



Plan Institucional 2014-2018

OPD – Servicios de Salud Jalisco

Contenido

Antecedentes	4
Introducción	4
Marco Jurídico	5
Alineación con el Plan Estatal de Desarrollo	10
Misión y visión institucional	12
Misión Institucional	12
Visión de futuro	12
Valores y principios que caracterizan nuestra institución	12
Diagnóstico de la organización	15
• Estructura organizacional	15
• Recursos Humanos	16
• Recursos Financieros	20
• Servicios Generales	22
• Tecnologías de información y comunicación	24
• Procesos	24
• Sistemas de gestión de calidad	27
• Transparencia y rendición de cuentas	29
Problemas y oportunidades	30
• Problemas relevantes	30
• Análisis de causalidades	33
• Áreas de oportunidad	35
Objetivos institucionales y estrategias	38
Objetivos	38
Estrategias	43
Mecanismos para la instrumentación, seguimiento y evaluación	49
Indicadores de desempeño	49
Metas	52
Proyectos y Acciones de mejoramiento del desempeño	53
Anexos	56
Relación de programas sectoriales y transversales por dimensión del desarrollo del Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013-2033.	56
Bibliografía	57

Directorio..... 59

Antecedentes

Introducción

El presente Plan Institucional se elabora en el marco de la planeación democrática que nos permita alcanzar el desarrollo de la sociedad, la que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para contribuir a una vida saludable, con dignidad y calidad.

Para la atención de toda la problemática de salud de la población jalisciense, el Gobierno del Estado, mediante un ejercicio de planeación democrática mandado 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, en donde se 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.

Es oportuno comentar que este ejercicio de la administración pública, tanto federal como estatal, es una respuesta a la situación de salud que experimentamos los jaliscienses; pues, la salud es un derecho fundamental del ser humano y como tal forma parte implícita del desarrollo de una sociedad.

El presente, es un resultado derivado de un ejercicio democrático y deliberativo llevado a cabo por el Consejo Estatal de Salud, para elaborar el Programa Sectorial de Salud, al cual, este Organismo, como parte del Sector, se alinea para 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.

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 coadyuvan 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 10º

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.

Alineación con el Plan Estatal de Desarrollo

De acuerdo a las atribuciones que le confiere la Ley 16526 del Congreso, publicada en el periódico oficial de fecha 10 de abril de 1997 y otros ordenamientos legales, el Organismo Público Descentralizado – Servicios de Salud Jalisco es coordinado por la Secretaría de Salud, en la tabla siguiente se detallan los objetivos y estrategias de los Programas Sectoriales y Transversales del Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013-2033, a los que el presente Plan Institucional contribuirá a su cumplimiento.

Ordenamiento legal	Atribución	Programa Sectorial o transversal	Objetivo	Estrategia
Artículo 3° de la Ley 16526 del Congreso del Estado que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud Jalisco	<p>I. Organizar y operar servicios de salud a la población en materia de salubridad general;</p> <p>II. Realizar acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud...;</p> <p>III. Proponer y fortalecer la participación de la comunidad en los servicios de salud;</p> <p>V. Efectuar las acciones necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud...;</p> <p>VI. Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los</p>	Salud y Seguridad Social	<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 a la persona.</p>	<p>1.1 Promover los estilos de vida saludable en la población, con énfasis en grupos vulnerables.</p> <p>2.1 Promover la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo.</p> <p>3.1 Fortalecer e intensificar las acciones de promoción, prevención, protección y prestación de servicios de salud de calidad.</p>

	<p>servicios en su materia;</p> <p>VII. Impulsar la capacitación a profesionales, especialistas, técnicos y auxiliares de las tres ramas de salud, y llevar a cabo actividades de investigación científica y docencia de pre y posgrado, en apego a las leyes y ordenamientos respectivos;</p> <p>VIII. Integrar un acervo de información y documentación... que facilite ... la investigación, estudio y análisis de los distintos ámbitos y aspectos específicos en la materia;</p> <p>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;</p>			
--	---	--	--	--

Misión y visión institucional

En este capítulo se da cuenta de la redacción final de la misión del Organismo Público Descentralizado – Servicios de Salud Jalisco, esto acorde con la normatividad aplicable a la que ya se hizo referencia en el capítulo anterior; y de la visión que estará guiando su operación durante el presente sexenio. Se aspira que esta visión sea una realidad al concluir el año 2018.

Misión Institucional

Somos una dependencia del Ejecutivo Estatal encargada de coordinar los esfuerzos de la sociedad y los tres niveles de gobierno....., para proteger y mejorar el nivel de salud de la población con la participación de todos los jaliscienses.

Visión de futuro

- Somos un organismo público descentralizado de la Secretaría de Salud del Gobierno de Jalisco, que contribuimos a proteger y mejorar el nivel de salud de todos los jaliscienses, para el año 2033 hemos transitado hacia un estado saludable, como institución líder, comprometida, innovadora y transparente que forma parte de un sistema de salud integrado funcionalmente, que es ampliamente reconocido en el país por su desempeño en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, control de riesgos sanitarios y atención curativa integral; lo cual logramos con la plena participación de la población y los trabajadores a quienes ofrecemos servicios confiables con calidad, respeto y eficiencia, satisfaciendo así las expectativas de una población cada vez más consciente que protege y cuida su salud.

Valores y principios que caracterizan nuestra institución

Los principios éticos que guían al Plan Institucional de Salud 2013 - 2018, parten de una concepción humanista, de justicia y solidaridad social, en la que se destaca el valor trascendente de la persona humana, de la familia como institución básica, y de la sociedad civil como actor principal en la consecución del bien común.

Así, como complemento a los valores del Plan Estatal de Desarrollo, de la Secretaría de Salud, este Organismo asume los siguientes principios éticos:

Compromiso:

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

Calidad integral:

El Organismo debe esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes y sus familiares. La calidad en salud tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera busca alcanzar los mayores beneficios y seguridad integral del paciente con los menores riesgos al prestar los servicios, en base a la aplicación de las mejores normas y protocolos de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar calidez de la atención, supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su máxima satisfacción. La calidad integral significa además, disponer de unidades dignas y

seguras; procedimientos estandarizados y orientados hacia la mejora continua; prescripción correcta y surtimiento completo de medicamentos; esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención, y recibir información fidedigna sobre su padecimiento.

Eficiencia:

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

Honradez:

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

Respeto:

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

Liderazgo:

Es la capacidad, aptitud, habilidad o arte que debe tener todo directivo y profesional de la salud, para influir en el comportamiento de los demás, especialmente de quienes están en su radio de acción o ámbito de actividades, haciéndoles seguir ciertos derroteros para que alcancen determinados fines u objetivos comunes. Es la cualidad humana de poder influir positivamente en el otro para el logro de un fin valioso, común y humano.

Confianza:

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

Equidad:

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

Eficacia:

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

Innovación:

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

Prevención:

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

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

Diagnóstico de la organización

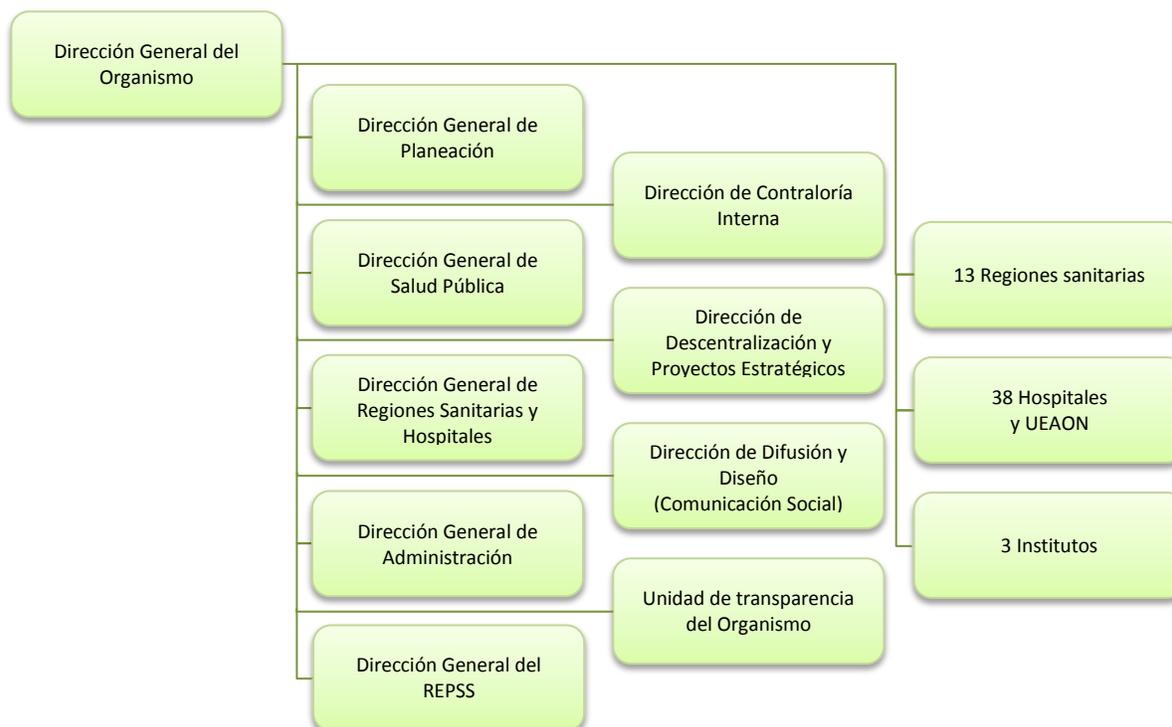
En este capítulo se presentan los resultados más relevantes del diagnóstico realizado para conocer y reconocer mejor la situación que guarda el Organismo Público Descentralizado – Servicios de Salud Jalisco, tanto en cuanto a su estructura, procesos y recursos; como a las principales problemáticas que le aquejan, y que le limitan en que se alcance la visión.

✚ Estructura organizacional

La estructura organizacional que hoy presenta el Organismo Público Descentralizado – Servicios de Salud Jalisco, muestra un traslape con la Dependencia que es cabeza de Sector, pues la Ley General y Estatal de Salud le confieren a la Secretaria de Salud del estado, la función de rectoría, organización y dirección estratégica del sistema estatal de salud en la entidad, siendo el Organismo, el ente encargado de su ejecución.

Cabe señalar que en el año 2002 se reforma la Ley General de Salud para permitir la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud (y su brazo operativo el Seguro Popular). Además, como parte de una estrategia nacional para el fortalecimiento de la Secretaria de Salud del Gobierno de la República y en las Entidades Federativas, en el año 2014, se emite el decreto de creación de la Comisión para la Protección de Riesgos Sanitarios en Jalisco. Estos relevantes hechos son también factores importantes que presionan y obligan a que se reformen los sistemas estatales de salud, pero también obliga a este Organismo, diseñar y proponer una reestructuración organizacional que la Junta de Gobierno debe aprobar. Por lo mismo se presenta la estructura organizacional que a la fecha se encuentra en proceso de reestructuración.

Estructura Organizacional del OPD – Servicios de Salud Jalisco



Recursos Humanos

Por la naturaleza de las atribuciones, funciones y objetivos del Organismo, resulta claro que la prestación de los distintos servicios que tienen como objetivo la atención de la salud, requiere del concurso de otros organismos, que en todo momento coadyuvan para la consecución del bienestar para los jaliscienses y sus familias.

En este sentido, se presentan los cuadros de recursos humanos del sistema estatal de salud, según su condición de seguridad social, los recursos del Organismo se ubican en la columna identificada como Secretaría de Salud, donde se incluyen los recursos del subsistema sanitario estatal para población sin seguridad social.

Recursos Humanos por Institución, Jalisco
(Primera Parte)
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
Pediatrias	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

5/ Incluye personal en labores administrativas, de enseñanza e investigación, epidemiólogos, anatomo-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

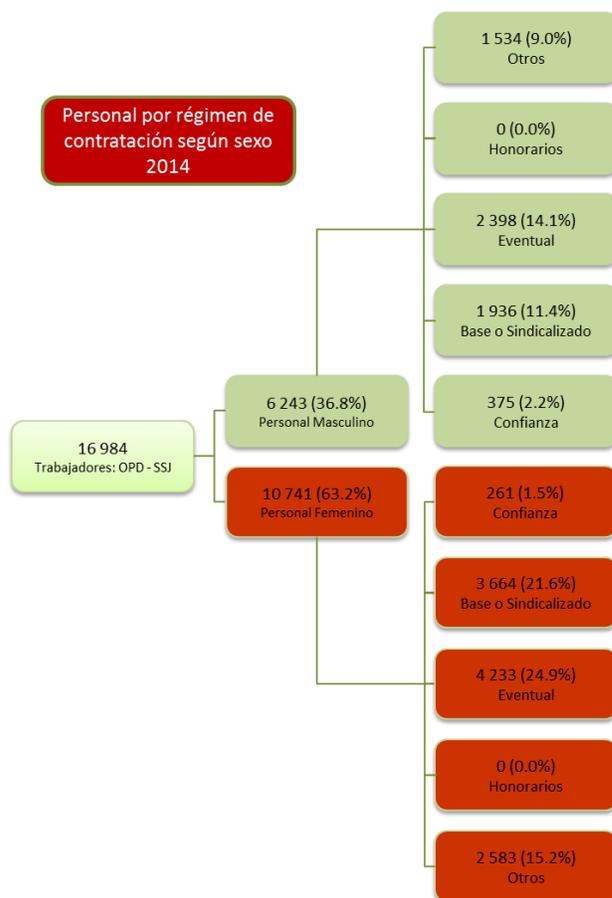
Se agregan datos del Hospital Ramón Garibay (no contemplados en el Boletín citado como Fuente)

Esta información que corresponde a los Servicios Estatales de Salud para la atención de la población jalisciense sin seguridad social, que en términos generales, corresponde a la mitad de la población total residente en la Entidad.

Recursos Humanos por Institución, Jalisco
(Segunda Parte)
2012

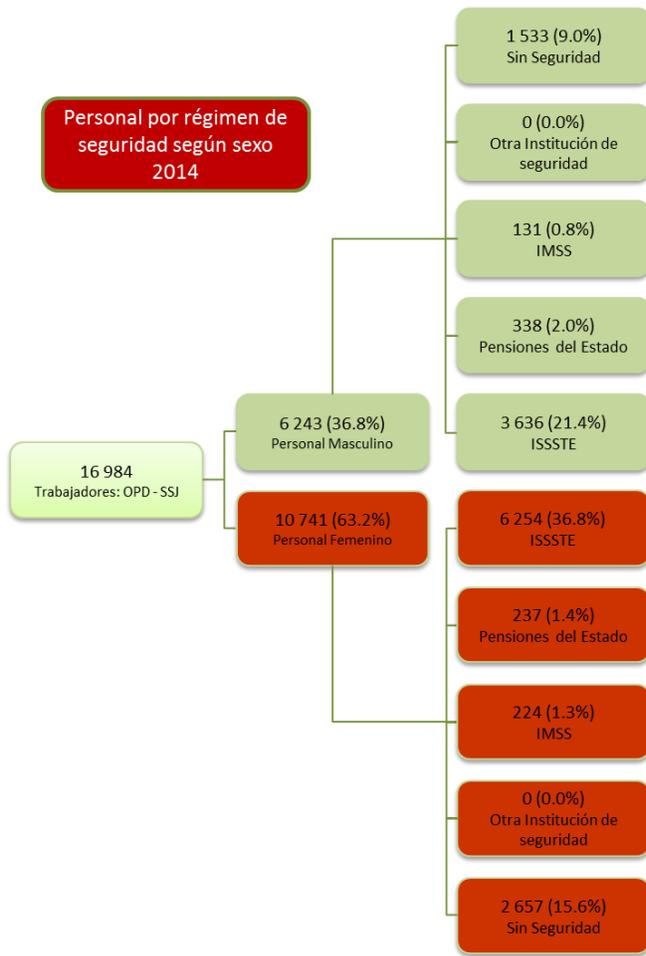
Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Subtotal	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Universitarios	Subtotal	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Personal paramédico ^{1/}	37,534	15,519	15,510	9	139	22,015	19,748	1,746	83	380	58
Enfermeras ^{2/}	18,178	8,192	8,183	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)



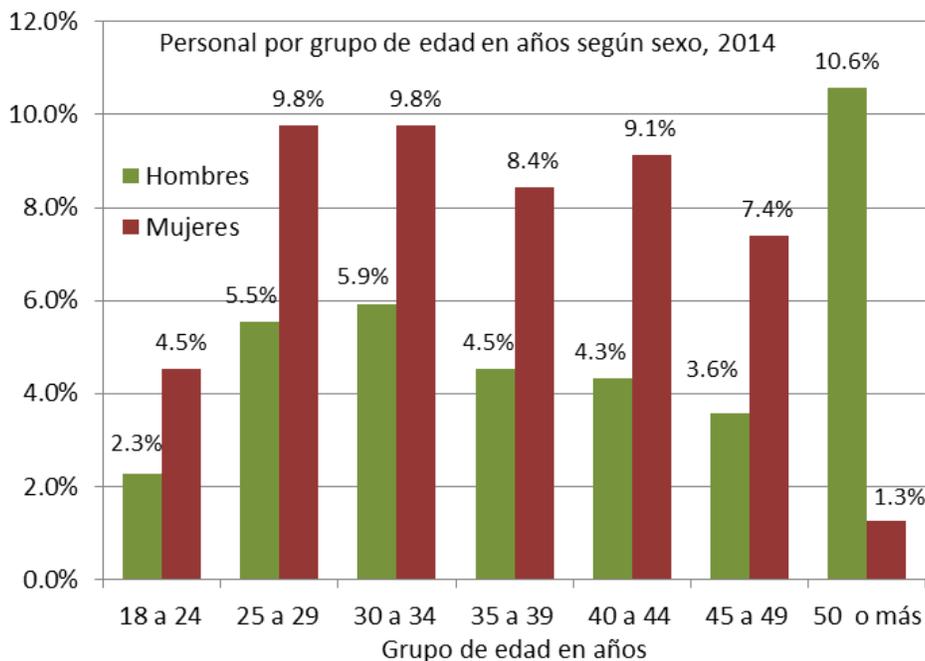
Para 2014 el Organismo, cuenta con un total de 16,984 trabajadores, de los cuales dos tercios representan al género femenino (10,741) y un tercio al masculino (6,243).

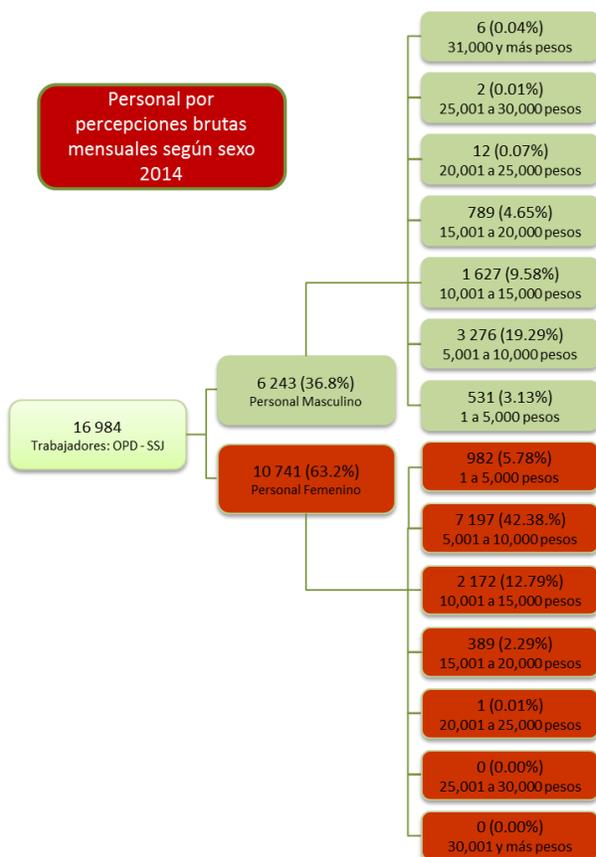
Los cuales por su condición de contratación el 3.7% del total es personal de confianza, quienes principalmente desempeñan labores directivas. (1.5% mujeres y 2.2% varones en relación al total). La mayor proporción (33.0%) es personal permanente (21.6% mujeres y 11.4% hombres), el personal eventual representa el 39% (24.9% mujeres y 14.1% hombres), el 24.2% se encuentran en otro tipo de régimen (15.2% mujeres y 9.0% hombres), no se registra ninguna contratación bajo el régimen de honorarios.



En cuanto al régimen de seguridad social, del total, el 58.2% está inscrito en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de los cuales 36.8% son mujeres y 21.4% son varones, el 3.4% en Pensiones del Estado (1.4% mujeres y 2.0% hombres), 2.1% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de los cuales 1.3% mujeres y 0.8% hombres, sin seguridad social, pero afiliados al seguro popular 24.6% (15.6% mujeres y 9.0% hombres).

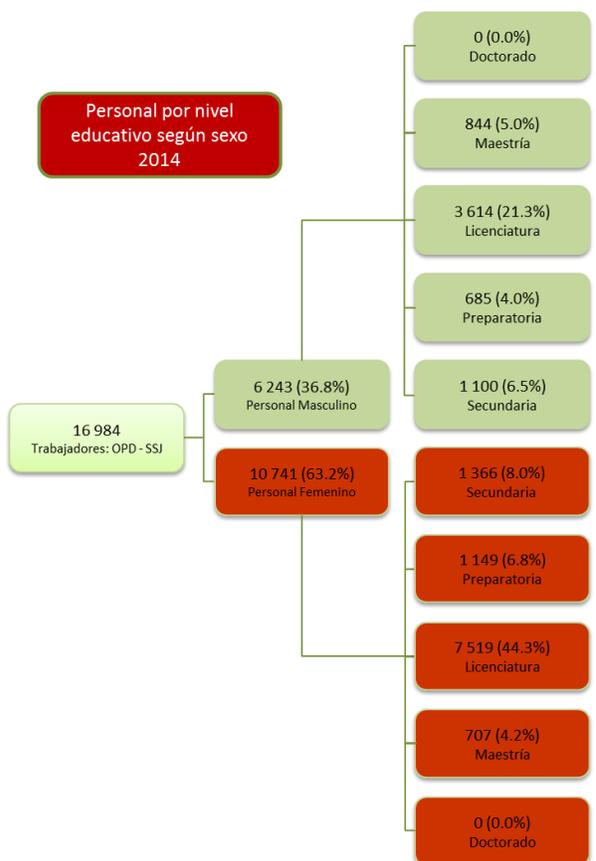
En cuanto a la edad, el 6.8% del total del personal se encuentra en el grupo de 18 a 24 años, de los cuales 4.5% son mujeres y 2.3% son hombres; entre los 25 a 29 años se encuentra el 15.3%, (9.8% mujeres y 5.5% hombres); tal como se observa en la gráfica, el 45.1% de los trabajadores tiene entre 30 a 49 años, (36.7% mujeres y 18.4% hombres), el 11.9% tiene 50 y más años, este es el único grupo donde se invierte la relación entre los géneros (1.3% mujeres y 10.6% hombres)





El personal del organismo en promedio tiene una percepción mensual bruta de 7,301.8 pesos; del total, el 8.91% percibe menos de 5,000 pesos, (5.78% son mujeres y 3.13% hombres), 61.66% perciben entre 5001 a 10,000 pesos (42.38% son mujeres y 19.29% hombres), 22.37% del personal percibe entre 10,001 a 15,000 pesos (12.79% son mujeres y 9.58% hombres), 6.94% del personal percibe entre 15,001 a 20,000 pesos (2.29% son mujeres y 4.65% hombres), 0.08% del personal percibe entre 20,001 a 25,000 (0.01% son mujeres y 0.7% hombres), 0.05% incluye al resto del personal que son hombres percibe más de 25,000 pesos mensuales brutos.

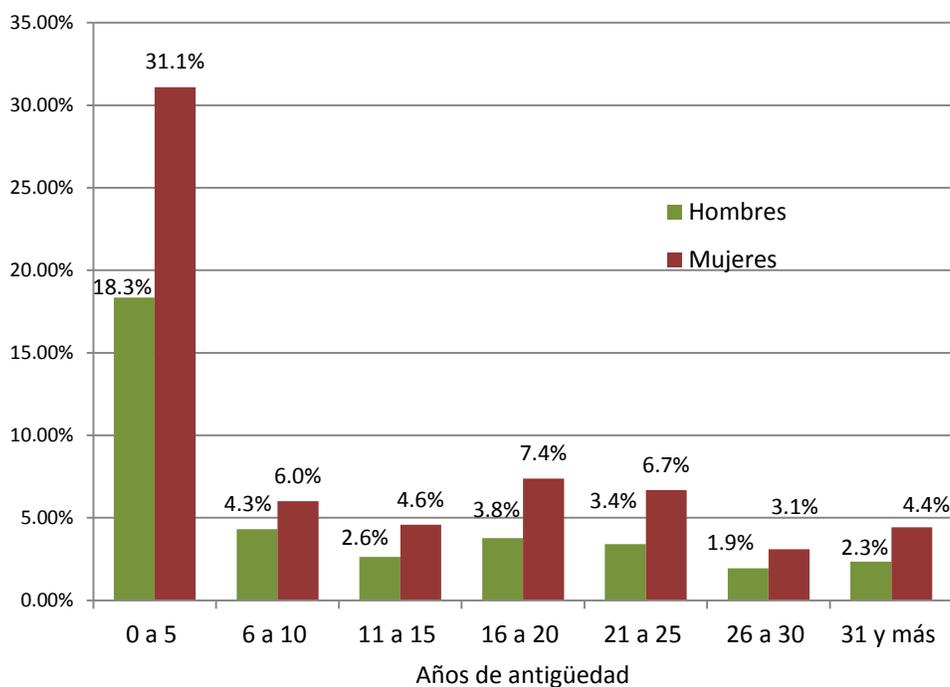
Esto hace una erogación bruta mensual promedio de 338'379,761 pesos en servicios personales, lo cual representa el 51.6% del presupuesto anual para este Organismo.



En relación al nivel educativo promedio del personal es de licenciatura; del total, el 14.52% registra un nivel de secundaria (8.04% son mujeres y 6.48% hombres), 10.80% tienen nivel de preparatoria (6.77% son mujeres y 4.03% hombres), el 65.55% tienen nivel de licenciatura (44.27% son mujeres y 21.28% hombres), 9.13% tiene nivel de maestría (4.16% son mujeres y 4.97% hombres), no se tiene registro de personal con grado de doctorado, aun cuando existe personal con dicho grado académico. Es conveniente comentar, que no se tiene registro de personal que tenga nivel académico de carrera técnica o comercial.

El personal del Organismo es joven por sus años de antigüedad laboral, pues del total, 49.43% tiene menos de 5 años (31.09% son mujeres y 18.34% hombres), 10.33% tiene de 6 a 10 años (6.01% mujeres y 4.32%

hombres), 7.21% cuenta entre 11 a 15 años de antigüedad (4.57% mujeres y 2.63% mujeres), 11.15% de 16 a 20 años (7.37% mujeres y 3.77% hombres), 10.10% de 21 a 25 años laborando (6.68% mujeres y 3.41% hombres) 5.03% entre 26 a 30 años (3.09% mujeres y 1.94% hombres) y el 6.76% de 30 años y más antigüedad (4.42% mujeres y 2.34% hombres).

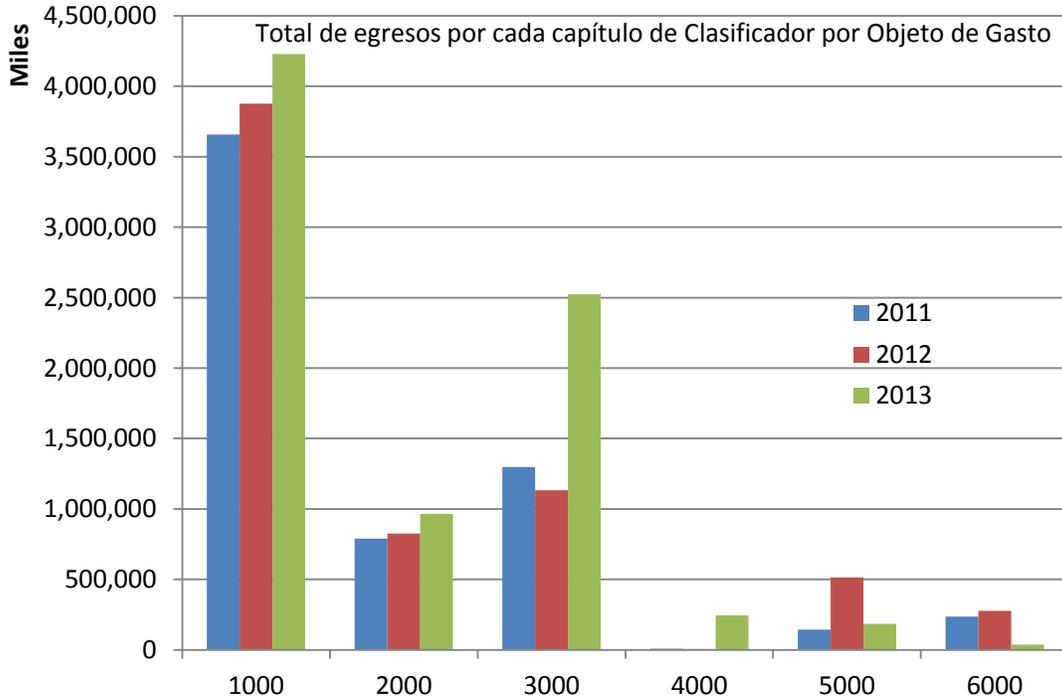


Recursos Financieros

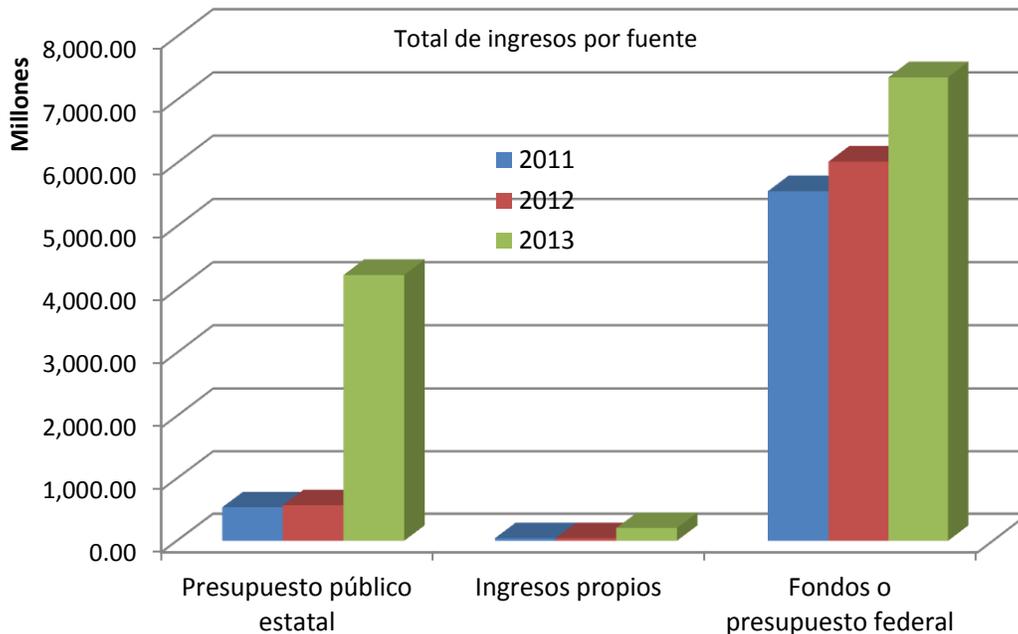
Para 2013, los recursos ejercidos por el Organismo, muestran un incremento de 33.5% en relación al 2011, que principalmente es debido a la extensión en la cobertura de atención derivada de la afiliación de jaliscienses al régimen estatal de protección social en salud en la entidad (Seguro popular) y del fortalecimiento de la infraestructura.

El Organismo es una institución que presta servicios de atención a la población, lo que condiciona que la mayor parte de sus recursos se apliquen al capítulo mil en el que se incluye el pago al personal que esta en contacto con el paciente, éste representa más del 50% en el trienio reportado.

De esta forma para 2013, el presupuesto se distribuye de la siguiente manera: los servicios personales representan 51.6%, el gasto de operación 42.6%, que incluye 11.8% de materiales y suministros, 30.8% servicios generales; los demás son 3.0% para la adquisición de bienes muebles e inmuebles y 2.3% para obra pública. El capítulo 4000 se refiere a las transferencias y subsidios que no se reflejan en la aplicación específica, pues se usa solo para derivarse a otros capítulos. Como puede observarse en la gráfica anexa.



Los recursos financieros que ejerce el Organismo tiene varias fuentes de financiamiento, las cuales se muestran en el gráfico, agrupadas en: presupuesto público estatal, que en años anteriores se encuentra alrededor de 9%, alcanzando 35.87% en 2013, el renglón de ingresos propios representa el 1.7% con un importante incremento de 3.7 veces en relación a 2011. También en el grupo de la fuente federal, los ingresos presentaron un incremento de 32% comparado con 2011; esta fuente representa para 2013 el 62.4%.



☀ Servicios Generales

En Jalisco, el sistema estatal de salud, dispone de 1,066 unidades médicas, en las cuales se incluyen las unidades que atienden a la población con seguridad social, que representan el 20.6% (220), el resto atiende a población sin seguridad social, dentro de las cuales se encuentran las unidades del Organismo, cuya proporción es 58.52% (837) del total estatal.

La aparente inequidad en el número de unidades médicas por condición de seguridad social, se debe a la concentración del recurso en la población asegurada, es decir, son menor número de unidades, pero tienen mayor número de consultorios y especialidades; en tanto, las unidades del Organismo, se encuentran dispersas por los municipios, aún en aquellos con menor número de habitantes, a quienes se les brinda consulta externa general.

Esta condición en la distribución se repite en todos los recursos de la infraestructura, recursos físicos y su equipamiento.

Infraestructura y recursos físicos por Institución, Jalisco
(Primera Parte)
2012

Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Sub-total	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Universitarios	Sub-total	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)

Esta misma situación se encuentra en las unidades hospitalarias, las que atienden a la población con seguridad social, tienen mayor capacidad en número de camas por unidad (120 camas censables o más por unidad), mientras que las del Organismo, tiene menor número de camas por unidad

hospitalaria, las cuales se encuentran en el rango de menos de 16 camas censables, y de 30 a 60 camas por unidad para los hospitales regionales.

Infraestructura y recursos físicos por Institución, Jalisco
(Segunda Parte)
2012

Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Subtotal	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Univer-sitarios	Subtotal	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Quirófanos	226	109	109	0	5	117	98	12	0	6	1
Salas de expulsión	373	330	330	0	2	43	34	6	0	2	1
Bancos de sangre	9	5	5	0	2	4	2	1	0	1	0
Laboratorios de análisis clínicos	92	36	36	0	2	56	41	12	0	2	1
Laboratorios de anatomía patológica	14	3	3	0	2	11	9	1	0	1	0
Centrales de equipos y esterilización	201	159	159	0	2	42	28	11	0	2	1
Unidades de cuidados intensivos	16	4	4	0	1	12	9	1	0	1	1
Unidades de cuidados intermedios	15	11	11	0	1	4	2	1	0	1	0
Farmacias en unidades de atención médica	476	344	335	9	2	132	112	16	1	2	1
Ambulancias	173	128	128	0	2	45	0	32	3	7	3
Aulas de enseñanza	61	21	21	0	2	40	34	4	0	2	0
Salas de cirugía ambulatoria	22	8	8	0	1	14	6	8	0	0	0
Refrigeradores (Red fría)	861	671	670	1	7	190	98	80	1	10	1
Áreas de rehabilitación física	22	5	5	0	2	17	12	3	0	1	1

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

Equipo médico por Institución, Jalisco
2012

Conceptos	Total	Población no asegurada				Población asegurada					
		Subtotal	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Hospitales Univer-sitarios	Subtotal	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Equipos de ultrasonido	151	44	44	0	3	107	85	18	0	3	1
Equipos de rayos "x" (incluye portátiles)	173	57	57	0	5	116	95	16	0	4	1
Unidades dentales	394	260	260	0	0	134	78	40	1	13	2
Equipos de rayos "x" dentales	166	116	116	0	0	50	28	17	1	3	1
Electrocardiógrafos	331	126	126	0	8	205	156	38	2	4	5
Electroencefalógrafos	16	2	2	0	1	14	8	4	0	2	0
Ecocardiógrafos	14	2	2	0	1	12	9	2	0	1	0
Endoscopios	20	1	1	0	4	19	17	1	0	1	0
Fluoroscopios	28	4	4	0	3	24	13	8	0	2	1
Unidades de hemodiálisis	14	3	3	0	0	11	9	2	0	0	0
Máquinas para hemodiálisis	159	13	13	0	0	146	131	15	0	0	0
Tomógrafos	22	3	3	0	1	19	17	1	0	1	0
Unidades de radioterapia	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipos de radioterapia	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipos de resonancia magnética	6	0	0	0	0	6	5	0	0	1	0
Litotriptores	5	1	1	0	0	4	3	1	0	0	0
Unidades de mamografía (mastógrafo)	45	13	13	0	0	32	25	6	0	1	0
Aceleradores lineales	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Angiógrafos	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Microscopios quirúrgicos	50	10	10	0	3	40	23	13	0	4	0
Holters	24	2	2	0	1	22	18	3	0	1	0

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

✚ Tecnologías de información y comunicación

En el Organismo se cuenta con 6,455 equipos personales de cómputo, tanto de escritorio como portátiles, los cuales se encuentran en 56 unidades. El 77% de los equipos se encuentra en unidades de atención directa al paciente, el resto es utilizado para el desarrollo de actividades de gestión y supervisión que se requiere para la prestación de los servicios. En la tabla anexa se muestra la distribución de este recurso.

Equipos de cómputo y servidores

Unidad	Núm	Servidores	Computadoras
Consejos Estatales	2		188
Hospitales	36	10	1,702
Regiones Sanitarias	13	2	3,084
Almacén central	1	1	27
Centro Estatal de Laboratorios	1	1	53
Inventarios	1		206
Oficinas Centrales	1	12	1,062
Régimen Estatal de Protección Social en Salud	1		133
TOTAL	56	26	6,455

Fuente: SIPPPEG-SICAF

Para el funcionamiento de este equipamiento, las redes internas son de topología Ethernet, el sitio web se encuentra hospedado en los servidores de la SEPAF. En el Organismo se cuenta con sistemas operativos Windows XP, 7 y 8, con paquetería de software Office en las versiones 2000, 2003, 2007, 2010, 2013 y Open Office de licencia libre.

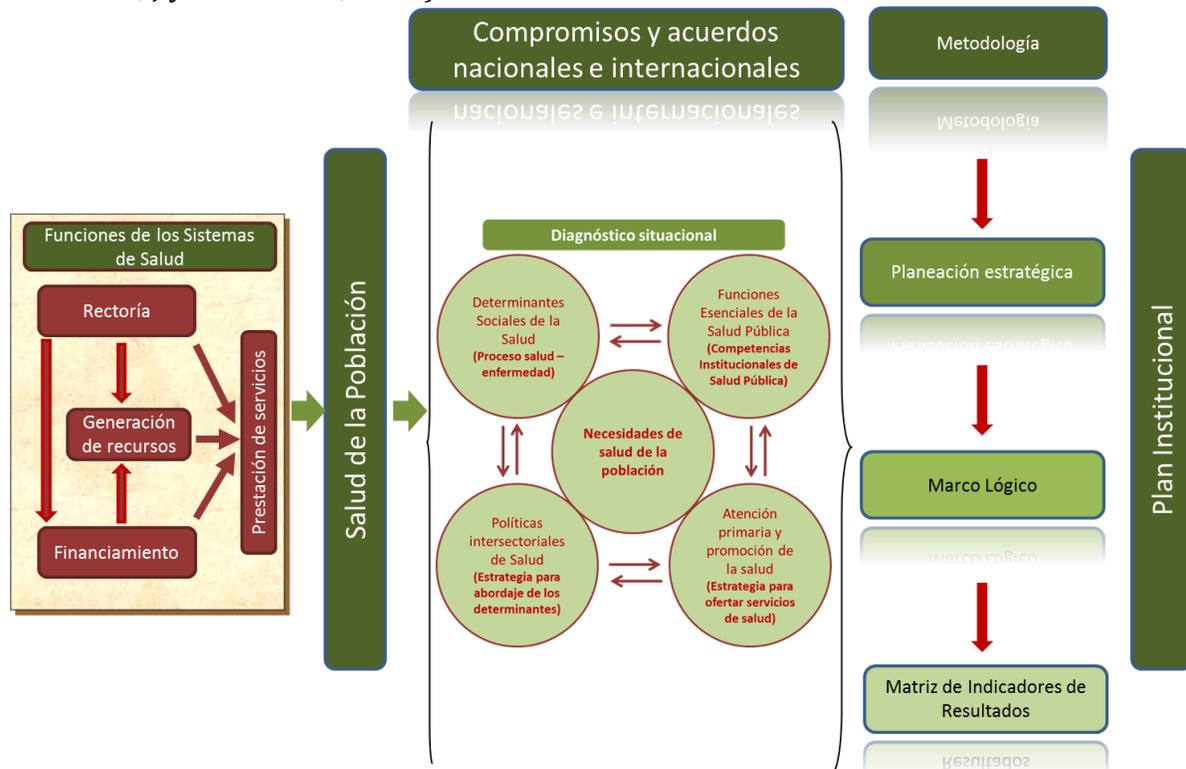
Además de una paquetería que se ha desarrollado tomando en cuenta las necesidades propias del Organismo, este sirve para el control presupuestal. Este Sistema de Planeación, Programación, Presupuestación y Ejercicio del Gasto (SIPPPEG), tiene 16 distintos módulos que son utilizados por los diferentes niveles directivos, las unidades administrativas de salud como hospitales y regiones sanitarias, las que se auxilian en la gestión, ejercicio y control presupuestal.

✚ Procesos

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, esta es la definición que nos brinda la Organización Mundial de la Salud en su constitución como organismo (OMS, 1948), y este mismo concepto se encuentra en el artículo 1° Bis de la Ley General de Salud.

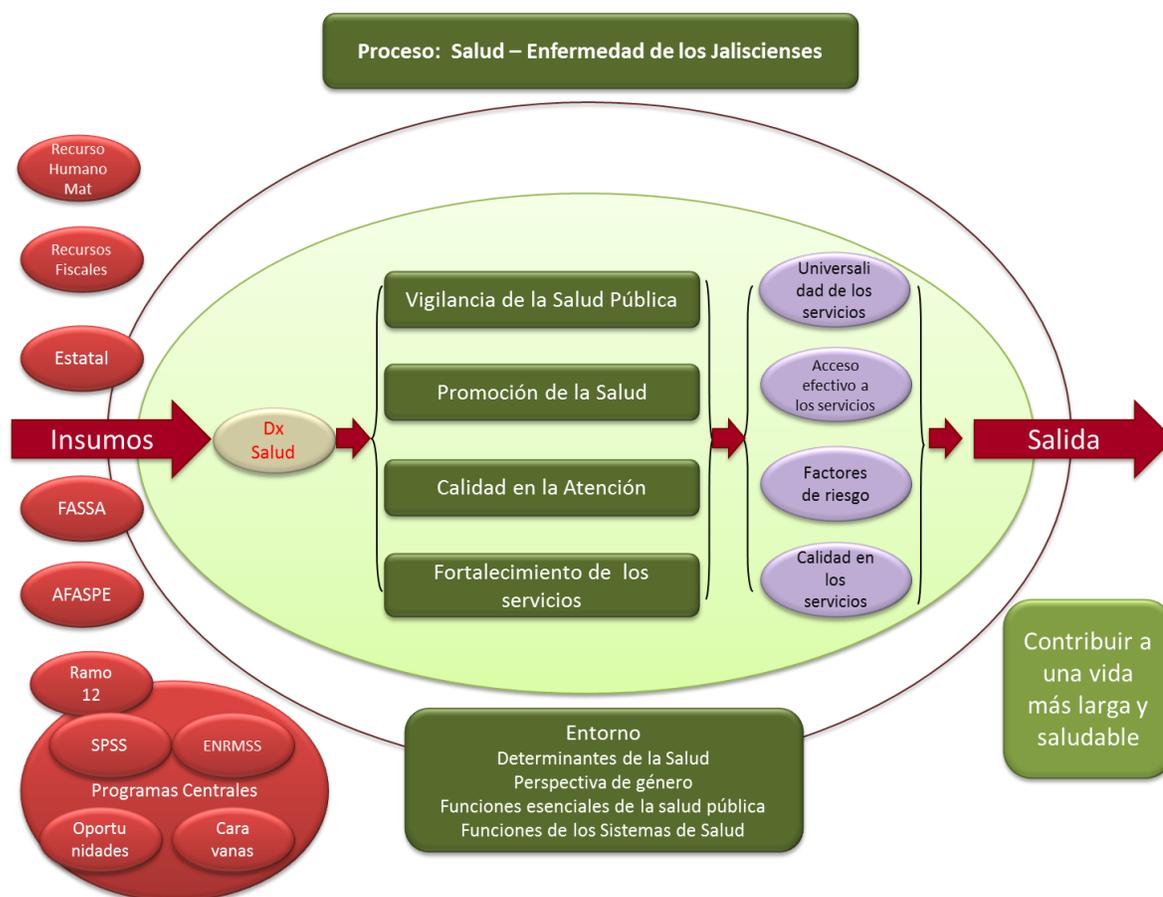
Ello implica que la atención a la salud puede ser abordada desde varias dimensiones, que han sido expresadas en distintos modelos sanitarios para el entendimiento del proceso de salud – enfermedad, en los cuales se identifican los ámbitos: individual, tanto en lo físico como mental, colectivo y social.

En consecuencia, los servicios para la atención a la salud se organizan para dar respuesta a los problemas sanitarios en todos estos ámbitos, en grandes procesos, los cuales también atienden las funciones de los sistemas de salud (OMS, 2014; Frenk, J y Arredondo, 2007)



En tal sentido, el mapa conceptual nos muestra que en atención a las funciones de los sistemas de salud (gestión-rectoría; generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios) enfocadas en la salud de la población, se debe realizar un diagnóstico situacional centrado en las necesidades de salud de la población. En este diagnóstico se debe considerar la interacción entre los determinantes sociales del proceso – salud – enfermedad, las funciones esenciales de la salud pública, la atención primaria y la promoción de la salud; y, las políticas intersectoriales para la atención de la salud. Sin olvidar los compromisos y acuerdos signados con Organismos Internacionales por la Federación y las Entidades vinculados a la salud y al desarrollo de las sociedades. Así, a través de la metodología que nos marcan los instrumentos de planeación vigentes vinculados y alineados con la visión del sector, se elabora el plan institucional de este Organismo.

Con este mismo enfoque, apoyados por la teoría general de sistemas, se identifican las partes del proceso salud – enfermedad que explica las partes que lo componen.



Así, en la entrada se encuentran los insumos como los recursos humanos descritos en el apartado correspondiente, de igual forma los recursos materiales y los financieros. Entre estos se identifican las distintas fuentes de financiamiento, como los recursos fiscales incluidos los propios, la participación estatal y los de origen federal que en grandes grupos están señalados en el presupuesto de egresos de la federación por ramos 12 y 33 con sus correspondientes modalidades.

En su oportunidad, se consideran estos insumos y con base en el panorama sanitario identificado en el diagnóstico situacional, se organizan los servicios de salud en cuatro grandes procesos subordinados a los que se alinean objetivos específicos, que en su conjunto participan en la contribución del objetivo del Organismo y del Sector Salud, que es contribuir a una vida más larga y saludable.

Dentro de los procesos subordinados se agrupan los distintos programas operativos y presupuestarios del Organismo. En el proceso de vigilancia de la salud pública se conjuntan los programas orientados a la protección contra riesgos sanitarios, la vigilancia epidemiológica, la vigilancia para el fomento sanitario y la regulación sanitaria, además del monitoreo de actividades que deben realizar otros organismos, como la cloración del agua para uso y consumo humano que realizan los sistemas municipales de distribución de agua, el funcionamiento de los rastros municipales, entre muchos otros.

En el proceso de promoción a la salud se congregan todos los programas que como característica común distribuyen y promueven información orientadas a las prácticas de estilos de vida saludables, como ejemplo podemos citar la detección oportuna de enfermedades crónico – degenerativas, (diabetes, hipertensión, cáncer de mama, cervico – uterino, entre otros). Además de los programas que tienen actividades de protección específica, como la vacunación contra enfermedades transmisibles para proteger la población infantil, de embarazadas y adultos mayores.

El proceso de la calidad de la atención primordialmente conjunta la consulta externa general y de especialidad, la atención hospitalaria, de urgencias y estomatológica, en donde se atiende la demanda de la población a todas las enfermedades que la aquejan. Se incluye la atención de las enfermedades consideradas en el catálogo universal de servicios esenciales de salud (CAUSES) del sistema de protección social en salud (SEGURO POPULAR), contra gastos catastróficos, seguro médico para una nueva generación, además de otras modalidades como Caravanas, Oportunidades, Comunidades Saludables en su apartado de atención a la persona.

El fortalecimiento de los servicios de salud incluye los procesos de gestión de calidad, la capacitación del recurso humano para mejorar la calidad de la atención, la inversión en fortalecimiento de la cobertura de servicios y equipamiento, los proyectos de telemedicina y expediente clínico electrónico. Como también la instrumentación de estrategias hacia la universalización de los servicios de salud.

El Organismo registra las actividades realizadas en los sistemas de información oficiales, como el Sistema de Planeación, Programación, Presupuestación y Ejercicio del Gasto (SIPPPEG), el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Sistema de Información en Salud (SIS), Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II), el Sistema de Indicadores de Seguimiento del Desarrollo (MIDE).

Sistemas de gestión de calidad

El sistema de salud mexicano ha tenido avances importantes durante las últimas décadas en este tema, no obstante aún persiste la necesidad de ofrecer servicios de alta calidad.

Por parte de la Secretaría de Salud en el año de 1998, se realiza una iniciativa estatal llamada “Programa Estratégico de Calidad” (PEC). Implementando una red de Facilitadores de Calidad capacitados en el primer Diplomado de Calidad en la Atención en Salud, con la finalidad de crear promotores y diseñadores de modelos

para la implementación de estrategias en las unidades en todos los niveles de atención.

Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios, llamada “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de salud” surge como una estrategia nacional para rescatar de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional de sistema y de cada uno de los prestadores de servicios, considerando como punto de enfoque los usuarios de los mismos.

A partir del año 2007 la Cruzada Nacional por la calidad es sustituida por el Sistema Integral de Calidad SICALIDAD dándole un nuevo direccionamiento enfocado a la integralidad de las estrategias, incluye propuestas innovadoras que permitan posicionar a la calidad de los servicios de salud como un tema permanente en la gestión de nuestras unidades de salud.

En el Organismo Público Descentralizado – Servicios de Salud Jalisco (OPD-SSJ), a partir del mes de septiembre del 2009, se implementó el Sistema de Gestión de la Calidad promovido por el Estado, el cual en el inicio está enfocado a las áreas administrativas centrales del OPD-SSJ. Este sistema de gestión continua hasta la fecha.

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades médicas que permitan su seguimiento y la comparabilidad entre las unidades de atención médica. Se trata de una herramienta gerencial para su seguimiento en las unidades de salud.

La recolección de información sólo es una etapa del ciclo de mejora continua, es necesario analizar esa información y tomar acciones de mejora basadas en los resultados, el seguimiento de las mismas se da periodo a periodo con el monitoreo de los indicadores que es, nuevamente, la primera etapa del ciclo, así pues el ciclo de mejora continua es constante con el fin de estandarizar los procesos.

Para que el ciclo de mejora continua tenga éxito, es necesario cumplir con todas las etapas del mismo, es por eso que el monitoreo completo y constante de los indicadores y el correcto tamaño de muestra son factores importantes para que el ciclo de mejora continua funcione.

Los cortes de información se generan en el portal de Internet cada cuatro meses, de acuerdo al calendario indicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

En 2013, se realizaron mediciones en unidades que proporcionan el servicio de consulta externa ambulatoria en el 81.3% del total de unidades con este servicio. En la tabla, se muestra la distribución de unidades existentes que prestan servicios

de consulta externa por Región Sanitaria, las cuales al menos hicieron una medición durante 2013.

Unidades de Salud con Consulta Externa			
Región Sanitaria	Unidades	Informan	%
Colotlán	49	46	93.88
Lagos de Moreno	51	40	78.43
Tepatitlán	43	36	83.72
La Barca	72	49	68.06
Tamazula	28	22	78.57
Ciudad Guzmán	51	34	66.67
Autlán	76	50	65.79
Puerto Vallarta	39	35	89.74
Ameca	67	59	88.06
Centro Zapopan	48	46	95.83
Centro Tonalá	48	45	93.75
Centro Tlaquepaque	45	42	93.33
Centro Guadalajara	31	23	74.19
Total	648	527	81.33

✿ Transparencia y rendición de cuentas

Uno de los objetivos primordiales de la Unidad de Transparencia es convertir la publicación de la información fundamental y ordinaria de la Secretaría de Salud Jalisco, propósito al cual contribuye este Organismo, en una fuente de datos accesible, válida y confiable, la cual pueda ser consultada a través de una herramienta informática de manejo sencillo y amigable para el ciudadano, propiciando la participación de éste en la toma de decisiones y acciones de manera informada en materia de salud. Además, dar respuestas a las solicitudes de información en el menor tiempo y con contenido de calidad, colaborando a un gobierno de datos abierto.

En este orden de ideas se brinda asesoría permanente y especializada a los sujetos obligados para mejorar la eficiencia, eficacia y calidad en las respuestas a las solicitudes de información, tanto fundamental como ordinaria. Sin embargo, para llegar a un óptimo resultado se debe desarrollar y fortalecer la infraestructura tecnológica, además de los mecanismos de coordinación, planeación, información, evaluación de impactos, que redunden en un desarrollo necesario y eficiente de los recursos en beneficio de la transparencia y rendición de cuentas al cual está obligado el Organismo.

Problemas y oportunidades

A continuación se presenta la relación de los principales problemas que afectan la operación de la institución, mismo que se han identificado a partir del análisis del diagnóstico y los talleres de planeación realizados en el marco de la integración del presente documento:

En general el balance estatal de salud es positivo a través de los resultados que se presentan en sus principales indicadores; sin embargo, en el ámbito regional, municipal y urbano – rural subsisten la inequidad y las brechas en la salud de los jaliscienses que afectan su bienestar reflejado en su desarrollo humano y social.

En este sentido la salud se encuentra condicionada por los determinantes sociales de la misma, la transición demográfica, la transición epidemiológica, el rezago e inequidad en las condiciones de vida y el desarrollo, así como la dificultad en el acceso a los servicios y el aumento de los factores de riesgo para la salud.

En este tema se presenta un resumen de los problemas más relevantes y algunas de sus causas que se identifican como consecuencia lógica del análisis de los distintos factores de riesgos y de los daños sanitarios en el diagnóstico situacional de salud, realizado en el taller correspondiente.

Sin olvidar en todo momento, que la razón de ser del Organismo es contribuir a una vida más larga y saludable de todos los Jaliscienses, se analizan los problemas más relevantes que afectan esta condición entre la población de responsabilidad.

⊕ Problemas relevantes

- *Incremento en la incidencia de enfermedades en zonas con mayor densidad poblacional*

La salud en la entidad ha tenido grandes avances en lo general pero queda un largo camino por recorrer para alcanzar estándares de vida que en países desarrollados se han alcanzado. Más aun, el panorama sanitario presenta inequidades y brechas en salud que dependen de las variables de análisis.

En el panorama de salud se observa una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles en áreas urbanas, como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos, los accidentes, la mortalidad materna, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, las adicciones, por citar los más relevantes. Las cuales están asociadas con estilos de vida poco saludable, el sobrepeso y la obesidad, el estrés derivado de las condiciones particulares de la vida citadina.

En contraste, en las áreas rurales siguen presentándose enfermedades asociadas al rezago epidemiológico como son las enfermedades diarreicas, las infecciones

respiratorias agudas, las intoxicaciones por picadura de alacrán. Relacionadas principalmente con las precarias condiciones de urbanización y de servicios públicos. También se aprecia el ascenso de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, el cual se presenta en los ámbitos urbanos y rurales.

A esta situación influyen las diferencias en recursos para la salud entre las instituciones que prestan servicios de atención a la salud según la condición de seguridad social, resultado del modelo organizacional y del enfoque, ya sea preventivo o curativo, con el que se aborda la problemática en salud.

- *Elevada proporción de personas expuestas a riesgos sanitarios*

Las mismas condiciones expuestas en el tema anterior, se superponen y también se traducen en una mayor exposición a distintos riesgos sanitarios elevando la proporción de personas expuestas. Así, las condiciones de inseguridad, la desaceleración económica, el mayor tráfico, la invasión y la mayor oferta de sustancias ilegales, que si bien se presentan de manera desigual, existen en los medios urbano y rural.

También la persistencia de las condiciones de rezago social que condicionan la presencia de enfermedades asociadas a éste. Además de los estilos de vida más relajados que incrementan el ejercicio de la sexualidad carente de prácticas seguras y el uso de tecnologías que favorecen los malos hábitos en la conducción de automotores. Todo ello, elevan la presencia de suicidios y lesiones de todo tipo.

- *Rezago por acceso inefectivo a los servicios de salud.*

Las condiciones macroeconómicas mencionadas anteriormente provocan que la economía formal no proporcione empleos a ciudadanos, y que con ello tengan acceso a los sistemas de seguridad social al ser afiliados, principalmente al Instituto Mexicano del Seguro Social. O bien, al ser empleados como funcionarios, y que al ser servidores públicos puedan ser afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Esta situación, condiciona que exista un mayor número de ciudadanos que carece de la seguridad social y tenga que recurrir a los servicios proporcionado por las instituciones que atienden a este tipo de población, con ello, aumenta la demanda de los servicios sin que se haya incrementado la cobertura de recursos en personal, insumos e infraestructura en las instituciones vacacionadas para su atención.

La dispersión de la población que vive en el medio rural, en localidades menores de 15,000 habitantes y que no cuentan con vías de comunicación en buen estado propicia la dificultad en el traslado a poblados en donde se ubican los centros de salud. A lo que se suma la inexistencia de unidades de salud en

comunidades mucho más pequeñas, donde por su número de habitantes/km² hacen inviable y costosa la construcción de unidades de salud por pequeñas que sean, además de la negativa de los médicos, sean empleados o pasantes en servicio social, para cubrir esas plazas por razones de inseguridad y falta de comodidades sociales.

- *Baja calidad en la prestación de servicios de salud a las personas*

Los estilos de vida poco saludables arraigados a las costumbres entre la población, así como la apuesta de requerir servicios de atención curativa para preservar su salud, sumado a la persistencia en su percepción de acudir al médico para curar sus enfermedades propician una pobre respuesta hacia la prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Lo que conlleva a una mayor demanda de servicios de atención curativa, tanto en atención ambulatoria como hospitalaria y de urgencias, ocasionando prologados tiempos de espera y el diferimiento en las citas para recibir la atención requerida. Se suman a este escenario, los ineficientes sistemas de abastecimiento de medicamentos y otros insumos necesarios para la atención, como también, la existencia de equipamiento obsoleto e insuficiente por haber rebasado su vida útil al igual que la antigua infraestructura inmobiliaria de las unidades, como también el trato inadecuado a los usuarios por parte del personal, complementan la baja calidad en la prestación de servicios de atención a la salud a las personas.

- *Insuficiente inversión en capital humano*

Existe un crecimiento desigual entre la demanda de atención por parte de la población y las plantillas insuficientes de personal para dar respuesta a dicha demanda. Derivada de esta situación, la atención brindada a los pacientes en los servicios ambulatorios y hospitalarios, se torna insegura, provocando infecciones hospitalarias. En tanto que las condiciones inmobiliarias de los antiguos edificios y la falta de adecuaciones estructurales, propician que se conviertan en riesgos para la seguridad del paciente, provocando caídas y accidentes.

Por otra parte, se cuenta con un programa de capacitación continua sobre la operación de los programas que se brindan, pero que resulta incompleto e insuficiente debido a la gran variedad de temas de salud que tienen que manejarse y para la capacitación para los trabajadores con temas relacionados al tema de seguridad.

Además, debido a la rotación del personal directivo, no siempre es posible que estos tengan un perfil completo en gestión administrativa, como puede observarse en los mandos medios que se encargan de regiones sanitarias, de hospitales y aun de oficina central, donde es muy bajo el porcentaje que cuenta

con perfiles académicos relacionados con la gestión y administración de servicios.

- *Disfuncional sistema de salud por fragmentación y segmentación*

La historia en la constitución del sistema de salud en nuestra nación, ha condicionado la conformación de un sistema fragmentado, representado por las distintas instituciones que prestan servicios de salud, con diferentes oferta de servicios, así tenemos a las instituciones que brindan servicios de atención médica con prestaciones de seguridad social, otras con sistemas de afiliación que prestan servicios de un abanico de opciones determinadas para la atención a la salud y finalmente aquellas que atienden a la población sin seguridad social bajo un criterio asistencialista. Es en este concepto que el sistema de salud es fragmentado, el cual es producto de la legislación vigente.

Sus propios marcos jurídicos se convierten en un obstáculo legal para la prestación compartida de servicios, resultando en una inefectiva coordinación en estrategias y acciones entre las distintas instituciones, bien sea al interior del mismo sector de salud o con otros sectores que intervienen en el proceso salud – enfermedad como parte de los determinantes de la salud.

Como una consecuencia, la inversión en infraestructura y en equipamiento en salud es fragmentada, pues cada institución al invertir en sus propias unidades, puede llegar a duplicar los mismos servicios y recursos materiales con otras instituciones, por la limitación de prestar servicios para poblaciones no afiliadas a sus sistemas.

La organización de los servicios, la percepción de la población vinculada a buscar siempre servicios especializados, así como el diferimiento en la atención tanto ambulatoria para la atención del control de padecimientos, la realización de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, con la atención hospitalaria propician que los usuarios busquen en distintas instituciones la atención por segmentos a su problema de salud, de esta forma, inician la atención de sus enfermedades en una institución para después recurrir a otra para completar el proceso de atención, duplicando e incrementando la duplicidad en los costos institucionales de los servicios.

Análisis de causalidades

Para los problemas descritos antes se hizo un análisis de sus probables causas más importantes, mismas que se consignan enseguida.

- *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 ineffectivo 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 trasmisibles
 - 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 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.

- *Insuficiente inversión en capital humano*
 - 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.
 - 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 en gestión de 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 ejercicio referido antes, también se identificaron los principales recursos y procesos, con los que cuenta la dependencia, y que se deberá procurar su correcto aprovechamiento para cumplir con la misión y visión.

- *Alineación de objetivos – programas presupuestarios – procesos de atención a los programas y planes de salud, tanto de nivel local como federal.*

La claridad en la definición de la misión, visión, funciones, atribuciones, de los procesos y de la organización de los servicios que desarrolla para la atención del fenómeno salud enfermedad se convierten en una fortaleza de la institución que se refleja en la capacidad técnica y experiencia de los equipos de trabajo, facilitando la consecución de sus objetivos.

- *Cobertura en infraestructura para la atención a la salud en el estado.*

La infraestructura de salud representada por sus unidades fijas y móviles permite la cobertura de atención en todos los municipios y regiones del estado.

En las cuales se ofrece un paquete mínimo de acciones esenciales de la salud pública, conforme a estándares de organismos internacionales relacionados con ésta. La cual pretende una atención básicamente preventiva y que posibilita el autocuidado por parte de la población para enfrentar y disminuir los riesgos sanitarios que la amenazan.

- *Universalidad de los servicios de salud.*

La conformación del Consejo Estatal de Salud se convierte en una oportunidad para avanzar mediante convenios y acuerdos hacia la integración funcional del sistema estatal en la entidad, evitando con ello las amenazas a la salud pública al sumar esfuerzos para su atención, tanto de enfermedades emergentes y re-emergentes, como de problemas que lesionan a nuestra sociedad por vulnerar a las partes más importantes de la misma.

- *Programas operativos estructurados y con claras reglas de operación.*

La existencia y el desarrollo de programas que involucran los tres niveles de gobierno y facilitan su coordinación, propician un mejor aprovechamiento de los recursos en salud, potenciando sus beneficios en favor de la población residente en el estado, son ejemplo de estos “Comunidades Saludables”, “Oportunidades”, “Red de Municipios por la Salud”, “Gastos catastróficos”, “Seguro Médico para una Nueva Generación”, “Acuerdo para el Fortalecimientos de las Acciones de Salud Pública”, entre otros, que con la contribución de recursos de todo tipo, incrementan la capacidad de atención y de respuesta del Organismo en favor de los jaliscienses.

Como colofón a estos tres puntos, en la tabla siguiente se presenta un resumen de los problemas más relevantes y sus causas probables.

Tabla. Resumen de los principales problemas relevantes y sus 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.
Elevada proporción de personas expuestas a riesgos sanitarios	Presencia de nuevas enfermedades y cambios en el comportamiento epidemiológico de otras.
	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 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.	
Insuficiente inversión en capital humano	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.
	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.

Objetivos institucionales y estrategias

Objetivos

En este capítulo se establecen los objetivos y estrategias del presente plan institucional, tendientes a concretar los compromisos que han sido establecidos en los programas sectoriales y transversales que se derivan del Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013-2033. Para propósitos del presente plan institucional, los objetivos se clasifican en dos tipos.

- **Objetivos Sustantivos.** Son aquellos que, dadas las obligaciones y atribuciones de la dependencia, se relacionan con la contribución que deberá realizar la dependencia para resolver problemas específicos que afectan de manera directa a la sociedad. Estos problemas sociales ya han sido identificados en los diferentes programas sectoriales que se derivan del PED 2013-2033, a los que se hizo referencia directa en el primer capítulo del presente plan.
- **Objetivos Adjetivos.** Son aquellos encaminados a mejorar la efectividad de la operación de <la dependencia>, y son la respuesta de la organización para atender los problemas descritos en el capítulo anterior.

Tabla. Objetivos de tipo sustantivo.

Relación de atribuciones con productos y servicios de la Dependencia		Plan Institucional	Programas PED 2013-2033		
Atribución	Producto o servicio que se entrega para cumplir con la atribución	Objetivo de tipo sustantivo	Estrategia	Objetivo	Programa
Organizar y operar servicios de salud a la población en materia de salubridad general	Los centros de salud operan los programas incluidos en la salubridad general.	Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad jalisciense.	Promover los estilos de vida saludable en la población, con énfasis en grupos vulnerables	Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud	Salud y seguridad social
Realizar acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud	Las unidades de los servicios de salud realizan acciones que garantizan el derecho a la protección de la salud.	Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud para la población sin seguridad social.	Fomentar acciones de prevención, tratamiento y control de la diabetes y otras enfermedades crónico – degenerativas.	Mejorar la salud y calidad de vida de las personas	

Relación de atribuciones con productos y servicios de la Dependencia		Plan Institucional	Programas PED 2013-2033			
Atribución	Producto o servicio que se entrega para cumplir con la atribución	Objetivo de tipo sustantivo	Estrategia	Objetivo	Programa	
Proponer y fortalecer la participación de la comunidad en los servicios de salud	Comunidades acreditadas como saludables.	Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad.	Mejorar el medio ambiente de las comunidades.	Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud	Salud y seguridad social	
Efectuar las acciones necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud	Centros de salud acreditados y hospitales certificados	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Mejorar la atención y la infraestructura hospitalaria especializada de primer contacto, segundo y tercer nivel.			
Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios en su materia.	Personas y familias afiliadas al sistema de protección social en salud.	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio.			Mejorar la salud y calidad de vida de las personas
Impulsar la capacitación a profesionales, especialistas, técnicos y auxiliares de las tres ramas de salud	Personal de salud de las tres ramas para la prestación de servicios capacitados.	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Calidad y atención al público. Igualdad de género			

Relación de atribuciones con productos y servicios de la Dependencia		Plan Institucional	Programas PED 2013-2033		
Atribución	Producto o servicio que se entrega para cumplir con la atribución	Objetivo de tipo sustantivo	Estrategia	Objetivo	Programa
Llevar a cabo actividades de investigación científica y docencia de pre y posgrado	Personal de pre – posgrado participan en programas de adiestramiento y capacitación.	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio. Calidad y atención al público.	Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud Mejorar la salud y calidad de vida de las personas	Salud y seguridad social
Integrar un acervo de información y documentación que facilite la investigación, estudio y análisis de los distintos ámbitos y aspectos específicos en la materia	Bibliohemeroteca con material específico en la materia actualizado.	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio. Calidad y atención al público.		
Administrar sus recursos según lo establecido en el Acuerdo de Coordinación	Unidades de salud operando los programas específicos de las materias bajo el modelo de atención vigente.	Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	Fortalecer el sistema de salud estatal y la cobertura universal del servicio. Calidad y atención al público. Igualdad de género.		

Tabla. Objetivos de tipo adjetivo.

Plan institucional		Programa sectorial de <i>Desarrollo Institucional y Gobierno Efectivo</i>	
Problema relevante	Objetivo de tipo adjetivo	Política transversal	Objetivo
Incremento en la incidencia de enfermedades en zonas con mayor densidad poblacional.	Promover un modelo de atención con enfoque preventivo.	Calidad y atención al público	Mejorar la percepción ciudadana sobre el quehacer del Gobierno
Elevada proporción de personas expuestas a riesgos sanitarios.	Incrementar la participación social en las prácticas saludables.		
Rezago por acceso infectivo a los servicios de salud	Aumentar la cobertura de servicios de salud.		
Baja calidad en la prestación de servicios de salud	Reducir los prolongados tiempos de espera en los servicios ambulatorios y hospitalarios.		
	Mejorar el abastecimiento suficiente y oportuno de insumos para la salud.		
	Fortalecer el equipamiento necesario y suficiente para el funcionamiento de las unidades de salud.		
Insuficiente inversión en capital humano.	Fortalecer la capacitación continua de los prestadores de servicios en sus tres ramas administrativas de la salud.	Capacitación	
	Fortalecer el perfil de gestión administrativa en el personal directivo.		

Plan institucional		Programa sectorial de <i>Desarrollo Institucional y Gobierno Efectivo</i>	
Disfuncional sistema de salud por fragmentación y segmentación	Fortalecer la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado.	Calidad y atención al público. Gobierno electrónico. Transparencia y rendición de cuentas.	Incrementar la coordinación entre diferentes órdenes de Gobierno
	Incrementar la coordinación de las estrategias y acciones federales, estatales y locales en servicios de salud.		
	Organizar los servicios de salud en función de la condición laboral y socioeconómica de los jaliscienses.		

Estrategias

Tabla. Estrategias para objetivos de tipo sustantivo.

Plan institucional	
Objetivo	Estrategias
1. Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud.	<p>1.1. Promover los estilos de vida saludable en la población, con énfasis en grupos vulnerables.</p> <p>1.2. Impulsar los hábitos nutricionales del Buen Comer y el Buen Beber.</p> <p>1.3 Apoyar la inclusión de educación física obligatoria y educación nutricional en programas escolares.</p> <p>1.4. Extender la cobertura de acciones esenciales de la salud mediante unidades móviles y jornadas médicas a las comunidades.</p> <p>1.5. Contribuir a reducir los factores de riesgo de enfermedades mediante la participación municipal, social y ciudadana en salud.</p> <p>1.6. Promover los ejercicios para la salud y deportivos de la familia con énfasis en la población entre 20 y 69 años.</p> <p>1.7. Incrementar la orientación y uso de los servicios contra la violencia familiar y de género.</p> <p>1.8. Promover la salud escolar y comunitaria.</p> <p>1.9. Fortalecer la atención de la salud preventiva a migrantes y etnias.</p>

Plan institucional	
Objetivo	Estrategias
2. Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad.	<p>2.1. Disminuir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.</p> <p>2.2. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.</p> <p>2.3. Atender las urgencias epidemiológicas y desastres.</p> <p>2.4. Reducir y controlar las enfermedades por vectores y zoonosis.</p> <p>2.5. Controlar las enfermedades prevenibles por vacunación.</p> <p>2.6. Reducir y controlar las infecciones respiratorias agudas.</p> <p>2.7. Reducir y controlar las enfermedades diarreicas agudas.</p> <p>2.8. Impulsar la vigilancia nutricional en los menores de 5 años.</p> <p>2.9. Contener la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.</p> <p>2.10. Atender y prevenir el problema de las adicciones.</p> <p>2.11. Prevenir y controlar la epidemia del VIH y otras ITS.</p> <p>2.12. Promover estilos de vida a favor de la salud mental.</p> <p>2.13. Desacelerar la violencia intrafamiliar.</p> <p>2.14. Impulsar el acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida, con énfasis en los adultos mayores.</p>

Plan institucional	
Objetivo	Estrategias
3. Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	<p>3.1. Reducir y controlar las enfermedades no trasmisibles.</p> <p>3.2. Reducir y controlar los tumores malignos, en particular los que afectan a la mujer.</p> <p>3.3 Mejorar los servicios de atención de salud mental y su infraestructura.</p> <p>3.4. Reducir y controlar la morbilidad y mortalidad infantil y en los menores de cinco años, en particular en comunidades marginadas.</p> <p>3.5. Fortalecer la atención a la salud de comunidades rurales y marginadas.</p> <p>3.6. Mejorar la atención integral en salud para las adultas y adultos mayores.</p> <p>3.7. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.</p> <p>3.8. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas, en especial la insuficiencia renal crónica.</p>

Plan institucional	
Objetivo	Estrategias
4. Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	<p>4.1. Impulsar una iniciativa de reforma de la legislación de los sistemas de salud</p> <p>4.2. Organizar los servicios de salud en función de un modelo universal de atención a la salud de los jaliscienses</p> <p>4.3. Contribuir a mejorar la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado</p> <p>4.4. Fortalecer la infraestructura del sistema de salud estatal y la cobertura universal de los servicios.</p> <p>4.5. Mejorar la atención y la infraestructura hospitalaria especializada.</p> <p>4.6. Impulsar la implementación del expediente clínico electrónico, con énfasis en el intercambio de servicio.</p> <p>4.7. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos.</p> <p>4.8. Asegurar el abasto eficiente y oportuno de medicamentos del cuadro básico.</p> <p>4.9. Estandarizar el intercambio de servicios de salud para la atención de la salud en la población.</p> <p>4.10. Promover el intercambio de servicios para la atención de la salud en la población.</p> <p>4.11. Fortalecer el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud</p> <p>4.12. Impulsar a la bioética como política de gestión y desarrollo</p> <p>4.13. Reducir el rezago en la afiliación de usuarios a los sistemas de seguridad y protección sociales en salud</p> <p>4.14. Promover el uso del padrón general de salud</p> <p>4.15. Impulsar la infraestructura en materia de tecnologías de la información y de comunicaciones.</p> <p>4.16 Fortalecer el sistema de evaluación del desempeño.</p> <p>4.17. Generar información pública para la transparencia y rendición de cuentas.</p> <p>4.18 Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico.</p>

Tabla. Estrategias para objetivos de tipo adjetivo.

Plan institucional	
Objetivo	Estrategias
1. Inversión en la capacitación de los prestadores de servicio a favor de la calidad en la atención.	<p>1.1. Impulsar el desarrollo integral y continuo de los recursos humanos acorde a las necesidades y demandas de atención a la salud.</p> <p>1.2. Impulsar la investigación en servicios de salud y salud pública</p> <p>1.3. Impulsar el Centro Estatal de Información en Salud y las bibliohemerotecas</p> <p>1.4. Fortalecer la infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud.</p> <p>1.5.. Mejorar el desempeño con calidad en los servicios de las unidades del sistema sanitario estatal.</p> <p>1.6.. Incrementar la seguridad en la atención de los usuarios de los servicios sanitarios estatales.</p>

Plan institucional	
Objetivo	Estrategias
2. Contribuir en el impulso de la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	<p>2.1. Organizar los servicios de salud en función de un modelo universal de atención a la salud de los jaliscienses.</p> <p>2.2. Contribuir a mejorar la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado.</p> <p>2.3. Fortalecer la infraestructura del sistema de salud estatal y la cobertura universal de los servicios.</p> <p>2.4. Mejorar la atención y la infraestructura hospitalaria especializada.</p> <p>2.5. Impulsar la implementación del expediente clínico electrónico, con énfasis en el intercambio de servicio.</p> <p>2.6. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos.</p> <p>2.7. Asegurar el abasto eficiente y oportuno de medicamentos del cuadro básico.</p> <p>2.8. Estandarizar el intercambio de servicios de salud para la atención de la salud en la población.</p> <p>2.9. Promover el intercambio de servicios para la atención de la salud en la población.</p> <p>2.10. Fortalecer el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud</p> <p>2.11. Impulsar a la bioética como política de gestión y desarrollo</p> <p>2.12. Reducir el rezago en la afiliación de usuarios a los sistemas de seguridad y protección sociales en salud</p>

Mecanismos para la instrumentación, seguimiento y evaluación

En este capítulo se establecen los indicadores y las metas que permitirán monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos del presente plan institucional. Primero se describen los detalles de cada indicador, y luego se establecen las metas correspondientes, que tienen como base el año 2013.

Indicadores de desempeño

Tabla. Relación de indicadores para los objetivos de tipo sustantivo.

Objetivo	Nombre del indicador
Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud.	Razón de mortalidad materna
Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad.	Incidencia de VIH en las personas de entre 15 y 24 años de edad
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Tasa de mortalidad por cáncer de mama
Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud

Tabla. Relación de indicadores para los objetivos de tipo adjetivo.

Objetivo	Nombre del indicador
Inversión en la capacitación de los prestadores de servicio a favor de la calidad en la atención.	Índice de trato digno en primer nivel de atención.
Contribuir en el impulso de la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	Índice de trato digno en segundo nivel de atención

Tabla. Descripción de los indicadores de desempeño de tipo sustantivo.

Nombre del indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Unidad de medida	Fuente de información	Frecuencia de actualización
Razón de mortalidad materna	Es el número de muertes de mujeres durante el proceso de embarazo, atención del parto o el periodo posterior a éste.	Número de muertes maternas / Nacimientos esperados * 100 000	Razón (defunciones maternas por cien mil esperados)	SEED = Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones SINAC = Sistema de Registro de Nacimientos	Anual
Incidencia de VIH en las personas de entre 15 y 24 años de edad	Número de personas de entre 15 y 24 años de edad con VIH	Número de personas con VIH de entre 15 y 29 años de edad	Casos	COESIDA	Anual
Tasa de mortalidad por cáncer de mama	Número de defunciones por cáncer de mama en mujeres por cada cien mil mujeres.	Número de defunciones por cáncer de mama en mujeres / Total de mujeres residentes en Jalisco * 100 000	Tasa por cien mil habitantes	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud. www.dge.salud.gob.mx/boletinepidemiologico.html	Anual
Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud	Es el cociente de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en relación al total de población	Número de personas con carencia por acceso a los servicios de salud / Población total del estado de Jalisco * 100	Porcentaje	INEGI	Quinquenal

Tabla. Descripción de los indicadores de desempeño de tipo adjetivo.

Nombre del indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Unidad de medida	Fuente de información	Frecuencia de actualización
Índice de trato digno en primer nivel	Es un indicador compuesto que mide la satisfacción por la calidad de la atención en cuatro dominios. (Oportunidad de la atención, Información proporcionada por el médico, Surtimiento de medicamentos y por el trato recibido.)	Índice de Si Calidad	Índice	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) Su http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php	Anual
Índice de trato digno en segundo nivel	Es un indicador compuesto que mide la atención médica efectiva en segundo nivel en tres dominios. (Diferimiento quirúrgico en cirugía general, Tasa de Cesáreas, Tasa de infecciones nosocomiales)	Índice de Si Calidad	Índice	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) Su http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php	Anual

Metas

Tabla. Metas para los indicadores de los objetivos de tipo sustantivo.

Objetivo	Indicador	Línea base (2013)	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018
Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud.	Razón de mortalidad materna	33.66	26.12	25.88	25.12	24.88
Reducir y controlar los factores de riesgo para la salud con enfoque preventivo a la comunidad.	Incidencia de VIH en las personas de entre 15 y 24 años de edad	690	690	689	688	687
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona.	Tasa de mortalidad por cáncer de mama	12.85	12.74	12.53	12.32	12.11
Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud	6.0	4.5	4.2	3.9	3.5

Tabla. Metas para los indicadores de los objetivos de tipo adjetivo.

Objetivo	Indicador	Línea base (2013)	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018
Inversión en la capacitación de los prestadores de servicio a favor de la calidad en la atención	Índice de trato digno en primer nivel de atención.	95.8	95.5	95.5	95.5	95.5
Contribuir en el impulso de la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud	Índice de Atención Médica Efectiva en Segundo Nivel	90.4	92.5	93.0	93.5	94.0

Proyectos y Acciones de mejoramiento del desempeño

A continuación se da una breve descripción de los principales proyectos y acciones que se ejecutarán para cumplir con los objetivos del presente plan institucional.

Tabla. Cartera de proyectos y acciones para los objetivos de tipo sustantivo.

Objetivo	Proyectos y Acciones de mejoramiento	Periodo de ejecución				
		2014	2015	2016	2017	2018
Ampliar el acceso efectivo a los servicios de salud.	Promoción de los estilos de vida saludable en la población con énfasis en grupos vulnerables.	X	X	X	X	X
	Impulso a los hábitos nutricionales del Buen Comer y el Buen Beber.	X	X	X	X	X
	Apoyo para la inclusión de educación física obligatoria y l educación nutricional en programas escolares.	X	X	X	X	X
	Extensión de la cobertura con acciones esenciales de la salud mediante unidades móviles y jornadas médicas a las comunidades.	X	X	X	X	X
	Contribución para la reducción de los factores de riesgo de enfermedades mediante la participación municipal, social y ciudadana en salud.	X	X	X	X	X
	Promoción de los ejercicios para la salud y deportivos de la familia con énfasis en la población entre 20 y 69 años.	X	X	X	X	X
	Orientación y uso de los servicios contra la violencia familiar y de género.	X	X	X	X	X
	Promoción de la salud escolar y comunitaria.	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento de la atención de la salud preventiva a migrantes y etnias.	X	X	X	X	X
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	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica	X	X	X	X	X
	Atención de las urgencias epidemiológicas y desastres	X	X	X	X	X
	Atención y control de las enfermedades producidas por vectores y zoonosis.	X	X	X	X	X
	Control de las enfermedades prevenibles por vacunación.	X	X	X	X	X
	Atención y control de las infecciones respiratorias agudas	X	X	X	X	X
	Atención y control de las enfermedades diarreicas agudas	X	X	X	X	X
Vigilancia nutricional en los menores de 5 años	X	X	X	X	X	

Objetivo	Proyectos y Acciones de mejoramiento	Periodo de ejecución				
		2014	2015	2016	2017	2018
	Vigilancia y control de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.	X	X	X	X	X
	Atención y prevención del problema de las adicciones.	X	X	X	X	X
	Atención y control de la epidemia del VIH y otras ITS.	X	X	X	X	X
	Promoción de estilos de vida a favor de la salud mental.	X	X	X	X	X
	Desacelerar la violencia intrafamiliar.	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento del acceso a mejores oportunidades para incrementar la calidad de vida, con énfasis en los adultos mayores.	X	X	X	X	X
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la persona	Atención y control de las enfermedades no trasmisibles.	X	X	X	X	X
	Atención y control de los tumores malignos, en particular los que afectan a la mujer.	X	X	X	X	X
	Mejoramiento de los servicios de atención de salud mental y su infraestructura.	X	X	X	X	X
	Atención y control de la morbilidad y mortalidad infantil y en los menores de cinco años, en particular en comunidades marginadas.	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento de la atención a la salud en comunidades rurales y marginadas.	X	X	X	X	X
	Promoción de la atención integral en salud para las adultas y adultos mayores.	X	X	X	X	X
	Promoción de la atención integral en salud para las personas con discapacidad.	X	X	X	X	X
	Impulso a las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas, en especial la insuficiencia renal crónica	X	X	X	X	X
Impulsar la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	Organización de los servicios de salud en función de un modelo universal de atención a la salud de los jaliscienses	X	X	X	X	X
	Contribución a mejorar la coordinación de las autoridades intra e inter sectoriales en el Gobierno del Estado	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento de la infraestructura del sistema de salud estatal y la cobertura universal de los servicios.	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento de la atención y la infraestructura hospitalaria especializada.	X	X	X	X	X

Tabla. Cartera de proyectos y acciones para los objetivos de tipo adjetivo.

Objetivo	Proyectos y Acciones de mejoramiento	Periodo de ejecución				
		2014	2015	2016	2017	2018
Inversión en la capacitación de los prestadores de servicio a favor de la calidad en la atención.	Fortalecimiento de la infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud.	X	X	X	X	X
	Promoción de la seguridad en la atención de los usuarios de los servicios sanitarios estatales.	X	X	X	X	X
	Desempeño con calidad en los servicios de las unidades del sistema sanitario estatal.	X	X	X	X	X
	Impulso a la bioética como política de gestión y desarrollo	X	X	X	X	X
	Desarrollo integral y continuo de los recursos humanos acorde a las necesidades y demandas de atención a la salud.	X	X	X	X	X
	Apoyo a la investigación en servicios de salud y salud pública	X	X	X	X	X
	Impulso al Centro Estatal de Información en Salud y las bibliohemerotecas	X	X	X	X	X
Contribuir en el impulso de la integración funcional hacia la universalidad de los servicios de salud.	Fomento del gasto eficiente en medicamentos e insumos.	X	X	X	X	X
	Abasto eficiente y oportuno de medicamentos del cuadro básico.	X	X	X	X	X
	Estandarizar el intercambio de servicios de salud para la atención de la salud en la población.	X	X	X	X	X
	Promoción del intercambio de servicios para la atención de la salud en la población.	X	X	X	X	X
	Promoción del uso del padrón general de salud	X	X	X	X	X
	Apoyo a la infraestructura en materia de tecnologías de la información y de comunicaciones.	X	X	X	X	X
	Fortalecimiento del sistema de evaluación del desempeño.	X	X	X	X	X
Generación de la información pública para la transparencia y rendición de cuentas.	X	X	X	X	X	

Anexos

Relación de programas sectoriales y transversales por dimensión del desarrollo del Plan Estatal de Desarrollo Jalisco 2013-2033.

Dimensión	Coordinadora de Sector	Número de programa	Programa sectorial (PS)
Entorno y vida sustentable	SEMADET	1	Medio ambiente
	SEMADET	2	Desarrollo territorial y urbano
	CEAJ	3	Agua y reservas hidrológicas
	Movilidad	4	Movilidad sustentable
	SEMADET	A	Gobernanza ambiental
Economía próspera e incluyente	STyPS	5	Empleo
	SEDECO	6	Desarrollo Económico y competitividad
	SEDER	7	Desarrollo rural sustentable
	SIyOP	8	Infraestructura y obra pública
	Turismo	9	Turismo
	SICyT	10	Innovación, ciencia y tecnología
Equidad de oportunidades	SEDIS	11	Desarrollo e integración social
	SSJ	12	Salud
	SEJ	13	Educación
	SEMADET	14	Vivienda
Comunidad y calidad de vida	Cultura	15	Cultura
	CODE	16	Deporte
	DIF Jalisco	17	Hogar y cohesión comunitaria
Garantía de derechos y libertad	FGE	18	Seguridad ciudadana
	SGG	19	Derechos humanos
	UEPCB	20	Protección civil
	IJM	B	Igualdad de género
Instituciones confiables y efectivas	SGG	21	Desarrollo democrático
	SEPAF	22	Desarrollo institucional y gobierno efectivo
Transversales			

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 Secretaria 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://coepeo.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)
- SSJ (2014): Programa Sectorial de Salud. Secretaría de Salud Jalisco (2014) en proceso de impresión.

Directorio

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud
y Director General del OPD – Servicios de Salud Jalisco

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales
Director General de Planeación

Lic. Alberto Ponce García
Director de Programación y Evaluación

Lic. Gabriel Baltazar Guerrero
Jefe de Departamento de Programación y Presupuesto

Dra. Emma Lizett Delgadillo Mendoza
Jefa de Departamento de Evaluación Integral

Lic. María del Pilar Ruiz Gaytán López
Jefa de Departamento de Estadística

Lic. Arnoldo Jiménez de Lara Magaña
Director de Informática

Dr. Héctor Ramírez Cordero
Director General de Salud Pública

Dr. Héctor Ramírez Cordero
Encargado de la
Dirección de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. José Raúl Alonso García
Director de Participación Social

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Director de Desarrollo Institucional

Dr. Eduardo Covarrubias Iñiguez
Director General de Regiones Sanitaria y Hospitales

Dr. Rigoberto Astorga del Toro
Director de Regulación de la Atención Médica

Dr. Mario Martín Orozco
Director de Supervisión y Asesoría

Lic. Miguel Ángel Leyva Luna
Director General Administrativo

Lic. Bernardo Arzate Rábago
Director de Recursos Materiales

Lic. Edgar Rojas Maldonado
Director de Recursos Humanos

Mtro Gerardo Alvarado González
Director de Recursos Financieros

Dr. Antonio Cruces Mada
Director General del Régimen Estatal de Protección en Salud

Dr. Carlos Eliseo Carvajal Cabeza de Vaca
Director de Afiliación y Aseguramiento

Dr. Dagoberto García Mejía
Director de Gestión Médica

Lic. José Antonio Amaya Santamaría
Director de Financiamiento

Mtra. Mayda Meléndrez Díaz
Director de Contraloría Interna

Dr. Ricardo Loreto Hernández Rivera
Director de Descentralización y Proyectos Estratégicos

Abog. Fernando Letipichia Torres
Director de Asuntos Jurídicos

Mtra. Claudia Patricia Trigo González
Directora de Difusión y Diseño
(Comunicación Social)

Agob. Margarita Gaspar Cabrera
Titular de la Unidad de Transparencia

Coordinación y Compilación

Jesús Jaramillo Rodríguez, MCP, MSP



Plan Institucional

OPD – Servicios de Salud Jalisco