planes generados en este periodo no incluían sistemas claros de seguimiento y evaluación. En 1997 se establece una nueva regionalización de Jalisco, la cual implicó: integrar territorialmente los 124 municipios de Jalisco en 12 regiones administrativas; fomentar el proceso de descentralización y desconcentración hacia las regiones; e impulsar un proceso de planeación social, integral, participativa y estratégica para el desarrollo de las regiones. En diciembre del 2000 se promulga la Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios y con ella se definen y consolidan nuevas estructuras territoriales para el desarrollo del estado. Las regiones y los municipios adquieren una nueva dinámica, y se consolidan como los pilares para la planeación y gestión del desarrollo. Asimismo la Ley de Planeación viene a fortalecer la dinámica de la relaciones entre la sociedad civil y el Estado.

Entre 2007 y 2013, por primera vez en la historia de Jalisco, se pusieron al alcance de la sociedad mecanismos de información que le permitió conocer el grado de cumplimiento de las metas comprometidas en el Plan Estatal de Desarrollo y sus programas, así como monitorear el uso de los recursos públicos a cargo de las dependencias del Ejecutivo Estatal, contribuyendo así, al fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas.

En esta nueva etapa que representa el Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013 - 2033, el desarrollo y el bienestar se erigen en los pilares de la actuación del quehacer gubernamental y de la sociedad en su conjunto. La generación efectiva de oportunidades para que las personas desarrollen su potencial y adquieran libertad plena, será una constante de la presente administración estatal y deberá quedar plasmada en cada uno de los instrumentos de planeación que conforman el Sistema Estatal de Planeación Democrática.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a la protección de la salud, que tiene toda persona. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Así como la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. Hace referencia a su aplicación en toda la República Mexicana. Las disposiciones son de orden público e interés social.

La Ley General de Salud establece, en su Título primero, Disposiciones generales, Capítulo único, Artículo 2º, que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para 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.

Señala 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 de los noventa 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 de conformidad con el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social".

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, 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 coadyuven 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.

Marco metodológico

Atender la salud pública requiere de un modelo bajo el cual se realice la organización de los servicios de salud enmarcado en el pacto federal. A su vez, requiere de un proceso de planeación de la administración pública del estado que responda al mandato constitucional y normativo en la materia.

La Ley de Planeación para el Estado de Jalisco y sus Municipios, establece las normas y principios básicos de la planeación pública estatal y municipal con el fin de coadyuvar en el desarrollo integral y sustentable del Estado, así como las bases de integración y funcionamiento del Sistema Estatal de Planeación Democrática del Estado de Jalisco.

De acuerdo con la citada ley, es que se construyen los distintos instrumentos de planeación, entre los cuales se encuentran el Plan Estatal de Desarrollo [2013 - 2033] (que se alinea a su homólogo nacional en el periodo correspondiente) y los programas sectoriales. Estos son los instrumentos que abordan una materia determinada y vinculan el funcionamiento de las diversas instituciones públicas, sociales y privadas que comparten fines similares con el sector.

Figura 12.1. Marco normativo de la planeación en Jalisco



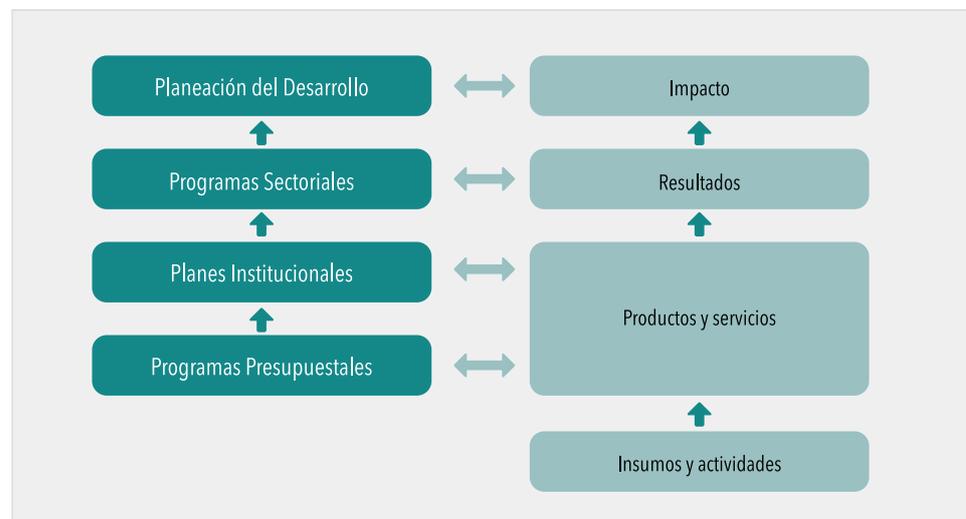
Fuente: Elaboración propia basada en el marco jurídico y normativo de la administración pública nacional y estatal

Este proceso de planeación debe partir de un marco metodológico con bases científicas y sociales que permitan el mejor desempeño institucional en la procuración de su objetivo social.

Hoy en día, la sociedad exige un uso eficiente y aplicación de los recursos con transparencia que se refleje en mejores resultados con calidad y óptimo desempeño gubernamental. Esta demanda social orienta hacia el ejercicio de una gestión pública que garantice resultados en cada etapa de su proceso y evalúe su desempeño.

Este modelo de gestión busca la eficiencia y la eficacia en el desarrollo de sus acciones y actividades que genere resultados e impactos a través de sus servicios y productos. De tal forma que se logra una alineación de los instrumentos de planeación con la cadena de resultados para lograr la consecución de los objetivos planteados, en este caso, con la satisfacción de las demandas de salud y sus mejores condiciones de vida.

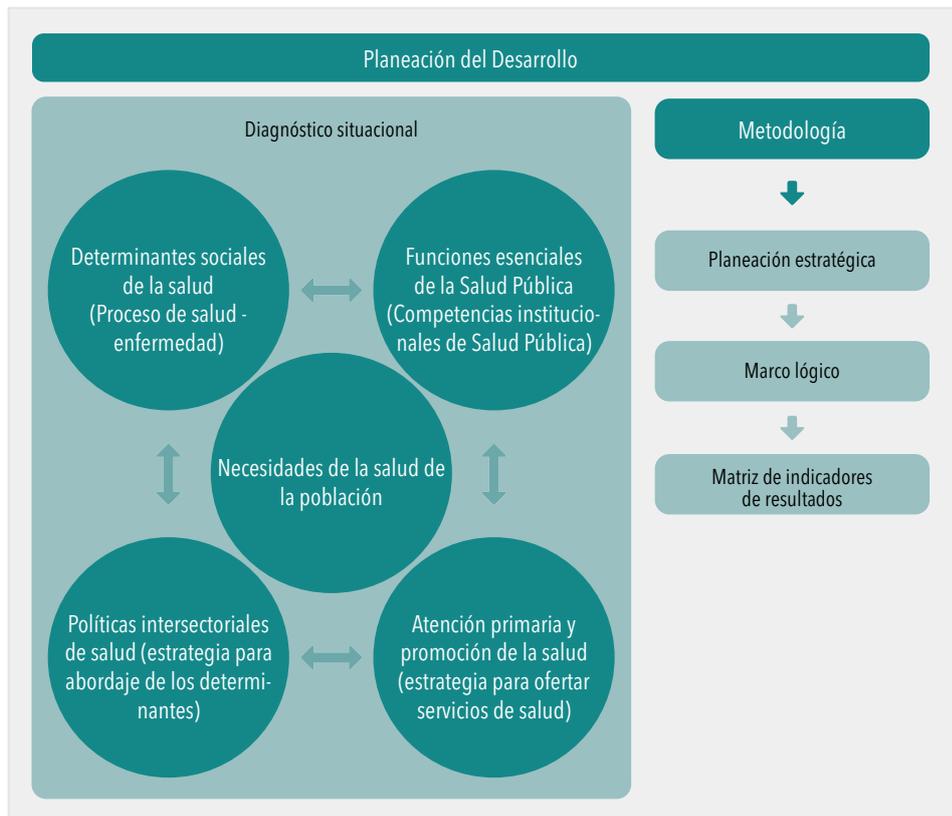
Figura 12.2. La cadena de resultados y los instrumentos de planeación



Fuente: Guía técnica para la formulación de los instrumentos de planeación derivados del PED 2013 - 2033, Subsecretaría de Planeación

En el orden de dicho planteamiento es necesario identificar el estado de salud de la población mediante un diagnóstico situacional que considere cinco aspectos fundamentales del mismo: a) los determinantes sociales que influyen en el proceso salud - enfermedad, b) la atención a las funciones esenciales de la salud pública como competencias institucionales de la misma, c) el ejercicio de la atención primaria y la promoción de la salud como estrategia fundamental para la oferta de servicios, d) la aplicación de políticas intersectoriales de salud como estrategia de abordaje de los determinantes sociales de la salud, y e) todo ello con el enfoque central en las necesidades de salud de la población. A este diagnóstico situacional deben dirigirse los instrumentos de planeación mediante las metodologías más adecuadas para mejorar la salud de la población con calidad.

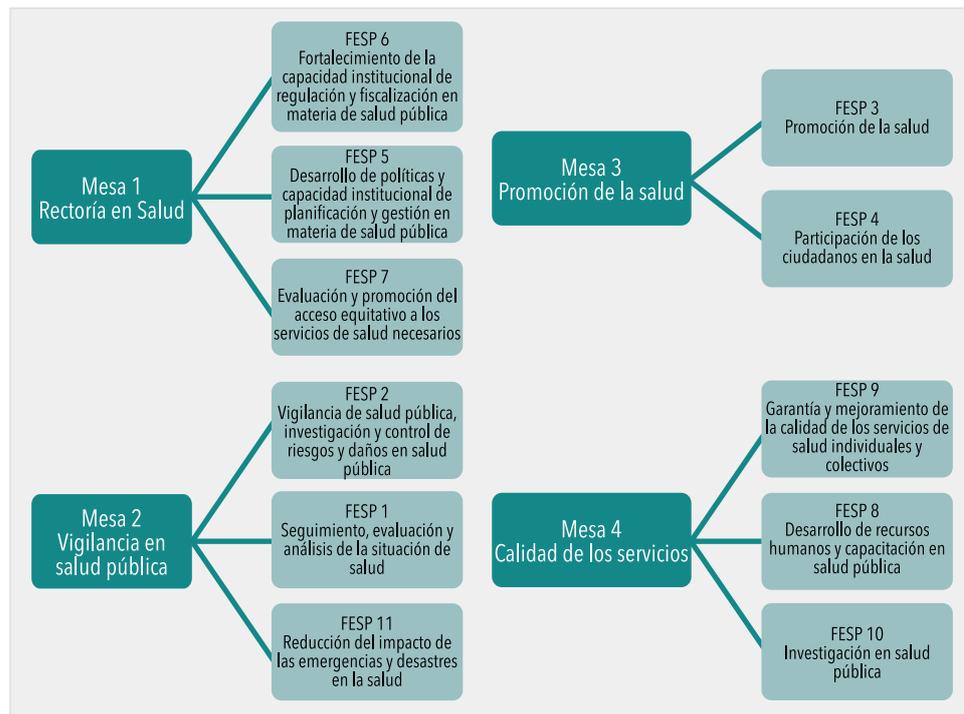
Figura 12.3. Vinculación del marco metodológico al diagnóstico de salud en Jalisco



Fuente: Elaboración propia

Con este enfoque se realizó el Taller del Subcomité Sectorial del Consejo Estatal de Salud para la integración del presente programa, atendiendo los temas estratégicos que cada mesa de trabajo desarrollo, dando como resultado el Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018 que aquí se presenta.

Figura 12.4. Taller del subcomité sectorial de salud para la integración del programa sectorial de salud, 2013 - 2018



Fuente: Elaboración propia

Nota: FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública)

Vinculación con otros instrumentos de planeación

El Gobierno del Estado de Jalisco en cumplimiento de los mandatos constitucionales elabora el presente Programa Sectorial de Turismo; el cual se alinea con otros instrumentos de planeación federal y estatal (en el marco del federalismo) para fortalecer el cumplimiento del objetivo de desarrollo, que en el presente es “contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables”. Este apartado da cuenta de la vinculación de este programa, a través de sus objetivos prioritarios, con otros instrumentos de planeación. Los instrumentos a los que el presente programa se vincula son los siguientes:

Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018

Este fue elaborado por el Gobierno de la República en cumplimiento al artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El mismo orienta las políticas y programas de la administración pública federal durante los próximos años y se convierte en la ruta que la sociedad y gobierno han trazado para llevar al país a su máximo potencial. Además, establece acciones específicas para lograrlo y define indicadores para medir su avance.

Es a través de la meta de México incluyente en donde se enmarcan las políticas de desarrollo del sector salud que se traducen en asegurar el acceso a los servicios de salud y en ampliar el acceso a la seguridad social.

Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018

Este es producto de un proceso participativo de todas las instituciones y los diferentes órdenes de gobierno relacionados con la salud. Está alineado con el plan nacional de desarrollo y se apega a los lineamientos para la elaboración de los programas sectoriales; con la propuesta de indicadores por objetivo para realizar una medición en su avance.

Así, el programa sectorial de salud 2013 - 2018, traza la ruta a seguir en los próximos años para cimentar las bases de un sistema de salud universal, que asegure el acceso a los servicios de salud y a la seguridad social.

Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013 – 2033

Este documento del gobierno del estado es un instrumento de largo plazo que describe la orientación para el desarrollo de Jalisco en el corto, mediano y largo plazo. Se elaboró desde la gobernanza, entendida como un proceso colectivo de acción pública, con el cual se construyó socialmente, basado en problemas públicos.

En el tema de la salud, se compromete a reducir y controlar los factores de riesgo para la salud y, a mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

En la tabla se presenta el resumen de la vinculación con los instrumentos de planeación.

Tabla 12.1. Alineación de objetivos PED, PND, Política de Bienestar y Programa Sectorial de Salud

Objetivo del desarrollo	Objetivo sectorial del PED	Objetivos del Programa Sectorial de Salud	Objetivo o estrategia del PED	Objetivo estrategia de Bienestar	Objetivos de Desarrollo del Milenio
Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables	<p>OD701 Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud</p> <p>OD702 Mejorar la salud y calidad de vida de las personas</p>	<p>Objetivo 1. Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud</p> <p>Objetivo 2. Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad</p> <p>Objetivo 3. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Objetivo 4. Impulsar la integración y universalidad de los servicios de salud</p>	<p>Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.</p> <p>Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p> <p>Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p> <p>Estrategia 2.3.5. Promover la cooperación internacional en salud.</p> <p>Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.</p> <p>Estrategia 2.4.2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.</p> <p>Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p>	<p>Objetivo 1. Contribuir a una vida más larga y saludable de las personas mediante acciones que aseguren un medio ambiente sano que requiere la reducción máxima de riesgos de contaminación y degradación ambiental. Así como la mejora en la cobertura y la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Objetivo 5. Extender la protección social para que todos los jaliscienses cuenten con acceso a asistencia sanitaria apropiada, puedan disfrutar de condiciones de trabajo seguras, retribución en caso de pérdida o reducción de ingresos y una pensión en la vejez.</p> <p>Objetivo 7. Asegurar la disponibilidad, acceso y mejor aprovechamiento nutritivo de alimentos para la población jalisciense.</p>	<p>Objetivo 3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres.</p> <p>Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.</p> <p>Objetivo 5. Mejorar la salud materna.</p> <p>Objetivo 6. Combatir el VIH-Sida, la malaria y otras enfermedades.</p>

Tabla 12.2. Alineación de objetivos PED, PND, Política de Bienestar y Programa Sectorial de Salud

Objetivo del desarrollo	Objetivo sectorial del PED	Estrategias PED	Objetivos del PND	Objetivo estrategia de Bienestar	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivos del PSS	Estrategia PSS
Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables	OD701 Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud	O1E1. Promover estilos y modos de vida saludables.	Objetivo 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social	Objetivo 1. Contribuir a una vida más larga y saludable de las personas mediante acciones que aseguren un medio ambiente sano que requiere la reducción máxima de riesgos de contaminación y degradación ambiental. Así como la mejora en la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Objetivo 5. Extender la protección social para que todos los jaliscienses cuenten con acceso a asistencia sanitaria apropiada, puedan disfrutar de condiciones de trabajo seguras, retribución en caso de pérdida o reducción de ingresos y una pensión en la vejez. Objetivo 7. Asegurar la disponibilidad, acceso y mejor aprovechamiento nutritivo de alimentos para la población jalisciense.	ODM3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres. ODM4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ODM5. Mejorar la salud materna. ODM6. Combatir el VIH-Sida, la malaria y otras enfermedades	Objetivo 1. Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud	E1.1. Promover los estilos de vida saludable en la población, con énfasis en grupos vulnerables.
		O1E3. Contener la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.					E1.2. Impulsar los hábitos nutricionales del Buen Comer y el Buen Beber
		O1E5. Apoyar la inclusión de educación física obligatoria y educación nutricional en programas escolares					E1.3. Apoyar la inclusión de educación física obligatoria y educación nutricional en programas escolares
		O1E7. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida.					E1.4. Extender la cobertura de acciones esenciales de la salud mediante unidades móviles y jornadas médicas a las comunidades
		O1E6. Incentivar buenos hábitos higiénico - dietéticos y deportivos de la familia.					E1.5. Contribuir a reducir los factores de riesgo de enfermedades mediante la participación municipal, social y ciudadana en salud.
		O1E7. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida.					E1.6. Promover los ejercicios para la salud y deportivos de la familia con énfasis en la población entre 20 y 69 años.
		O1E1. Promover estilos y modos de vida saludables.					E1.7. Incrementar la orientación y uso de los servicios contra la violencia familiar y de género. E1.8. Promover la salud escolar y comunitaria E1.9. Fortalecer la atención de la salud preventiva a migrantes y etnias.

Tabla 12.3. Alineación de objetivos del Desarrollo, ODM, PED, Bienestar y Programa Sectorial de Salud

Objetivo del desarrollo	Objetivo sectorial del PED	Estrategias PED	Objetivos del PND	Objetivo estrategia de Bienestar	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivos del PSS	Estrategia PSS
Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables	OD701 Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud	O1E7. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida.	Objetivo 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social	Objetivo 1. Contribuir a una vida más larga y saludable de las personas mediante acciones que aseguren un medio ambiente sano que requiere la reducción máxima de riesgos de contaminación y degradación ambiental. Así como la mejora en la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Objetivo 5. Extender la protección social para que todos los jaliscienses cuenten con acceso a asistencia sanitaria apropiada, puedan disfrutar de condiciones de trabajo seguras, retribución en caso de pérdida o reducción de ingresos y una pensión en la vejez. Objetivo 7. Asegurar la disponibilidad, acceso y mejor aprovechamiento nutritivo de alimentos para la población jalisciense.	ODM3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres. ODM4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ODM5. Mejorar la salud materna. ODM6. Combatir el VIH-Sida, la malaria y otras enfermedades	Objetivo 2. Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad	E2.1. Disminuir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.
		O1E3. Contener la prevalencia del sobrepeso y la obesidad					E2.2. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.
		O1E9. Atender y prevenir el problema de las adicciones.					E2.3. Atender las urgencias epidemiológicas y desastres.
		O1E8. Prevenir y controlar la epidemia del VIH y otras ITS en el marco de respeto pleno a los derechos humanos					E2.4. Reducir y controlar las enfermedades por vectores y zoonosis.
		O1E1. Promover estilos y modos de vida saludables					E2.5. Controlar las enfermedades prevenibles por vacunación.
							E2.6. Reducir y controlar las infecciones respiratorias agudas.
							E2.7. Reducir y controlar las enfermedades diarreicas agudas.
E2.8. Impulsar la vigilancia nutricional en los menores de 5 años.							
O1E7. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida.	E2.9. Contener la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.						
	E.2.10. Atender y prevenir el problema de las adicciones.						
	E.2.11. Prevenir y controlar la epidemia del VIH y otras ITS.						
	E2.12. Promover estilos de vida a favor de la salud mental.						
	E2.13. Desacelerar la violencia intrafamiliar.						
	E2.14. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida, con énfasis en los adultos mayores.						
2.15. Aumentar la cobertura y calidad de los programas preventivos y especializados que atienden las principales afectaciones en las mujeres.							
2.16. Impulsar la educación para la salud sexual y reproductiva acorde con la perspectiva de género.							

Tabla 12.4. Alineación de objetivos del Desarrollo, ODM, PED, Bienestar y Programa Sectorial de Salud

Objetivo del desarrollo	Objetivo sectorial del PED	Estrategias PED	Objetivos del PND	Objetivo estrategia de Bienestar	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivos del PSS	Estrategia PSS
Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables	OD702 Mejorar la salud y calidad de vida de las personas	O2E1. Dar seguimiento a las acciones de prevención, tratamiento y control de la diabetes y otras enfermedades crónico-degenerativas	Objetivo 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social	Objetivo 1. Contribuir a una vida más larga y saludable de las personas mediante acciones que aseguren un medio ambiente sano que requiere la reducción máxima de riesgos de contaminación y degradación ambiental.	ODM3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres. ODM4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ODM5. Mejorar la salud materna. ODM6. Combatir el VIH-Sida, la malaria y otras enfermedades	Objetivo 3. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud	E3.1. Reducir y controlar las enfermedades no transmisibles
		O2E3. Implementar mecanismos que mejoren los servicios y la infraestructura en atención a los pacientes con problemas de salud mental.		Objetivo 5. Extender la protección social para que todos los jaliscienses cuenten con acceso a asistencia sanitaria apropiada, puedan disfrutar de condiciones de trabajo seguras, retribución en caso de pérdida o reducción de ingresos y una pensión en la vejez.			E3.2. Reducir y controlar los tumores malignos, en particular los que afectan a la mujer.
		O2E4. Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio		Objetivo 7. Asegurar la disponibilidad, acceso y mejor aprovechamiento nutritivo de alimentos para la población jalisciense.			E3.3. Mejorar los servicios de atención de salud mental y su infraestructura.
		O2E1. Dar seguimiento a las acciones de prevención, tratamiento y control de la diabetes y otras enfermedades crónico-degenerativas					E3.4. Reducir y controlar la morbilidad y mortalidad infantil y en los menores de cinco años, en particular en comunidades marginadas. E3.5. Fortalecer la atención a la salud de comunidades rurales y marginadas.
							E3.6. Mejorar la atención integral en salud para las adultas y adultos mayores.

Tabla 12.5. Alineación de objetivos del Desarrollo, ODM, PED, Bienestar y Programa Sectorial de Salud

Objetivo del desarrollo	Objetivo sectorial del PED	Estrategias PED	Objetivos del PND	Objetivo estrategia de Bienestar	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivos del PSS	Estrategia PSS
Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables	OD702 Mejorar la salud y calidad de vida de las personas	O2E4. Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio	Objetivo 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social	Objetivo 1. Contribuir a una vida más larga y saludable de las personas mediante acciones que aseguren un medio ambiente sano que requiere la reducción máxima de riesgos de contaminación y degradación ambiental. Así como la mejora en la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Objetivo 5. Extender la protección social para que todos los jaliscienses cuenten con acceso a asistencia sanitaria apropiada, puedan disfrutar de condiciones de trabajo seguras, retribución en caso de pérdida o reducción de ingresos y una pensión en la vejez. Objetivo 7. Asegurar la disponibilidad, acceso y mejor aprovechamiento nutritivo de alimentos para la población jalisciense.	ODM3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres. ODM4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ODM5. Mejorar la salud materna. ODM6. Combatir el VIH-Sida, la malaria y otras enfermedades	Objetivo 3. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud	E3.7. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad
		O2E5. Mejorar la atención y la infraestructura hospitalaria especializada de primer contacto, segundo y tercer nivel					E3.8. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas, en especial la insuficiencia renal crónica
		O2E4. Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio					E3.9. Impulsar el desarrollo integral y continuo de los recursos humanos acorde a las necesidades y demandas de atención a la salud.
							E3.10. Impulsar la investigación en servicios de salud y salud pública
							E3.11. Impulsar el Centro Estatal de Información en Salud y las bibliohemerotecas.
							E3.12. Fortalecer la infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud.
							E3.13. Mejorar el desempeño con calidad en los servicios de las unidades del sistema sanitario estatal.
		E3.14. Incrementar la seguridad en la atención de los usuarios de los servicios sanitarios estatales.					

Tabla12.6. Alineación de objetivos del Desarrollo, ODM, PED, Bienestar y Programa Sectorial de Salud

Objetivo del desarrollo	Objetivo sectorial del PED	Estrategias PED	Objetivos del PND	Objetivo estrategia de Bienestar	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivos del PSS	Estrategia PSS
Contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables	OD702 Mejorar la salud y calidad de vida de las personas	O2E4. Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio	Objetivo 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud Objetivo 2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social	Objetivo 1. Contribuir a una vida más larga y saludable de las personas mediante acciones que aseguren un medio ambiente sano que requiere la reducción máxima de riesgos de contaminación y degradación ambiental. Así como la mejora en la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Objetivo 5. Extender la protección social para que todos los jaliscienses cuenten con acceso a asistencia sanitaria apropiada, puedan disfrutar de condiciones de trabajo seguras, retribución en caso de pérdida o reducción de ingresos y una pensión en la vejez. Objetivo 7. Asegurar la disponibilidad, acceso y mejor aprovechamiento nutritivo de alimentos para la población jalisciense.	ODM3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres. ODM4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ODM5. Mejorar la salud materna. ODM6. Combatir el VIH-Sida, la malaria y otras enfermedades	Objetivo 4. Impulsar la integración y universalidad de los servicios de salud	E4.1. Impulsar una iniciativa de reforma de la legislación de los sistemas de salud.
		E4.2. Organizar los servicios de salud en función de un modelo universal de atención a la salud de los jaliscienses.					
		E4.3. Contribuir a mejorar la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado.					
		E4.4. Fortalecer la infraestructura del sistema de salud estatal y la cobertura universal de los servicios.					
		E4.5. Mejorar la atención y la infraestructura hospitalaria especializada.					
		E.4.6. Impulsar la implementación del expediente clínico electrónico, con énfasis en el intercambio de servicio.					
		E4.7. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos.					
		E4.8. Asegurar el abasto eficiente y oportuno de medicamentos del cuadro básico.					
		E4.9. Estandarizar el intercambio de servicios de salud para la atención de la salud en la población.					
		E4.10. Promover el intercambio de servicios para la atención de la salud en la población.					
		E4.11. Fortalecer el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud					
		E4.12. Impulsar a la bioética como política de gestión y desarrollo					
		E4.13. Reducir el rezago en la afiliación de usuarios a los sistemas de seguridad y protección sociales en salud.					
		E4.14. Promover el uso del padrón general de salud.					
		E4.15. Impulsar la infraestructura en materia de tecnologías de la información y de comunicaciones.					
		E4.16. Fortalecer el sistema de evaluación del desempeño.					
		E4.17. Generar información pública para la transparencia y rendición de cuentas.					
		E4.18. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico.					

Diagnóstico

La salud de la población es el resultado de una diversidad de factores de índole estructural, tales como desigualdades en la distribución del ingreso per cápita, la adquisición de bienes y servicios, el poder y la obtención de recursos, estos son los determinantes sociales de la salud y explican la mayor parte de las inequidades en la materia. Estos determinantes sociales de salud son pues, todos aquellos factores necesarios a considerar y que afectan la salud de las personas.

En coherencia con ello, en este capítulo se presenta un recuento de la prevalencia y evolución de los principales problemas en materia de salud, con la finalidad de establecer las directrices y proyectos que deberán implementarse para revertir su incidencia. Al final se presenta un listado de las áreas de oportunidad más significativas que contribuirían a impulsar los proyectos estratégicos del sector y se expone un resumen de los problemas relevantes del sector.

Tema I Rectoría en Salud

La salud de la población es un proceso en el cual se han logrado resultados, como mantener libre de cólera, de rabia humana urbana, poliomielitis, sarampión, tétanos neonatal entre otros; éxitos obtenidos por la suma de esfuerzos de los jaliscienses y sus instituciones a través del tiempo, de esta forma, el Sistema Estatal de Salud debe ser capaz de establecer políticas públicas para superar los retos planteados y mantener los logros alcanzados en el ámbito de la salud.

Sin embargo, el estado enfrenta tres factores que inciden negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho a la protección de la salud. Primero, el modelo de atención con que operan las instituciones del sector salud ha privilegiado la actividad curativa antes que lo preventivo, en este tema, es necesario hacer de las acciones de protección, prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud, elementos básicos que permeen a todos los niveles mediante un modelo de atención actualizado, homologado y más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios de salud. Segundo, no han podido implementarse políticas en salud, que tengan un enfoque integral, multidisciplinario, interinstitucional y perfectamente articuladas en todos los órdenes de gobierno, por ello se debe asegurar una coordinación efectiva de las estrategias y acciones federales, estatales y locales que permita que la salud esté presente en los programas y políticas de otros sectores. Tercero, la rectoría y el arreglo financiero y organizacional vigentes, en donde prevalecen la desigualdad en los beneficios y la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, impiden una atención continua e integrada de las personas a lo largo del ciclo de vida y limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en salud.

Esta desarticulada y heterogénea conformación del sistema de salud, tanto en el ámbito nacional y estatal, dificulta la planeación de infraestructura, la posibilidad de lograr una verdadera homologación de los modelos de atención y de las herramientas de gestión, limita la estandarización de la calidad en la atención en los múltiples establecimientos públicos y, la posibilidad de generar información y llevar a cabo la evaluación sectorial. Todo esto, a pesar de contar con fuentes de financiamiento aseguradas para la mayoría de las intervenciones de salud y de

múltiples esfuerzos durante los años anteriores con resultados concretos, algunos ya citados y otros como las guías de práctica clínica sectoriales y las normas oficiales mexicanas.

La rectoría implica fundamentalmente, la planeación estratégica; la participación en la formulación de políticas públicas federales, la implementación y el diseño de éstas en el nivel estatal; la definición de prioridades; el fortalecimiento de la autoridad sanitaria; la vinculación y coordinación intra e intersectorial; la regulación sanitaria; la supervisión y el monitoreo de las reglas sanitarias y de atención médica; y la evaluación del desempeño.

En el marco de las funciones de los sistemas nacionales y estatales de salud que señala la Organización Mundial de la Salud, se identifica a Jalisco, al igual que a la Federación, con una enorme tarea pendiente en cuanto a rectoría del sistema sanitario. En mucho, ésta es una consecuencia histórica del desarrollo social y económico del país, al organizar los servicios con distintas categorías vinculadas a la condición social y laboral en que hemos transitado. Así, se formó un sistema sanitario segmentado, con instituciones de salud para población con seguridad social, independientes de otras instituciones que atienden a segmentos de la población que carece de dicho beneficio. Este escenario, se complica con el proceso de descentralización de los servicios de salud por los que la federación y las entidades federativas atraviesan desde las últimas dos décadas.

En este contexto, la Secretaría de Salud del Gobierno de la República pretende evolucionar hacia un Sistema Nacional de Salud Universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.⁴⁷

En el ámbito estatal, como producto de la participación de la sociedad organizada y del gobierno, en un taller del Subcomité Sectorial de Salud para la integración de este programa sectorial se identificaron problemas que generaron las propuestas en las áreas de oportunidad estatal con enfoque nacional:

1. Fortalecer la Rectoría en Salud
2. Desarrollar políticas públicas en Salud
3. Diseñar estrategias para garantizar la Cobertura Universal de Salud en el Estado.
4. Incrementar el acceso a los Servicios de Salud con Calidad en todos sus ámbitos.
5. Fortalecer el Modelo de Atención Primaria y Liderazgo de la Salud Pública.
6. Implementar un Sistema Integral de Salud, considerando la transversalidad entre sectores y los ámbitos público y privado.
7. Incluir la Perspectiva de Género y Etnia con énfasis en la atención de Primer Nivel.

47
Visión del Sistema Nacional de Salud, enunciado en el Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018. PROSESA, p:11

8. Impulsar la eficiencia en los procesos administrativos y clínicos.
9. Distribuir el presupuesto con equidad a las necesidades de la población.
10. Impulsar la procuración de justicia y equidad en el acto médico - paciente.
11. Consolidar la Evaluación Integral del sistema de salud.
12. Asegurar la Transparencia y Rendición de Cuentas.

Tema II Vigilancia de la Salud Pública

Entre las funciones de los sistemas de salud, se encuentra la protección contra riesgos sanitarios con distintas acciones de vigilancia, regulación, fomento y supervisión orientadas al monitoreo de las reglas sanitarias para que sean cumplidas por los establecimientos de distintos servicios. También es parte de la vigilancia de la salud pública observar el comportamiento de enfermedades de notificación obligatoria. Finalmente, la vigilancia de la salud pública es una manera de controlar y minimizar los efectos perjudiciales de los determinantes de la salud.

Es conocido que el actual sistema de información para describir la dinámica de la morbilidad que aqueja a una población presenta deficiencias al mostrar solo enfermedades principalmente transmisibles y que dejan de lado el registro sistemático de aquellas no transmisibles y las lesiones. Otro mecanismo son las encuestas, que por su mecanismo de recolección resultan ser extremadamente costosas. En este sentido, por el momento no tenemos mejor fuente de datos que las registradas por la notificación obligatoria de enfermedades para la vigilancia epidemiológica.

El Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE, 2012),⁴⁸ nos muestra en el ámbito nacional una incidencia de 37,921 enfermedades por cada cien mil habitantes, en tanto, en la entidad fue de 38,169.6 enfermedades por cada cien mil habitantes, misma que se ha incrementado en el periodo de las tres últimas décadas. Para el ámbito nacional y estatal, este perfil revela cambios en el peso relativo de los motivos de notificación, aun cuando las dos primeras causas explican poco menos de tres de cada cuatro diagnósticos. Lo que se observa en el cuadro adjunto para nuestra entidad.

Tabla 12.7. Incidencia de las 10 principales enfermedades de notificación obligatoria Jalisco 2012

Orden	Causas	Casos	Tasa (¹)	%
	Total	2737966	38169.60	100
1	Infecciones respiratorias agudas altas	1575924	21969.73	57.56
2	Enfermedades infecciosas intestinales	370653	5167.22	13.54
3	Infección de vías urinarias	252180	3515.61	9.21

⁴⁸ SUIVE (2012): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), 2012. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.

Orden	Causas	Casos	Tasa (1)	%
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	118892	1657.46	4.34
5	Intoxicación por picadura de alacrán	53856	750.80	1.97
6	Hipertensión arterial	43320	603.92	1.58
7	Otitis media aguda	42022	585.82	1.53
8	Gingivitis y enfermedades periodontales	37083	516.97	1.35
9	Asma y estado asmático	32866	458.18	1.20
10	Diabetes mellitus	32749	456.55	1.20
	LAS DEMAS CAUSAS	178.421	2487.30	6.50

¹ Tasa por 100,000 habitantes
Población calculada según CONAPO con datos del CONTEO 2005
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 a la lista Mexicana para la selección de Principales Causas (CIE 165 Agrupaciones) vigente 02/2005
Dirección General de Planeación, Dirección de Programación y Evaluación, Departamento de Estadística
Fuente: SUIVE-2012 -Unidades Médicas del Sector Salud

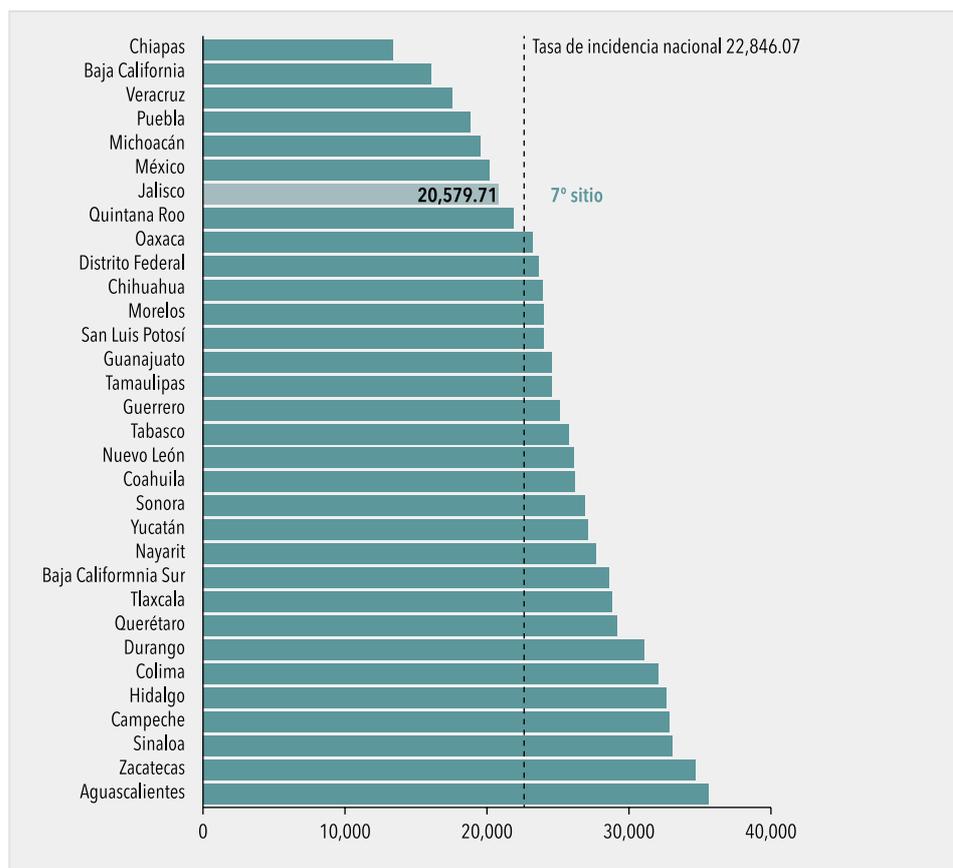
Este mismo comportamiento se encuentra entre las primeras causas de notificación obligatoria en los municipios con mayor densidad poblacional, como se aprecia en el cuadro siguiente.

Enfermedades infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las IRA son padecimientos con evolución menor a 15 días. Constituyen un importante problema de salud pública pues resultan con la morbilidad más alta en el mundo. La neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes. Los factores predisponentes se relacionan con exposición ambiental, antecedentes personales como la edad, bajo peso al nacimiento, ausencia de lactancia materna, desnutrición, infecciones previas, esquema de vacunación incompleto y factores como el hacinamiento y el piso de tierra en la vivienda.

Tanto en el ámbito nacional como en el estatal, y en los municipios con alta densidad poblacional, para 2012, se encuentran en el primer sitio las infecciones respiratorias agudas altas (IRA) que en Jalisco representan el 57.6% de las causas, es decir 3.3 veces más que la segunda causa representada por las enfermedades intestinales agudas (EDA) con 13.5%. En cinco años, la brecha entre estos dos diagnósticos se incrementó 7.75% en su peso en relación al total de casos notificados. Para 2010, la incidencia de las infecciones respiratorias altas se incrementó en 0.69% en relación a la tasa de 2005, mientras que la tasa de las enfermedades diarreicas disminuyó en 12.1%.

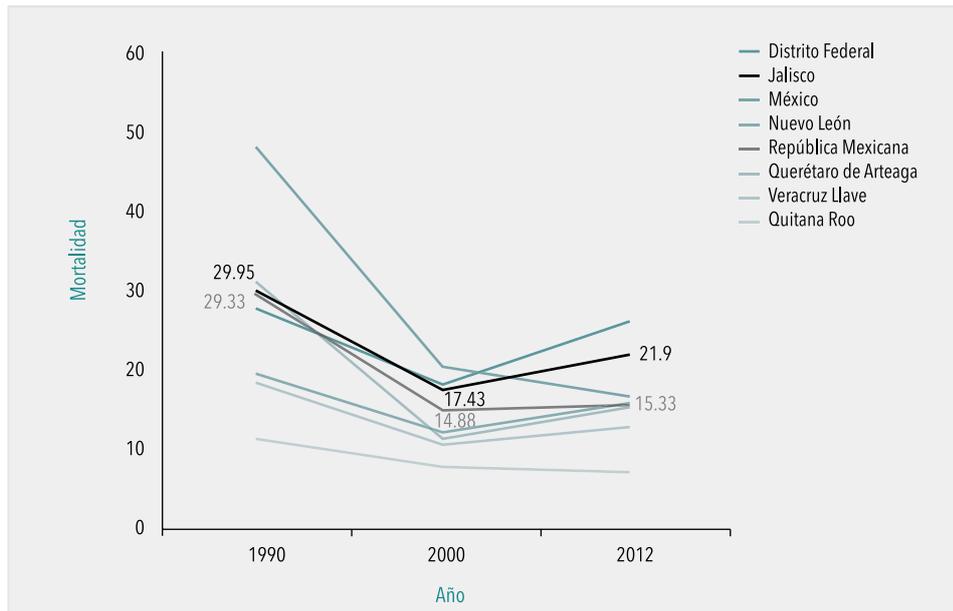
Figura 12.5. Tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos, 2012¹



¹Tasa de incidencia
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base
de Datos: 1979 - 2012 INEGI/SS
(actualizado 15/01/2014)

Las IRA como causa de muerte, tanto en el ámbito nacional como estatal muestran una reducción entre 1990 y 2012, sin embargo, al comparar esta última tasa con 2000, con excepción de pocas entidades federativas, se aprecia un discreto incremento en la mayoría de los estados.

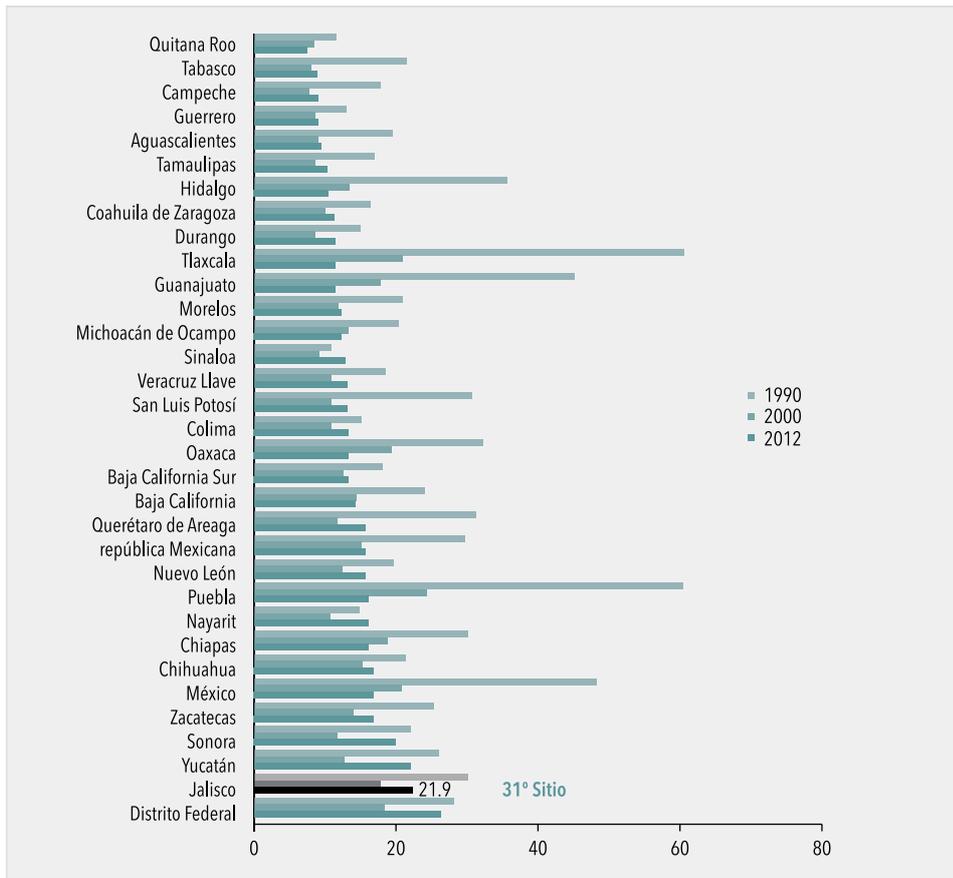
Figura 12.6. Las mayores y menores tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa por 100,000 habitantes
 Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base de Datos: 1979 - 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)

Respecto a la tasa de mortalidad, Jalisco se ubica en el penúltimo lugar de menor a mayor con 21.9 defunciones por IRA por cada cien mil habitantes, ésta presenta una disminución de 26.8% con relación a la tasa registrada en 1990. (Figura 12.6)

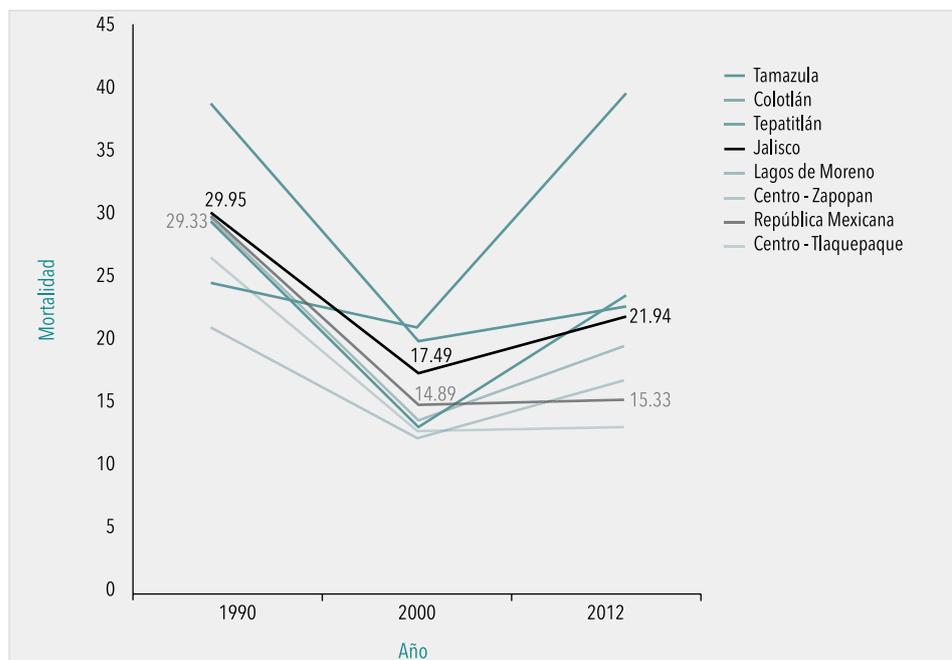
Figura 12.7. Tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos, 2012¹



¹Tasa de incidencia
 Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base de Datos: 1979 - 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)

Como todo el fenómeno de salud -enfermedad, la IRA tiene una distribución desigual entre las regiones sanitarias,⁴⁹ con una brecha de 2.9 veces entre la tasa de mortalidad más alta de la región Tamazula (39.36) y la más baja de la región Centro - Tlaquepaque (13.29).

Figura 12.8. Mortalidad por infecciones respiratorias agudas, según región sanitaria. 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa de incidencia
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base de Datos: 1979 - 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)

Esta misma desigualdad se observa en los municipios del estado al comparar sus tasas de mortalidad por cada cien mil habitantes, de manera tal que sus tasas pueden registrarse en cero en un año mientras al año siguiente presentar incrementos muy marcados por una defunción. En el cuadro siguiente se muestran las diez mayores y las diez menores tasas de mortalidad por IRA por cada cien mil habitantes según su registro en la totalidad de los municipios durante 2012.

Tabla 12.8. Las mayores y menores tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Infecciones respiratorias agudas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Atemajac de Brizuela	3	57.83	0	0.00	0	0.00
Atengo	0	0.00	1	18.47	0	0.00
Atenguillo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Bolaños	3	49.61	0	0.00	0	0.00
Cuatla	1	34.65	1	40.75	0	0.00
Chimaltitan	0	0.00	0	0.00	0	0.00

⁴⁹ La Región Sanitaria en la Secretaría de Salud, es una unidad técnico administrativa para el mejor desarrollo de las actividades de salud, es un subconjunto estatal conformado por distintos municipios.

Entidad / Municipio	Mortalidad por Infecciones respiratorias agudas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Etzatlán	3	18.33	6	34.31	0	0.00
Santa María del Oro	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Mixtlán	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Quitupan	2	15.81	2	17.62	0	0.00
República Mexicana*	24,632	29.33	14,657	14.89	16,865	15.33
Jalisco	1,641	29.95	1,123	17.49	1,574	21.94
Tuxcacuesco	0	0.00	0	0.00	2	59.99
Ejutla	0	0.00	0	0.00	1	61.54
El Limón	4	61.11	6	99.83	3	63.71
Ayutla	2	14.38	3	22.79	7	63.89
Concepción de Buenos Aires	3	51.42	1	17.44	3	64.53
Valle de Juárez	2	35.40	1	17.46	3	66.77
Tuxcueca	1	17.78	2	32.61	4	77.72
Tecolotlán	8	50.46	6	37.17	11	81.93
Totatiche	2	29.47	0	0.00	3	83.59
Juchitlán	2	32.13	1	17.19	5	106.50

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base de Datos:1979 - 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)

Entre las causas de infecciones respiratorias agudas se encuentra una de especial importancia epidemiológica por haber sido la causa de una nueva epidemia mundial, la influenza causada por el subtipo A H1N1, el cual se ha incorporado al escenario de las influencias estacionales que recurrentemente se presentan, las cuales son atendidas mediante prácticas preventivas como la vacunación a grupos de riesgo en la población jalisciense.

Enfermedades diarreicas agudas (EDA)

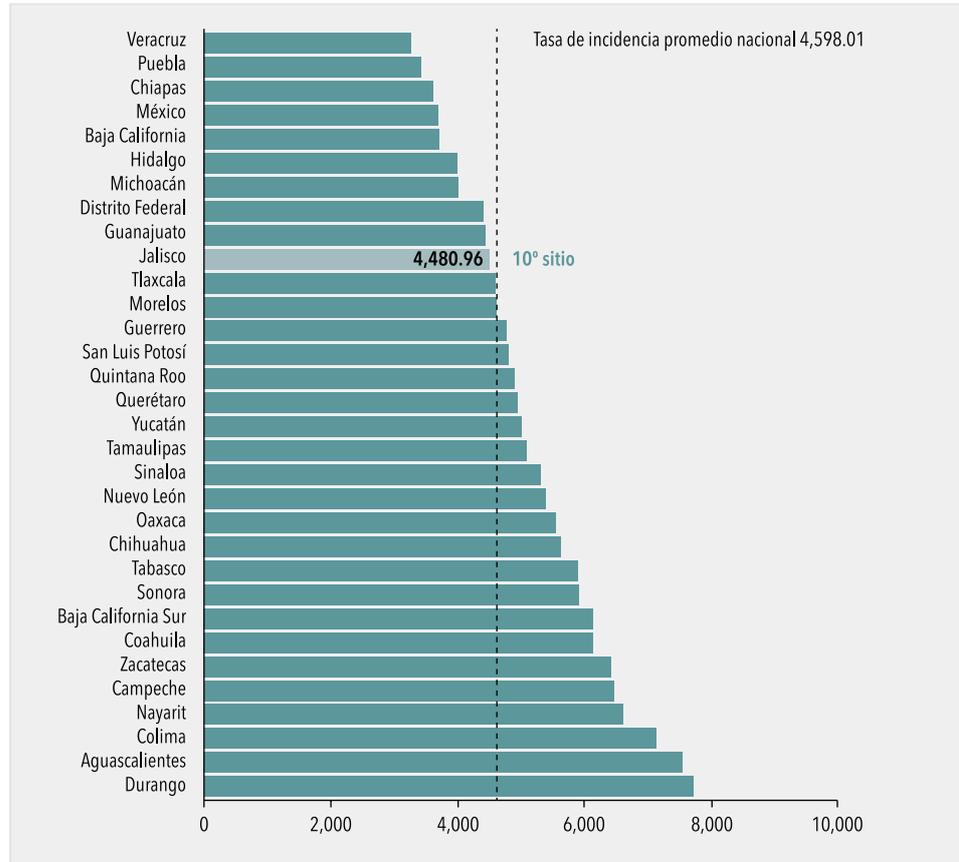
Las enfermedades diarreicas agudas tienen como principal complicación la deshidratación, la cual es la causa que con mayor frecuencia ocasiona la muerte en las EDA. Las gastroenteritis son causadas por bacterias, virus y parásitos que dañan la mucosa intestinal, provocan diarrea, vómito, dolor abdominal y fiebre. Se recomienda mantener la higiene en el hogar, educar a los miembros de la familia sobre el cuidado sanitario (lavado de las manos) antes y después de manipular o consumir alimentos, verificar que lo que se va a ingerir esté en buen estado y no caducado, crudo o mal refrigerado, todo lo anterior es esencial para prevenir cualquier tipo de infección intestinal.

Las EDA⁵⁰ se encuentran el segundo sitio como causa de notificación en la vigilancia de la salud pública, tanto en el ámbito nacional como en el estatal y en los municipios con alta densidad poblacional para 2012. En el País, éstas representan el 12.12%, mientras que en Jalisco constituyen el 13.5% y en los Municipios con alta densidad poblacional el 14.8%.

50 SUIVE (2012): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), 2012. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.

También en las regiones sanitarias las enfermedades diarreicas agudas ocupan el segundo lugar entre las primeras diez causas de notificación para la vigilancia epidemiológica.

Figura 12.9. Tasa de incidencia de enfermedades diarreicas agudas (EDA) por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos, 2012¹

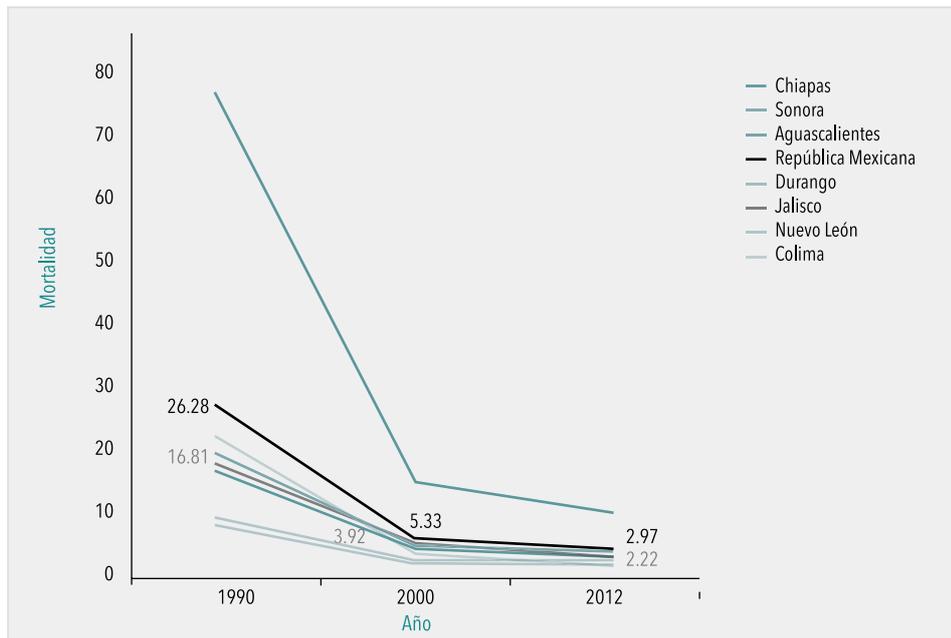


¹Tasa de incidencia
 Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base
 de Datos:1979 - 2012 INEGI/SS
 (actualizado 15/01/2014)

Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran en segundo sitio como causa de muerte, tanto en el ámbito nacional como estatal muestran una reducción entre 1990 y 2012. En el País se reduce en 88.7% y en Jalisco 86.91%. Las tasas continúan bajando entre 2000 y 2012, en el País disminuye 44.32% y en Jalisco 43.52%, con excepción de tres entidades (Nayarit, Durango y Nuevo León) en donde aumentan.

Con una tasa de mortalidad para 2012, Jalisco se ubica en el 21° lugar de menor a mayor con 2.22 defunciones por EDA por cada cien mil habitantes. (Figura12.10)

Figura 12.10. Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



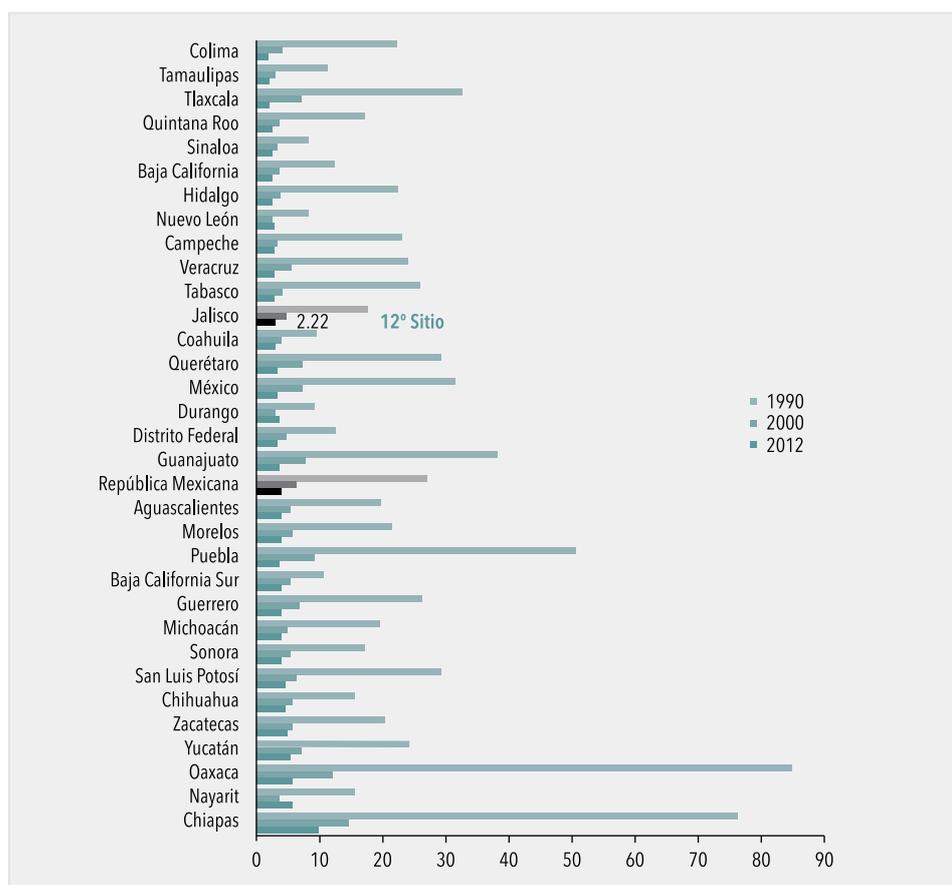
¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS DGIS (1979-2012)
(Actualización 30-01-14)

Entre las causas agrupadas en las EDA, se encuentra el cólera, que tiene una especial importancia epidemiológica por representar un riesgo latente de una epidemia.

Este panorama, es resultado de las importantes acciones preventivas, como el uso de la hidratación oral mediante sobres y la cloración del agua distribuida por las redes municipales, coadyuvando a la disminución de enfermedades diarreicas y la ausencia de casos de cólera entre la población jalisciense.

También, se realiza la vigilancia epidemiológica mediante el seguimiento y evaluación de los riesgos sanitarios que propician la presencia de las enfermedades diarreicas, en el estado la Comisión Estatal para Protección Contra Riesgos Sanitarios (COPRISJAL) participa en el monitoreo del agua para uso y consumo humano que se distribuye en las redes municipales con cloración para control de las enfermedades diarreicas y el cólera principalmente, además de otras actividades de vigilancia a establecimientos.

Figura 12.11. Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, según entidad federativa. 1990, 2000, 2012¹



En la EDA, los determinantes sociales tienen una mayor intervención como factores de riesgo, lo que ocasiona mayores brechas en las tasas de mortalidad por regiones sanitarias en todo la Nación. En el Estado es evidente en la diferencia entre las tasas observadas, así en la región de Colotlán la tasa de mortalidad (7.82 por cien mil habitantes) es 6.5 veces mayor que la observada en la región de Tamazula (1.04).

Tabla 12.9. Las mayores y menores tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Tamazula	24	18.90	8	6.45	1	1.04
Centro - Zapopan	90	11.88	35	3.41	19	1.42
Centro - Tlaquepaque	89	18.38	26	3.86	16	1.48
Centro - Tonalá	59	18.88	24	4.47	14	1.89
La Barca	86	21.16	21	4.56	10	2.21
Jalisco	921	16.81	252	3.92	159	2.22
Ameca	49	16.39	17	5.19	7	2.22

Entidad / Municipio	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Centro - Guadalajara	192	11.45	49	2.94	36	2.37
Puerto Vallarta	20	10.53	9	3.38	8	2.39
República Mexicana*	22,071	26.28	5,250	5.33	3,267	2.97
Ciudad Guzmán	86	29.38	13	4.20	10	3.21
Lagos de Moreno	96	32.15	19	5.62	12	3.49
Tepatitlán	61	20.28	17	4.85	12	3.57
Autlán	49	19.28	11	4.11	9	3.84
Colotlán	17	21.61	3	3.95	5	7.82

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base de Datos: 1979 - 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)

La distribución de la mortalidad por enfermedades diarreicas en el nivel municipal también muestra la desigualdad que en los niveles regional, estatal y nacional. Sin embargo, es oportuno mencionar que durante 2012, el 60% de los municipios no registraron defunciones por este motivo. Entre los municipios con registro de muertes por EDA, Tonalá es el que presenta la menor (1.01) y con un riesgo 34.3 veces más grande, San Martín de Bolaños (35.68 defunciones por cien mil habitantes)

Tabla 12.10. Las mayores y menores tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Acatic	4	24.02	1	5.14	0	0.00
Ahualulco del Mercado	5	27.47	0	0.00	0	0.00
Amacueca	2	39.56	0	0.00	0	0.00
Amatitan	1	9.70	0	0.00	0	0.00
Ameca	8	14.33	2	3.50	0	0.00
San Juanito de Escobedo	3	35.14	1	11.59	0	0.00
El Arenal	0	0.00	1	6.78	0	0.00
Atemajac de Brizuela	6	115.65	1	16.53	0	0.00
Atenguillo	3	64.94	0	0.00	0	0.00
Ayutla	0	0.00	1	7.60	0	0.00
Jalisco	921	16.81	252	3.92	159	2.22
República Mexicana*	22,071	26.28	5,250	5.33	3,267	2.97
Huejuquilla El Alto	2	20.19	0	0.00	1	14.62
El Grullo	4	19.73	5	21.89	3	15.20
San Gabriel	7	47.70	0	0.00	2	16.69
Jaunacatlán	6	57.37	0	0.00	2	17.07

Entidad / Municipio	Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
San Diego de Alejandría	2	32.33	1	15.50	1	18.16
Tapalpa	5	39.89	1	6.38	3	18.59
Mexticacán	1	14.32	0	0.00	1	18.91
Atengo	0	0.00	0	0.00	1	23.15
San Marcos	1	30.34	0	0.00	1	28.94
San Martín de Bolaños	1	27.03	0	0.00	1	35.68

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base
de Datos: 1979 - 2012 INEGI/SS
(actualizado 15/01/2014)

Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

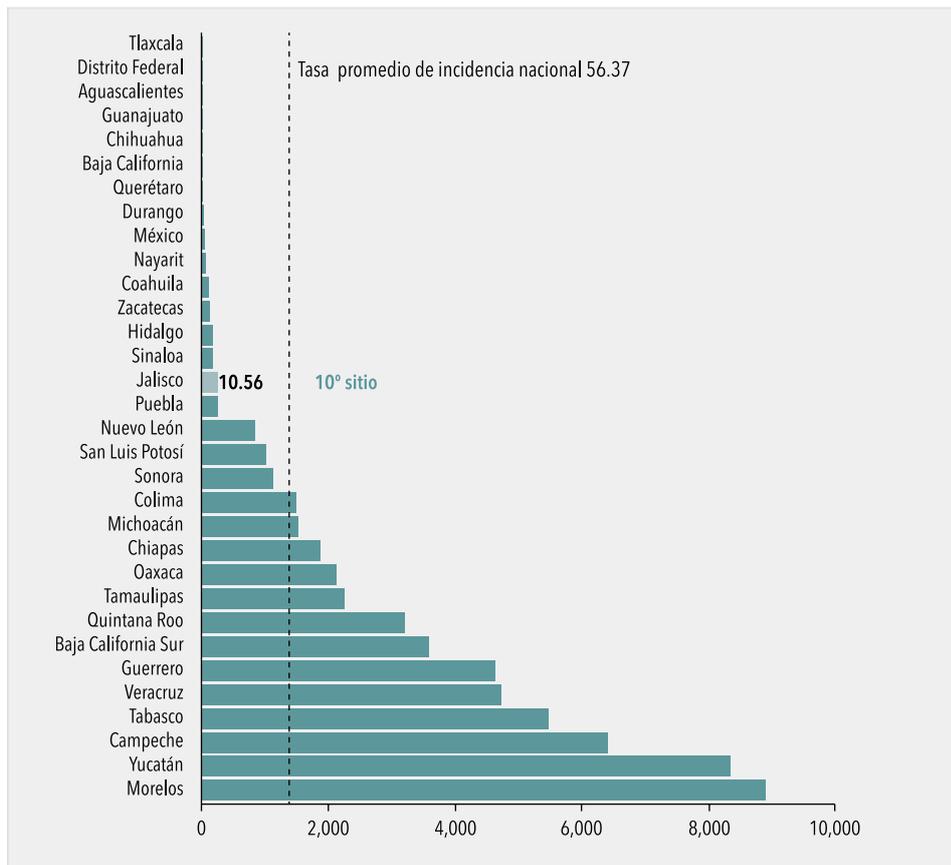
Dentro todas las enfermedades transmitidas por vectores, el dengue representa un particular problema de salud pública. Los enfermos suelen transmitir la infección a los mosquitos poco antes de terminar el período febril. El mosquito se vuelve infectante 8 a 12 días después de alimentarse con sangre virémica. La susceptibilidad parece ser universal en los seres humanos, pero los niños suelen tener una enfermedad más benigna. El establecimiento de la infección por un serotipo genera inmunidad homóloga que no protege contra otros serotipos y a veces puede exacerbar el dengue hemorrágico. Se debe educar a la población respecto a medidas personales tales como la eliminación o destrucción de los hábitats de larvas de mosquitos y protección contra la picadura de mosquitos de actividad diurna.⁵¹

En el panorama nacional para 2012, la incidencia⁵² fue de 56.37 casos nuevos por cien mil habitantes, en donde Jalisco ocupó el 15° lugar (10.56), sin presentar casos Tlaxcala, el Distrito Federal y Aguascalientes, en el otro extremo Campeche (261.98), Yucatán (340.8) y Morelos (364.8). En total se estimaron 65 892 casos en la República y 170 defunciones.

51 SUIVE (2012, 2013): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012, 2013.

52 Tasa de incidencia, se refiere a los casos nuevos de la enfermedad en un periodo y lugar determinados

Figura 12.12. Tasa de incidencia de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis. Estados Unidos Mexicanos, 2012¹



¹Tasa de incidencia
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base de Datos:1979 - 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)

Con la información preliminar de 2013, en el panorama nacional la incidencia fue de 52.76 casos nuevos por cien mil habitantes, en donde Jalisco ocupó el 17º (40.14), sin presentar casos Tlaxcala, Distrito Federal, Chihuahua y Baja California, y con mayor incidencia Tabasco (261.74), Colima (397.72) y Baja California Sur (475.57). En total se estimaron 62 330 casos en el País y 104 defunciones; con dos en Jalisco para este año.

En el ámbito estatal, las regiones sanitarias Centro - Zapopan, Centro - Guadalajara, Centro - Tlaquepaque, Centro - Tonalá, Puerto Vallarta y Autlán presentaron las mayores incidencias.

En el ámbito municipal, los diez Municipios con mayor número de casos notificados fueron Guadalajara, Puerto Vallarta, Tlaquepaque, Magdalena, Zapopan, Tequila, Tomatlán, Tonalá, Hostotipaquillo y Cihuatlán.

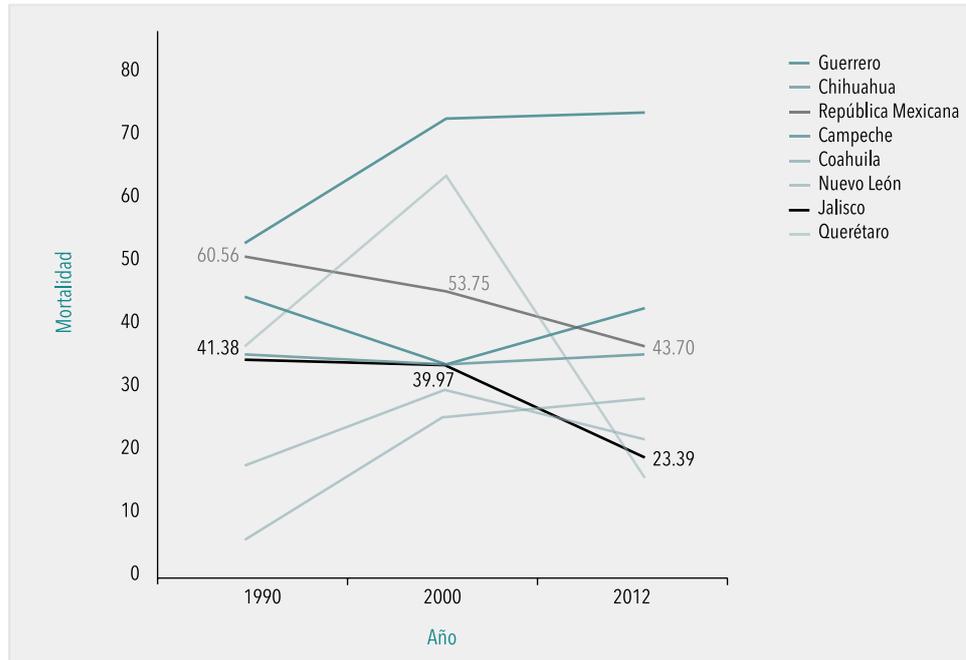
En el apartado de las zoonosis, es de particular interés mencionar la rabia, de la que no se han registrado casos de rabia transmitida a humanos por perros o gatos, gracias a las semanas de vacunación estatal para mascotas domésticas.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es un serio problema de salud pública, pues tiene un alto costo social en las poblaciones, tanto por suceder en grupos de población en edad productiva, como por afectar la unidad fundamental de la sociedad, que es la

familia y que al faltar la madre, por lo general deja en la orfandad de uno a dos hijos en promedio. A partir del análisis de sus causas, resulta que dos de cada tres, son plenamente evitables mediante acciones preventivas.

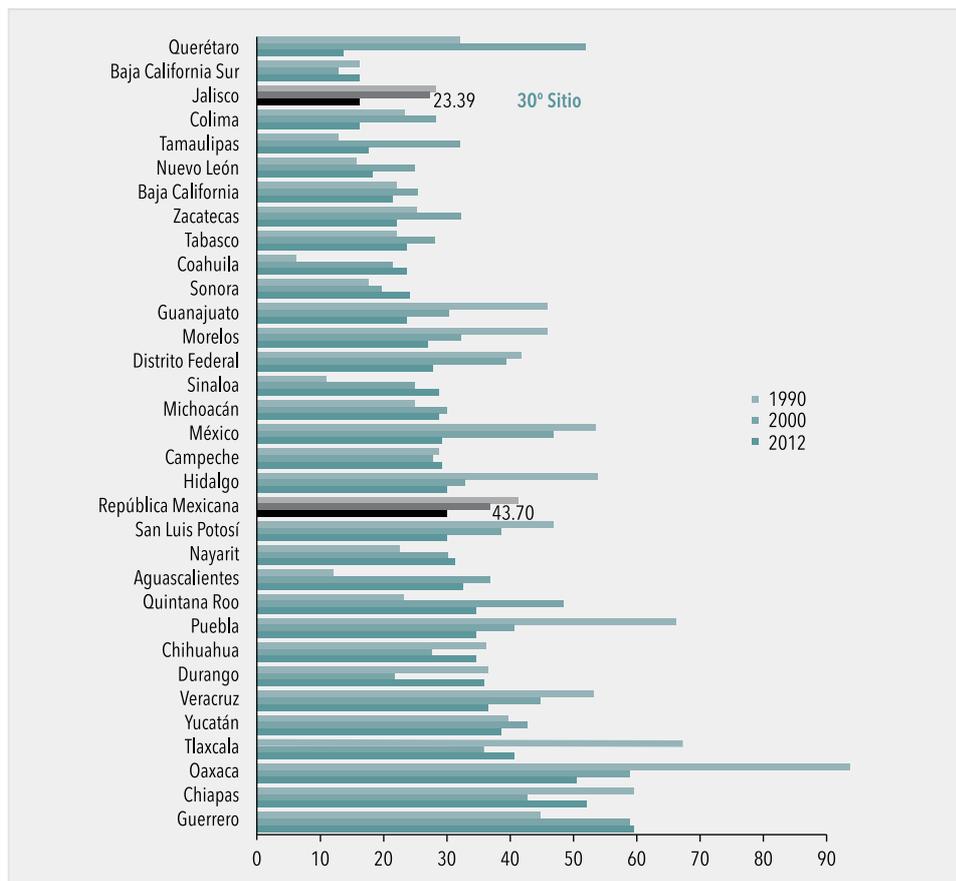
Figura 12.13. Tasa de mortalidad materna, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Razón de mortalidad materna por 100,000 nacimientos esperados
 Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base de Datos: 1990 - 2012 Muertes maternas INEGI/SS (Procesada 04-02-14)

En la República, aun cuando este indicador para 2012 muestra una disminución de 27.8% comparada con el valor de 1990, y en Jalisco de 43.48%, el panorama en las demás entidades no ha sido igual, pues en algunas el descenso se sostiene como en Hidalgo, Puebla, México, Baja California e incluso en el Estado, la evolución no ha sido igual en todas las entidades, pues en otras como Sonora, Coahuila, Sinaloa, estas muertes se han incrementado.

Figura 12.14. Tasa de mortalidad materna, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Razón de mortalidad materna por 100,000 nacimientos esperados
Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base de Datos: 1990-2012 Muertes maternas INEGI/SS (Procesada 04-02-14)

Durante 2012, en el escenario nacional ocurrió en promedio una muerte materna cada 9.1 horas, mientras que en Jalisco trascurrían 10 días en promedio entre una y otra defunción.

En el ámbito subestatal, la mortalidad materna presenta distintas tendencias, en seis regiones se observa una disminución porcentual importante, en otra región se mantiene una disminución discreta y cinco presentan incrementos porcentuales en la razón de mortalidad, la que es influida principalmente por su densidad en los nacimientos en estas zonas geográficas.

Tabla 12.11. Razón de mortalidad materna, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

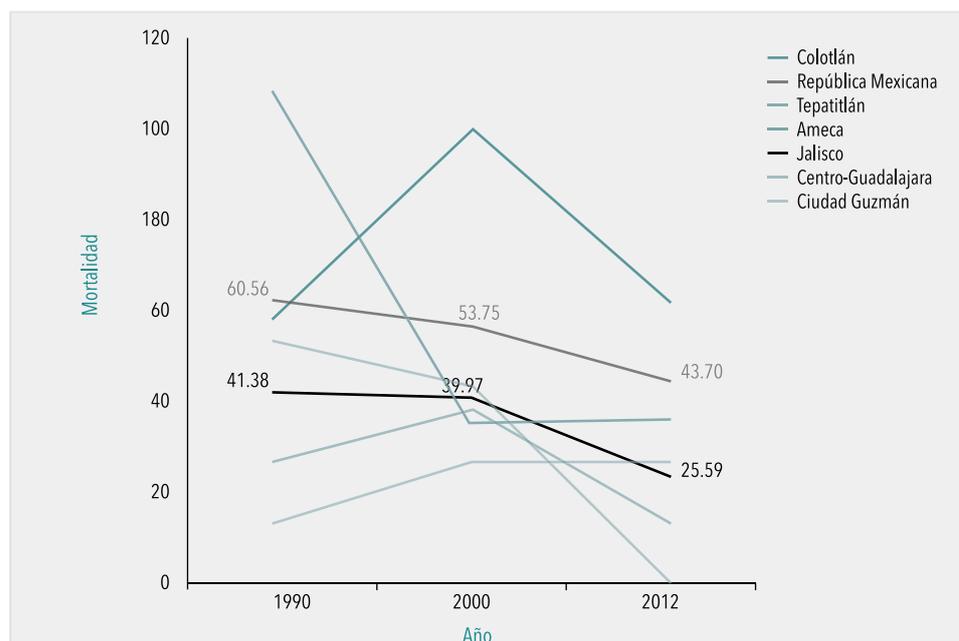
Entidad / Municipio	Mortalidad Causas maternas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Tamazula	5	171.88	2	77.04	0	0.00
Ciudad Guzmán	4	52.27	3	42.37	0	0.00
Centro - Guadalajara	13	26.81	14	37.03	4	12.93
La Barca	4	36.40	7	60.84	2	18.14
Centro - Tlaquepaque	8	48.11	4	20.97	5	20.89
Jalisco	1,641	29.95	1,123	17.49	1,574	21.94

Entidad / Municipio	Mortalidad Causas maternas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Lagos de Moreno	10	118.65	8	89.77	2	23.45
Ameca	1	13.10	2	25.54	2	26.11
Centro - Tonalá	1	10.02	7	45.76	4	26.26
Puerto Vallarta	0	0.00	1	14.30	2	27.60
Tepatitlán	9	105.83	3	33.94	3	34.88
Autlán	6	91.88	2	32.43	2	35.65
Centro - Zapopan	3	12.33	9	34.67	9	37.63
República Mexicana*	1,467	60.56	1,296	53.75	961	43.70
Colotlán	1	56.05	2	97.75	1	60.72

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(actualizado 02-04-14)

En el nivel municipal, entre 2008 - 2012 el 42.4% de los municipios presenta muertes maternas en más de un año, y en 2013 se agregan dos municipios nuevos que no habían presentado mortalidad por esta causa.

Figura 12.15. Razón de mortalidad materna, según región sanitaria 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa por 100,000 nacimientos
esperados
Fuente: INEGI/SS. Sitio (DGIS) Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(actualizado 02-04-14)

Tema III Promoción de la Salud

En el proceso salud - enfermedad es de suma importancia la atención preventiva de la salud, la cual se favorece al fomentar los estilos de vida saludables. La promoción de la salud en su más amplio contexto es la plataforma para conservar y mejorar la salud entre la población, pues las familias y las personas son los principales corresponsables en mantener niveles de vida saludable con calidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente

su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁵³ Existen factores de riesgo que condicionan un grave problema de salud pública que afecta a la población, entre los que destacan: sobrepeso y obesidad, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias ilegales, prácticas sexuales de riesgo, entre otros.

Sobrepeso y obesidad⁵⁴

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo que han sido uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial en los últimos años. En 21 de los 34 países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), más del 50% de la población adulta los padecen. Esto es relevante debido a que el sobrepeso y la obesidad son un factor de riesgo importante al favorecer la aparición de muchas de las enfermedades crónico-degenerativas.⁵⁵

México no es la excepción, se sitúa en el segundo lugar a nivel mundial, según datos de la OMS, y en primer lugar, según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).⁵⁶ El país se sitúa en primer lugar en obesidad infantil; según datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) 2009. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006,⁵⁷ casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso u obesidad. La obesidad infantil incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad en la etapa adulta, ya que el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y el estrés están asociados a la diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensivas entre otros, principales causas de mortalidad en el estado para el año 2012.

En Jalisco, 73.2% de la población adulta tiene un peso mayor al recomendado. Los resultados de la ENSANUT 2006 revelan que 36.5% de la población adulta tiene sobrepeso y otro 36.7% es obesa; 22.5% de las adolescentes jaliscienses padecen de sobrepeso y 14.6 de obesidad, lo que pone al estado en la séptima posición a nivel nacional.⁵⁸ Es fácil observar la magnitud del problema, no sólo por su

53 Organización Mundial de la Salud (2013). Temas de salud. Factores de riesgo (5 de septiembre 2013), http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

54 Para determinar el sobrepeso y la obesidad, tanto a nivel individual como poblacional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que es igual al peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/ m²). La definición en uso del IMC y sus valores de referencia se acordaron en 1997 y fueron publicados por la OMS en el año 2000 donde se establece que hay desnutrición cuando el IMC es menor a 18.5 kg/ m², estado nutricional adecuado con IMC entre 18.5 a 24.9, sobrepeso cuando el IMC se ubica de 25 a 29.9, y obesidad con el IMC mayor o igual que 30.0 kg/m² (Diez problemas de la población de Jalisco (2011). Una perspectiva sociodemográfica. Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco, Guadalajara. p.14 y15).

55 Las principales enfermedades derivadas de la obesidad son: la hipertensión, colesterol, diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios (asma), enfermedades musculoesqueléticas (artritis) y algunos tipos de cáncer (OCDE México. 30 por ciento el índice de obesidad en México, 2010) <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/30elindiceobesidadenmexico.htm>.

56 FAO, Mundialmente conocida por sus siglas en inglés: Food and Agriculture Organization.

57 Instituto de Nacional de Salud Pública (2012). Diabetes Mellitus: La urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. México. (25 de septiembre 2013). <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>.

58 Gutiérrez Pulido, H., Mariscal González, M., Almonzor García, P., Ayala Dávila, M., Gama Hernández, V., y Lara Garza, G. (2011). "Sobrepeso y obesidad". Diez problemas de la población de Jalisco. Una perspectiva sociodemográfica 2010. Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco, Guadalajara. p. 25.

dispersión demográfica sino por la complejidad de sus implicaciones económicas y sociales en el mediano y largo plazo.⁵⁹

Tabaquismo

El tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud, por lo que se ha convertido en una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte.⁶⁰ Se asocia a un importante número de padecimientos que producen discapacidad y muerte, entre los que se encuentran las neoplasias, enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cerebro-vasculares. El riesgo de desarrollar estos padecimientos es de 2 a 9 veces mayor, en promedio, para fumadores.⁶¹

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, 37% de la población 18 y 65 años ha fumado alguna vez en su vida; para los hombres la prevalencia es de 47.2% y para las mujeres 27.2%.

Por su parte, 62.2% del grupo que ha probado el tabaco ha fumado más de cien cigarrillos en la vida, con una edad de inicio al consumo diario de 16 años, para el caso de los hombres y de 18 para las mujeres.

De acuerdo con la Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco 2009,⁶² 31.2% de los estudiantes de secundaria ha consumido alguna vez tabaco, prevalencia que es mayor en el caso de los hombres (36.3%) que en el de las mujeres (26.2%).

Tabla 12.11. Indicadores de tabaquismo Jalisco, 2008

Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Prevalencia de vida de la población de 18 a 65 años			
Ha fumado alguna vez en su vida	36.90%	47.20%	27.20%
Edad de consumo de tabaco por primera vez 16.9 años			
	16,9 años		
Razón por la que empezó a fumar, de los alguna vez fumadores:			
Porque su familia, amigos o compañeros fumaban	34.10%	34.30%	33.80%
Por curiosidad	53.80%	57.40%	47.90%
Otra razón	12.00%	8.30%	18.20%
Prevalencia de consumo de los alguna vez fumadores:			
Ha fumado más de cien cigarrillos (5 cajetillas) en la vida	62.20%	70.50%	48.50%
Edad de inicio al consumo diario de cigarros	16.2 años	16 años	18 años

Fuente: Elaborado por el Consejo Estatal de Población con base en SSA, Consejo Nacional contra las Adicciones, Encuesta Nacional de las Adicciones 2008.

59 En cuanto al estado nutricional de la población masculina de 12 a 19 años, Jalisco se ubica en el lugar 12 a nivel nacional, con un 22.4 ciento que padecen sobrepeso y un 11.4 por ciento con obesidad. El 16.5 por ciento de los niños entre 5-11 años padecen sobrepeso y el 9.8 de obesidad; el 23.2 de las niñas en el mismo rango de edad padecen sobre peso y el 6 de obesidad. COEPO. Diez problemas de la población de Jalisco (2011). Una perspectiva sociodemográfica. Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco, Guadalajara. p 23.

60 Kuri-Morales, Pablo A. y otros (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México. Salud Pública de México. Vol. 48. Suplemento (1).

61 Comisión Nacional contra las Adicciones (2013). Publicaciones. (5 de septiembre 2013). <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/mejpracticass.pdf>

62 Gutiérrez Pulido, H., Mariscal González, M., Almonzor García, P., Ayala Dávila, M., Gama Hernández, V., y Lara Garza, G. (2011). "Adicciones". Diez problemas de la población de Jalisco. Una perspectiva sociodemográfica 2010. Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco, Guadalajara. p. 44

El hábito de fumar se asocia a conductas sociales o rutinas cotidianas, por lo que resulta difícil disociarlas del consumo del cigarro. Es por eso que los esfuerzos dirigidos a la erradicación del consumo del tabaco requieren la ruptura de la asociación entre el tabaco y actividades placenteras, en virtud de la creación de nuevas asociaciones conductuales o la exaltación de beneficios sociales ligados a la ausencia del tabaco.⁶³

Tabla 12.12. Prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de secundaria y bachillerato. Jalisco, 2009

Nivel escolar	Total	Hombres	Mujeres
Total	34.90%	40.00%	30.10%
Secundaria	31.20%	36.30%	26.20%
Bachillerato	47.70%	54.40%	42.30%

Fuente: Consejo Estatal de Población con base en CECAJ, Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco 2009.

Alcoholismo

El abuso en el consumo de alcohol y drogas está estrechamente ligado a fuertes problemas sociales y de salud pública. La proporción de consumo de alcohol en Jalisco es 44.7% mayor que el promedio nacional, que es de 38.4%. Desafortunadamente, de las 32 entidades federativas, Jalisco ocupa el noveno lugar entre los estados con mayor proporción de población bebedora, convirtiéndose esta situación en un problema de salud.⁶⁴

A pesar de que la mayoría de la población con problema de abuso y dependencia del alcohol es de hombres, esta situación también se presenta entre las mujeres, ya que su prevalencia entre el consumo y dependencia es de 2.3%. Estas cifras superan el promedio nacional que es de 1.7%, colocando al estado en el séptimo lugar a nivel nacional.⁶⁵ Por otro lado, también se observa que más de la mitad (51.5%) de la población adulta de 18 a 65 años consume alcohol, con fuerte predominio de los hombres (27.6%). Once de cada 100 hombres adultos entran en la categoría de abuso y dependencia al alcohol.⁶⁶

63 Gómez Velázquez, F.R. (2005). Aspectos neurofisiológicos y psicológicos del consumo del tabaco. Anuario de Investigación. Editorial universitaria. Vol.5 Suplemento 1.

64 Gutiérrez Pulido, H., Mariscal González, M., Almonzor García, P., Ayala Dávila, M., Gama Hernández, V., y Lara Garza, G. (2011). "Adicciones". Diez problemas de la población de Jalisco. Una perspectiva sociodemográfica 2010. Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco, Guadalajara. p 46.

65 *Ibíd.* p. 47.

66 *Ibíd.* p. 48.

Tabla 12.13. Prevalencia de consumo de alcohol en la población de 12 a 65 años según sexo, nacional y Jalisco 2008

Categoría	Total		Hombres		Mujeres	
	Nacional	Jalisco	Nacional	Jalisco	Nacional	Jalisco
Total	38.40%	44.70%	59.60%	65.50%	18.60%	25.10%
Consumo diario	0.80%	1.50%	1.50%	3.00%	0.20%	0.10%
Bebedores altos	26.60%	31.10%	39.10%	42.90%	15.10%	19.90%
Consuetudinarios	5.50%	6.40%	9.30%	10.30%	1.60%	2.80%
Abuso/Dependencia	5.50%	5.70%	9.70%	9.30%	1.70%	2.30%

Fuente: Elaborado por el Consejo Estatal de Población con base en SSA, Consejo Nacional contra las Adicciones, Encuesta Nacional de las Adicciones 2008.

Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Escolar sobre Adicciones Jalisco 2009, respecto al consumo de alcohol entre los jóvenes estudiantes de secundaria y bachillerato, 7 de cada 10 estudiantes de estos niveles reconocieron haber consumido alcohol alguna vez en su vida, y 5 de cada 10 señaló haberlo hecho en el último año; datos preocupantes si se toma en cuenta que la mayoría de estos jóvenes son menores de edad.⁶⁷

Tabla 12.14. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y bachillerato según sexo. Jalisco, 2009

Consumo	Total			Secundaria			Bachillerato		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez	65.10%	65.30%	64.90%	59.90%	60.40%	59.50%	83.20%	84.40%	82.20%
En el último año	52.60%	52.10%	53.00%	47.40%	46.60%	48.10%	70.70%	73.60%	68.40%
En el último mes	35.80%	34.40%	37.00%	31.30%	28.90%	33.60%	51.10%	56.20%	47.70%
Abuso en el último mes	21.00%	21.60%	20.40%	17.80%	17.10%	18.60%	32.00%	39.60%	26.10%

Fuente: Elaborado por el Consejo Estatal de Población con base en CECAJ, Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco 2009.

Las consecuencias del consumo de alcohol no sólo se dan en la salud física y emocional, combinado con otros factores de riesgo como conducir automóviles o participar en riñas, puede tener consecuencias mortales o de lesiones incapacitantes. La primera causa de muerte en jóvenes de 15 - 29 años son los accidentes automovilísticos, mientras que la segunda son las agresiones.⁶⁸

Consumo de sustancias ilegales

La ENA 2008 revela que 5.3% de la población entre 12 y 65 años consume algún tipo de droga, lo que ubica a Jalisco sólo cuatro puntos porcentuales debajo de la media nacional.⁶⁹

67 Ibid. p. 48

68 Ibid. p. 49

69 Ibid. p. 50 a 53.

Tabla 12.15. Incidencia acumulada para el uso de drogas por entidad

Población total de 12 a 65 años. México, ENA 2008			
Estado	Cualquier droga %	Drogas ilegales %	Drogas médicas %
Aguascalientes	5.3	4.8	0.8
Baja California	9.6	9.3	0.8
Baja California Sur	8.0	7.2	1.6
Campeche	5.3	5.0	0.8
Coahuila	3.6	3.1	0.9
Colima	2.8	2.4	0.8
Chiapas	2.2	1.7	0.6
Chihuahua	8.2	7.5	2.4
Distrito Federal	8.5	7.8	1.9
Durango	8.2	7.8	0.8
Guanajuato	6.9	5.7	1.2
Guerrero	5.2	4.7	0.6
Hidalgo	9.2	8.3	1.5
Jalisco	5.3	5.0	1.0
Estado de México	4.8	4.6	0.6
Michoacán	5.6	4.3	2.5
Morelos	4.6	4.1	0.5
Nayarit	7.6	6.6	1.1
Nuevo León	4.4	4.1	0.7
Oaxaca	3.5	3.4	0.2
Puebla	3.6	3.4	0.3
Querétaro	6.8	6.7	0.1
Quintana Roo	11.2	10.1	1.8
San Luis Potosí	3.4	3.0	0.5
Sinaloa	6.6	6.3	0.9
Tabasco	6.4	5.9	1.0
Tamaulipas	11.1	10.3	1.9
Tlaxcala	3.0	2.2	1.1
Veracruz	3.3	2.7	0.8
Yucatán	4.7	3.9	1.3
Zacatecas	6.4	6.6	0.8
Nacional	5.7	5.2	1.0

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Las drogas ilícitas de mayor consumo de acuerdo con los Centros de Integración Juvenil (CIJ) son: marihuana, cocaína, inhalables, crack y benzodiacepinas. El 16.5% de los estudiantes de secundaria y bachillerato alguna vez han consumido drogas; en el caso de los hombres la incidencia se eleva a 17.7% y para las mujeres baja a 15.3%⁷⁰

De los menores infractores remitidos al Centro de Diagnóstico y Atención Juvenil del Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco (CECAJ), más de 50% fue diagnosticado como de usuarios habituales de sustancias adictivas. La proporción de consumo de ellas es similar para el caso de las drogas médicas y drogas ilegales. Según datos del CECAJ 2008, éstos además son jóvenes con problemas familiares, en situación de calle, que viven en zonas marginadas.

Tabla 12.16. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en estudiantes de secundaria y bachillerato según sexo. Jalisco, 2009

Nivel escolar	Cualquier droga			Drogas médicas			Drogas ilegales		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	16.50%	17.70%	15.30%	8.10%	6.40%	9.70%	11.40%	14.20%	8.70%
Secundaria	15%	15.80%	14.20%	7.40%	5.70%	9.10%	10.50%	12.60%	8.30%
Bachillerato	21.50%	25.10%	18.70%	10.40%	9%	11.60%	14.70%	20.40%	10.10%

Fuente: Elaborado por el Consejo Estatal de Población con base en CECAJ, Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco 2009.

La magnitud del daño de los factores de riesgos antes mencionados puede valorarse de manera indirecta mediante la dimensión de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). En 2012, este indicador alcanzó poco menos de medio millón de AVPP, a través de las más de 39 mil defunciones.⁷¹

70 La población más joven presenta un alto riesgo de exposición; 29.3 % de los hombres de entre 12 y 25 años ha recibido ofertas de droga regalada y 8.8 % comprada. En estas edades la población femenina tiene mayor vulnerabilidad al consumo, aunque en proporciones menores que los hombres, el 10.8 % de ellas ha estado expuesta a droga regalada y 5.1 % comprada. Se tiene que la edad de mayor riesgo en los hombres está entre 26 y 34 años, ya que 43.1 % de los que en 2008 estaban en ese grupo de edad le habían ofrecido cualquier droga regalada y 14.5 cualquier droga comprada. Le han ofrecido cualquier tipo de droga en alguna de estas dos modalidades al 26.1% de la población de 12 a 65 años, de los cuales 9 de cada 10 han estado expuestos a la marihuana, por lo que es la droga a la que la población está más expuesta. (Centros de Integración Juvenil A.C. Epidemiología del consumo de drogas Jalisco, 2012. <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Jalisco.pdf> COEPO http://coepo.jalisco.gob.mx/html/I_EncuestaENA.html.

71 Secretaría de Salud (2012). Proyecciones de la población en México. Censo 2005 1990-2012. SEED/SS. Sitio de la Dirección General de Informática en Salud (DGIS)/ SINAI/Secretaría de Salud, CONAPO.

Tabla 12.17. Defunciones Generales, Años de Vida Potencial Perdidos y edad promedio a la muerte, según diez principales causas. Jalisco 2012

Causa	Defunciones	Tasa ¹	Respecto a la esperanza de vida al nacer estándar ⁴					
			Edad promedio de muerte	Años potenciales de vida perdidos total ²	TASA AVPP ³	Respecto AVPP %	Edad promedio a la muerte temprana	Años potenciales de vida perdidos promedio ⁵
Total	39,156	545.9	63.1	496,986.50	6,928.40	100	44.8	25.2
1. Diabetes Mellitus	5,425	75.6	70	28,429.50	396.3	5.7	58.8	11.2
2. Enfermedades isquémicas del corazón	4,643	64.7	73.7	20,892.50	291.3	4.2	56.8	13.2
3. Enfermedad cerebrovascular	1,926	26.9	74.1	8,263.50	115.2	1.7	56.2	13.8
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,822	25.4	79.4	2,487.50	34.7	0.5	61.3	8.7
5. Infecciones respiratorias agudas bajas	1,756	24.5	70.9	14,395.50	200.7	2.9	44.4	25.6
6. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,577	22	58.9	20,591.50	287.1	4.1	53	17
7. Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,293	18	37.1	43,333.00	604.1	8.7	33.5	36.5
8. Agresiones (homicidios)	1,285	17.9	34.8	45,484.50	643.1	9.2	33.5	36.5
9. Enfermedades hipertensivas	1,143	15.9	73	6,437.00	89.7	1.3	52.2	17.8
10. Nefritis y nefrosis	1,143	15.9	64.3	13,319.50	185.7	2.7	46	24
11. Causas mal definidas	287	4	75	1,870.50	26.1	0.4	42.1	27.9
12. Las demás causas	16,856	235	57.7	291,482.00	4,063.50	58.6	39.4	30.6

Fuente: SEED/SS/Sitio de la Dirección General de Información en Salud (DGIS)/SINAIS/Secretaría de Salud, 2012; SEED/SS, CONAPO. Proyecciones de la Población en México. CONTEO 2005 1990-2012.

Información preliminar corte parcial en proceso de validación epidemiológica para rectificación o ratificación del diagnóstico y sujeto a modificaciones.

Información en base a la fecha de defunción.

1 Tasa por 100,000 habitantes.

2 Es la suma de los años de vida potencial perdidos por cada una de las defunciones ocurridas.

3 Tasa de años de vida potencial perdidos por 100,000 habitantes, estimada en base a las proyecciones de población de CONAPO.

4 Excluye las defunciones de 70 y más años.

5 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.

Clave: A00-Y98 CIE/OMS 10na. Rev. Lista detallada.

Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

Infecciones de transmisión sexual

Jalisco es el cuarto lugar a nivel nacional con 12,354 casos con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)⁷² hasta junio de 2013.⁷³ A pesar de que se cuenta con los métodos diagnósticos y terapéuticos necesarios, es importante fortalecer la cobertura y la calidad de los programas ya existentes especializados en infecciones de transmisión sexual (ITS). Hay diversos factores⁷⁴ que incrementan el riesgo de contagio, como biológicos que tienen que ver con la situación física de la persona, conductuales que es el contacto con otra persona, y los sociales como la discriminación, la inequidad y la violencia sexual. Por otro lado, existe otro tipo de causas que dificultan la atención de este tipo de enfermedades, tales como la falta de recursos e inversión o fallas en la organización y operación de los servicios de salud, lo que trae como consecuencia una disparidad en prevención hacia grupos vulnerables.

Se cuentan con protocolos internacionales y nacionales⁷⁵ que aportan estrategias para reducir la mortalidad a causa de VIH, VPH⁷⁶ y otras ITS. Sin embargo, es importante ir un paso adelante mediante una educación sexual integral, la movilización social, la detección y el apego a un tratamiento adecuado;⁷⁷ ya que en el caso de VPH, de ser encontrado tempranamente, es curable y disminuye riesgos cancerosos. Existen otras acciones útiles para lograr un descenso de estas infecciones en Jalisco, desde promover el uso del condón, la práctica de la circuncisión en la población masculina,⁷⁸ cuidar las transfusiones de sangre y dirigir el conocimiento de la serología VIH en la sociedad para comprender cómo se transmite. Todos estos son algunos pasos necesarios para evitar infecciones.⁷⁹

Accidentes de tráfico de vehículo de motor

Asociados al progreso, el estrés de la vida cotidiana, el consumo de sustancias legales e ilegales que son adictivas, han hecho que los accidentes de tráfico de vehículo de motor se conviertan en un problema de salud pública, bien sea por su impacto económico mediante pérdidas materiales y causante de lesiones discapacitantes e incapacitantes, además de la pérdida de vidas humanas.

72 El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Organización Mundial de la Salud OMS. (2013). Consultado el 16 de octubre 2013. http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.

73 Observaciones del Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH - SIDA del Estado de Jalisco. Programa de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual.

74 CENSIDA (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud.

75 La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Sistema Nacional de Salud y ONUSIDA.

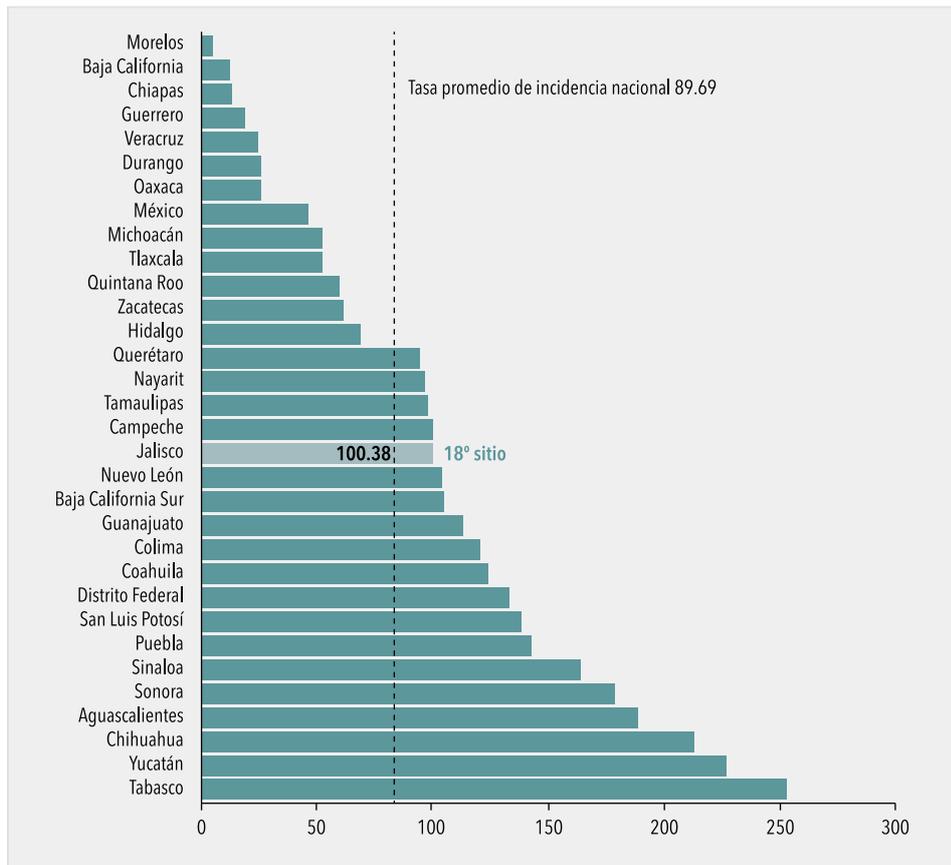
76 Virus del Papiloma Humano, representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes, causa el cáncer cervical, que es el segundo cáncer más común en mujeres en todo el mundo. OMS (2013). Consultado el 16 de octubre 2013. <http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>.

77 Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2013) Prevención y control integrales del cáncer cérvico uterino: un futuro más saludable para las niñas y mujeres.

78 CENSIDA (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud.

79 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011

Figura 12.16. Tasa de incidencia de accidentes de tráfico de vehículo de motor. Estados Unidos Mexicanos, 2012¹



¹Tasa de incidencia ATVM
Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base de Datos: 1990-2012 INEGI/SS (16-06-2013)

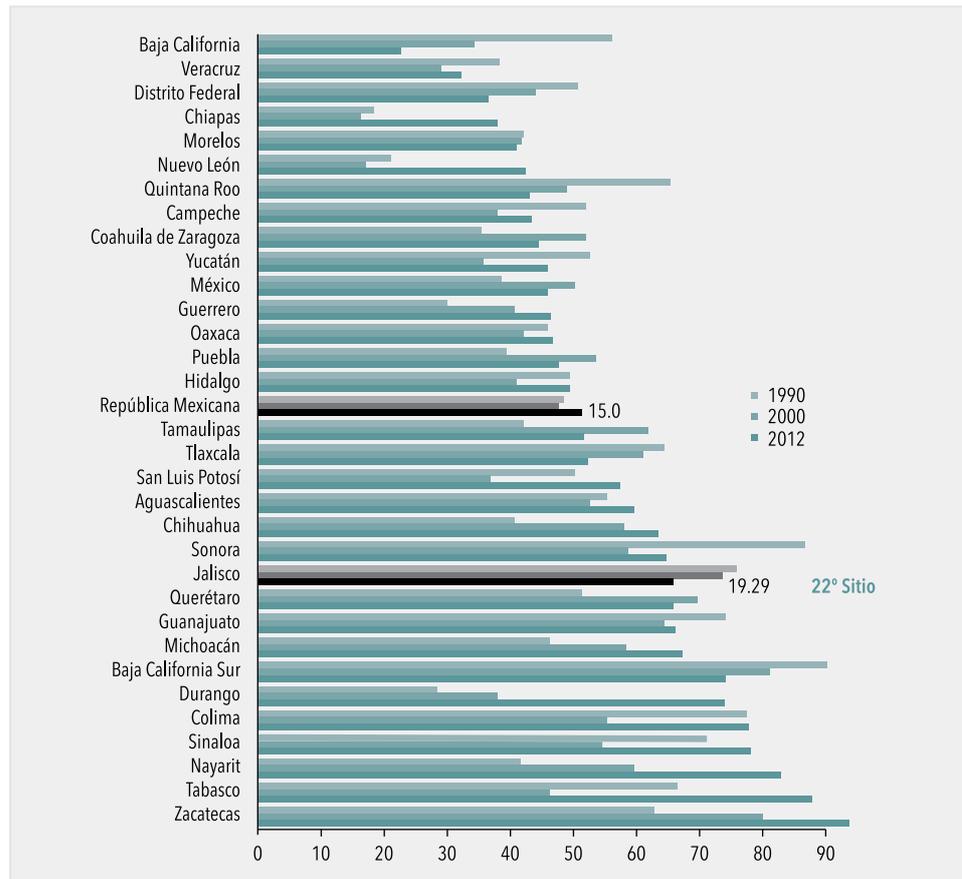
Es fundamental la implementación de medidas de prevención encaminadas a educar a la población, acerca de evitar los accidentes y disminuir los riesgos, así como el cumplimiento de las leyes de tránsito

Los accidentes de transporte en vehículos con motor presentaron en México 2012 un total de 104,854 casos, esta causa ocupó el décimo lugar de las 20 principales causas de enfermedades no transmisibles en el país con una incidencia de 89.69. Afecta mayormente a hombres con un 55.6% de la notificación. Los grupos de edad con mayor incidencia fueron los de la población económicamente activa: la población de los 15 a los 49 años concentran el 74.6% de los casos.

Las entidades federativas que presentaron la mayor incidencia fueron Tabasco (253.63), Yucatán (226.99) y Chihuahua (213.17); las de menor fueron: Chiapas (12.72), Baja California (11.97) y Morelos (4.01).

En Jalisco con 7,661 accidentes de tráfico de vehículo de motor registrados en el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, y que representan el 0.3% del total de los casos notificados, se ubican fuera de las diez principales causas con una tasa de incidencia de 100.38 por cien mil habitantes.

Figura 12.17. Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base de Datos: 1990-2012 INEGI/SS (16-06-2013)

En México durante 2012, los accidentes de tráfico de vehículo de motor produjeron el 2.8% del total de las defunciones, con una tasa de 15.0 defunciones por accidentes de tráfico de vehículo de motor por cada cien mil mexicanos. Jalisco con una tasa de 19.29 defunciones por cien mil jaliscienses ocupó el 22° lugar en el ámbito nacional, pero en el estado representaron el 3.47% del total de las muertes, ubicándose como la séptima causa en la tabla general de mortalidad.

Para 2012, en las regiones sanitarias del estado, la mayor tasa de defunciones por accidentes de tráfico de vehículos de motor se observa en Autlán, la cual es 1.8 veces mayor que la tasa por esta causa observada en la región Centro - Zapopan (12.47). En relación a su evolución, en las regiones sanitarias de la zona metropolitana de Guadalajara se observa una tendencia descendente; sin variación en su comportamiento en las regiones de Puerto Vallarta y Ciudad Guzmán, entre 2000 y 2012. A diferencia de la tendencia al ascenso que se identifica en el resto de las regiones sanitarias.

Tabla 12.18. Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Centro - Zapopan	105	13.86	181	17.65	167	12.47
Puerto Vallarta	20	10.53	55	20.64	48	14.35
República Mexicana*	11,782	14.03	13,749	13.97	16,503	15.00
Centro -Tonalá	60	19.20	99	18.44	112	15.09
Centro -Tlaquepaque	93	19.20	106	15.75	167	15.41
Centro - Guadalajara	483	28.81	369	22.15	270	17.78
Ciudad Guzmán	47	16.06	69	22.29	57	18.31
Jalisco	1,218	22.23	1,382	21.52	1,384	19.29
Lagos de Moreno	78	26.12	83	24.57	84	24.45
Ameca	51	17.06	67	20.47	88	27.93
Tepatitlán	75	24.93	109	31.11	104	30.92
La Barca	97	23.87	113	24.55	148	32.65
Colotlán	16	20.34	13	17.12	21	32.84
Tamazula	34	26.77	41	33.08	34	35.22
Autlán	54	21.24	75	27.99	83	35.40

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base de Datos: 1990-2012 INEGI/SS (16-06-2013)

Durante 2012 no ocurrieron muertes en 12.0% de los municipios jaliscienses (15). En el resto, la tasa de mortalidad muestra una diferencia 28.6 veces mayor entre Huejuquilla El Alto con la tasa más alta (131.6) y Cocula con la menor tasa (4.44).

Tabla 12.19. Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Atemajac de Brizuela	3	57.83	1	16.53	0	0.00
Atenguillo	1	21.65	1	23.14	0	0.00
Cuautla	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Chiquilistlán	1	19.93	1	17.92	0	0.00
Ejutla	0	0.00	2	93.68	0	0.00
Guachinango	1	18.64	0	0.00	0	0.00
Huejucar	1	13.63	2	32.37	0	0.00
Jilotlán de los Dolores	0	0.00	2	19.65	0	0.00
El Limón	0	0.00	1	16.64	0	0.00
Mascota	2	14.02	1	7.21	0	0.00

Entidad / Municipio	Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Jalisco	1,519	27.73	1,832	28.53	1,996	27.83
República Mexicana*	19,676	23.43	25,424	25.83	31,094	28.26
San Ignacio Cerro Gordo	0	0.00	0	0.00	11	67.06
La Huerta	6	28.28	5	21.88	12	67.38
Mixtlán	0	0.00	1	25.52	2	70.60
El Grullo	5	24.66	6	26.27	14	70.94
Mexicacán	0	0.00	3	43.60	4	75.66
Ixtlahuacán de Los Membrillos	5	28.57	4	18.31	21	82.98
Bolaños	1	16.54	1	18.51	4	85.63
Ahualulco de Mercado	2	10.99	6	29.43	21	94.87
Techaluta de Montenegro	1	30.93	0	0.00	3	110.21
Huejuquilla El Alto	3	30.28	2	22.12	9	131.60

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base
de Datos: 1990-2012 INEGI/SS
(16-06-2013)

Los accidentes de tráfico de vehículos de motor producen, en la República una muerte cada 32 minutos, mientras que un jalisciense muere cada 6.3 horas por el mismo motivo.

Otros factores

El conjunto de causas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad como factor de riesgo explican 19% del total de los años de vida potencialmente perdidos durante 2012. Cabe enfatizar los 43,333 AVPP, que representan 8.7% producto de los accidentes de tráfico de vehículo de motor que ocupan el segundo lugar, sobre todo por la edad promedio a la muerte temprana (33.5 años) en que ocurren.

Estas causas se pueden modificar mediante acciones basadas en prevención y promoción de la salud, lo cual reducirá el peso de los años de vida potencialmente perdidos al retrasar la edad promedio de muerte temprana (54.9); por lo menos en un año se ganarían 19,151 años de vida potenciales. Sin dejar de mencionar la causa que ocupa el primer lugar dentro de las lesiones (las intencionales que reflejan a los homicidios), con más de 45 mil AVPP para 2012.

Por otro lado, existen otras patologías que están por debajo del lugar número 20 de causas de mortalidad; pero, que también aportan al total de años de vida potencialmente perdidos, como son las enfermedades transmisibles entre las que destacan el dengue, las enfermedades diarreicas y las respiratorias agudas, así como otras sujetas a vigilancia epidemiológica, además de las que por su naturaleza tienen un impacto social, como la muerte materna e infantil, el VIH/SIDA y las enfermedades psiquiátricas en la niñez, las cuales son susceptibles de modificarse fortaleciendo las acciones en materia de prevención y promoción a la salud.

Cabe mencionar, que el uso de sustancias adictivas, tanto legales como ilegales, así como el suicidio en el siguiente apartado, son resultantes como consecuencia, entre múltiples factores, del estrés cotidiano, de las condiciones económicas adversas, además de hábitos y estilos de vida que reflejan una afectación en grado distinto de la salud mental, las cuales se expresan frecuentemente en distintos estados de angustia, depresivos, con ideas suicidas, entre otros. Los estados depresivos, sin ser plenamente identificados en su magnitud, son causa reconocida mundialmente de años de vida saludable perdidos, que se reflejan en el estado mental y en la condición económica de las personas, convirtiéndose esta en un factor que también debe ser atendido.

Tema IV Calidad de la Atención

Aun cuando Jalisco ha incrementado considerablemente la cobertura médica, existen todavía retos para alcanzar una distribución regional más equitativa, además existe un llamado de la sociedad por mejorar la calidad de la atención médica. Los jaliscienses tienen el derecho del acceso efectivo a la prestación de los servicios para la atención de la salud en un entorno que promueva la universalidad de los servicios de salud con un enfoque integral que incluya a la persona y su familia.

En la actualidad, los tiempos de espera prolongados y las quejas por el trato inadecuado, aunado al insuficiente abasto de medicamentos y la existencia de equipamiento obsoleto e insuficiente, continúan siendo una constante que origina incomodidad por el servicio recibido por la población.

Además, la prestación de estos servicios de salud se proporciona en un entorno donde la infraestructura sanitaria pública presenta un rezago en sus inmuebles, tanto en sus condiciones de funcionalidad, como de cobertura y de comodidad. Así en algunas regiones de Jalisco se requiere fortalecer y ampliar la cobertura de atención hospitalaria de todas las instituciones públicas de sector salud, como son el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud Jalisco. En este tema, estos elementos son comentados como parte del ámbito en el cual se prestan los servicios, pero están considerados en el tema del nuevo modelo de organizar los servicios universales de salud.

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 abasto de medicamentos, el equipamiento es a menudo insuficiente y obsoleto, 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 de Jalisco, se requiere fortalecer y ampliar la cobertura de atención hospitalaria de todas las instituciones públicas de sector salud, como son el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud Jalisco.

La demanda de consulta externa y los servicios hospitalarios para población sin seguridad social muestran un continuo ascenso (de 4.9 millones de consultas en 2001 a 6.5 millones de consultas en 2012, además de 210 mil egresos en promedio entre 2006 y 2012). Éstos representan diversos retos que comprometen la calidad de la atención, entre los que se cuenta el promedio de espera para recibir el servicio, el diferimiento entre la consulta de primera vez y la atención especializada o el procedimiento quirúrgico, el abasto de medicamentos apegados al cuadro

básico y la certificación de las unidades para establecer las redes del Sistema de Protección Social en salud (Seguro Popular), lo que conlleva el compromiso de disminuir los gastos catastróficos de los que menos tienen y reivindicar su derecho a la protección de la salud.

La sobrecarga de trabajo que representa la demanda de servicios para un recurso humano que no se ha incrementado en la misma proporción que la cobertura, la incorporación de nuevas actividades preventivas, educativas e informativas, aunado al estrés laboral, demeritan en su conjunto, el trato digno y de calidad al jalisciense que solicita los servicios de salud.

En consecuencia, la seguridad del paciente se compromete seriamente durante la prestación de distintos servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios. Todo ello requiere de un proceso de calidad de la atención que incluya las dimensiones de seguridad, oportunidad, efectividad clínica, eficiencia, atención centrada en el paciente y equidad en el trato.

La atención de estos ámbitos, redituará en el incremento de la satisfacción del paciente, fortalecerá la rectoría en salud al posicionar a las instituciones de salud del estado en el compromiso por la calidad y la seguridad; y propiciará un impacto favorable en los indicadores de salud de las enfermedades con mayor costo, lo cual conducirá en un futuro a mejorar la sustentabilidad del sistema de salud.

Entre los motivos de demanda de atención que mayores costos originan, se cuentan las enfermedades asociadas a los factores de riesgo, entre los que destacan el sobrepeso y obesidad, y otras como la Diabetes Mellitus, las Enfermedades hipertensivas, la Enfermedad Isquémica del Corazón y la Enfermedad Cerebrovascular. Esto, sin contar las múltiples atenciones por egreso hospitalario que requieren y sin incluir las causas que suelen conocerse bajo la denominación de comorbilidad. Además, puede citarse el costo social que origina la mortalidad por las causas citadas, pues entre todas ellas, ocasionan en promedio la muerte de 36 jaliscienses por día, es decir una muerte cada 40 minutos.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus como enfermedad no transmisible es un nuevo problema de salud pública. En 2012 se registraron 438,634 casos en el País, de los cuales el 58.6% son mujeres, mientras en Jalisco en el mismo periodo se registraron 32,749 que representan el 7.47% del total nacional, de éstos 56.95% son mujeres. En México y en Jalisco la diabetes mellitus es prevalente en la población femenina en razón de 1.4 mujeres por cada hombre. Del total de los casos de diabetes son tipo II (no insulino dependientes) en el ámbito nacional el 95.64% y en nuestro estado el 93.58 %.

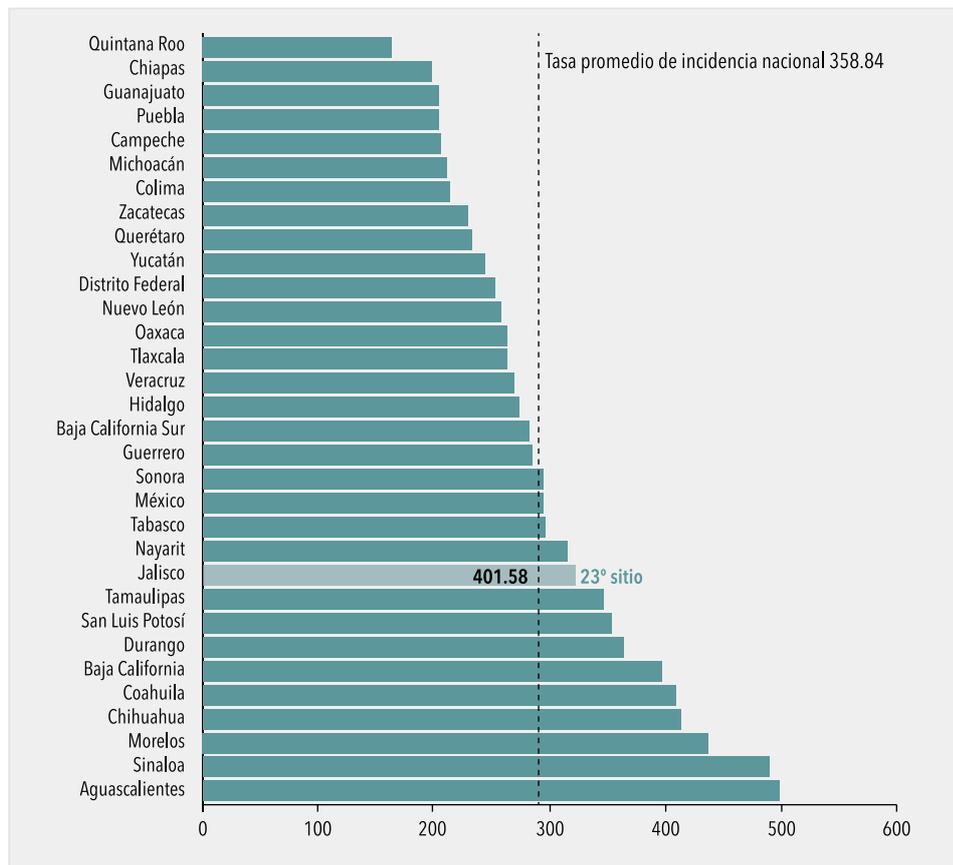
Diabetes Mellitus no insulino dependiente (Tipo II)

Diabetes es una condición primariamente definida por la hiperglucemia, dando lugar a riesgo de daño microvascular (retinopatía, nefropatía y neuropatía) está asociada con reducción en la expectativa de vida, significativa morbilidad específica relacionada con las complicaciones microvasculares, incrementado riesgo de complicaciones macrovasculares (enfermedad isquémica del corazón, infarto y

enfermedad vascular periférica) y disminución en la calidad de vida. La enfermedad tiene un comportamiento diferente en cada paciente, lo que obliga a realizar un manejo individual con base en la edad, presencia de otras enfermedades, estilo de vida y la participación de la familia en la atención de la enfermedad.⁸⁰

Para 2012, este tipo de diabetes ocupó el cuarto lugar a nivel nacional con 419,493 casos y una incidencia de 358.84 casos conocidos por cada cien mil habitantes, mientras en el estado se ubica en el décimo sitio con incidencia de 401.58 casos conocidos por cien mil jaliscienses.

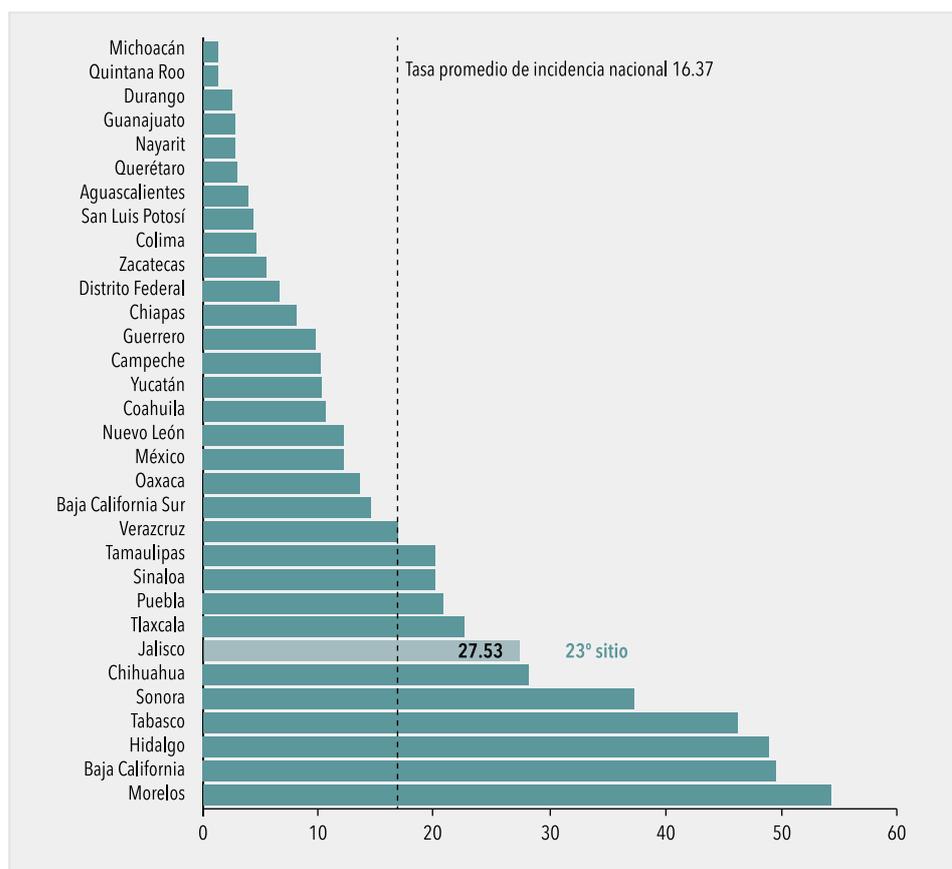
**Figura 12.18. Tasa de incidencia de diabetes mellitus Tipo II.
Estados Unidos Mexicanos, 2012¹**



¹Tasa de incidencia DbM tipo II
Fuente: SUIVE-2012 Unidades Médicas del Sector Salud
Tasa por 100,000 habitantes general Población calculada según CONAPO con datos del CONTEO 2005
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
Dirección General de Planeación
Dirección de Programación y Evaluación
Departamento de Estadística

80 SUIVE (2012): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.

**Figura 12.19. Tasa de incidencia de diabetes mellitus Tipo I.
Estados Unidos Mexicanos, 2012¹**



¹Tasa de incidencia DbM tipo I
Fuente: SUIVE-2012 Unidades
Médicas del Sector Salud
Tasa por 100,000 habitantes general
Población calculada según CONAPO
con datos del CONTEO 2005
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
Dirección General de Planeación
Dirección de Programación y
Evaluación
Departamento de Estadística

Diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I)

En la diabetes tipo I, las células beta del páncreas producen poca o nada insulina. Sin la cantidad suficiente de insulina, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo y el cuerpo es incapaz de utilizarla como energía, lo que aumenta el apetito. Además, los altos niveles de glucosa en sangre hacen que el paciente orine más, lo que a su vez causa sed excesiva. En un lapso de 5 a 10 años después del diagnóstico, las células del páncreas productoras de insulina están completamente destruidas y hay una deficiencia absoluta de esta hormona. La diabetes tipo I puede ocurrir a cualquier edad, pero frecuentemente se presenta en personas menores de 30 años.⁸¹

Para 2012 este tipo de diabetes (insulino dependiente) ocupó el décimo octavo lugar de las enfermedades no transmisibles en la República. Del total de casos registrados en el País el 4.36% corresponden a este tipo, en tanto en el estado la proporción es de 6.4 de cada cien casos de diabetes. Así, la incidencia nacional para diabetes tipo I es de 16.37 por cien mil habitantes y de 27.53 por cien mil jaliscienses.

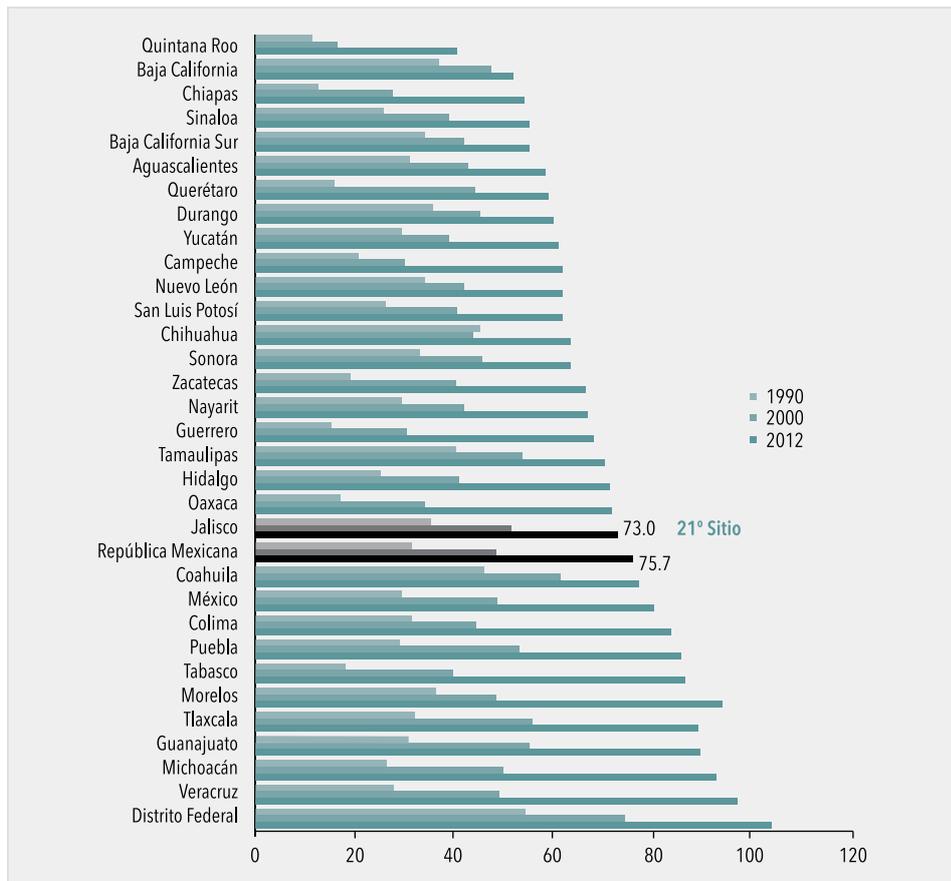
La tendencia de la diabetes, tanto como causa de enfermedad y como causa de muerte, en todo México y en los Estados es francamente ascendente.

Para 2012, la diabetes mellitus, de cualquiera de los dos tipos resulta en un

⁸¹ SUIVE (2012): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.

grave daño a la salud, pues ocupa el primer sitio en el ámbito nacional con 75.77 defunciones por cada cien mil habitantes, al igual que en la entidad con 73.0 muertes por cien mil jaliscienses.

Figura 12.20. Mortalidad por diabetes mellitus, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa DbM por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGS Base de Datos: 1979 INEGI/SS (15-01-14)

Esto es de tal magnitud, que en el País cada día mueren 228 mexicanos por causa directa de la diabetes mellitus, mientras que en Jalisco son 14.4 jaliscienses los que fallecen por el mismo motivo.

El costo social de atender en un solo año a 552 mil personas con diabetes, ya sea por enfermedad o muerte, es una carga que el País, ni el Estado (38 mil) puede soportar por mucho tiempo.

Tabla 12.20. Mortalidad por Diabetes Mellitus, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Diabetes Mellitus ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Cuautla	2	69.30	1	40.75	0	0.00
Santa María del Oro	2	69.47	0	0.00	0	0.00
Mezquitic	1	7.02	0	0.00	0	0.00
San Cristobal de la Barranca	0	0.00	1	23.42	0	0.00
Chiquilistlán	2	39.86	1	17.92	1	21.93
Tecolotlán	1	6.31	2	12.39	3	22.34
Villa hidalgo	2	15.35	7	44.65	5	26.68
Ojuelos de Jalisco	6	24.96	7	25.26	9	32.74
Colotlán	3	18.91	5	28.27	5	34.28
San Martín de Bolaños	1	27.03	0	0.00	1	35.68
Jalisco	1.901	34.70	3.259	50.76	5.425	75.63
Republica Mexicana*	25.685	30.59	46.731	47.47	83.369	75.77
San martin de Hidalgo	13	48.01	16	58.73	34	162.07
Atenguillo	5	108.23	2	46.27	6	164.74
Mixtlán	0	0.00	1	25.52	5	176.49
Zapotiltic	15	52.36	22	75.33	47	191.94
Pihuamo	7	42.84	10	71.47	20	198.89
Villa Corona	3	18.66	18	112.51	28	209.49
Casimiro Castillo	7	32.06	9	41.48	36	215.13
Techalutla de Montenegro	1	30.93	3	93.25	6	220.43
Tonila	6	78.60	7	94.12	16	236.13
El Limón	0	0.00	8	133.11	15	318.54

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS: Base de datos: 1979 - 2012 INEGI/SS [15/01/2014]

Comparada con 1990, la tasa de mortalidad de 2012 en México aumentó 147.7% cuando en Jalisco su incremento fue de 110.9%

Tabla 12.21. Mortalidad por Diabetes Mellitus, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Diabetes Mellitus ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Colotlán	9	11.44	21	27.65	24	37.54
Lagos de Moreno	97	32.48	140	41.44	147	42.78
Centro - Zapopan	127	16.76	376	36.67	703	52.48
Puerto Vallarta	36	18.95	100	37.52	182	54.41
Centro - Tlaquepaque	110	22.71	279	41.45	597	55.1
Centro - Tonalá	63	20.16	176	32.79	428	57.65
Jalisco	1.901	34.7	3.259	50.76	5.425	75.63
Republica Mexicana*	25.685	30.59	46.731	47.47	83.369	75.77
Tepatitlán	74	24.6	168	47.96	264	78.5
La Barca	155	38.14	243	52.79	410	90.44
Ameca	131	43.82	173	52.86	313	99.34
Centro - Guadalajara	827	49.33	1.19	71.44	1.567	103.19
Autlán	82	32.26	112	41.80	265	113.01
Tamazula	52	40.95	82	66.15	112	116.02
Ciudad Guzmán	135	46.12	199	64.28	410	131.67

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS: Base de datos: 1979 - 2012 INEGI/SS [15/01/2014]

Entre las regiones sanitarias existe una brecha de 2.5 veces entre la tasa de mortalidad en Colotlán (37.54) que registra la más baja y la tasa de Ciudad Guzmán (131.67) que es la más alta. Sin embargo, en la región Colotlán para 2012, creció 228.1%, en tanto en la región de Ciudad Guzmán su crecimiento fue de 185.5%.

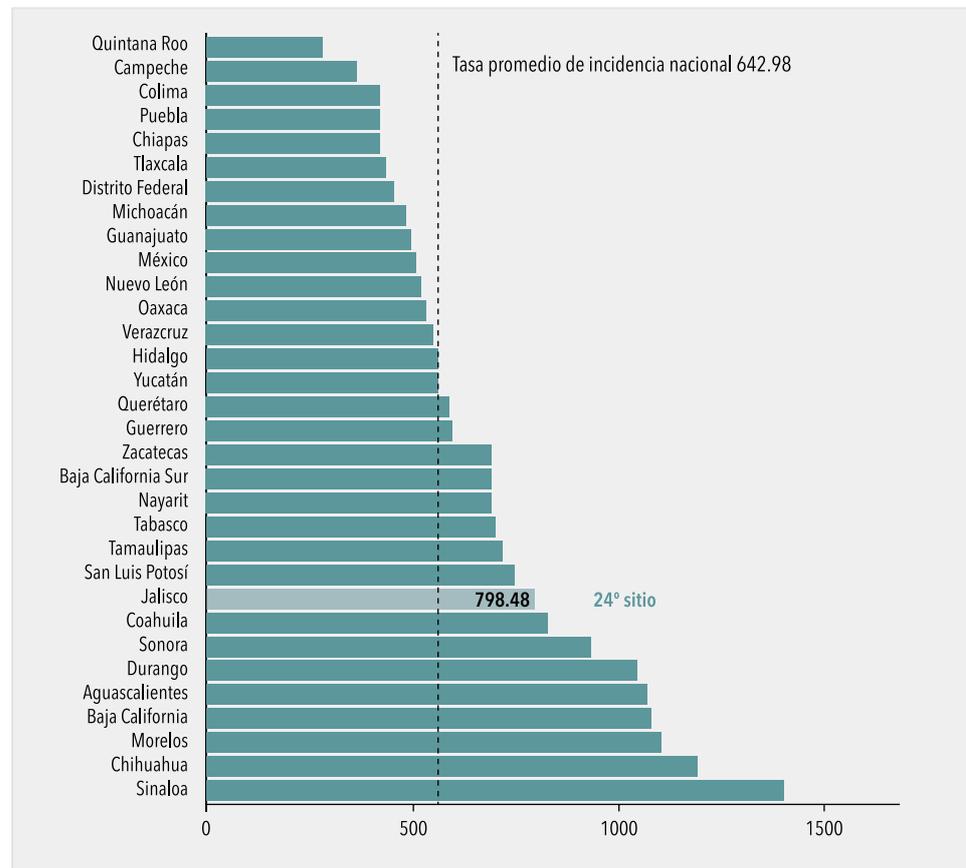
Este panorama y el comportamiento no es ajeno en el nivel municipal, tal como puede observarse en la tabla correspondiente; la brecha entre los municipios a través de las tasas es mucho mayor, esta es 13 veces mayor en El Limón (318.54) comparada con Chiquilistlán (21.93 defunciones por cien mil habitantes, sin contar aquellos municipios con una tasa para 2012 de cero.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión capaz de producir lesión cardiovascular en un paciente determinado. Se considera que este umbral está por encima de 135/85 mm Hg. La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

En 2012 se notificaron en México un total de 535,196 casos nuevos de hipertensión arterial con incidencia de 642.98 en este padecimiento con lo que ocupó el tercer lugar de las 20 principales causas de enfermedades no transmisibles en el País, mientras que los registrados en el Estado representan el 8.1% del total con 43,320 que significa una incidencia de 798.48 casos nuevos por cien mil habitantes, y ocupan el sexto sitio. Este padecimiento afecta principalmente a la población femenina, en el País con 1.5 y con 1.4 mujeres por cada hombre que sufren de esta enfermedad en Jalisco.⁸²

**Figura 12.21. Tasa de incidencia de hipertensión arterial
Estados Unidos Mexicanos, 2012¹**



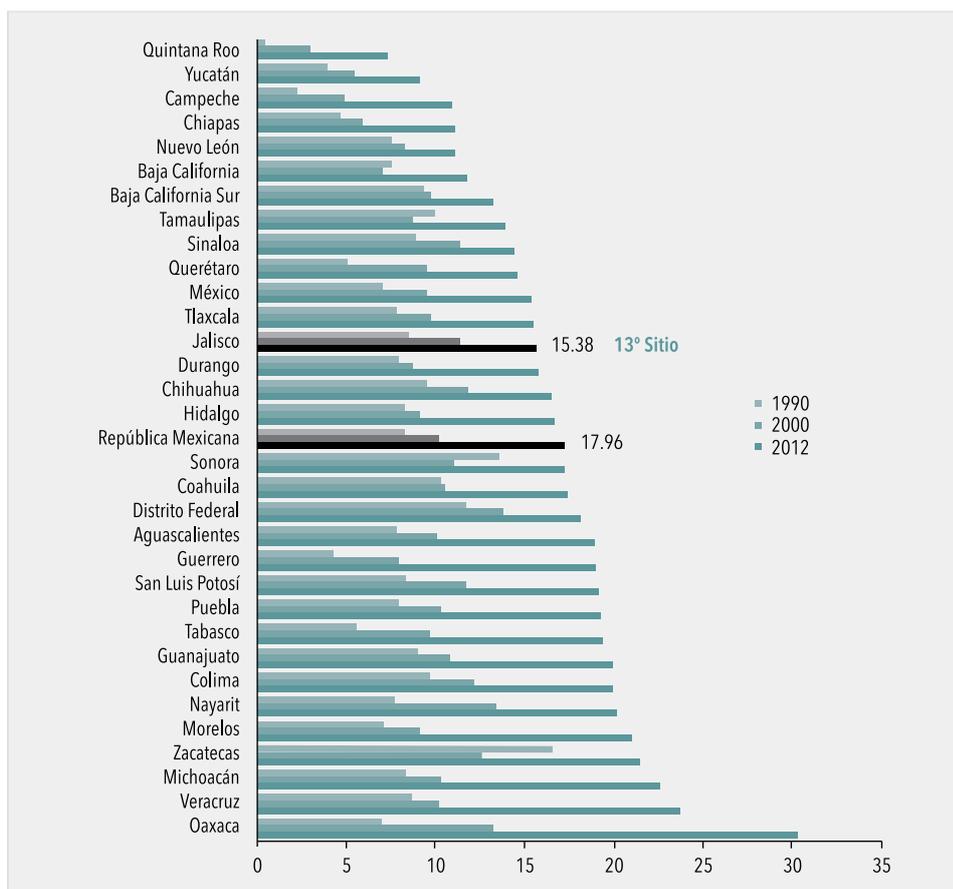
¹Tasa de incidencia EHT por 100,000 habitantes.
Fuente: Sistema único de información de vigilancia epidemiológica (SUIVE) México 2012

En 2012, la enfermedad hipertensiva en el ámbito nacional representa el 3.2% del total de las defunciones con una tasa de 16.99 defunciones por cien mil habitantes. Para el mismo año, en Jalisco explica el 2.7% del total de las muertes, con lo que se sitúa en el 9º lugar entre las causas de muerte, con una tasa de 15.38 defunciones por cada cien mil jaliscienses. Es decir, en la República mueren en promedio 51 habitantes por día, mientras en Jalisco son 3.

Es claro que las muertes por enfermedad hipertensiva tienen una tendencia al crecimiento, pero también debido al mejor diagnóstico e incorporarla como causa de muerte. Esta causa de muerte, comparada con 1990 muestra un incremento de 110% en México, y de 84.7% más en Jalisco.

82 SUIVE (2012): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.

Figura 12.22. Mortalidad por enfermedades hipertensivas, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa EHT por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

En el subconjunto de las regiones sanitarias del estado, comparadas con las tasas de 1990, para el año de referencia, éstas muestran un incremento que varía de 41% más (Ameca) hasta 158% de crecimiento (La Barca).

Para 2012 en el ámbito municipal la diferencia entre las tasas del municipio con la más baja (Sayula, 2.63) y la más alta (Atenguillo, 247.12 defunciones por cien mil habitantes) es de 92 veces más para el segundo.

Tabla 12.22. Mortalidad por Enfermedades hipertensivas, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades hipertensivas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Centro -Tonalá	15	4.80	25	4.66	64	8.62
Centro - Zapopan	34	4.49	66	6.44	118	8.81
Centro -Tlaquepaque	30	6.19	52	7.73	122	11.26
Puerto Vallarta	13	6.84	24	9.01	47	14.05
Jalisco	456	8.32	713	11.10	1,103	15.38
La Barca	26	6.40	62	13.47	75	16.54

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades hipertensivas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
República Mexicana*	6,793	8.09	9,755	9.91	18,697	16.99
Ciudad Guzmán	35	11.72	35	10.36	61	17.75
Ameca	38	12.98	62	20.03	57	18.31
Autlán	29	9.70	48	14.67	62	19.68
Centro - Guadalajara	20	7.87	38	14.18	48	20.47
Tepatitlán	162	9.66	223	13.39	315	20.74
Tamazula	32	10.64	41	11.70	74	22.00
Colotlán	18	14.17	25	20.17	35	36.26

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

Tabla 12.23. Mortalidad por Enfermedades hipertensivas, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades hipertensivas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Atengo	2	35.88	0	0.00	0	0.00
Chiquilistlán	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ejutla	0	0.00	1	46.84	0	0.00
Guachinango	0	0.00	1	21.13	0	0.00
Hostotipaquillo	1	12.11	0	0.00	0	0.00
Jilotlán de los Dolores	0	0.00	0	0.00	0	0.00
El Limón	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Mexxicacán	0	0.00	1	14.53	0	0.00
San Cristóbal de la Barranca	1	20.95	0	0.00	0	0.00
San Julián	2	15.13	3	20.16	0	0.00
Jalisco	456	8.32	713	11.10	1,103	15.38
República Mexicana*	6,793	8.09	9,755	9.91	18,697	16.99
Huejuquilla El Alto	0	0.00	0	0.00	5	73.11
Techaluta de Montenegro	1	30.93	0	0.00	2	73.48
Tuxcueca	1	17.78	2	32.61	4	77.72
Pihuamo	7	42.84	5	35.74	8	79.55
Atoyac	3	35.34	5	57.45	6	86.13
Chimaltitán	0	0.00	1	25.71	3	100.37

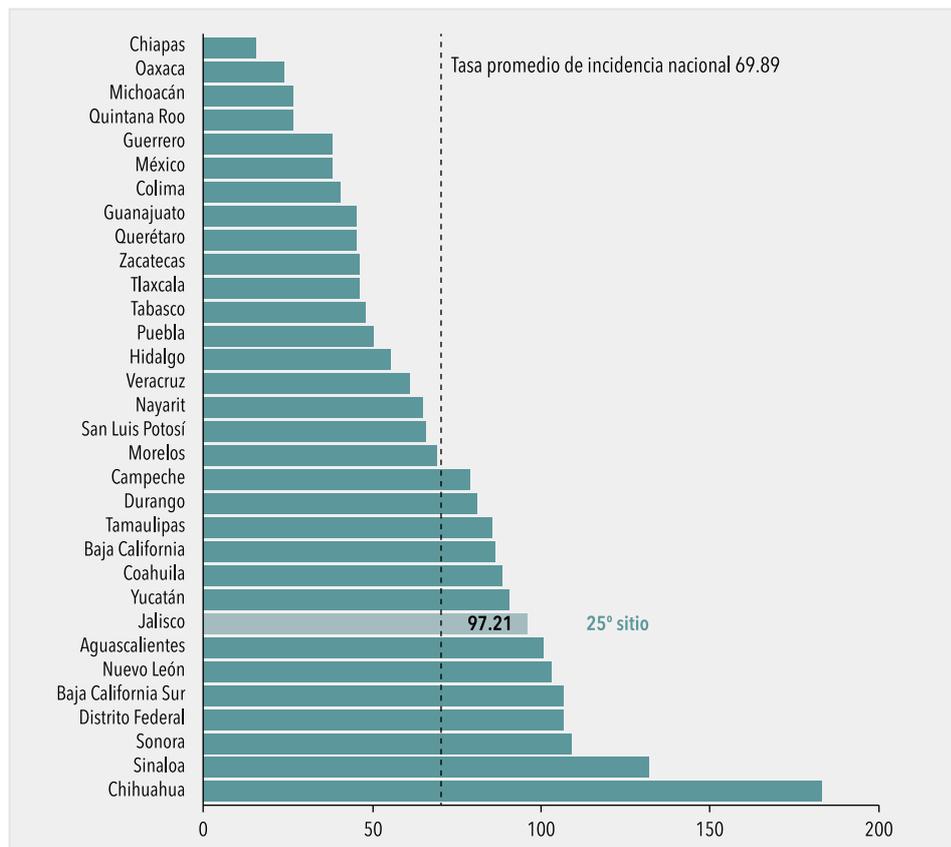
Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades hipertensivas ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Amacueca	2	39.56	3	54.25	5	111.09
Totatiche	0	0.00	2	40.32	4	111.45
La Manzanilla de la Paz	0	0.00	2	52.08	6	186.51
Atenguillo	0	0.00	1	23.14	9	247.12

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC)

Para prevenir las EIC debemos considerarlas, no como un mero producto de conductas individuales de riesgo, sino como un proceso con un componente social muy importante; disminuir su incidencia, mortalidad y letalidad tiene que ver con la modificación de dicho componente. La OMS recomienda realizar 30 min diarios de ejercicio físico; dejar de fumar y evitar exponerse pasivamente; escoger una dieta rica en frutas, verduras y potasio evitando comidas grasosas y de alta densidad energética; mantener un peso saludable, así como reducir el estrés en la casa y el trabajo.⁸³

Figura 12.23. Tasa de incidencia de enfermedad isquémica del corazón Estados Unidos Mexicanos, 2012¹



¹Tasa de incidencia EIC por 100,000 habitantes.
Fuente: Sistema único de información de vigilancia epidemiológica (SUIVE) México 2012

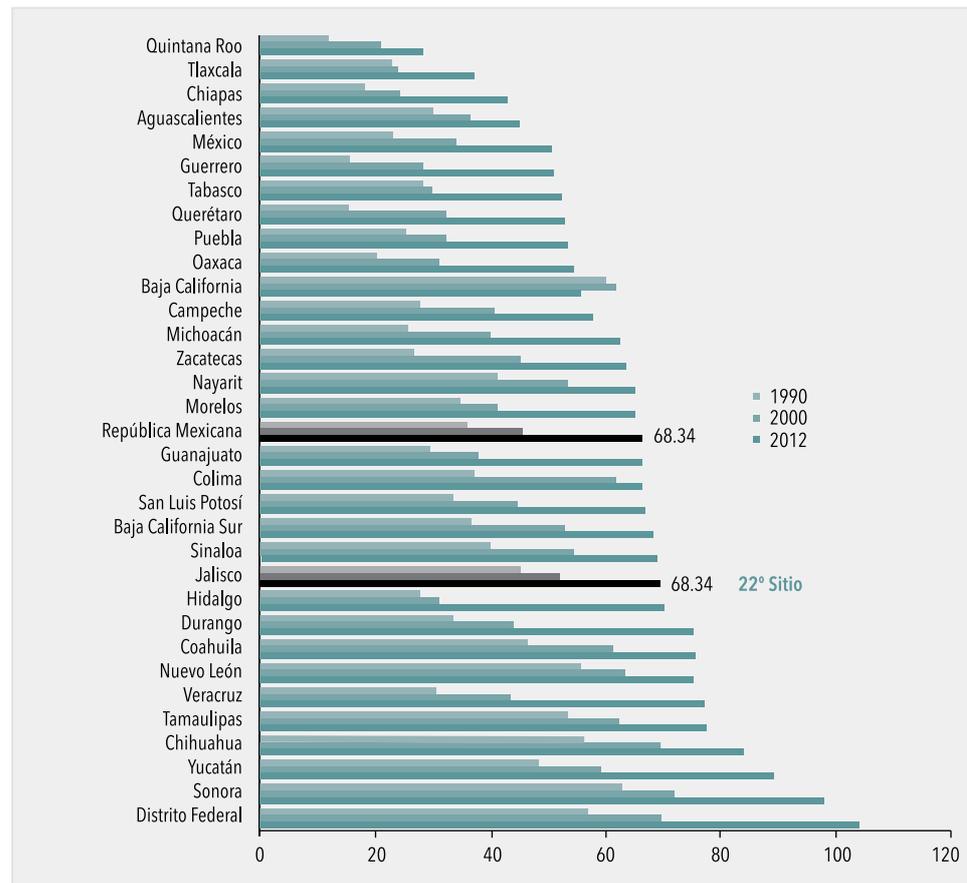
83 SUIVE (2012): Boletín de Epidemiología. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.

En México (2012) se presentaron un total de 58,178 casos de Enfermedades isquémicas del corazón (EIC), con una incidencia de 69.89 ocupó el decimosegundo lugar de las 20 principales causas de enfermedades no transmisibles. En Jalisco, con 5,274 casos notificados, que muestra una incidencia de 97.21 casos por cien mil jaliscienses se sitúa en el vigésimo sitio las diez principales causas de notificación obligatoria. La EIC afecta principalmente a la población masculina, donde representa el 55.2% en el ámbito nacional del total de casos y 57.3% en el estatal.

La mortalidad por esta causa explica el 12.3% en el nivel nacional y en el estatal. Su comportamiento en todas las entidades federativas para 2012 comparados con 1990 un incremento de 35.7% para Nuevo León, 54.9% Jalisco, 263.1% Querétaro y una media nacional de 87.6% (excepto Baja California que no varía)

La tasa del Distrito Federal (103) es 2.7 veces más mayor que la tasa en Quintana Roo (27.5), entre estas se encuentra Jalisco en el lugar 22° con 68.34 defunciones por cien mil jaliscienses.

Figura 12.24. Mortalidad por enfermedades isquémica del corazón, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa EIC por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Esta dispersión se observa entre las regiones del estado, pero menos amplia, así la tasa de Tamazula de Gordiano (107.7) es 1.5 veces más alta que en la región Centro - Zapopan (42.48). (ver tabla anexa)

Su comportamiento es ascendente, con tasas que se incrementan 40.5% (Centro - Tonalá) en relación a 1990 hasta la más importante 176% en la región de Autlán.

En el ámbito municipal, durante 2012, estas desigualdades son más acentuadas. La mayor tasa de Cuautla (522.3) es 23.4 veces mayor que la tasa de Bolaños.

En comparación a 1990, su tendencia hasta este mismo año no muestra variaciones importantes en 33.6% de los municipios, mientras que en el resto es ascendente, desde 2.2% (Tlajomulco de Zúñiga) hasta Cuautla y Degollado que son 14 y 20 veces mayor respectivamente que en 1990.

Tabla 12.24. Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades Isquémicas del Corazón ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Centro - Zapopan	225	29.69	386	37.64	569	42.48
Centro - Tonalá	95	30.39	199	37.08	317	42.70
Centro - Tlaquepaque	130	26.84	210	31.20	504	46.52
República Mexicana*	29,305	34.90	43,867	44.56	72,037	65.47
Jalisco	2,417	44.12	3,274	50.99	4,902	68.34
Ciudad Guzmán	107	36.55	187	60.40	219	70.33
Puerto Vallarta	58	30.52	99	37.15	239	71.45
Lagos de Moreno	132	44.20	194	57.43	247	71.88
Tepatitlán de Morelos	163	54.18	208	59.37	282	83.85
Ameca	133	44.49	231	70.58	271	86.01
Autlán de Navarro	86	33.83	166	61.96	219	93.39
La Barca	163	40.11	241	52.36	428	94.41
Centro - Guadalajara	1,034	61.67	1,027	61.65	1,436	94.56
Colotlan	32	40.67	45	59.26	64	100.10
Tamazula de Gordiano	55	43.31	80	64.54	104	107.73

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Tabla 12.25. Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades Isquémicas del Corazón ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Bolaños	0	0.00	1	18.51	1	21.41
Mezquitic	3	21.05	4	27.10	4	24.48
Atenguillo	0	0.00	5	115.69	1	27.46
San Marcos	1	30.34	2	56.98	1	28.94
Magdalena	5	31.11	8	43.49	6	31.22
Cuautitlán de García Barragán	2	14.59	4	24.49	5	31.68

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedades Isquémicas del Corazón ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Cuquío	5	28.74	13	73.88	5	34.76
Salto, El	9	21.07	52	60.43	52	34.97
San Martín de Bolaños	1	27.03	0	0.00	1	35.68
Ahualulco de Mercado	10	54.94	16	78.49	8	36.14
República Mexicana*	29,305	34.90	43,867	44.56	72,037	65.47
Jalisco	2,417	44.12	3,274	50.99	4,902	68.34
Mascota	8	56.09	8	57.67	18	150.80
Jesús María	17	83.69	10	50.61	26	164.97
Chiquilistlán	1	19.93	5	89.62	8	175.44
Ejutla	1	43.38	3	140.52	3	184.62
Quitupan	6	47.42	6	52.85	13	184.76
Mexticacán	5	71.59	3	43.60	10	189.14
Totatiche	9	132.61	8	161.29	7	195.04
Techaluta de Montenegro	0	0.00	2	62.17	6	220.43
Huejúcar	2	27.26	7	113.29	13	291.68
Cuautla	1	34.65	0	0.00	9	522.34

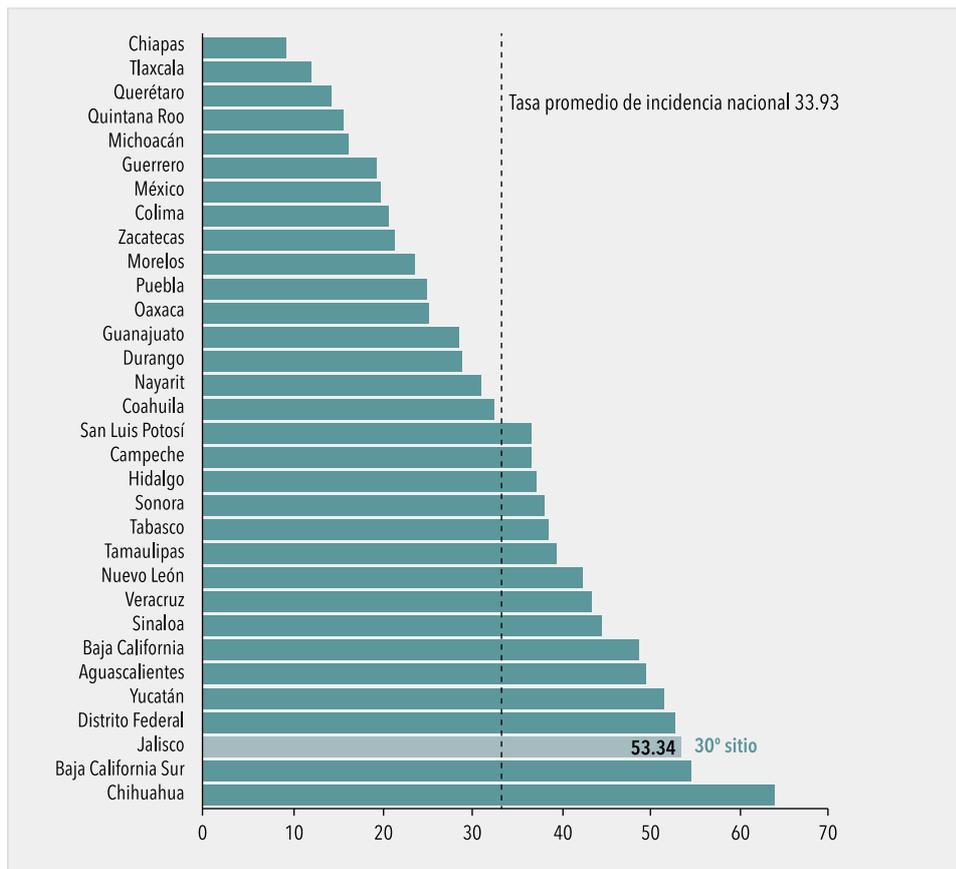
¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

Enfermedad Cerebro Vascular (ECV)

La Organización Mundial de la Salud define la ECV como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular. Las medidas preventivas encaminadas a la disminución de factores de riesgo (hipertensión arterial, obesidad, alcoholismos, tabaquismo y estrés) podrían incidir de manera importante en la disminución de dicho padecimiento.

En México las Enfermedades cerebrovasculares (ECV) ocupan el decimoquinto lugar de las 20 principales causas de enfermedades no transmisibles con 39,668 casos nuevo (incidencia 33.93). El 50.7% de los casos corresponde a los hombres. La ECV sitúa a Jalisco en el trigésimo lugar con el 10.26% de los casos nuevos notificados en el País, lo que significa una incidencia de 53.34 por cien mil jaliscienses, con distribución igual entre hombres y mujeres.

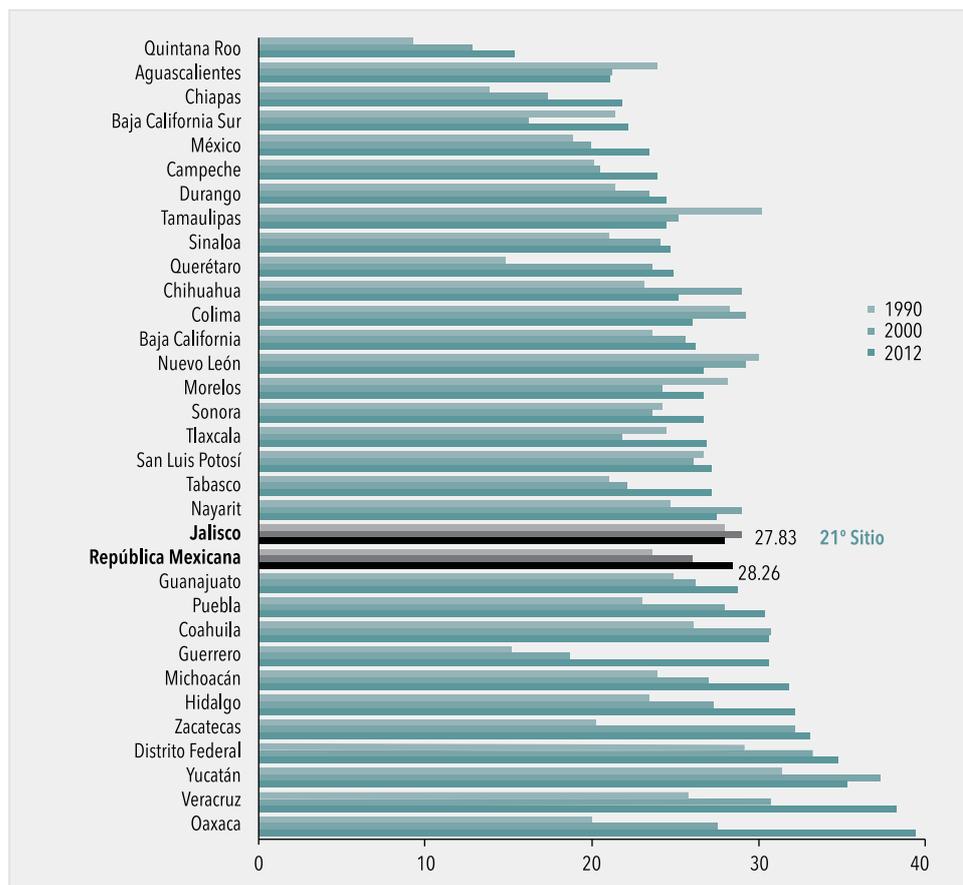
**Figura 12.25. Tasa de incidencia de enfermedad cerebro vascular (ECV)
Estados Unidos Mexicanos, 2012¹**



La mortalidad por esta causa representa el 5% en el nivel nacional y en el estatal del total de las defunciones. Su comportamiento es heterogéneo, mientras en la República se registra un incremento para 2012 de 20.6%, para el Estado prácticamente se mantiene sin modificación.

La tasa de Oaxaca (39.19) es 1.5 veces más alta que la tasa en Quintana Roo (15.14), entre estas se encuentra Jalisco en el lugar 21° con 27.83 defunciones por cien mil jaliscienses.

Figura 12.26. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa ECV por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

En el subconjunto estatal, Tamazula con una tasa de 58.01 es 2.4 veces mayor que la tasa en la región Centro - Tonalá de 16.70 muertes por ECV por cada cien mil jaliscienses. Al igual que en el País y en el Estado, la evolución de la ECV desde 1990 se observa estable.

En el ámbito municipal, 32% de los municipios disminuyen sus tasas para 2012 comparadas con 1990; 12.8% sin variación importante y 53.6% muestran incrementos desde el 10% hasta 448.5% comparando los mismos periodos y la excepción de tres municipios (Bolaños, Mixtlán y San Sebastián del Oeste) que no registran defunciones para este año de referencia.

La diferencia observada entre las tasas de mortalidad por municipio es muy grande, entre Amatitan (6.9) con la menor tasa y Ejutla (184.62) con la mayor, la diferencia de 25.7 veces más en el segundo municipio que en el primero.

Tabla 12.26. Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedad cerebrovascular ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Centro - Tonalá	51	16.32	87	16.21	124	16.70
Centro - Zapopan	107	14.12	190	18.53	237	17.69
Centro - Tlaquepaque	85	17.55	131	19.46	196	18.09
Puerto Vallarta	58	30.52	71	26.64	77	23.02
Jalisco	1,519	27.73	1,832	28.53	1,996	27.83
República Mexicana*	19,676	23.43	25,424	25.83	31,094	28.26
Tepatitlán	92	30.58	135	38.54	102	30.33
Lagos de Moreno	94	31.48	95	28.12	113	32.88
La Barca	122	30.02	149	32.37	153	33.75
Centro - Guadalajara	487	29.05	544	32.66	528	34.77
Ameca	117	39.14	118	36.05	128	40.62
Ciudad Guzmán	98	33.48	133	42.96	130	41.75
Colotlán	25	31.78	21	27.65	30	46.92
Autlán	118	46.42	104	38.82	121	51.60
Tamazula	60	47.25	54	43.57	56	58.01

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Tabla 12.27. Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedad cerebrovascular ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Bolaños	0	0.00	1	18.51	0	0.00
Mixtlán	1	25.75	2	51.03	0	0.00
San Sebastián del Oeste	3	42.84	2	30.63	0	0.00
Amatitán	6	58.22	2	15.67	1	6.91
San Julián	5	37.82	8	53.75	1	8.89
Mezquitic	4	28.07	1	6.78	2	12.24
Tonalá	17	9.47	43	12.38	70	14.15
Tlajomulco de Zúñiga	20	27.15	27	20.78	53	15.26
Tenamaxtlán	6	87.85	6	83.14	1	15.29
Atemajac de Brizuela	1	19.28	6	99.17	1	15.43
Jalisco	1,519	27.73	1,832	28.53	1,996	27.83
República Mexicana*	19,676	23.43	25,424	25.83	31,094	28.26

Entidad / Municipio	Mortalidad por Enfermedad cerebrovascular ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Tonaya	0	0.00	5	84.89	5	102.25
Hostotipaquillo	4	48.43	6	69.01	8	103.20
Limón, El	6	91.66	6	99.83	5	106.18
Atenguillo	2	43.29	0	0.00	4	109.83
Techaluta de Montenegro	3	92.79	3	93.25	3	110.21
Huejúcar	7	95.39	3	48.55	6	134.62
Villa Guerrero	2	31.39	1	16.94	7	156.99
Cuatla	0	0.00	0	0.00	3	174.11
Tuxcacuesco	3	68.31	1	24.70	6	179.96
Ejutla	0	0.00	0	0.00	3	184.62

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Tumor maligno de la mama en la mujer

La Organización Mundial de la Salud define a las lesiones premalignas o precancerosas como los cambios anormales que se producen en los tejidos en una etapa temprana del desarrollo del cáncer y que tienen el potencial de progresar a cáncer invasivo si no son tratadas. Recomienda el tamizaje para una detección temprana de lesiones sospechosas de malignidad, lo define como la aplicación sistemática de una prueba de detección en una población presumiblemente asintomática. El objetivo es identificar a las personas que presenten anomalías indicativas de un determinado cáncer, y en las que habrá que hacer más pruebas de confirmación diagnóstica. También define a la detección temprana del cáncer como la aplicación organizada y sistemática del diagnóstico temprano o el tamizaje (o ambos), unida a un diagnóstico (confirmación del cáncer), un tratamiento y un seguimiento oportunos.⁸⁴

Tabla 12.28. Mortalidad por Tumor Maligno de la Mama de la Mujer, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno de la Mama de la Mujer ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Autlán	10	7.85	10	7.46	9	7.57
Centro -Tonalá	3	1.97	13	4.91	29	7.91
Lagos de Moreno	3	1.95	17	9.73	16	8.94
Colotlán	4	9.78	3	7.63	3	9.03
Centro -Tlaquepaque	11	4.56	23	6.86	49	9.07

⁸⁴ OMS: Instrumentos de evaluación de los Programas Nacionales Contra el Cáncer. Organización Mundial de la Salud, 2012. ISBN 978 92 4 350238 0

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno de la Mama de la Mujer ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
República Mexicana*	2,203	5.23	3,431	6.90	5,508	9.82
Ciudad Guzmán	10	6.68	14	8.80	17	10.56
Puerto Vallarta	4	4.30	13	9.95	19	11.51
Centro - Zapopan	12	3.14	50	9.66	80	11.82
Jalisco	197	7.08	294	9.02	468	12.85
La Barca	8	3.85	17	7.23	36	15.42
Tepatitlán	12	7.64	13	7.12	28	15.95
Ameca	10	6.60	9	5.42	27	16.76
Centro - Guadalajara	106	12.30	102	11.91	144	18.41
Tamazula	3	4.62	10	15.82	11	22.02

¹Tasa por 100,000 mujeres
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

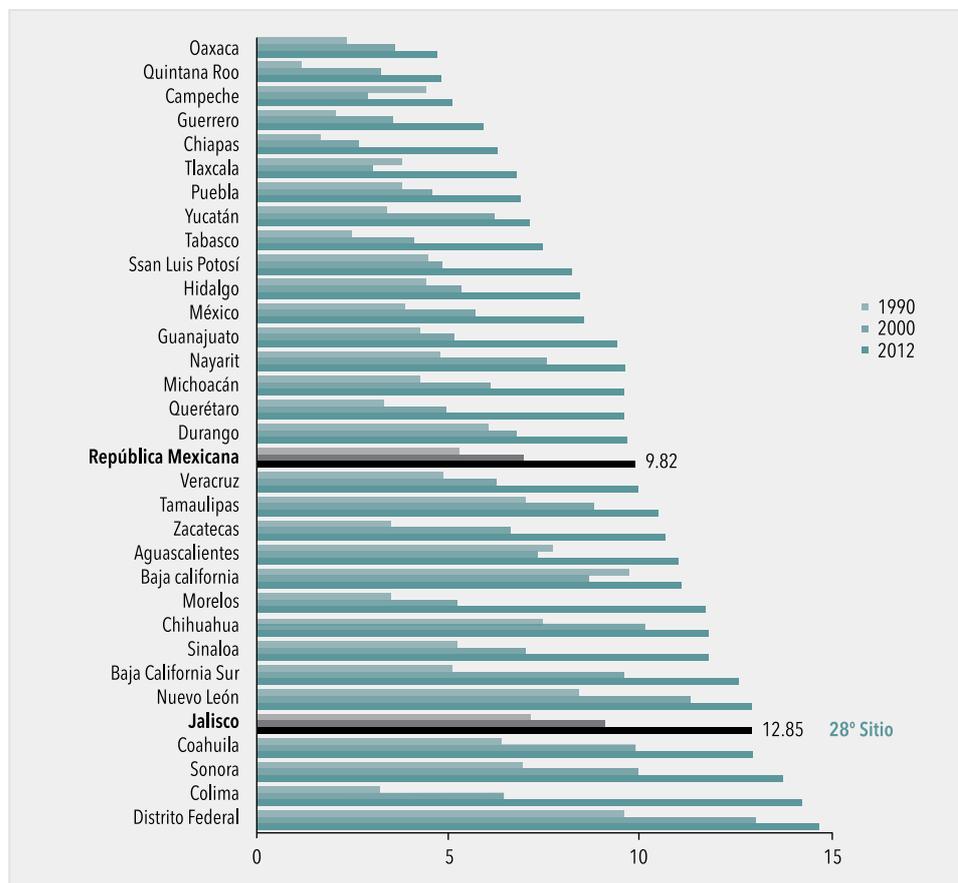
Tabla 12.29. Mortalidad por Tumor Maligno de la Mama de la Mujer, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno de la Mama de la Mujer ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Ahualulco de Mercado	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Amacueca	1	37.98	0	0.00	0	0.00
Amatitán	1	19.54	0	0.00	0	0.00
Atemajac de Brizuela	0	0.00	1	33.21	0	0.00
Atoyac	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ayutla	0	0.00	1	15.03	0	0.00
Concepción de Buenos Aires	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cuatla	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Cuquío	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Chimaltitán	0	0.00	0	0.00	0	0.00
República Mexicana*	2,203	5.23	3,431	6.90	5,508	9.82
Jalisco	197	7.08	294	9.02	468	12.85
Tizapán El Alto	0	0.00	1	9.91	g	44.62
Atengo	0	0.00	1	38.02	1	47.24
Tolimán	0	0.00	0	0.00	2	49.60
San Juanito de Escobedo	1	23.28	0	0.00	2	50.90
Quitupan	0	0.00	1	16.80	2	52.25
Atenguillo	0	0.00	1	44.56	1	53.48

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno de la Mama de la Mujer ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Unión de San Antonio	0	0.00	0	0.00	4	54.00
Cañadas de Obregón	0	0.00	0	0.00	1	54.59
Guachinango	1	38.20	1	43.08	1	55.96
Teuchitlán	1	24.25	1	22.73	2	56.40

¹Tasa por 100,000 mujeres
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

Figura 12.27. Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa CaMa por 100,000 mujeres
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

Esta enfermedad no trasmisible que afecta a ambos sexos, pero con mayor frecuencia a la mujer, en México y en Jalisco se sitúa por debajo del vigésimo lugar, sin embargo, como causa de muerte, ésta ocupa uno de los primeros lugares en tumores malignos en la mujer. En Jalisco, en la tabla general de mortalidad se ubica en el lugar 16, en tanto en la tabla general de mortalidad femenina, se posiciona en el octavo sitio.

En todas las entidades federativas la tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama muestra un incremento en comparación con 1990, desde 13.91% en

Campeche hasta 343.74 % en Colima, 81.51% para Jalisco y una media nacional de 87.86%. Para 2012, la tasa de Colima es 2 veces mayor que la de Campeche.

Para 2012, Jalisco ocupa el 28 lugar en el panorama nacional con una tasa de 12.85 de defunciones por tumor maligno de la mama de la mujer por cada cien mil mujeres.

En el subconjunto estatal, con excepción de dos regiones sanitarias (Colotlán y Autlán) en el resto se observa un incremento, desde 49.7% (Centro - Guadalajara) hasta 376.4% (Tamazula) en comparación a la tasa de 1990. Para 2012, la diferencia entre la tasa en Tamazula (22.02) es 1.9 veces mayor que la observada en Autlán (7.57). La tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer según región sanitaria se muestra en la tabla correspondiente.

En el ámbito municipal, durante 2012, en el 64% (80) de los municipios se observó mortalidad por este motivo, con una tasa máxima Teuchitlan (56.4) que es 12.2 veces mayor que la mínima en Encarnación de Díaz (4.26). La tasa observada en 2012 comparada con la registrada de 1990, en 44.0% (55) de los municipios se registra un descenso, en 53.6% (67) un incremento y en tres (Tuxcueca, Zacoalco de Torres y Tomatlán) sin variación evidente.

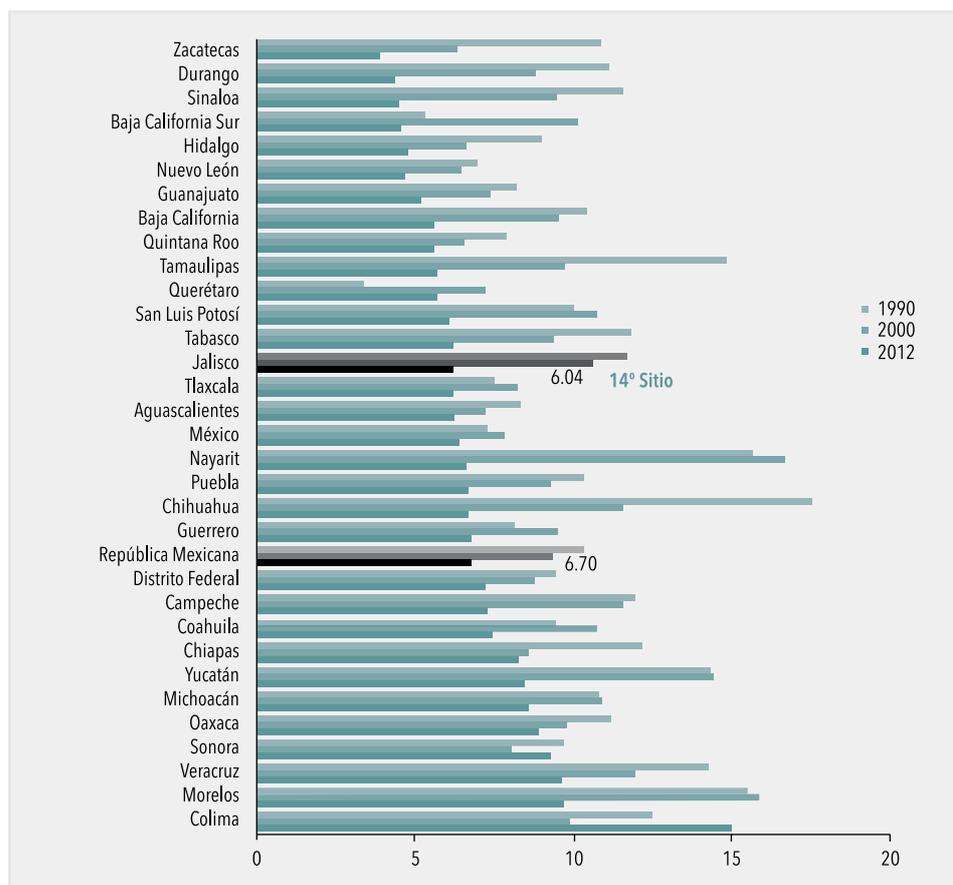
El tumor maligno de la mama en mujeres ocasiona en promedio 15 muertes diarias en la República, mientras en Jalisco fallece una mujer por esta causa cada 18.7 horas.

Tumor maligno del cuello del útero en la mujer

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. El cáncer cervicouterino es una enfermedad con una larga historia natural, por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos, incluyendo el acceso a cuidados paliativos. Existen dos estrategias costo - efectivas para lograr la disminución de este tipo de tumor maligno del cuello del útero: a) El tamizaje seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, b) La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de chicas adolescentes puede prevenir entorno a un 70% de los casos de cáncer cérvico uterino.⁸⁵

85
Portal del Cáncer. OMS/OPS (2014): Cáncer cérvico uterino. Organización Mundial de la Salud (2014)

Figura 12.28. Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa CaCu por 100,000 mujeres
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

Para 2012 dentro de la mortalidad general, esta causa constituye el 0.6% para México y el 0.5% en Jalisco, que explica la tendencia general de disminución en treinta entidades federativas, la que varía de 3.9% en Sonora (9.14), 47.8% en Jalisco (6.04) hasta 64.62% en Zacatecas (3.79) y 33.91% en la media nacional (6.70), (comparadas con 1990), mientras en Querétaro (5.61) y Colima (14.83) muestran incrementos de 70.4% 20.5% respectivamente. Con lo cual, la tasa de Colima (14.83) es 2.9 veces mayor que la de Zacatecas (3.79).

En el subconjunto estatal, en doce de las regiones sanitarias la tasa observada en 2012 comparada con 1990, disminuyó entre 32.3% (Centro - Tonalá) y 91.8% (Tamazula), excepto Autlán en que se incrementó 7.25%.

En el ámbito municipal en 2012, el 59.2% (74) no registraron defunciones, las tasas municipales de este periodo comparadas con 1990, el 5.6% (7) de los municipios no muestran variación evidente, el 16.8% (21) disminuyeron y 18.4% (23) registraron incrementos. En los municipios con registro de mortalidad la tasa mínima es para San Juan de los Lagos con 3.46 defunciones por cien mil mujeres hasta la máxima en San Juanito de Escobedo con 50.9.

El tumor maligno del cuello del útero en mujeres ocasiona en promedio 10.3 muertes diarias en la República, mientras en Jalisco fallece una mujer por esta causa cada 39.8 horas.

Tabla 12.30. Mortalidad por Tumor Maligno del Cuello del Útero, según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno del Cuello del Útero ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Tamazula	16	24.65	11	17.41	1	2.00
Tepatitlán	13	8.27	15	8.22	6	3.42
Centro - Zapopan	26	6.80	55	10.62	26	3.84
Centro -Tlaquepaque	22	9.12	32	9.55	29	5.37
La Barca	20	9.64	23	9.78	14	6.00
Jalisco	322	11.57	339	10.40	220	6.04
Puerto Vallarta	12	12.89	20	15.31	10	6.06
Centro - Guadalajara	110	12.77	92	10.74	52	6.65
República Mexicana*	4,271	10.14	4,589	9.23	3,757	6.70
Centro -Tonalá	16	10.48	18	6.80	26	7.09
Ameca	20	13.20	19	11.45	12	7.45
Lagos de Moreno	21	13.68	13	7.44	14	7.82
Ciudad Guzmán	26	17.36	21	13.20	13	8.07
Colotlán	6	14.67	5	12.71	3	9.03
Autlán	14	10.99	15	11.19	14	11.78

¹Tasa por 100,000 mujeres
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Tabla 12.31. Mortalidad por Tumor Maligno del Cuello del Útero, según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno del Cuello del Útero ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Acatlán de Juárez	3	39.81	1	10.21	0	0.00
Ahualulco de Mercado	1	10.80	1	9.67	0	0.00
Amacueca	2	75.96	0	0.00	0	0.00
Amatitán	0	0.00	1	15.71	0	0.00
Arandas	1	2.98	4	9.93	0	0.00
Atemajac de Brizuela	2	76.66	0	0.00	0	0.00
Atenguillo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ayutla	2	28.98	0	0.00	0	0.00
Bolaños	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Casimiro Castillo	1	9.33	4	36.94	0	0.00
Jalisco	322	11.57	339	10.40	220	6.04
República Mexicana*	4,271	10.14	4,589	9.23	3,757	6.70

Entidad / Municipio	Mortalidad por Tumor Maligno del Cuello del Útero ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Cabo Corrientes	0	0.00	0	0.00	1	22.81
Tapalpa	2	31.89	0	0.00	2	23.92
Quitupán	1	14.60	0	0.00	1	26.12
Atoyac	1	22.70	0	0.00	1	26.99
Huejuquilla El Alto	0	0.00	0	0.00	1	27.46
Autlán de Navarro	3	12.53	4	15.32	8	29.28
Zapotitlán de Vadillo	1	30.38	0	0.00	1	32.98
Tuxcueca	1	34.92	0	0.00	1	37.26
Atengo	0	0.00	0	0.00	1	47.24
San Juanito de Escobedo	0	0.00	1	23.12	2	50.90

¹Tasa por 100,000 mujeres
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base
de Datos: 1979-2012 INEGI/SS
(15-01-14)

Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidio)

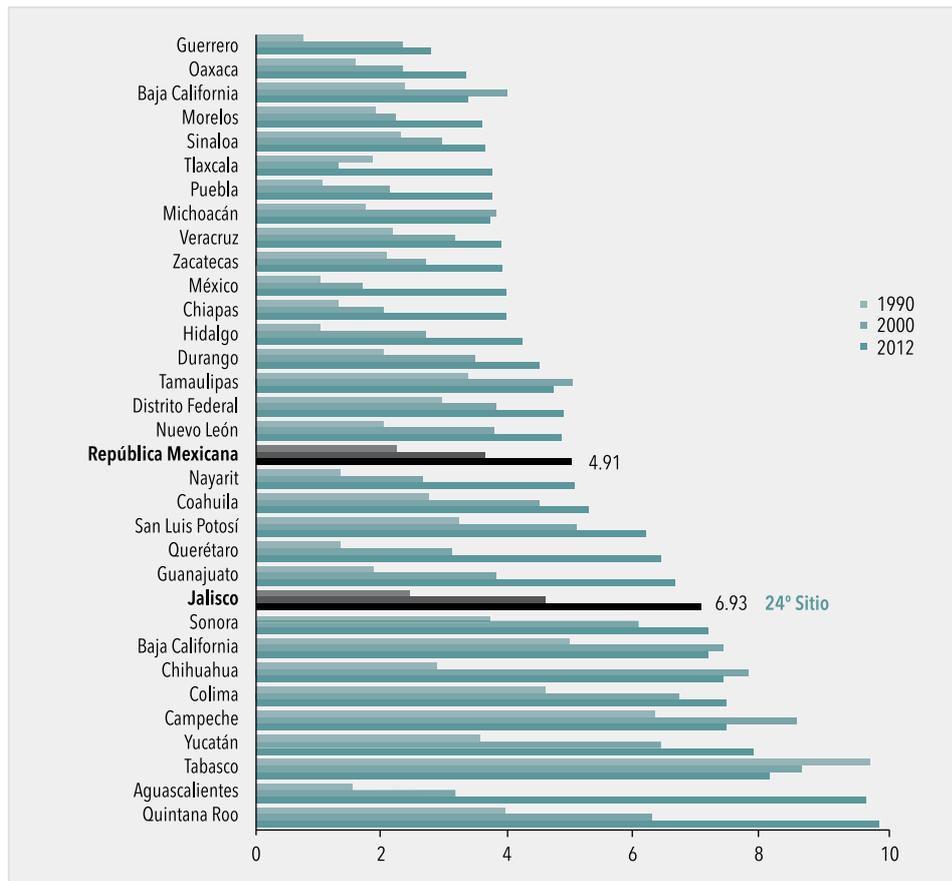
Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.⁸⁶

La prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades. Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación.⁸⁷

86 OMS (2014): Temas de Salud: Suicidio. Organización Mundial de la Salud (2014)

87 OMS (2012): Prevención del Suicidio. Organización Mundial de la Salud (2012)

Figura 12.29. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), según entidad federativa 1990, 2000, 2012¹



¹Tasa de suicidio por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

En México, la tasa de mortalidad por suicidio para 2012, se incrementó 128.7% más con relación a 1990, mientras en Jalisco su incremento es de 196.6% en el mismo periodo. Para este último año, el suicidio representa el 0.9% del total de causas de muerte en el País, mientras para el estado explica el 1.25% del total de las defunciones.

La tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas por cada cien mil habitantes, en el ámbito nacional se encuentran entre valor máximo de 9.80 para Quintana Roo, que es 2.6 veces mayor que la tasa mínima de 2.72 para Guerrero, en el sitio 24º con 6.93 se encuentra Jalisco, con una media nacional de 4.91.

En las regiones sanitarias del subconjunto estatal, la muerte por este motivo muestran una tendencia de franco incremento entre 1990 y 2012, que va de 93.6% la mínima en Centro - Guadalajara, hasta la más alta en Tepatitlán (526.1%), muy de cerca por Ciudad Guzmán (511.1% y Centro - Tlaquepaque (510.5%) Este comportamiento, hace que este fenómeno social del suicidio sea clasificado como un problema de salud pública y pueda definirse como una epidemia en crecimiento.

En cuanto a la tasa de mortalidad por esta causa, en 2012, la región sanitaria de Tepatitlán (10.41) registra el máximo valor, el cual es 1.5 veces mayor que la tasa de la región de Ciudad Guzmán que reporta el valor mínimo.

En el ámbito municipal para 2012, en 36 (42.4%) de los municipios, no registraron defunciones. Al comparar la tasa de este año con la informada en 1990, el 10.4% (13) la disminuyó y en 53.6% (67) se incrementó claramente.

En el País, se suicida un mexicano cada 1.6 horas, mientras transcurren 17.6 horas para el suicidio de un jalisciense.

Tabla 12.32. Mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios), según región sanitaria 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios) ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Ciudad Guzmán	2	0.68	13	4.20	13	4.18
República Mexicana*	1,802	2.15	3,489	3.54	5,400	4.91
Lagos de Moreno	5	1.67	4	1.18	19	5.53
Centro -Tlaquepaque	8	1.65	39	5.79	66	6.09
Colotlán	2	2.54	1	1.32	4	6.26
Centro - Zapopan	9	1.19	46	4.49	86	6.42
La Barca	9	2.21	20	4.34	30	6.62
Ameca	6	2.01	14	4.28	21	6.66
Jalisco	128	2.34	290	4.52	497	6.93
Centro - Guadalajara	61	3.64	89	5.34	107	7.05
Autlán	6	2.36	5	1.87	17	7.25
Centro -Tonalá	4	1.28	18	3.35	58	7.81
Tamazula	2	1.57	7	5.65	8	8.29
Puerto Vallarta	8	4.21	15	5.63	33	9.87
Tepatitlán	5	1.66	19	5.42	35	10.41

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Tabla 12.33. Mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios), según municipio 1990, 2000, 2012

Entidad / Municipio	Mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios) ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Amacueca	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Amatitán	0	0.00	0	0.00	0	0.00
San Juanito de Escobedo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Atemajac de Brizuela	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Atengo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Atoyac	0	0.00	1	11.49	0	0.00

Entidad / Municipio	Mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios) ¹					
	1990		2000		2012	
	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Ayotlán	1	3.18	4	11.13	0	0.00
Casimiro Castillo	0	0.00	1	4.61	0	0.00
Cihuatlán	0	0.00	2	6.22	0	0.00
Cuautilán de García Barragán	0	0.00	1	6.12	0	0.00
República Mexicana*	1,802	2.15	3,489	3.54	5,400	4.91
Jalisco	128	2.34	290	4.52	497	6.93
Sayula	0	0.00	2	6.35	1	2.63
Tuxpan	0	0.00	1	2.99	1	3.16
Zapotlán El Grande	0	0.00	5	5.66	4	3.86
Zapotiltic	0	0.00	1	3.42	1	4.08
Lagos de Moreno	3	2.70	4	3.07	6	4.17
Ocotlán	0	0.00	2	2.33	4	4.28
Ahualulco de Mercado	0	0.00	0	0.00	1	4.52
San Martín de Hidalgo	1	3.69	1	3.67	1	4.77
Tequila	2	6.85	1	2.77	2	4.79
Yahualica de González Gallo	2	8.93	0	0.00	1	4.89

¹Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: INEGI/SS Sitio DGIS Base de Datos: 1979-2012 INEGI/SS (15-01-14)

Tema V Inversión en Capital Humano

La situación que se vive en las unidades de salud respecto a los recursos humanos es el resultado de todo un proceso que incluye la planeación, formación, gestión, capacitación y evaluación con la cual se está consciente de la necesidad para cambiar el panorama general de la adecuación de los recursos humanos a las nuevas necesidades de Jalisco, su cambio, requiere de la inversión en capital humano a través de la profesionalización de los prestadores de servicios para la atención mediante la educación continua e impulso al desarrollo de la investigación en servicios de salud y en sistemas de salud.

El tema de la calidad de la atención comparte con éste, al recurso humano. En el punto anterior se hizo referencia a la calidad técnica e interpersonal, además de la seguridad del paciente durante la prestación de servicios. Este tema se centra en la necesidad de intervenir con un proceso de capacitación y motivación del recurso humano; tanto del que presta los servicios directamente al paciente; de aquellos que gestionan la administración y los recursos para que sean aplicados con sensibilidad, equidad y justicia; así como el que se encuentra en formación, con el propósito de evitar repetir esquemas de atención despersonalizada.

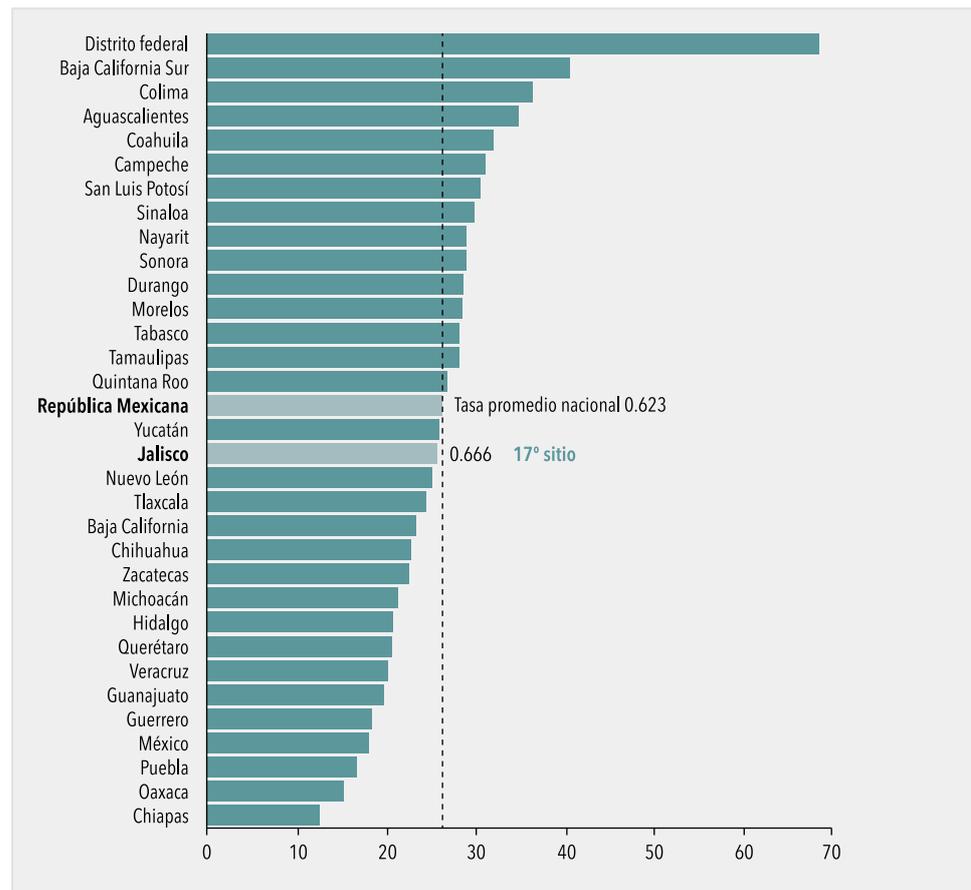
En síntesis, el estrés laboral y la sobrecarga de trabajo que representa la demanda de servicios y la complejidad de la complejidad del sistema de salud, requiere del desarrollo de habilidades y destrezas técnicas, e interpersonales como la comunicación asertiva, de un manejo eficiente del tiempo, de reforzar la motivación y el compromiso social e institucional que necesita el prestador de servicios de salud, de lo contrario estos factores, demeritan en su conjunto, el trato digno y de calidad del servicio otorgado a los jaliscienses.

Disponibilidad de Recursos Humanos

En México en 2011, se disponía en el sector salud de 0.623 médicos generales y familiares por cada mil habitantes, Jalisco con un indicador de 0.506 se coloca en el 29 sitio, lo que nos muestra el rezago con relación a otras entidades federativas. En el ámbito nacional, representa una brecha de 64% entre Baja California (0.404) con el mínimo valor y Campeche (1.126) que registra el máximo valor nacional.

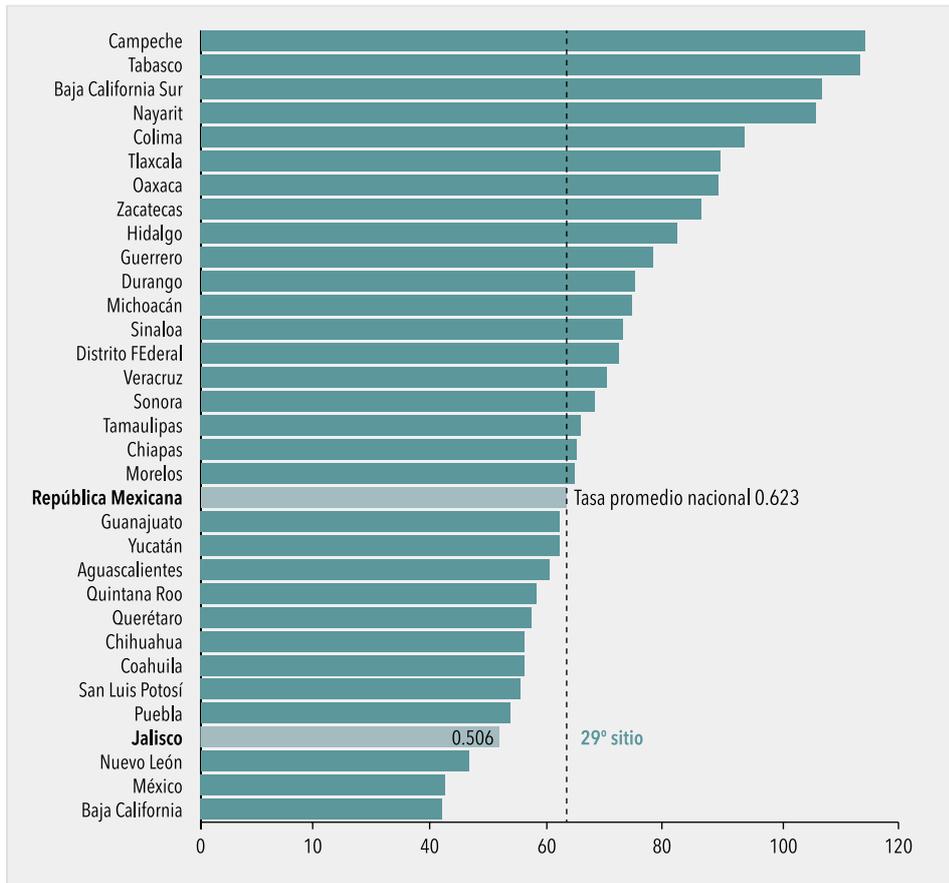
En relación al recurso médico, en el ámbito nacional se disponía de 0.683 médicos especialistas por mil habitantes para todo el sector, Jalisco con 0.666 se sitúa en el 17° lugar. Con una brecha de 81% entre el valor mínimo de Chiapas (0.329) y el máximo en el Distrito Federal (1.780)

Figura 12.30. Médicos especialistas, según entidad federativa 2011¹



¹Tasa por 1,000 habitantes
 Fuente: Numerador: Boletín de información estadística No. 31, Vol. I, 2011; DGIS SS Denominador: Proyecciones de la Población 2005-2030 del CONAPO
 Nota: Incluye a médicos especialistas de las cuatro especialidades básicas y otras especialidades de la SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC METRO y Estatales. No incluye odontólogos ni odontólogos especialistas

Figura 12.31. Médicos generales y familiares, según entidad federativa 2011¹



¹Tasa por 1,000 habitantes

Fuente: Numerador: Boletín de información estadística No. 31 Vol. I, 2011; Denominador: Proyecciones de la Población 2005-2030 del CONAPO.

Note: Incluye médicos generales familiares y pasantes de medicina en contacto con el paciente de la SS, IMSS-Oport, Universarios, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENE, SEMAR, STC Metro Estatales

Tabla 12.34. Recursos Humanos por Institución (Primera Parte) Jalisco 2012

Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Subtotal	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Universitarios	Subtotal	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Personal médico ¹	13,207	5,502	5,493	9	67	7,705	6,844	754	21	68	18
Médicos en contacto con el paciente ²	11,908	5,159	5,150	9	nd	6,749	5,941	711	20	63	14
Médicos generales o familiares	3,041	1,410	1,401	9	4	1,631	1,388	214	14	6	9
Médicos especialistas ³	5,386	2,277	2,277	0	63	3,109	2,630	411	6	57	5
Ginecoobstetras	657	303	303	0	5	354	310	39	0	4	1
Pediatras	627	339	339	0	8	288	241	39	2	4	2
Cirujanos	446	195	195	0	5	251	192	54	0	4	1
Internistas	355	100	100	0	3	255	203	50	0	2	0
Odontólogos ⁴	502	296	296	0	1	206	162	28	1	15	0
Psiquiatras	85	46	46	0	1	39	31	7	0	1	0
Ortopedistas	30	27	27	0	nd	3	0	0	0	3	0
Traumatólogos	253	73	73	0	5	180	153	26	0	1	0
Endocrinólogos	28	13	13	0	2	15	13	2	0	0	0
Urólogos	73	21	21	0	2	52	42	8	0	2	0
Otros especialistas	2,330	864	864	0	31	1,466	1,283	158	3	21	1
Médicos en otras labores ⁵	3,481	1,472	1,472	0	8	2,009	1,923	86	0	0	0
Médicos en formación ⁶	1,299	343	343	0	32	956	903	43	1	5	4

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Boletín de Información Estadística No. XX, Vol. I, 2012, Recursos Humanos, Físicos y Materiales

1/ Incluye médicos generales, especialistas en formación y en otras actividades.

2/ Incluye médicos generales, especialistas y en formación.

3/ Incluyen médicos en las especialidades de cirugía, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría.

4/ Incluye odontólogos y odontólogos especialistas. Se le disminuye Pasantes de odontología

Incluye odontólogos, odontólogos especialistas y pasantes de odontología.

5/ Incluye personal en labores administrativas, de enseñanza e investigación, epidemiólogos, anatómo-patólogos y otros.

6/ Incluye pasantes de medicina, de odontología, internos de pregrado y residentes.

nd/ No disponibles

Nota : Secretaría de Salud incluye Hospital Civil Nuevo, Hospital Civil Viejo, Hospital General de Zapopan

Se agregan datos del Hospital Ramón Garibay (no contemplados en el Boletín citado como Fuente)

Dirección General de Planeación

Dirección de Programación y Evaluación

Departamento de Estadística

Coordinación de Integración de Información

Tabla 12.34. Recursos Humanos por Institución (Segunda Parte) Jalisco 2012

Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Subtotal	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Universitarios	Subtotal	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Personal paramédico ¹	37,534	15,519	15,510	9	139	22,015	19,748	1,746	83	380	58
Enfermeras ²	18,178	8,192	8,183	9	51	9,986	9,035	810	19	107	15
Enfermeras en contacto con el paciente ³	16,819	7,773	7,764	9	51	9,046	8,177	741	19	98	11
Enfermeras generales	7,473	2,800	2,800	0	9	4,673	4,278	314	10	64	7
Enfermeras especialistas	1,883	414	414	0	20	1,469	1,269	169	1	27	3
Enfermeras pasantes	1,022	1,007	1,007	0	5	15	15	0	0	0	0
Enfermeras auxiliares	6,441	3,552	3,543	9	17	2,889	2,615	258	8	7	1
Enfermeras en otras labores ⁴	1,359	419	419	0	6	940	858	69	0	9	4
Personal de Trabajo Social ⁵	2,579	452	452	0	1	2,127	2,109	9	1	8	0
Personal en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	3,484	1,246	1,246	0	19	2,238	1,969	203	1	56	9
Personal administrativo	4,677	1,978	1,978	0	57	2,699	2,105	512	9	64	9
Otro personal ⁶	8,616	3,651	3,651	0	11	4,965	4,530	212	53	145	25

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Boletín de Información Estadística No. XX, Vol. I, 2012, Recursos Humanos, Físicos y Materiales

1/ Incluye enfermeras en contacto con el paciente, y en otras labores, personal de: trabajo social, en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, administrativo y otros

2/ Incluye enfermeras en contacto con el paciente y en otras labores.

3/ Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

4/ Incluye enfermeras en labores administrativas, de enseñanza e investigación y otras.

5/ Incluye profesionales y técnicos de trabajo social.

6/ Incluye técnicos en estadística, promotores de salud, optometría, inhaloterapia y otros técnicos, personal en archivo clínico, conservación y mantenimiento, intendencia (incluye lavandería), lic. en informática, ing. en sistemas y otros.

nd/ No disponibles

Nota : Secretaría de Salud incluye Hospital Civil Nuevo, Hospital Civil Viejo, Hospital General de Zapopan

Se agregan datos del Hospital Ramón Garibay (no contemplados en el Boletín citado como Fuente)

Dirección General de Planeación

Dirección de Programación y Evaluación

Departamento de Estadística

Coordinación de Integración de Información

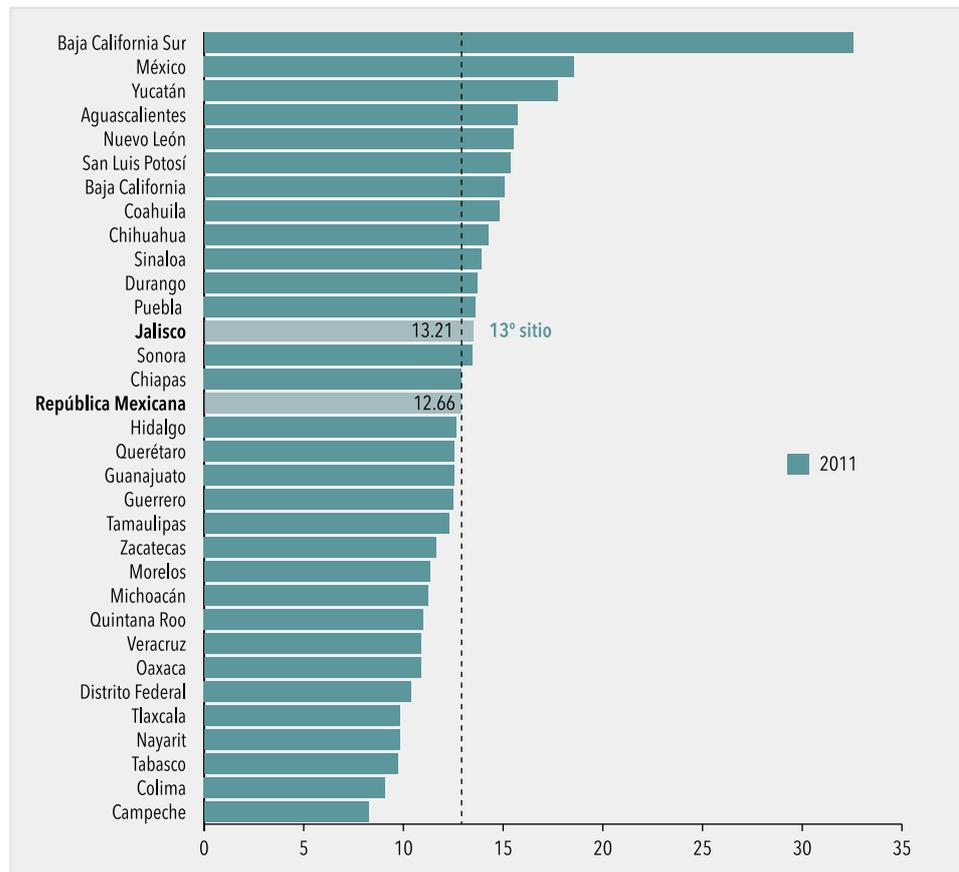
Eficiencia de los Recursos Humanos

Durante 2011, los recursos médicos, tanto generales como familiares, con los que cuenta el sector en el ámbito nacional, otorgaron en promedio 12.66 consultas por médico general y especialista al día. Jalisco se coloca en el 13° sitio al proporcionar 13.21 consultas diarias con los médicos existentes en el Estado.

Es Baja California Sur quien registra la mayor eficiencia con un promedio de 31.91 consultas diarias, lo que implica 2.9 veces más consultas que el promedio en Campeche (8.16).

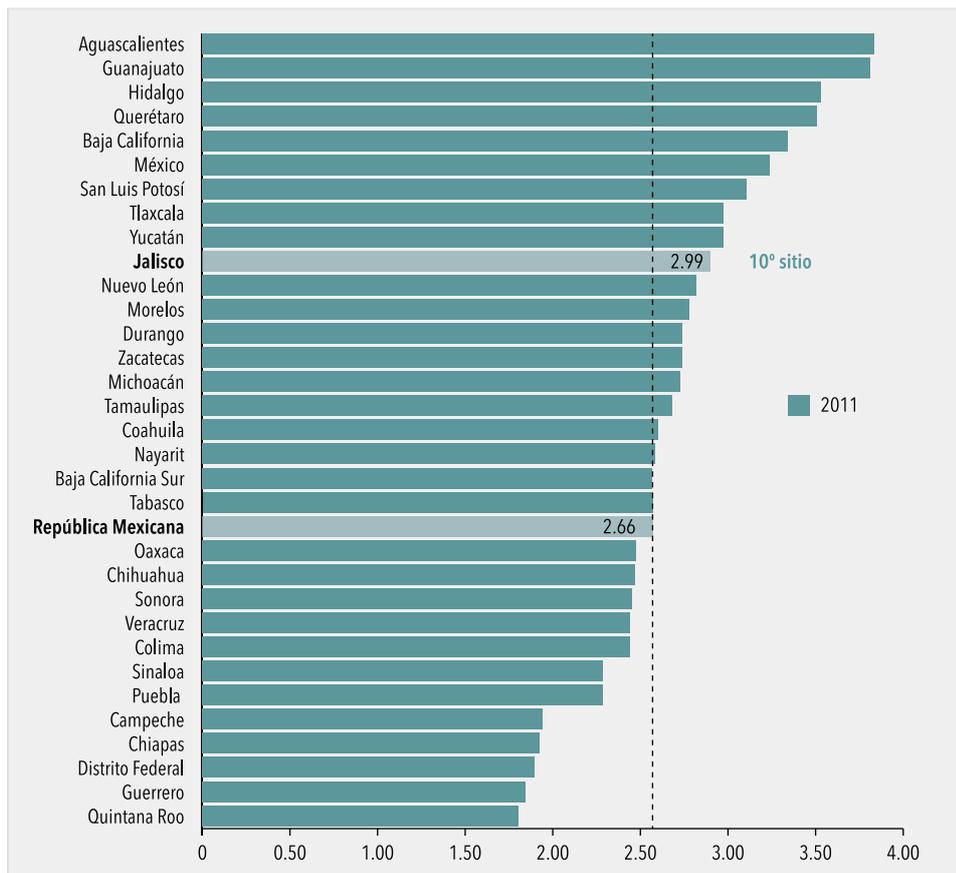
Para el mismo periodo, se realizó un promedio diario de 2.66 intervenciones quirúrgicas por quirófano en el sector, entre los valores mínimo en Quintana Roo (1.89) y el máximo en Aguascalientes (3.96), Jalisco se coloca en el 10° lugar con un promedio diario de 2.99 intervenciones diarias por quirófanos.

Figura 12.32. Promedio diario de consultas generales por médico general y familiares en contacto con el paciente, según entidad federativa 2011¹



¹Incluye médicos generales, familiares y pasantes de medicina en contacto con el paciente de la SS, IMSS-Oport, Universitarios, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC Metro y Estatales.
Fuente: Boletín de Información Estadística No. 31, Vol. I, Recursos físicos, materiales y humanos. Boletín de Información Estadística No. 31, Vol. III, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2011; DGIS-SS.

Figura 12.33. Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano en unidades de atención, según entidad federativa 2011¹



¹ Incluye médicos generales, familiares y pasantes de medicina en contacto con el paciente de la SS, IMSS-Oport, Universitarios, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC Metro y Estatales.

Fuente: Boletín de Información Estadística No. 31, Vol. I, Recursos físicos, materiales y humanos. Boletín de Información Estadística No. 31, Vol. III, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos, 2011; DGIS-SS.

Tema VI Servicios Universales de Salud

Hoy tenemos un sistema fragmentado con diferentes beneficios dependiendo de la condición laboral de la persona y con servicios de salud que generan un ineficiente manejo de riesgos y duplicidades en la operación y en el financiamiento. Se requiere de un Sistema Nacional de Salud Universal para mejorar la equidad y la eficiencia tanto en el propio sistema de salud como en los mercados laborales y evitar que se siga generando un ineficiente manejo de riesgos y duplicidades en la operación y en el financiamiento.

En consecuencia, mediante la atención de estas variables, se lograra incrementar la sustentabilidad del sistema y mejorar los resultados de salud para los jaliscienses.

Disponibilidad de la infraestructura

Resultado de la fragmentación del sistema de salud nacional y estatal, la infraestructura sanitaria presenta distintas brechas interinstitucionales de cobertura e inequidad en el financiamiento, lo que ha resultado en el rezago diferenciado de las condiciones patrimoniales e inmobiliarias. En el inventario de las unidades médicas para la atención de la población sin seguridad se encuentran edificios

obsoletos y nada funcionales con antigüedades mayores a dos décadas, que requieren de remodelación, ampliación, rehabilitación o sustitución por nuevas estructuras.

Además, avanzar en el nuevo modelo de atención que proporcione servicios de salud universales, requiere de una inversión coordinada y continuada en el sector, orientada a implementar una tecnología de vanguardia y medicina de alta especialidad.

Tabla 12.35. Infraestructura y Recursos Físicos por Institución Jalisco 2012

Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Subtotal	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Universitarios	Subtotal	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Unidades médicas	1,066	846	837	9	2	220	125	90	1	3	1
Unidades médicas de consulta externa	1,001	808	799	9	0	193	105	87	1	0	0
Unidades médicas de hospitalización	65	38	38	0	2	27	20	3	0	3	1
Camas censables	6,406	2,683	2,683	0	55	3,723	3,368	226	0	122	7
Generales	267	190	190	0	0	77	0	0	0	76	1
Especialidades 1/	3,979	1,766	1,766	0	45	2,213	2,011	160	0	37	5
Otras camas censables	2,160	727	727	0	10	1,433	1,357	66	0	9	1
Unidades hospitalarias según número de camas censables											
Menor a 30	29	20	20	0	1	9	4	2	0	2	1
Mayores a 29 y menores a 60	14	13	13	0	1	1	1	0	0	0	0
Mayores a 59 y menores a 120	8	1	1	0	0	7	6	0	0	1	0
Mayores a 119 y menores a 180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mayores a 179	14	4	4	0	0	10	9	1	0	0	0
Camas No Censables	3,005	991	991	0	46	2,014	1,685	269	5	31	24
Consultorios	3,885	2,050	2,041	9	70	1,835	1,394	367	7	54	13
Incubadoras 2/	352	195	195	0	8	157	147	1	0	8	1

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Boletín de Información Estadística No. XX, Vol. I, 2012, Recursos Humanos, Físicos y Materiales

1/ Incluye camas de cirugía, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría.

2/ Incluye cunas aislados y cunas cuidados intensivos neonatales.

nd/ No disponibles

na/ No aplica.

Nota : Secretaría de Salud incluye Hospital Civil Nuevo, Hospital Civil Viejo, Hospital General de Zapopan

Se agregan datos del Hospital Ramón Garibay (no contemplados en el Boletín citado como Fuente)

Dirección General de Planeación

Dirección de Programación y Evaluación

Departamento de Estadística

Coordinación de Integración de Información

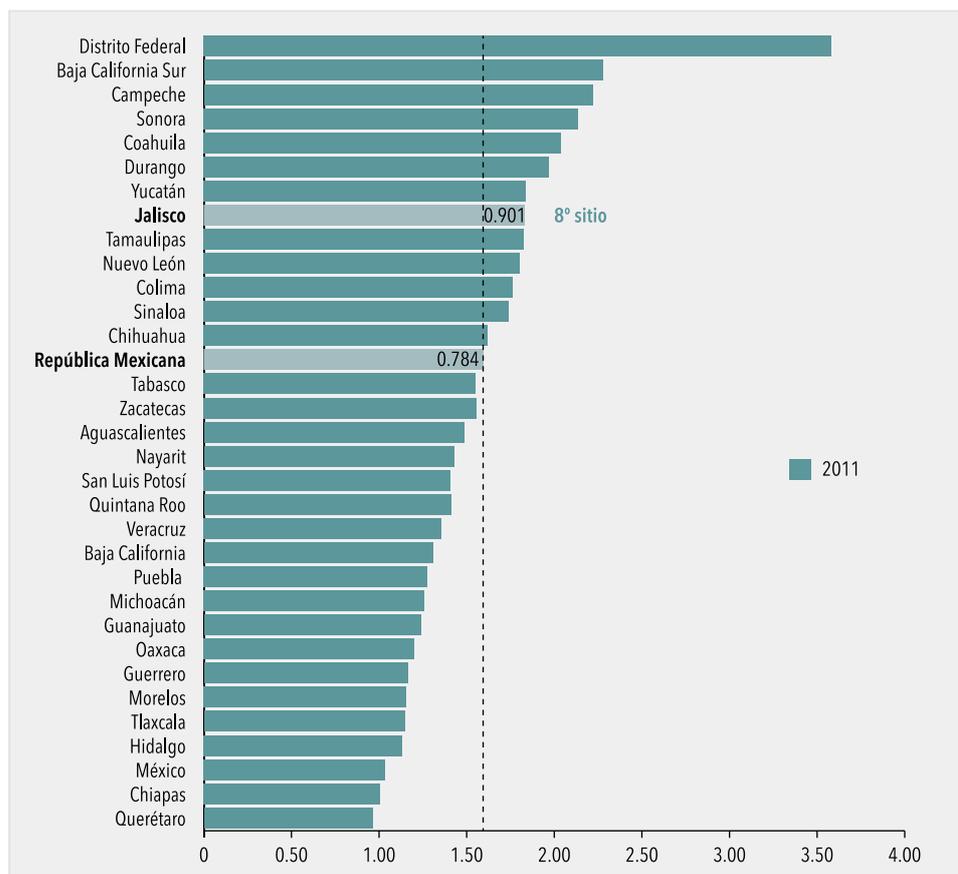
Como ya se citó, esta necesidad se presenta en las regiones del estado, en donde se requiere de fortalecer y ampliar la cobertura con unidades de atención de consulta externa y de atención hospitalaria en todas las instituciones públicas de sector salud, como son el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud Jalisco.

Resultado de sus modelos organizacionales, las instituciones de seguridad social tienen una cobertura promedio de 20,468 habitantes por unidad médica de consulta externa (34,279 para el IMSS y 2,798 para el ISSSTE), lo que implica una concentración en localidades urbanas. En tanto, las unidades de consulta externa para población sin seguridad social muestran una dispersión, ubicándose en localidades rurales con población de responsabilidad de 500 a 2,500 habitantes por unidad y urbanas de 2,500 a más habitantes, lo que arroja un promedio de 4,750 habitantes por unidad médica.

Disponibilidad de Recursos Materiales

Durante 2011 en el ámbito nacional, los recursos para brindar los servicios en el sector estuvieron representados por 0.784 camas censables⁸⁸ por mil habitantes. La mayor concentración se encuentra en el Distrito Federal con 1.780 unidades de este recurso, que representa una concentración 2.7 veces más en relación a Querétaro con 0.469. Entre estos límites se encuentra Jalisco en el 8 lugar, con 0.901 camas censables por cada mil jaliscienses.

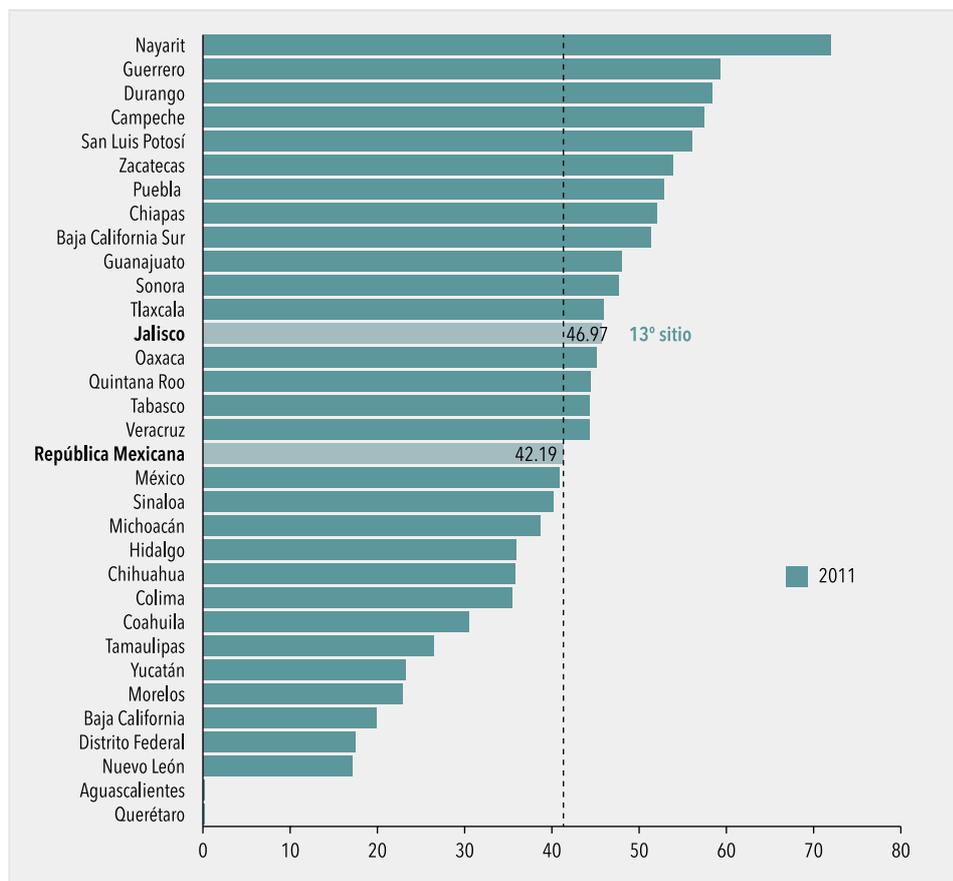
.....
88 NOM 040-SSA2-2004: En materia de información en salud, cama censable, es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

Figura 12.34. Camas censables, según entidad federativa, 2011¹

¹Tasa por 1,000 habitantes
Fuente: Numerador: Boletín de
Información Estadística No. 31, Vol.
I, 2011; DGIS-SS. Denominador:
Proyecciones de la Población
2005-2030 del CONAPO.
Nota: Incluye información de la SS,
IMSS-Oport, Universitarios, IMSS,
ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC
METRO y Estatales.

Este recurso se encuentra distribuido en dos tipos de unidades que cuentan con menos de 30 y aquellos con 30 y más camas censables. En el panorama nacional, el 42.19% son hospitales menores de 30 camas y el porcentaje restante (57.81) lo componen los hospitales de 30 y más camas.

Figura 12.35. Hospitales menores de 30 camas censables como porcentaje del total, según entidad federativa 2011¹



¹ Incluye información de la SS, IMSS-Oport, Universitarios, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, STC METRO y Estatales.

Fuente: Boletín de Información Estadística No. 31, Vol. I, 2011; DGIS-SS y Proyecciones de la Población 2005-2030 del CONAPO.

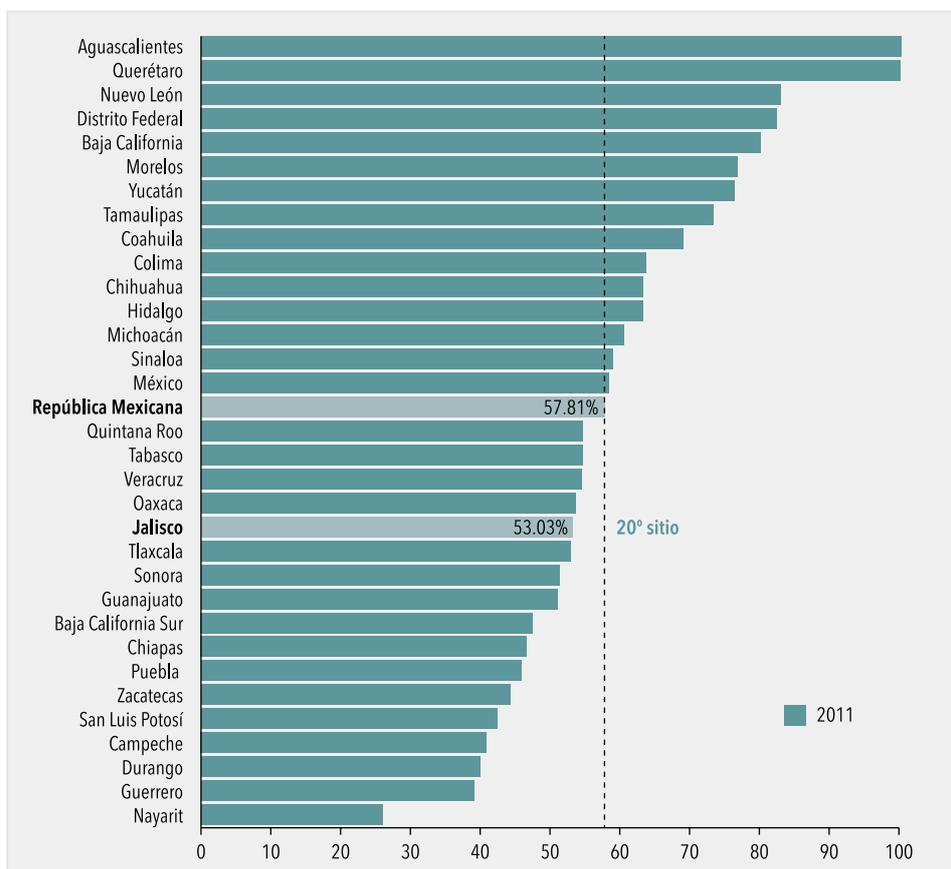
En subconjunto nacional (excepto Aguascalientes y Querétaro), 30 entidades cuentan con los dos tipos de Hospitales. Nayarit es el estado que registra la mayor proporción de hospitales con menos de 30 camas (73.91%), en consecuencia el 26.09% restante lo representan los hospitales con 30 y más camas. En el otro extremo, se encuentra Nuevo León con 17.24% de sus hospitales que tienen menos de 30 camas y el resto de su recurso (82.76%) son unidades hospitalarias de 30 y más camas.

Jalisco con una composición de 46.97% de hospitales menores de 30 camas censables se ubica en el 13° lugar. En consecuencia, con 53.03% de hospitales con 30 y más camas se posiciona 20° sitio en el escenario nacional.

Eficiencia hospitalaria

En las unidades hospitalarias públicas del sector, una forma de evaluar su eficiencia es con el uso del porcentaje de ocupación hospitalaria.⁸⁹ En el escenario nacional durante 2011, se registró una ocupación hospitalaria media de 72.40%, con valor mínimo en Baja California Sur (50.31%) que nos sugiere una capacidad ociosa y una máxima en Aguascalientes (89.74%) que nos señala una capacidad comprometida. Se puede interpretar que Jalisco con una ocupación de 77.76%, que lo ubica en el subconjunto nacional en el 10° sitio, se encuentra dentro de los límites aceptados de eficiencia de dicho recurso.

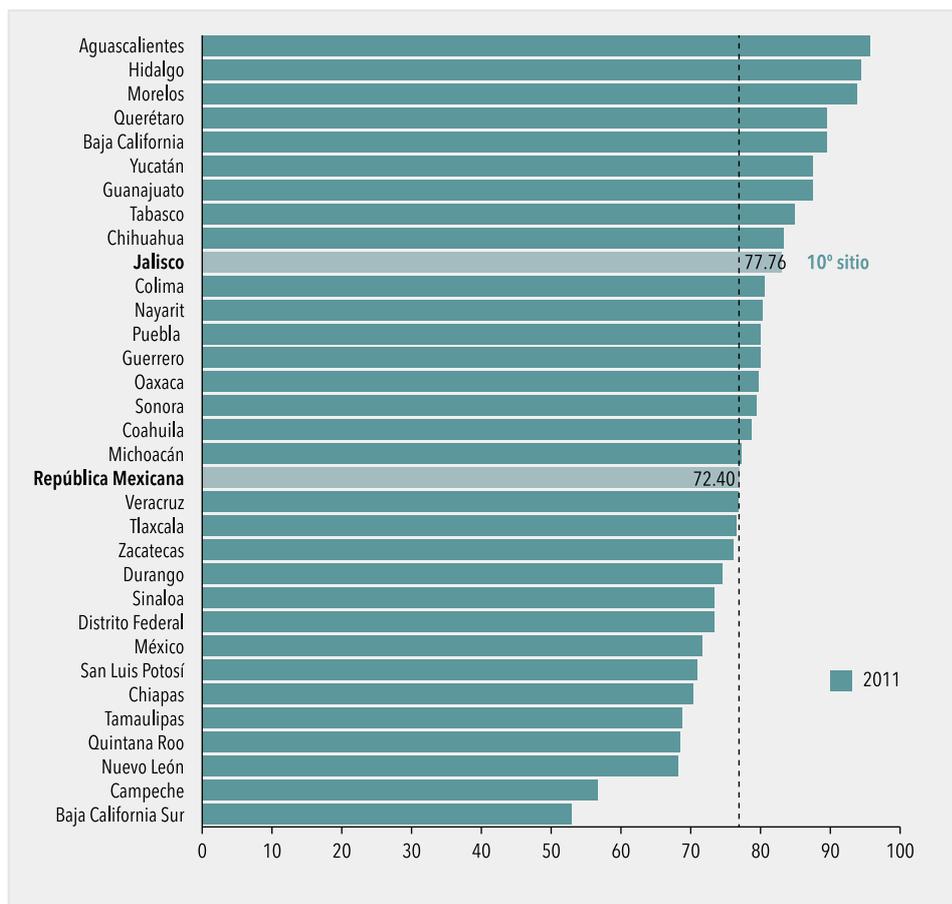
Figura 12.36. Hospitales 30 camas censables y más como porcentaje del total, según entidad federativa 2011¹



¹Incluye a unidades hospitalarias generales y de especialidad de la SS, IMSS-Oportunidades, Universitarios, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Estatales. La información del ISSSTE es estimada. Fuente: Boletín de Información Estadística No. 31, Vol. I, 2011; DGIS-SS.

⁸⁹ El porcentaje de ocupación hospitalaria se refiere al grado de utilización de las camas censables en las unidades hospitalarias del sector público a partir de 360 días considerados como hábiles por año. Esta es una forma de medir la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada en los hospitales. De acuerdo con los manuales de contenido múltiple para unidades hospitalarias, el porcentaje de ocupación máximo para unidades de 30 a 180 camas censables, total y por servicio, fluctúa de 85 a 90%, así un porcentaje menor al 85% refleja capacidad instalada ociosa; por otra parte en los hospitales es recomendable un 15% de capacidad de reserva. Secretaria de Salud: Manual de contenido múltiple. Hospitales generales de 60 y 180 camas. México, D.F. SSA.1988: 163, 173.

Figura 12.37. Porcentaje de ocupación hospitalaria, según entidad federativa 2011¹



¹Con base en 365 días considerados como hábiles por año. Incluye información de la SS, IMSS-Oport, Universitarios, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Estatales.
Fuente: Boletín de Información Estadística No.30, Vol. III, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos y Vol. I, Recursos físicos, materiales y humanos, 2011; DGIS-SS.

Gasto en el Sistema de Salud

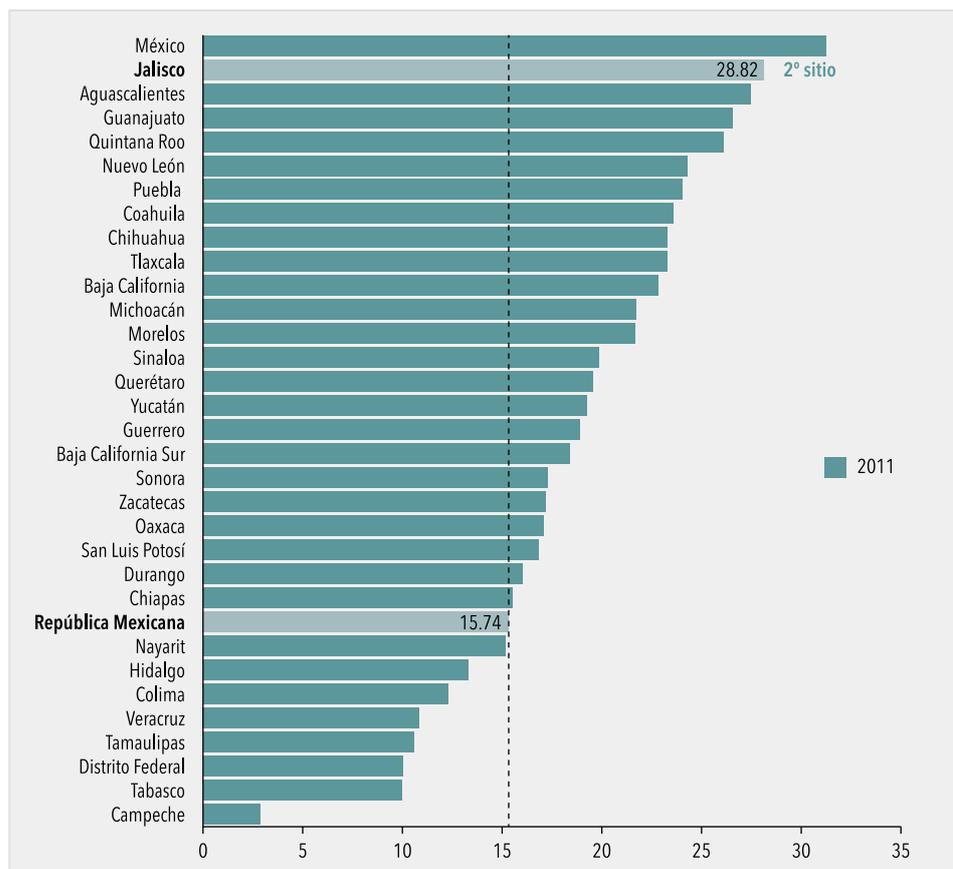
La asignación de recursos públicos para ejercer en la prestación de servicios en el Sistema de Salud, tiene varias dimensiones entre las cuales se encuentra el gasto público, que puede ser evaluado como porcentaje del gasto público total.

Durante 2011 en el País, la media nacional del gasto en salud representó el 15.74% del gasto público total. En el subconjunto nacional tuvo un valor mínimo en Campeche (2.96%) y un porcentaje 9.8 veces mayor en el Estado de México (32.08%). Entre estos límites, Jalisco ocupó el 2º lugar con un gasto en salud que representó el 28.82% del gasto público del Estado.

Otro indicador está representado por el gasto público per cápita según la condición de pertenecer al segmento de la población que cuenta con seguridad social, en consecuencia, su complemento es el gasto per cápita de la población sin seguridad social.

Durante 2011 en el País, la media nacional del gasto per cápita en salud para población con seguridad social fue de 4,899.24 pesos en promedio anual, en tanto para población sin seguridad social fue 3,251.55, es decir, el gasto en población asegurada fue 0.5 veces más que en la población no asegurada.

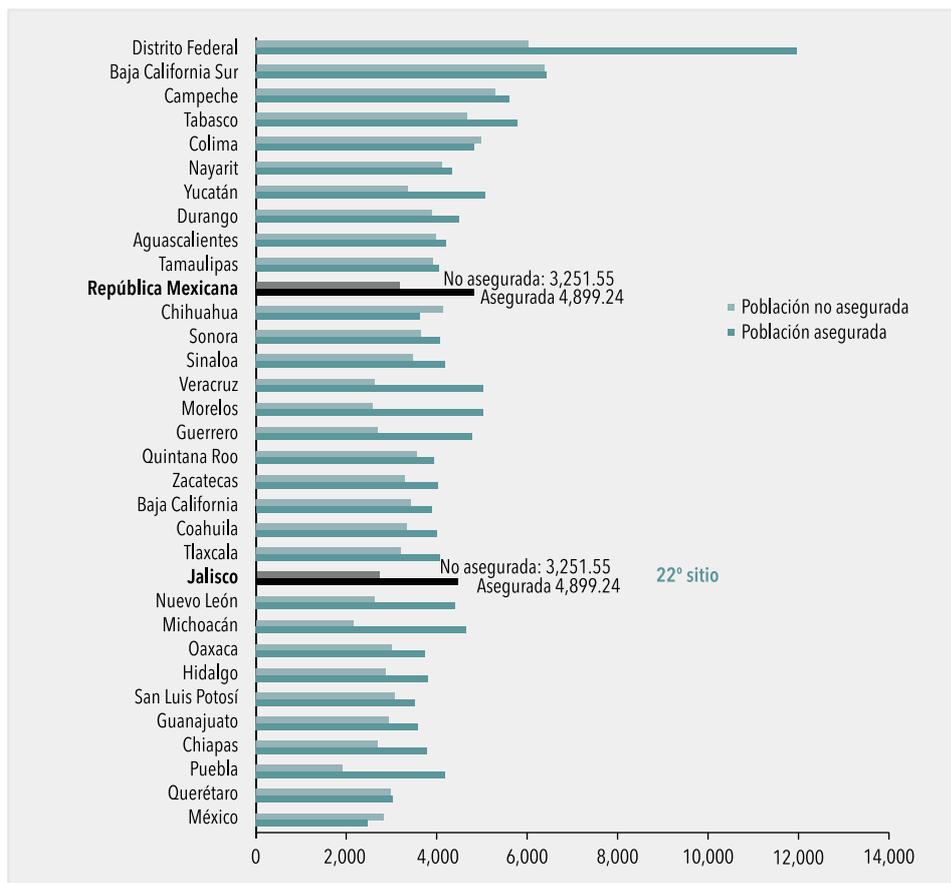
Figura 12.38. Gasto en salud como porcentaje del gasto público, según entidad federativa 2011¹



¹El gasto público equivale al gasto programable en la clasificación funcional. El gasto para población no asegurada incluye el Ramo 12, Ramo 33, gasto estatal e IMSS-Oportunidades. El gasto para población asegurada sólo incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX.
Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, 2011; DGIS-SS.

En el ámbito estatal, con el menor gasto por habitante, el Estado de México tiene un gasto per cápita anual de 2,551.79 para población asegurada y 2,913.25 para población no asegurada. En el extremo, con el mayor gasto por habitante se encuentra el Distrito Federal, con gasto per cápita anual de 12,272.08 para población asegurada y 6,164.56 para población no asegurada.

Figura 12.39. Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento, según entidad federativa 2011



Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, 2011; DGIS-SS. Estimaciones de la DGIS, con base en las Proyecciones de la Población 2005 - 2030, CONAPO 2006

Jalisco ocupa el 22º en el gasto anual por habitante con un gasto per cápita de 4,899.24 para población asegurada, en contraste con 3,251.55 para población no asegurada.

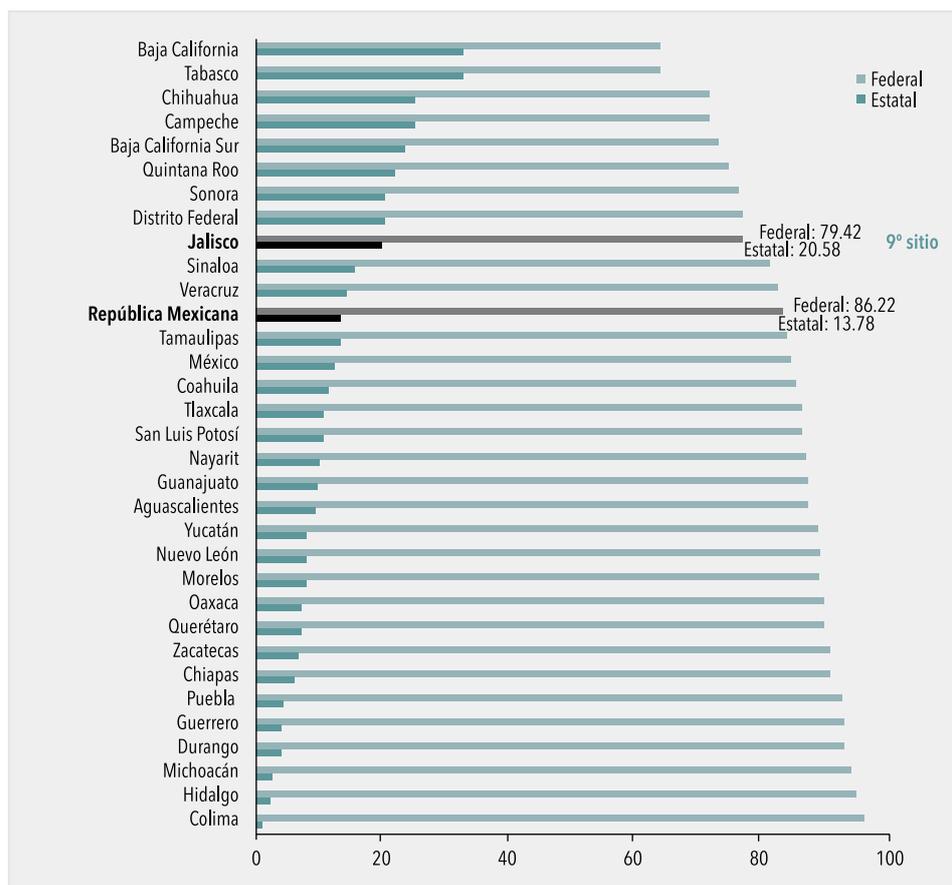
Otra variable del análisis del gasto público es en relación a la proporción de origen federal o estatal de los recursos utilizados en salud para población no asegurada.

En la media nacional, el gasto en salud para población no asegurada el 86.22% fue de aportación federal, contrastado con el 13.78% cuyo origen de los recursos fue estatal.

En el subconjunto nacional, la composición del gasto en salud para población no asegurada por entidad federativa tuvo en sus extremos a Colima con el 99.10% de origen federal y el restante 0.90% de origen estatal. En el otro extremo se posicionó Baja California en el cual el gasto en salud para población no asegurada fue de 33.85% de origen federal y 66.15% de origen estatal.

En Jalisco para 2011, el gasto en salud para población no asegurada provino de recursos federales en el 79.42%, el complemento (20.77%) provino de recursos estatales.

Figura 12.40. Relación entre la aportación estatal y la federal al gasto en salud para población no asegurada, según entidad federativa 2011¹



¹La cifra en esta fila representa el porcentaje que representa la aportación estatal, respecto de la aportación federal. El gasto federal incluye el gasto del Ramo 12, FASSA (Ramo 33) e IMSS-Oportunidades; mientras que el gasto público en salud para población sin seguridad social incluye el Ramo 12, FASSA (Ramo 33), Gasto Estatal e IMSS-Oportunidades.
Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales

Síntesis de los Problemas Relevantes del Sector

En general, el balance de la salud pública a nivel estatal es positivo, tal como lo indican los resultados del diagnóstico; sin embargo, en el ámbito regional, municipal y urbano - rural subsisten diversos problemas como la inequidad y algunas brechas en el acceso a servicios de salud de calidad, las que afectan el bienestar y la calidad de vida de los jaliscienses.

En las siguientes líneas se presenta un resumen de los problemas más relevantes y de algunas de sus causas, las cuales se han identificado como consecuencia lógica del análisis de los distintos factores de riesgos y de los daños sanitarios expuestos en el diagnóstico situacional de salud, el cual fue enriquecido, además, en el taller correspondiente del Subcomité Sectorial de Salud.

Tabla 12.36. Problemas relevantes y causas probables

Problemas relevantes	Causas probables
Incremento en la incidencia de enfermedades en zonas con mayor densidad poblacional	Estilos de vida poco saludables.
	Escasa respuesta social al saneamiento ambiental.
	Hábitos nutricionales inadecuados.
	Pobre participación social en la promoción de prácticas saludables.
	Modelo de atención con enfoque curativo.
	Insuficientes campañas de prevención de enfermedades.
	Deficiente respuesta social al cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en regulación y fomento sanitario.
	Presencia de nuevas enfermedades y cambios en el comportamiento epidemiológico de otras.
Elevada proporción de personas expuestas a riesgos sanitarios.	Estilos de vida escasamente saludables.
	Persistencia de enfermedades asociadas al rezago epidemiológico.
	Incremento de situaciones generadoras de estrés.
	Aumento del consumo de sustancias legales e ilegales que son nocivas para la salud.
	Incremento de prácticas sexuales inseguras.
	Aumento en la asociación del consumo de sustancias legales e ilegales, prácticas de riesgo (alta velocidad, uso de teléfonos móviles) y la conducción de automotores.
Rezago por acceso inefectivo a los servicios de salud.	Rezago en afiliación a los sistemas de seguridad social.
	Rezago en la cobertura de servicios de salud.
	Dificultad en el traslado de algunas personas a las unidades de atención médica en zonas rurales.
Baja calidad en la prestación de servicios de salud a las personas.	Pobre respuesta en la prevención y control de enfermedades no transmisibles.
	Prolongados tiempos de espera en servicios ambulatorios y hospitalarios.
	Trato inadecuado a los usuarios de los servicios de salud.
	Insuficiente abasto de medicamentos en las unidades de atención médica.
	Equipamiento obsoleto e insuficiente en unidades de atención médica.
	Rezago en infraestructura sanitaria.
	Prolongado diferimiento en las citas de servicios hospitalarios.
	Insuficientes acciones de intervenciones en situaciones de crisis psico - afectivas.
La sobrecarga de trabajo que representa la demanda de servicios para los recursos humanos que no se han incrementado en la misma proporción que la demanda de los usuarios.	
Insuficiente inversión en capital humano	Inseguridad de los pacientes tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios (caídas, infecciones adquiridas en los hospitales, etc.).
	Ineficiencia en la atención hospitalaria.
	Bajo perfil en gestión administrativa de directivos.
	Ineficiente actualización continua de los trabajadores.
	Insuficiente generación de recursos humanos y campos clínicos.
	Escasa investigación clínica y sistemas de salud.
Disfuncional sistema de salud por fragmentación y segmentación.	Legislación de los sistemas de salud.
	Organización de los servicios de salud en función de la condición laboral y socioeconómica de los jaliscienses.
	Inversión segmentada en los diferentes esquemas o regímenes de prestación de los servicios de salud.
	Inefectiva coordinación de las estrategias y acciones federales, estatales y locales en servicios de salud.
	Instituciones de salud verticalmente integradas.
	Inefectiva coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado.

Áreas de oportunidad

En el ámbito estatal, como producto de la participación de la sociedad organizada y del gobierno, en el taller del Subcomité Sectorial de Salud para la integración de este programa sectorial se identificaron una serie de problemas que permitieron identificar las siguientes áreas de oportunidad del estado con un enfoque nacional:

Tabla 12.37. Áreas de oportunidad

Internas	Externas
Atención especializada de altos costos.	Sistema sanitario fragmentado y segmentado en el sector.
Recurso humano insuficiente e inequidad en la distribución geográfica.	Reorientar el modelo de atención al enfoque preventivo.
Débil rectoría del Sistema Estatal de Salud.	Las diferentes transiciones que afectan el estado de salud de la población, como son la epidemiológica, la demográfica y las organizacionales.
Eficiencia en los procesos administrativos y clínicos.	Alertas y urgencias epidemiológicas por presencia de nuevas enfermedades reemergentes.
Mayor articulación en el Sistema de referencia y contrarreferencia.	Respuesta coordinada con los demás sectores ante los desastres que afectan a la población de la entidad.
Infraestructura insuficiente y equipamiento obsoleto.	Diseñar estrategias para garantizar la cobertura universal de salud en la entidad.
Utilización desigual de infraestructura y recursos.	Incrementar el acceso a los servicios de salud con calidad en todos sus ámbitos.
Abastecimiento oportuno y suficiente del cuadro básico de medicamentos.	Fortalecer el Modelo de atención primaria y liderazgo de la salud pública.
Inequidad en la calidad y seguridad en servicios de atención a pacientes.	Implementar un sistema integral de salud, considerando la transversalidad entre sectores y los ámbitos público y privado.
Utilización de la información disponible en la toma de decisiones.	Incluir la perspectiva de género y de etnia con énfasis en la atención de primer nivel.
Sistema de salud segmentado y traslape de funciones.	Distribuir el presupuesto con equidad a las necesidades de la población.
Actualización al personal y desarrollo organizacional gerencial.	Consolidar la evaluación integral del sistema de salud.
Transparencia en la información y la Rendición de Cuentas.	Impulsar la procuración de justicia y equidad en el acto médico - paciente.

Apartado Estratégico

El Consejo Estatal de Salud a través del Subcomité Sectorial, en el marco de la planeación democrática, con apego a las leyes normativas de la materia y el paradigma conceptual de la gobernanza, en mesas de trabajo, analizó el diagnóstico de problemas, las áreas de oportunidad y la percepción ciudadana sobre el estado de la salud y los servicios para su atención, concluyendo a partir de esas tareas que, a fin de cumplir con el objetivo de desarrollo del estado: “contribuir a una vida más larga y saludable por medio de un mayor acceso a servicios de salud de calidad y seguridad social, así como fomentar hábitos de vida saludables”, se requiere alcanzar los siguientes objetivos y estrategias sectoriales:

Objetivo 1: Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud

Estrategias

- 1.1. Promover los estilos de vida saludable en la población, con énfasis en grupos vulnerables.
- 1.2. Impulsar los hábitos nutricionales del buen comer y el buen beber.

- 1.3. Apoyar la inclusión de educación física obligatoria y educación nutricional en programas escolares.
- 1.4. Extender la cobertura de acciones esenciales de la salud mediante unidades móviles y jornadas médicas a las comunidades.
- 1.5. Contribuir a reducir los factores de riesgo de enfermedades mediante la participación municipal, social y ciudadana en salud.
- 1.6. Promover los ejercicios para la salud y deportivos de la familia con énfasis en la población entre 20 y 69 años.
- 1.7. Incrementar la orientación y uso de los servicios contra la violencia familiar y de género.
- 1.8. Promover la salud escolar y comunitaria.
- 1.9. Fortalecer la atención de la salud preventiva a migrantes y étnias.

Objetivo 2: Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad.

Estrategias

- 2.1. Disminuir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.
- 2.2. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.
- 2.3. Atender las urgencias epidemiológicas y desastres.
- 2.4. Reducir y controlar las enfermedades por vectores y zoonosis.
- 2.5. Controlar las enfermedades prevenibles por vacunación.
- 2.6. Reducir y controlar las infecciones respiratorias agudas.
- 2.7. Reducir y controlar las enfermedades diarreicas agudas.
- 2.8. Impulsar la vigilancia nutricional en los menores de 5 años.
- 2.9. Contener la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.
- 2.10. Atender y prevenir el problema de las adicciones.
- 2.11. Prevenir y controlar la epidemia del VIH y otras ETS.
- 2.12. Promover estilos de vida a favor de la salud mental.
- 2.13. Desacelerar la violencia intrafamiliar.
- 2.14. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida, con énfasis en los adultos mayores.
- 2.15. Aumentar la cobertura y calidad de los programas preventivos y especializados que atienden las principales afectaciones en las mujeres.
- 2.16. Impulsar la educación para la salud sexual y reproductiva acorde con la perspectiva de género.

Objetivo 3: Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud

Estrategias

- 3.1. Reducir y controlar las enfermedades no transmisibles.
- 3.2. Reducir y controlar los tumores malignos, en particular los que afectan a la mujer.
- 3.3. Mejorar los servicios de atención de salud mental y su infraestructura.
- 3.4. Reducir y controlar la morbilidad y mortalidad infantil y en los menores de cinco años, en particular en comunidades marginadas.

- 3.5. Fortalecer la atención a la salud de comunidades rurales y marginadas.
- 3.6. Mejorar la atención integral en salud para las adultas y adultos mayores.
- 3.7. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.
- 3.8. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas, en especial la insuficiencia renal crónica.
- 3.9. Impulsar el desarrollo integral y continuo de los recursos humanos acorde a las necesidades y demandas de atención a la salud.
- 3.10. Impulsar la investigación en servicios de salud y salud pública.
- 3.11. Impulsar el Centro Estatal de Información en Salud y las bibliohemerotecas.
- 3.12. Fortalecer la infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud.
- 3.13. Mejorar el desempeño con calidad en los servicios de las unidades del sistema sanitario estatal.
- 3.14. Incrementar la seguridad en la atención de los usuarios de los servicios sanitarios estatales.

Objetivo 4: Impulsar la integración y universalidad de los servicios de salud

Estrategias

- 4.1. Impulsar una iniciativa de reforma de la legislación de los sistemas de salud.
- 4.2. Organizar los servicios de salud en función de un modelo universal de atención a la salud de los jaliscienses.
- 4.3. Contribuir a mejorar la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado.
- 4.4. Fortalecer la infraestructura del sistema de salud estatal y la cobertura universal de los servicios de salud.
- 4.5. Mejorar la atención y la infraestructura hospitalaria especializada.
- 4.6. Impulsar la implementación del expediente clínico electrónico, con énfasis en el intercambio de servicio.
- 4.7. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos.
- 4.8. Asegurar el abasto eficiente y oportuno de medicamentos del cuadro básico.
- 4.9. Estandarizar el intercambio de servicios de salud para la atención de la salud en la población.
- 4.10. Promover el intercambio de servicios para la atención de la salud en la población.
- 4.11. Fortalecer el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud.
- 4.12. Impulsar a la bioética como política de gestión y desarrollo.
- 4.13. Reducir el rezago en la afiliación de usuarios a los sistemas de seguridad y protección sociales en salud.
- 4.14. Promover el uso del padrón general de salud.
- 4.15. Impulsar la infraestructura en materia de tecnologías de la información y de comunicaciones.
- 4.16. Fortalecer el sistema de evaluación del desempeño.

- 4.17. Generar información pública para la transparencia y rendición de cuentas.
- 4.18. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico.

Evaluación y seguimiento

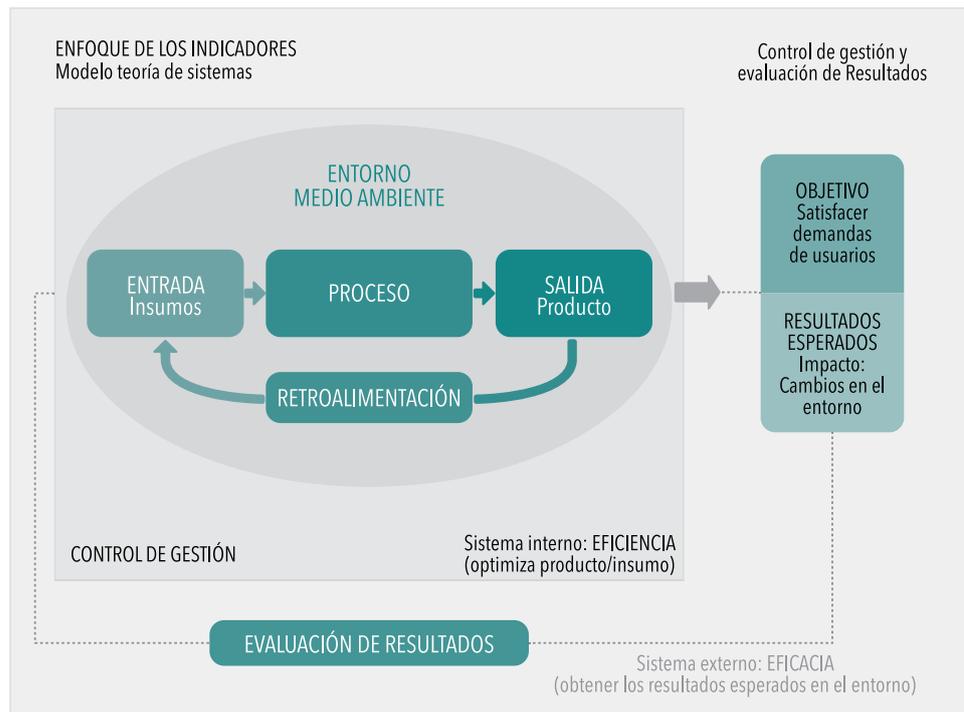
Una de las tareas más fascinantes de la administración pública es colaborar con la población en hacer realidad su derecho a la protección social de salud. En este sentido, las políticas de la organización son directrices claras que permiten la estandarización y orientación de las múltiples actividades y servicios que se ofrecen en todos los establecimientos de atención y oficinas administrativas de salud. Sin embargo, estas carecen de significado si no se cumplen, es por ello que definir las acciones, medir los avances y evaluar el desempeño, es una función clave en toda institución.

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.

Para fines del proceso de evaluación de los objetivos sectoriales, debemos considerar al proceso de la salud - enfermedad como un escenario donde concurren e interactúan muy distintas variables, desde las de tipo biológico, las de orden psicológico, los factores ambientales y las de carácter social. En consecuencia, para realizar un seguimiento y evaluación, la alineación de las metas e indicadores deben resultar claros y pertinentes con los objetivos y las estrategias que perfilan el rumbo y los escenarios posibles hacia donde se dirigen los esfuerzos del sector.

Una manera adecuada de llevar a cabo esa tarea, es el enfoque general de los sistemas; en la gráfica se encuentra el mapa conceptual que ejemplifica el proceso de evaluación del sector en la entidad.

Figura 12.41. 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:

1. El sistema nacional de indicadores de impacto, el cual se integra con los indicadores que evalúan el desempeño y la utilización de los recursos, según lo establecido por el Consejo Nacional de Salud.
2. 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.
3. El sistema de evaluación de programas y servicios conformado por indicadores que permite 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.
4. 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.
5. 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.

Mediante estos mecanismos de seguimiento de metas e indicadores en un tablero de control, se medirá el avance de las acciones comprometidas en los documentos rectores (Planes de Desarrollo, Estatal y Nacional, Programa Sectorial de Salud y Programa Estatal del Sector Salud) de la administración pública en el estado. Y en consecuencia, será una fuente de información para la rendición de

cuentas a los jaliscienses. En coherencia con ello, cada objetivo sectorial será monitoreado y medido a través de los siguientes:

Indicadores y metas

Tabla 12.38. Listado de indicadores y metas

Objetivo	Nombre indicador	Unidad de medida	Fuente	Línea base	Frecuencia de medición	Meta 2015	Meta 2018
1. Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud	Porcentaje	INEGI	4.9	Quinquenal	4.5	4.0
	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Porcentaje	REPSS	6.0	Anual	4.5	3.5
2. Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad	Razón de mortalidad materna	Razón	INEGI	33.66	Anual	26.12	24.88
	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor	Tasa (100,000 habitantes)	SEED / CONAPO	19.29	Anual	17.22	16.16
	Incidencia de VIH en las personas de entre 15 y 24 años	Casos	COESIDA	690	Anual	690	687
	Tasa de mortalidad por cáncer de mama	Tasa (100,000 mujeres)	SEED / CONAPO	12.85	Anual	12.74	12.11
	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino	Tasa (100,000 mujeres)	SEED / CONAPO	6.04	Anual	5.98	5.68
	Tasa de mortalidad infantil	Tasa (100,000 nacidos vivos)	SEED / SINAC	13.44	Anual	13.14	12.83
	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	Tasa (100,000 habitantes)	SEED / CONAPO	75.63	Anual	77.71	79.79
	Tasa de mortalidad por suicidio	Tasa (100,000 habitantes)	SEED / CONAPO	6.93	Anual	6.95	6.36
3. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud	Índice de trato digno en primer nivel	Índice	INDICAS	95.8	Cuatrimestral	95.5	95.5
	Índice de trato digno en segundo nivel	Índice	INDICAS	90.4	Cuatrimestral	92.5	94.0
4. Impulsar la integración y universalidad de los servicios de salud	Dependencias del sector salud que conforman el nuevo esquema integral y universal de servicios de salud	Porcentaje	SSJ	Parte de un proyecto de colaboración federal que está en marcha, por lo que aún no se han establecido metas de ese proceso			
	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud	Porcentaje	INEGI	4.9	Quinquenal	4.5	4.0

Cartera de acciones y proyectos

En este apartado se presenta el conjunto de acciones y proyectos estratégicos que han sido propuestos para, en el marco de cada estrategia, alcanzar los objetivos y las metas establecidas en el anterior apartado.

Las acciones y proyectos que impulsan los integrantes del sector, se agrupan a partir de cada objetivo sectorial, como se puede observar en:

Tabla 12.39. Acciones y proyectos

Objetivo	Acción / Proyecto	Fuente	Dependencia	Alcance territorial	Ubicación
1. Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud	Promoción de los estilos de vida saludable en la población con énfasis en grupos vulnerables.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Impulso a los hábitos nutricionales del Buen Comer y el Buen Beber.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Apoyo para la inclusión de educación física obligatoria y l educación nutricional en programas escolares.	PESS	SSJ / SEJ	Estatal	Jalisco
	Extensión de la cobertura con acciones esenciales de la salud mediante unidades móviles y jornadas médicas a las comunidades.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Contribución para la reducción de los factores de riesgo de enfermedades mediante la participación municipal, social y ciudadana en salud.	PESS	SSJ / Municipios	Estatal	Jalisco
	Promoción de los ejercicios para la salud y deportivos de la familia con énfasis en la población entre 20 y 69 años.	PESS	SSJ / CODE	Estatal	Jalisco
	Orientación y uso de los servicios contra la violencia familiar y de género.	PESS	SSJ / IJM	Estatal	Jalisco
	Promoción de la salud escolar y comunitaria.	PESS	SSJ / SEJ	Estatal	Jalisco
	Fortalecimiento de la atención de la salud preventiva a migrantes y etnias.	PESS	SSJ / SEDIS	Estatal	Jalisco
2. Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad	Disminución de la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención de las urgencias epidemiológicas y desastres	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención y control de las enfermedades producidas por vectores y zoonosis.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Control de las enfermedades prevenibles por vacunación.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención y control de las infecciones respiratorias agudas	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención y control de las enfermedades diarreicas agudas	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Vigilancia nutricional en los menores de 5 años	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Vigilancia y control de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención y prevención del problema de las adicciones.	PESS	SSJ / CECAJ	Estatal	Jalisco
	Atención y control de la epidemia del VIH y otras ITS.	PESS	SSJ / COESIDA	Estatal	Jalisco
	Promoción de estilos de vida a favor de la salud mental.	PESS	SSJ / SALME	Estatal	Jalisco
	Desacelerar la violencia intrafamiliar.	PESS	SSJ / IJM	Estatal	Jalisco
	Fortalecimiento del acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida, con énfasis en los adultos mayores.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco

Objetivo	Acción / Proyecto	Fuente	Dependencia	Alcance territorial	Ubicación
3. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.	Atención y control de las enfermedades no transmisibles.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención y control de los tumores malignos, en particular los que afectan a la mujer.	PESS	SSJ /IJC	Estatal	Jalisco
	Mejoramiento de los servicios de atención de salud mental y su infraestructura.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Atención y control de la morbilidad y mortalidad infantil y en los menores de cinco años, en particular en comunidades marginadas.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Fortalecimiento de la atención a la salud en comunidades rurales y marginadas.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Promoción de la atención integral en salud para las adultas y adultos mayores.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Promoción de la atención integral en salud para las personas con discapacidad.	PESS	SSJ /DIF	Estatal	Jalisco
	Impulso a las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas, en especial la insuficiencia renal crónica	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Desarrollo integral y continuo de los recursos humanos acorde a las necesidades y demandas de atención a la salud.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Apoyo a la investigación en servicios de salud y salud pública	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Impulso al Centro Estatal de Información en Salud y las bibliohemerotecas	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Fortalecimiento de la infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Desempeño con calidad en los servicios de las unidades del sistema sanitario estatal.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco
	Promoción de la seguridad en la atención de los usuarios de los servicios sanitarios estatales.	PESS	SSJ	Estatal	Jalisco

Objetivo	Acción / Proyecto	Fuente	Dependencia	Alcance territorial	Ubicación
4. Impulsar la integración y universalidad de los servicios de salud.	Impulso a la iniciativa de reforma de la legislación de los sistemas de salud.	PESS	SSJ / CONGRESO	Estatad	Jalisco
	Organización de los servicios de salud en función de un modelo universal de atención a la salud de los jaliscienses	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Contribución a mejorar la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Fortalecimiento de la infraestructura del sistema de salud estatal y la cobertura universal de los servicios.	PESS	SSJ / CNS	Estatad	Jalisco
	Fortalecimiento de la atención y la infraestructura hospitalaria especializada.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Implementación del expediente clínico electrónico, con énfasis en el intercambio de servicio.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Fomento del gasto eficiente en medicamentos e insumos.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Abasto eficiente y oportuno de medicamentos del cuadro básico.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Estandarizar el intercambio de servicios de salud para la atención de la salud en la población.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Promoción del intercambio de servicios para la atención de la salud en la población.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Fortalecimiento del seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Impulso a la bioética como política de gestión y desarrollo	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Fortalecimiento de la afiliación de usuarios a los sistemas de seguridad y protección sociales en salud	PESS	SSJ / REPSS	Estatad	Jalisco
	Promoción del uso del padrón general de salud	PESS	SSJ / REPSS	Estatad	Jalisco
	Apoyo a la infraestructura en materia de tecnologías de la información y de comunicaciones.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Fortalecimiento del sistema de evaluación del desempeño.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Generación de la información pública para la transparencia y rendición de cuentas.	PESS	SSJ	Estatad	Jalisco
	Fortalecimiento de la conciliación y el arbitraje médico.	PESS	SSJ / CAMEJAL	Estatad	Jalisco

Bibliografía

- DOF (2014): *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 10/02/14].
- DOF (2012): *Ley de Planeación*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 09/04/12]
- DOF (2014): *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 24/01/14]
- DOF (2014): *Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 25/04/14]
- DOF (2013): *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 02/04/13]
- DOF (2012): *Ley Federal del Trabajo*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 30/11/12]
- DOF (2014): *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 2/04/14]
- DOF (2004): *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Diario Oficial de la Federación [última reforma 19/01/04]
- PO (2011): *Constitución Política del Estado de Jalisco*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [última reforma 3/02/2011]
- PO (1988): *Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [última reforma 16/03/89]
- PO (2011): *Ley Estatal de Salud*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco. [5/05/2011]
- PO (1988): *Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Salubridad Local*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [última reforma 24/03/88]
- PO (2007): *Ley de Planeación del Estado de Jalisco y sus Municipios*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [última reforma 4/01/04]
- PO (2001): *Reglamento de la Ley de Planeación del Estado de Jalisco y sus Municipios*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [última reforma 16/06/2001]
- PO (1997): *Ley del Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud Jalisco"*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [última reforma 31/03/1997]
- PO (2005): *Reglamento de la Ley del OPD - Servicios de Salud Jalisco*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [2/12/200]
- SS (1996): *Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud*. Secretaría de Salud. [publicado: 25/09/96], [recuperado 16/07/2014 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.html>]
- SS: (1997): *Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad*. Secretaría de Salud [publicado: 30/07/1997] [recuperado 16/07/14 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a300797.html>]
- DOF (2013): *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la Republica. Diario Oficial de la Federación. [publicado: 20/05/13], [recuperado: 12/06/2013 de <http://pnd.gob.mx>]
- PO (2013): *Plan Estatal de Desarrollo 2013-2033*. Periódico Oficial del Estado de Jalisco [publicado: 14/12/13], [recuperado: 28/11/13 de: <http://sepaf.jalisco.gob.mx/gestion-estrategica/planeacion/ped-2013-2033>]

- DOF (2013): Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018. Diario Oficial de la Federación [publicado: 12/12/13], [recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>]
- SUIVE (2012): *Boletín de Epidemiología*. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), 2012. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2012.
- SUIVE (2013): *Boletín de Epidemiología*. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE),. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México 2013.
- INEGI/SS (2011): *Datos de mortalidad. Después de la confronta de rectificación y ratificación de causas* Sitio de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) Base de Datos: 1979 - 2009 INEGI/SS (actualización 15/02/2011), * 2010 SEED/SS (Actualización 29/04/2011), 2012 INEGI/SS (actualizado 15/01/2014)
- OMS (2013). Temas de salud. Factores de riesgo (5 de septiembre 2013), Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/topics/risk_factors/es
- Gutiérrez Pulido, H., Mariscal González, M., Almonzor García, P., Ayala Dávila, M., Gama Hernández, V., y Lara Garza, G. (2011). "Sobrepeso y obesidad". Diez problemas de la población de Jalisco (2011). Una perspectiva sociodemográfica. Consejo Estatal de Población. Dirección de Publicaciones del Gobierno de Jalisco, Guadalajara.
- OCDE México (2010): 30 por ciento el índice de obesidad en México, 2010) <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/30elindiceobesidadenmexico.htm>
- Instituto de Nacional de Salud Pública (2012). Diabetes Mellitus: La urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. México. (25 de septiembre 2013). <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>.
- Kuri-Morales, Pablo A. y otros (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México. Salud Pública de México. Vol. 48. Suplemento (1).
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2013). Publicaciones. (5 de septiembre 2013). <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/mejpracticass.pdf>
- Gómez Velázquez, F.R. (2005). Aspectos neurofisiológicos y psicológicos del consumo del tabaco. Anuario de Investigación. Editorial universitaria. Vol.5 Suplemento 1.
- Centros de Integración Juvenil A.C. Epidemiología del consumo de drogas Jalisco, 2012. <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Jalisco.pdf> COEPO http://coepo.jalisco.gob.mx/html/I_EncuestaENA.html
- Secretaría de Salud (2012). Proyecciones de la población en México. Censo 2005 1990-2012. SEED/SS. Sitio de la Dirección General de Informática en Salud (DGIS)/ SINAIS/Secretaría de Salud, CONAPO
- CENSIDA (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2013) Prevención y control integrales del cáncer cérvico uterino: un futuro más saludable para las niñas y mujeres
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011

OMS: Instrumentos de evaluación de los Programas Nacionales Contra el Cáncer. Organización Mundial de la Salud, 2012. ISBN 978 92 4 350238 0

Portal del Cáncer. OMS/OPS (2014): Cáncer cérvico uterino. Organización Mundial de la Salud (2014)

OMS (2014): Temas de Salud: Suicidio. Organización Mundial de la Salud (2014)

OMS (2012): Prevención del Suicidio. Organización Mundial de la Salud (2012)

Directorio

Subcomité Sectorial de Salud

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud y Coordinador del Subcomité Sectorial

Integrantes del Subcomité

Francisco Ayón
Secretaria de Educación Jalisco

Lorena Jassibe Arriaga de Sandoval
Sistema DIF Jalisco

Gabriel González Delgadillo
Instituto Jalisciense de Asistencia Social IJAS

Elías Octavio Iñiguez
Congreso del Estado-Comisión de Salud e Higiene

Clemente Castañeda
Congreso del Estado-Comisión de asuntos Indígenas

Benito Gerardo Carranco Ortiz
Delegación del IMSS

Javier Galván Guerrero
Delegación del ISSSTE

Sofía Reynoso Delgado
Comité Promotor por una maternidad segura en México

Gustavo Iglesias Robles
CECAJ

Yannick Nordín Servín
CEPAJ

Raymundo Hernández Hernández
CETOT

Ariel Campos Loza
COESIDA

Jorge Hurtado Godínez
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

Sergio Enrique Amador González
Hospital Militar Regional

Jaime Andrade Villanueva
Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara

Ignacio García de la Torre
Academia Nacional de Medicina-capítulo Jalisco

Ismael Herrera Torres
Asociación Psiquiátrica Mexicana-capitulo Jalisco

Martín Dávalos
Asociación Médica de Jalisco

José Monroy Hermosillo
Asociación de Hospitales Privados de Jalisco

Alfredo Celis de la Rosa
Colegio Jalisciense de Salud Pública

José Antonio Ugartechea
Colegio de Especialistas en Medicina Homeopática de Jalisco

María de Jesús Cajero
Colegio Enfermeras

Pedro Sánchez Orozco
Red Municipios por la Salud

Ricardo León Borquez
Escuela de Medicina UAG

Rosa Ma. Domínguez
Colegio de QFB de Jalisco

Aldo Argüelles Alegría
Representante del Consejo Estatal de Salud

Guadalupe Castañeda López
Representante del Consejo Estatal de Salud

Jorge Sánchez Biorato
Representante del Consejo Estatal de Salud

Blanca Chávez González
Representante del Consejo Estatal de Salud

Participantes en el taller de planeación del subcomité sectorial para la formulación del programa

Antonio Beas Nava
ISSSTE / CUCS

Javier García de Alba García
Instituto Mexicano del Seguro Social

Alfredo Celis de la Rosa
Presidente del Colegio Jalisco de Salud Pública

Ana Rosa Plazola Robles
Presidenta del Colegio de Q.F.B. de Jalisco

Sergio Paul Gallardo Rodríguez
Administrativo CECAJ

José Manuel Velasco Vera
S. T. Administrativo

Eva Kariya Takahashi
Administradora

Lourdes Gabriela Jiménez Solís
Asistente Secretario Técnico

Tisoc Vetor Agume
Coordinador Estatal programa salud del adulto

Pilar Ruiz Gaytán
Jefa del Departamento de Estadística SSJ

Jorge Raúl Sánchez
Biorato Epidemiólogo del ISSSTE

Francisco Nápoles Rodríguez
Jefe de Epidemiología HCN JIM

Joel Ávalos Nuño
Epidemiología IMSS

Antonio Luévanos Velázquez
Desarrollo Institucional, SSJ

José Alcalá Guzmán
Jefe del Departamento de Promoción de la Salud, SSJ

Isabel Valdez Figueroa
Profesora Investigadora en Promoción de la Salud

Juan López Taylor
CODE Jalisco

Miguel Roberto Kumazahua Itchikawa
Coordinador de la Maestría en Gestión de la Calidad

Beatriz Guzmán Bihuet
Jefe de la División de Calidad, Hospital de Pediatría, IMSS

Luz Sagrario González Sánchez
Departamento de Calidad SSJ

Equipo coordinador y técnico para la formulación del programa sectorial

Luis Daniel Meraz Rosales
Director General de Planeación OPD – SSJ

Vanessa Lizette Vizcarra Munguía
Directora de Programación y Evaluación del OPD – SSJ

Emma Lizett Delgadillo Mendoza
Jefa del Departamento de Evaluación del OPD – SSJ

Juan Manuel Aragón Morales
Coordinador del Subcomité Sectorial de Salud OPD – SSJ

Noé Alfaro Alfaro
Coordinador del Subcomité Sectorial de Salud OPD – SSJ

Jesús Jaramillo Rodríguez
Coordinador del Subcomité Sectorial de Salud OPD – SSJ

Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado

Jorge Aristóteles Sandoval Díaz
Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco
Presidente del Coplade

Ricardo Villanueva Lomeli
Secretario de Planeación, Administración y Finanzas
Coordinador General del Coplade

David Gómez Álvarez
Subsecretario de Planeación y Evaluación
Secretario Técnico del Coplade

Coordinadores de Subcomités Sectoriales de la dimensión Equidad de oportunidades

Salvador Rizo Castelo
Secretario de Desarrollo e Integración Social

Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud

Francisco de Jesús Ayón López
Secretario de Educación

María Magdalena Ruíz Mejía
Secretaria de Semadet

Subsecretaría de Planeación y Evaluación

Equipo de la Dirección General de Planeación, coordinación
y revisión metodológica

Humberto Gutiérrez Pulido
Director General

Víctor Armando Ortiz Ortega
Director de Planeación Institucional

José Martínez Graciliano
Director de Planeación Regional y Metropolitana

Mario Alberto Morales Martínez
Enlace y coordinador del Programa Sectorial

Carmen Lucía García Castro

Auxiliar de proyecto

Equipo de edición y diseño

René Valencia Rivera

Coordinador de la producción editorial, Subsecretaría

Francisco Xavier Segura Domínguez

Estilo

Informática y diseño

Luciano Romero Arreola

Alfonso Ávalos Juárez

Brenda Jasmín Palomera Pérez

Carlos Ulloa Romero

Diseño gráfico y diagramación

Edición

Secretaría General de Gobierno

Roberto López Lara

Secretario General de Gobierno

Francisco Javier Morales Aceves

Oficial Mayor de Gobierno

Álvaro Ascencio Tene

Director de Publicaciones y Periódico Oficial
del Gobierno del Estado de Jalisco

Christian Zacarías Ponce

Jefe de Administración

Nathaly Alejandra Guillén Valenzuela

Encargada de Diseño

Luis Gabriel Fierros Manzo

Jefe de Producción

Fernando Encisco Cabral

Coordinador Operativo

Gobierno del Estado de Jalisco
Secretaría de Planeación Administración y Finanzas
Subsecretaría de Planeación y Evaluación

PROGRAMAS SECTORIALES

La diagramación estuvo a cargo de la Unidad de Desarrollo Multimedia de la Subsecretaría de Planeación y Evaluación del Gobierno del Estado de Jalisco y se terminó de editar el día 30 de septiembre de 2014.

Guadalajara, Jalisco, México.

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO



BIENESTAR
MERECE ESTAR BIEN