



Salud

Programa Sectorial
Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015



**Nuevo
León
Unido**

Gobierno para Todos



INDICE

Tema	Página
Introducción	4
I.- Diagnóstico Sectorial	6
1 Condiciones de Salud en el Estado	6
a. Demografía	6
b. Riesgos para la Salud	8
c. Infraestructura de Servicios de Salud en el Estado	11
2 Promoción, Prevención y Control de Enfermedades	13
A. Promoción de la Salud	13
B. Programas de Salud de la Infancia y de la Adolescencia	14
a. Vacunación	14
b. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	17
c. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	17
C. Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles	18
a. Influenza	18
b. Cólera	19
c. Dengue	20
d. Paludismo y Virus del Nilo	20
e. Rabia	21
f. Brucelosis	21
g. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA	22
h. Tuberculosis (TB)	25
i. Lepra	26
D. Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles	27
a. Sobrepeso y Obesidad	28
b. Diabetes	29
c. Hipertensión Arterial	30
d. Adulto Mayor	31
E. Salud de la Mujer y del Recién Nacido	31
a. Cáncer Cérvico Uterino	31
b. Cáncer de Mama	33
c. Planificación Familiar	34
d. Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente	36
e. Climaterio y Menopausia	37
f. Arranque Parejo en la Vida (APV) - Salud Materna	38
g. Tamiz Neonatal	39
F. Salud Mental, Adicciones y Violencia	40
G. Otros Programas	44
a. Vigilancia Epidemiológica	44
b. Accidentes	44
c. Trasplantes	44
d. Salud Bucodental	45
e. Enfermería	46
f. Enseñanza e Investigación	47
g. Arbitraje Médico	48

H. Caminando a la Excelencia	49
3 Protección Contra Riesgos Sanitarios	50
4 Prestación de Servicios de Salud	52
a. Acceso a los Servicios de Salud para la Población no Derechohabiente	52
b. Servicios de Salud con Calidad y Seguridad	54
c. Prestaciones Médicas y Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTELEON)	56
5 Eficiencia Administrativa	56
II.- Visión	59
III.- Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	60
IV.- Indicadores y Análisis de Escenarios	78

Introducción

El desarrollo social, cultural y económico constituye para cualquier nación, los factores determinantes en la calidad de vida de los individuos que la integran y de su sociedad. Por ello es prioridad del Gobierno del Estado de Nuevo León, mejorar las condiciones generales de salud de su población. Pues así mismo lo establece el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos al reafirmar como garantía para todos los individuos que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley, definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

El Programa Estatal de Salud presenta la visión de lo que se pretende alcanzar en términos de salud para el periodo 2010-2015. En la primera parte, se realiza un diagnóstico de la situación que prevalece en el Estado, considerando los riesgos a la salud mostrados a través de la morbilidad y mortalidad que afectan a la población, información relevante que permite distinguir entre la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes, enfermedades transmisibles y otras como las afecciones originadas en el período perinatal, los trastornos nutricionales generados por los elevados niveles de obesidad y los padecimientos relacionados con problemas mentales y de adicciones, además de otros factores condicionantes que afectan la salud y la infraestructura disponible.

Este programa es el producto de un esfuerzo conjunto, que integra profesionalmente las propuestas recopiladas mediante la Consulta Ciudadana y de Expertos de la Salud, en donde se propició la participación de los trabajadores del sector, miembros de instituciones académicas, organizaciones profesionales y de la sociedad civil, así como de la ciudadanía en general. En dicha consulta se pidió a los participantes señalar los problemas que prevalecen en el Estado, las formas en que estos pueden ser resueltos, o en su caso, identificar, las áreas de oportunidad para mejorar el nivel de salud de la población

Este ejercicio sectorial y plural permitió la identificación de prioridades y la definición de cuatro ejes fundamentales para el Programa Sectorial de Salud 2010-2015, y que son:

1. Fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.
2. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios.
3. Consolidar el acceso a la atención médica y brindar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad.
4. Propiciar una mayor transparencia y eficiencia administrativa.

Dentro del marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y el Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015, con una visión prospectiva, se diseñó el Programa Sectorial de Salud; que establece como objetivo general y tarea primordial, el ofrecer servicios de salud a la población con calidad, calidez y seguridad; promoviendo la prevención y el control de enfermedades, así como de los riesgos sanitarios. Definiendo para su consecución, objetivos específicos trazados a partir de estrategias y líneas de acción precisas que a su vez, deriven en compromisos y metas claras, medibles a través de indicadores que certifiquen un cambio efectivo en las condiciones de salud de la población del Estado.

Con el compromiso y el trabajo de todos se avanzará en la edificación de un sistema de salud sólido, moderno, eficiente y sobre todo justo, que permita a Nuevo León alcanzar en materia de salud, la gran visión de ser reconocido como un Estado líder en la República Mexicana y América Latina, alcanzando un alto nivel de salud de la población, incrementando la Esperanza de Vida de los Nuevoleoneses y abatiendo la morbilidad y mortalidad a través del desarrollo de programas para la salud, el reforzamiento de la Cobertura Universal para el acceso a los servicios de salud y la aplicación de tecnologías médicas avanzadas.

I. Diagnóstico Sectorial

1. Condiciones de Salud en el Estado

a. Demografía

De acuerdo con proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2008 el Estado ocupó el octavo lugar por cantidad de habitantes en el país, con una población total de 4 millones 393 mil 95 habitantes de los cuales el 49.7 por ciento eran mujeres y el 50.3 por ciento hombres. La tasa total de crecimiento poblacional para este año fue de 1.30 por ciento y se espera la cantidad de 4 millones 502 mil 35 habitantes para el Censo de Población 2010.

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS (2008)

Indicador	
Población total	4,393,095
Hombres	2,210,593
Mujeres	2,182,502
Tasa de crecimiento	1.30 %
Esperanza de vida al nacer (años) total	75.4
Hombres	73.0
Mujeres	77.8
Tasa global de fecundidad (Hijos nacidos vivos por mujer)	2.0
Tasa de natalidad*	17.4
Tasa de mortalidad*	4.7
Tasa de mortalidad infantil**	11.3

* Tasa por 1,000 habitantes

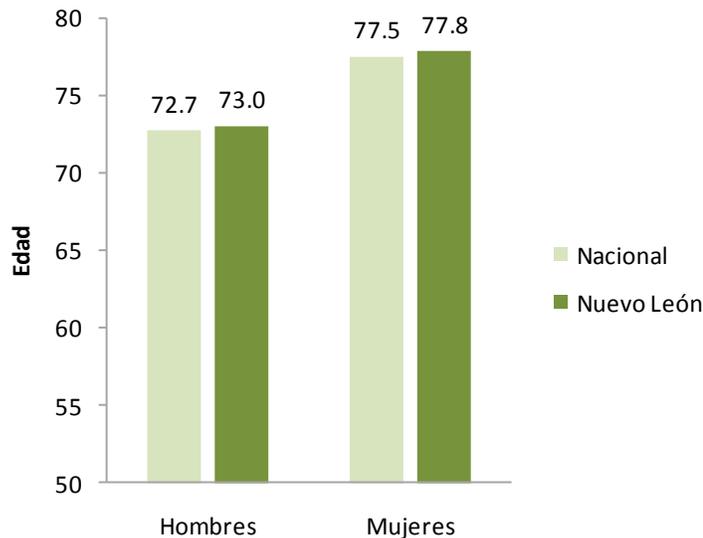
** Tasa por 1,000 Nacidos Vivos Registrados

Fuente: Proyecciones de la población de México 2005-2050,
Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva,
CONAPO

Figura 1

En las últimas décadas se ha registrado un aumento en la esperanza de vida del Estado con un promedio de 75.4 años en el 2008 para la población en general (73.0 años en hombres y 77.8 años en las mujeres (Figura 2)), ubicando a Nuevo León por encima de la media nacional que es de 75.1 años.

ESPERANZA DE VIDA EN 2008

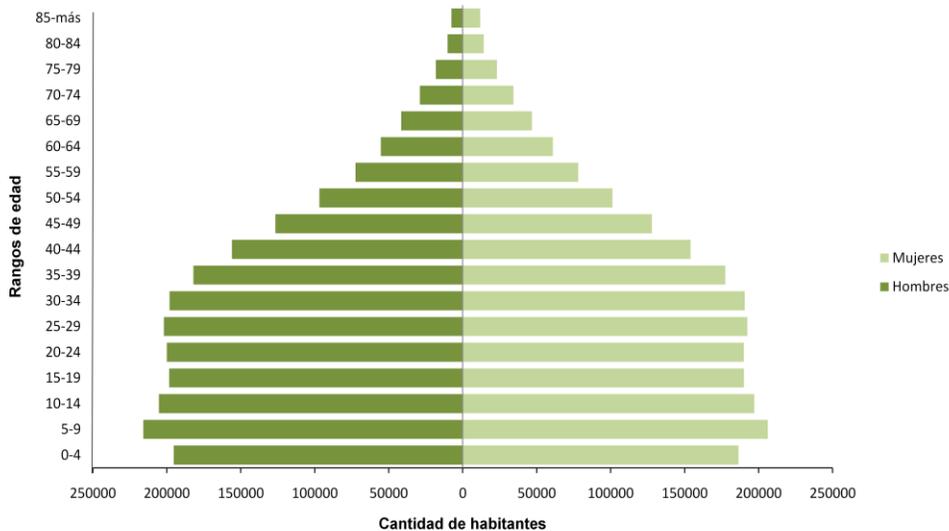


Fuente: Proyecciones de la población México 2005-2050. Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva CONAPO

Figura 2

El Estado cuenta con una población relativamente joven destacando el hecho de que el 54.1 por ciento es menor de 30 años de edad (Figura 3). La pirámide poblacional muestra que tanto en los hombres como en las mujeres existe una mayor concentración en las personas de 0 a 29 años y solamente el 8 por ciento lo ocupan los individuos de 60 o más años, respectivamente. Lo anterior representa un reto importante pues la transición demográfica incidirá directamente en la estructura de la población, específicamente en el grupo de 60 años y más que demandarán servicios de salud especializados, con un alto costo para el Estado.

PIRAMIDE POBLACIONAL NUEVO LEÓN 2008



Fuente: Proyecciones de la población México 2005-2050, Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva

Figura 3

En cuanto a las características de la población por condición de derechohabiencia, según cifras oficiales del año 2008 el Estado contaba con 1 millón 392 mil 648 habitantes sin afiliación a algún sistema de seguridad social, lo cual representa un reto para el Gobierno del Estado, ya que es prioritario incluirlos en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular (Figura 4). Actualmente este programa cuenta con 587 mil 186 personas afiliadas, el 56 por ciento del universo a afiliar, la meta para 2011 es el 44 por ciento restante.

POBLACIÓN POR CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD (2008)

Condición de derechohabiencia	Total	%	Hombres	Mujeres
Total	4,393,095	100.00	2,210,593	2,182,502
Sin derechohabiencia	1,392,648	31.70	700,777	691,871
Derechohabiente	3,000,447	68.30	1,509,816	1,490,631
En el IMSS	2,748,276	91.60	1,382,925	1,365,351
En el ISSSTE	151,562	5.05	76,265	75,296
SEDENA	8,347	0.28	4,200	4,147
En otra institución	92,262	3.07	46,426	45,836

Fuente: Proyecciones de la población de México 2005-2050, Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva, CONAPO
 Nota: Incluye 1,041,260 habitantes potenciales del seguro popular

Figura 4

b. Riesgos para la Salud

Nuevo León, caracterizado por ser un Estado urbano y de grandes industrias, se distingue por tener una esperanza de vida mayor que otras entidades federativas. Sin embargo, es bien conocido que la transición epidemiológica resalta las enfermedades crónico degenerativas o no transmisibles como los principales daños a la salud en la población, además de las lesiones (Figura 5). Con el impulso a la investigación científica, los adelantos tecnológicos y los esfuerzos por educar a la sociedad en materia sanitaria, las enfermedades infecto-contagiosas decrecen de los primeros lugares en las listas de morbilidad y mortalidad.

Los cambios epidemiológicos que se han presentado en el país, son parte de un ciclo entre el comportamiento demográfico y económico que influye en el estilo de vida social y personal. Siendo que la economía es un factor importante en la vida laboral de un Estado como lo es Nuevo León, el ciudadano se ve en la necesidad de desplazar el descanso, la recreación y la alimentación por recesos apresurados con consumos hipercalóricos, procesados y de baja calidad nutricional, direccionando a las complicaciones del sobrepeso y la obesidad como principales causas de discapacidad y mortalidad.

Los alimentos con alto contenido de colesterol, sodio y carbohidratos refinados, se han convertido en la primera opción de búsqueda de saciedad para el mexicano. La cronicidad de este consumo inadecuado provoca manifestaciones que disminuyen la calidad y la esperanza de vida poblacional con enfermedades que afectan al corazón, vasos sanguíneos, cerebro,

equilibrio hormonal, procesos celulares y moleculares principalmente. Es por esto que las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y la diabetes mellitus, han encabezado las listas de mortalidad en los últimos años. Las primeras, incrementaron su tasa de 84.7 a 96.8 (14.3%) del año 2000 a 2008; en los tumores, subió de 66.2 a 67.7 (2.3%), sobresalen el cáncer de mama y el cérvico uterino en la mujer, así como el de próstata en los hombres; la diabetes mellitus como tercera causa con 41.4 para el 2000 y 64.3 para 2008, lo que representó un aumento significativo de 55.3 por ciento; y las enfermedades cerebrovasculares, en cuarto lugar con una tasa de 28.1 en 2008, siguen siendo parte de las principales amenazas de un estilo de vida no saludable y el proceso de envejecimiento en la estructura de población que se observa actualmente.

Por otro lado, los accidentes de tráfico de vehículos de motor han oscilado entre la cuarta y la quinta causa en el período estudiado. El inmoderado consumo de alcohol y el exceso de velocidad, son factores que establecen las principales estrategias de prevención para los accidentes vehiculares con víctimas mortales.

Las enfermedades hepáticas y las pulmonares obstructivas crónicas recaen en las adicciones al alcohol y al tabaco respectivamente, además del creciente número de ambientes laborales contaminados influyendo en los padecimientos respiratorios. La primera, ha permanecido en la sexta posición de causas de mortalidad en el 2000 y 2008 se ubicaron con una tasa de 19.2 y 20.3 (5.7%) respectivamente; los padecimientos pulmonares se situaron en el 2000 en la séptima posición con una tasa de 13.2, sin embargo en 2008 fueron superados por la influenza y neumonía. Es importante mencionar este último grupo de enfermedades agudas e infecto-contagiosas, que con una tasa de 11.8 en el 2000, pasó al séptimo lugar en 2008 con una tasa de 15.8 (33.9%), lo que representa un riesgo importante para la población y la necesidad de reforzar las medidas sanitarias.

Con una reducción de 13.1 a 9.7 (-25.9%) del año 2000 a 2008, las afecciones originadas en el período perinatal pasan del octavo al noveno lugar, resultado de las intensas campañas de los programas de salud materno - infantil.

Por último, se debe mencionar la insuficiencia renal en el décimo lugar en 2000 y 2008, que constituye un riesgo de salud importante ya que afecta en gran medida la calidad de vida por los tratamientos de difícil acceso para la población abierta, además de la carga financiera que generan su atención y complicaciones.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

Causas	Tasa 2000*	Causas	Tasa 2008*
1. Enfermedades del Corazón	84.7	1. Enfermedades del Corazón	96.8
2. Tumores Malignos	66.2	2. Tumores Malignos	67.7
3. Diabetes Mellitus	41.4	3. Diabetes Mellitus	64.3
4. Accidentes	30.3	4. Enfermedades Cerebrovasculares	28.1
5. Enfermedades Cerebrovasculares	28.7	5. Accidentes	25.9
6. Enfermedades de Hígado	19.2	6. Enfermedades de Hígado	20.3
7. Enfermedades Pulmonares EPOC	13.2	7. Influenza y Neumonía**	15.8
8. Afecciones Originadas en el Período Perinatal	13.1	8. Enfermedades Pulmonares EPOC	14.1
9. Influenza y Neumonía **	11.8	9. Afecciones Originadas en el Período Perinatal	9.7
10. Insuficiencia Renal	11.5	10. Insuficiencia Renal	7.3

* Tasa por 100,000 habitantes

** Suma de Neumonía e Influenza Estacionaria

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED). Dirección General de Información en Salud e INEGI.

Figura 5

Derivado principalmente de los cambios de hábitos sociales y nutricionales, en los últimos años se ha observado un incremento sostenido de la mortalidad general de la población, del año 2000 a 2009 la tasa de este indicador es de 4.5 con una variación al final del período de 4.7 por cada 1,000 habitantes, la tasa nacional, tanto en el 2000 como en el 2009 es de 4.9. (Figura 6).

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL

Año	Tasa Nuevo León*	Tasa Nacional*
2000	4.5	4.9
2001	4.5	4.8
2002	4.5	4.8
2003	4.6	4.8
2004	4.6	4.8
2005	4.6	4.8
2006	4.6	4.8
2007	4.6	4.8
2008	4.7	4.9
2009	4.7	4.9

* Tasa por 1,000 habitantes

Fuente: INEGI, Mortalidad general 2000 - 2009, dato oficial publicado.

Figura 6

En términos de la morbilidad, la información disponible incluye enfermedades transmisibles y otras no trasmisibles de interés epidemiológico. En este sentido, la información que se presenta corresponde al año 2008. Debido a las diferencias entre la población estatal para el acceso a servicios como el agua potable o de drenaje, sumado a la falta de educación en salud y prevención, aparecen como principales causas de morbilidad aquellas que se relacionan al fácil contagio a través de secreciones o contacto directo con el agente causal. Sin embargo, una de ellas, la diabetes mellitus, no sólo forma parte de las principales causas de morbilidad y mortalidad sino que, se ha establecido en el segundo lugar para mujeres y sexto para los hombres en las principales causas de años de vida perdidos.

En el año 2008, las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con una tasa de incidencia de 25,970.7 por cada 100,000 habitantes y han sido relacionadas a la contaminación ambiental, el tabaquismo pasivo, los cambios bruscos de temperatura, la asistencia a lugares con alta concentración de personas, los esquemas incompletos de vacunación, la malnutrición y el hacinamiento principalmente. Por otro lado, con factores de riesgo similares a las infecciones respiratorias agudas, se ubican las infecciones intestinales con una tasa de 5,096.5 en segundo lugar. Las infecciones de vías urinarias ocupan el tercer lugar con una tasa de 2,734.8, más frecuente en mujeres jóvenes. En el cuarto lugar se posiciona la otitis media aguda con 1,159.5, la cual, según estudios en salud pública en México, se ha atribuido a una mayor necesidad de asistir a guarderías y a las afecciones respiratorias alérgicas. Las úlceras, gastritis y duodenitis, son padecimientos crónicos que han tomado lugar con una tasa de 1,150.7 asociados a los inadecuados hábitos alimenticios.

En el sexto lugar está la varicela con una tasa de 459.6, también relacionada a la asistencia a guarderías; le sigue en el séptimo lugar la hipertensión arterial con una tasa de 431.7, secundaria al sobrepeso y la obesidad principalmente; el asma se ubica en octavo lugar con 371.3, la conjuntivitis con 369.5 y finalmente está la diabetes mellitus con 350.6.

De este grupo de padecimientos se observa a la hipertensión arterial que gana terreno entre los más frecuentes en la población y que inciden directamente en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y del corazón como se mencionó en el cuadro de mortalidad, así también, se observa que la diabetes mellitus se ubica en el décimo lugar y en la mortalidad está en el tercer sitio. Es importante mencionar que las enfermedades prevenibles por vacunación no se ubican dentro de las primeras causas de morbilidad, lo cual hace evidente el éxito de las acciones implementadas a través del Programa de Vacunación Universal. (Figura 7).

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD 2008

Diagnóstico	Casos	Tasa*
1. Infecciones Respiratorias Agudas	1,140,920	25,970.7
2. Infecciones Intestinales por Otros Organismos	223,895	5,096.5
3. Infección de Vías Urinarias	120,146	2,734.9
4. Otitis Media Aguda	50,937	1,159.5
5. Úlceras, Gastritis y Duodenitis	50,551	1,150.7
6. Varicela	20,189	459.6
7. Hipertensión Arterial	18,967	431.7
8. Asma	16,311	371.3
9. Conjuntivitis todas formas	16,233	369.5
10. Diabetes Mellitus	15,404	350.6

* Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SINAVE

Figura 7

En los últimos años, el Estado ha enfrentado enfermedades denominadas emergentes las cuales siguen presentes, tal es el caso de la influenza, dengue y tos ferina. La educación para la salud emergente por el reciente brote de las nuevas variantes del virus de la influenza, ha generado conciencia en la población no sólo en materia de prevención de enfermedades respiratorias, sino también las gastrointestinales. El constante lavado correcto de manos y de alimentos, así como evitar el contacto con superficies o personas contaminadas, ha contribuido en gran medida en la prevención de enfermedades diarreicas principalmente.

Por otro lado, la depresión unipolar mayor y el consumo del alcohol son parte de las principales causas de años de vida perdidos en el país, se brinda atención especial a los padecimientos relacionados con la salud mental y el consumo abusivo de las drogas legales e ilegales. Así mismo, existen programas especiales para los casos con asociación a Tuberculosis/VIH, condición considerada como catastrófica en México.

c. Infraestructura de los Servicios de Salud en Nuevo León

Para hacer frente a este nuevo perfil de daños a la salud, el Estado cuenta 678 unidades médicas, de las cuales 583 corresponden a unidades de consulta externa o de primer contacto, es decir el 85.9 por ciento del total, 83 unidades médicas de atención hospitalaria que representan el 12.24 por ciento, y 12 unidades de especialidades. (Figura 8).

De las 583 unidades de consulta externa, 507 pertenecen a los Servicios de Salud de Nuevo León (SSNL), 46 al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 29 al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 1 al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Nuevo León (ISSSTELEÓN). Así mismo se cuenta con 83 unidades de atención hospitalaria, de las cuales 9 corresponden a los SSNL, 7 al IMSS, 1 al ISSSTE y son 66 de medicina privada. Adicionalmente para brindar la atención de especialidad se cuenta con 12 hospitales, de los cuales, 8 son del IMSS, 1 del ISSSTE, 1 de la

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), 1 de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y 1 Hospital Universitario, el cual brinda el apoyo de estos servicios a la población no derechohabiente. Como complemento de la oferta de atención especializada, se cuenta con 2 unidades Hospitalarias de atención psiquiátrica que brindan apoyo para problemas de salud mental y adicciones, siendo éstas una del IMSS y otra de SSNL.

UNIDADES MÉDICAS EXISTENTES POR NIVEL DE ATENCIÓN E INSTITUCIÓN

Institución	Tipo de Unidades						Total
	Consulta Externa		Hospitalización		Especialidades		
	Total	%	Total	%	Total	%	
Servicios de Salud de Nuevo León (SSNL)	507	87.0	9	10.8	0	0.0	516
IMSS	46	7.8	7	8.4	8	66.8	61
ISSSTE	29	5.0	1	1.3	1	8.3	31
SEDENA	0	0.0	0	0.0	1	8.3	1
PEMEX	0	0.0	0	0.0	1	8.3	1
ISSSTELEON	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1
Universitario	0	0.0	0	0.0	1	8.3	1
Iniciativa privada	0	0.0	66	79.5	0	0.0	66
Total en el Estado	583	100	83	100	12	100	678

Fuente: Anuario Estadístico de Nuevo León 2009 (INEGI), SINERHIAS

Figura 8

Los Servicios de Salud de Nuevo León, es quien tiene la responsabilidad de brindar la atención a la salud a la población no derechohabiente, por lo que cuenta con una infraestructura distribuida en 8 Jurisdicciones Sanitarias; de las cuales cuatro se localizan en Área Metropolitana de Monterrey (AMM) y cuatro en el área rural, por lo que en las unidades de atención primaria se suman 507 unidades: 389 Centros de Salud, 36 Casas de Salud, 39 Unidades Móviles, 15 Caravanas de la Salud, 23 Unidades Médicas de Especialidad en Adicciones y Salud Mental (UNEME - Nueva Vida), 2 Unidades Médicas de Especialidad en Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus (UNEME - SORID), 1 Unidad Médica de Especialidad, Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infecciones de Transmisión Sexual (UNEME - CAPASITS), 1 Centro de Salud con Hospitalización Anáhuac y una Unidad Móvil de Mastografía. Son 9 hospitales los que prestan los servicios de atención hospitalaria, los Hospitales Psiquiátrico, Metropolitano y Materno Infantil en el área metropolitana y los Hospitales Generales de Sabinas, Cerralvo, Montemorelos, Linares, Galeana y Dr. Arroyo en el área rural. Como parte de la red de atención a la salud se encuentran también los Centros de Especialidades como el Centro de Especialidades Dentales, Centro de Transfusión Sanguínea, Laboratorio Estatal de Salud Pública, Centro de Rehabilitación Física y Ortopedia y Centro de Atención de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Uno de los principales recursos materiales para brindar la atención hospitalaria lo constituyen las camas censables, que permiten medir la capacidad y productividad a través de los egresos hospitalarios. El Estado cuenta con 5 mil 311 camas censables de las cuales el IMSS cuenta con 2 mil 328, que representan el 43.8 por ciento, en segundo lugar se ubica la medicina privada con un mil 609 camas; en el tercer sitio Servicios de Salud de Nuevo León con 674 y en cuarto, el Hospital Universitario con 433 camas. Para la atención en las áreas de consulta externa de los hospitales y en las unidades de atención primaria, el Estado dispone de 3 mil 74 consultorios, el IMSS se ubica en primer lugar con un mil 174 consultorios, continuando SSNL

con 963 y en tercer lugar el Hospital Universitario con 258 consultorios. Existen en el Estado 295 quirófanos, de los cuales 175 corresponden a la iniciativa privada, 60 al IMSS, 29 al Hospital Universitario y 24 a SSNL, adicionalmente, para brindar atención obstétrica se cuenta con 154 salas de expulsión. (Figura 9).

PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES EXISTENTES POR INSTITUCIÓN

Institución	Camas		Consultorios		Total	Quirófanos		Salas de expulsión	
	Total	%	Total	%		Total	%	Total	%
SSNL	674	12.7	963	31.3	24	8.1	33	21.4	
IMSS	2,328	43.8	1,174	38.2	60	20.3	17	11.0	
ISSSTE	176	3.3	126	4.1	5	1.7	1	0.6	
SEDENA	67	1.3	ND	ND	ND	ND	ND	ND	
PEMEX	24	0.5	32	1.0	1	0.3	1	0.6	
ISSSTELEON	0	0.0	28	0.9	1	0.3	0	0.0	
DIF	0	0.0	29	0.9	0	0.0	0	0.0	
HOSPITAL UNIVERSITARIO	433	8.2	258	8.4	29	9.8	3	1.9	
INICIATIVA PRIVADA	1609	30.3	464	15.1	175	59.3	79	51.3	
Total en el Estado	5,311	100	3,074	100	295	100	154	100	

Fuente: Anuario Estadístico de Nuevo León 2009 (INEGI)

Figura 9

Durante los últimos años, se destinaron recursos importantes de Servicios de Salud de Nuevo León a obras de infraestructura hospitalaria, no obstante debido al acelerado desarrollo tecnológico y a la obsolescencia de los equipos existentes, se requiere la renovación y la adquisición de equipamiento electromédico y la adaptación de las obras civiles correspondientes; por otro lado, resulta imperativo el fortalecimiento en las plantillas de recursos humanos a fin de contar con las condiciones óptimas para su adecuada operación.

En relación a los datos de morbilidad y mortalidad mencionados, resulta evidente que se requiere ampliar la infraestructura hospitalaria de la entidad, en apego a la recomendación internacional de una cama por cada 1,000 habitantes. Para la población sin seguridad social incluyendo los servicios que presta el Hospital Universitario el indicador es de 0.71 camas; en tanto el IMSS proporciona como dato una cobertura de 0.41 camas, éste último indicador no incluye las camas de los hospitales de tercer nivel del instituto, en razón de que éstas no son exclusivas de Nuevo León, sino que atienden a toda la población del noroeste, además señalar que para su cálculo no se consideró el total de derechohabientes sino aquellos que usan los servicios.

2. Promoción, Prevención y Control de Enfermedades

A. Promoción de la Salud

Una gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones anticipatorias de prevención oportuna y adecuada de Promoción de la Salud, las cuales inciden en los determinantes para mejorar las condiciones de la población mediante la participación de la comunidad a través de campañas y programas de educación, prevención, atención, detección y combate a enfermedades como la diabetes mellitus, obesidad, salud reproductiva,

dengue, influenza, VIH-SIDA y adicciones. Las acciones principales de promoción de la salud se llevan a cabo a través de sus diferentes programas.

El Programa de Municipios Saludables, logró en los últimos años convocar a la totalidad de Municipios del Estado en los Comités, sin embargo, se requiere activar la Red Nuevoleonesa de Municipios por la Salud y vincular el proceso de construcción de Comunidades Saludables, ya que durante el 2009 sólo se logró certificar 5 comunidades.

El Programa Línea de Vida registra un cumplimiento del 100 por ciento en la cobertura de entrega de las cartillas, no obstante, necesita de un mayor posicionamiento en la población y en el personal de salud respecto al uso/demanda de éstas.

En lo que respecta al Programa de Salud y Escuela que actualmente registra únicamente 707 escuelas de educación básica, de un total de 6 mil 446, representa un reto, por lo que para atender a este segmento de la población se pretende implementar el Programa Salud para Aprender en conjunto con la Secretaría de Educación (SE).

Adicionalmente a los mecanismos que se utilizan para brindar la promoción de la salud, se cuenta con una Red Comunitaria de Promotoras Voluntarias, recurso humano que llega a los hogares de las comunidades con mayores rezagos, y que en los últimos años se redujo en número. En el 2007 el número de promotoras disminuyó en un 10 por ciento, en el 2008 un 11 por ciento y en el 2009 con 9 mil 512 promotoras, es decir, una reducción del 21 por ciento, en comparación con el año 2006.

Otro elemento importante en este segmento de la promoción es el promotor de salud miembro del equipo de salud del núcleo básico, pues tiene a su cargo las estrategias de la educación para la salud y participación social, es el motor de la acción comunitaria y la mercadotecnia en salud, su intervención busca incidir en los determinantes de la salud. Actualmente la labor del promotor de salud se encuentra limitada debido principalmente a tres factores:

- 1.- El número de promotores de la salud en los núcleos básicos es insuficiente, existen 389 centros de salud con 636 núcleos (enfermera, médico y promotor de salud) y 179 promotores, lo que representa un 28 por ciento de presencia en núcleos.
- 2.- La ausencia de un Programa de Profesionalización para este recurso humano, que al mismo tiempo le sirva de incentivo para su actualización y el aumento de su productividad.
- 3.- La capacitación en materia de promoción de la salud en el nivel local ha sido limitada.

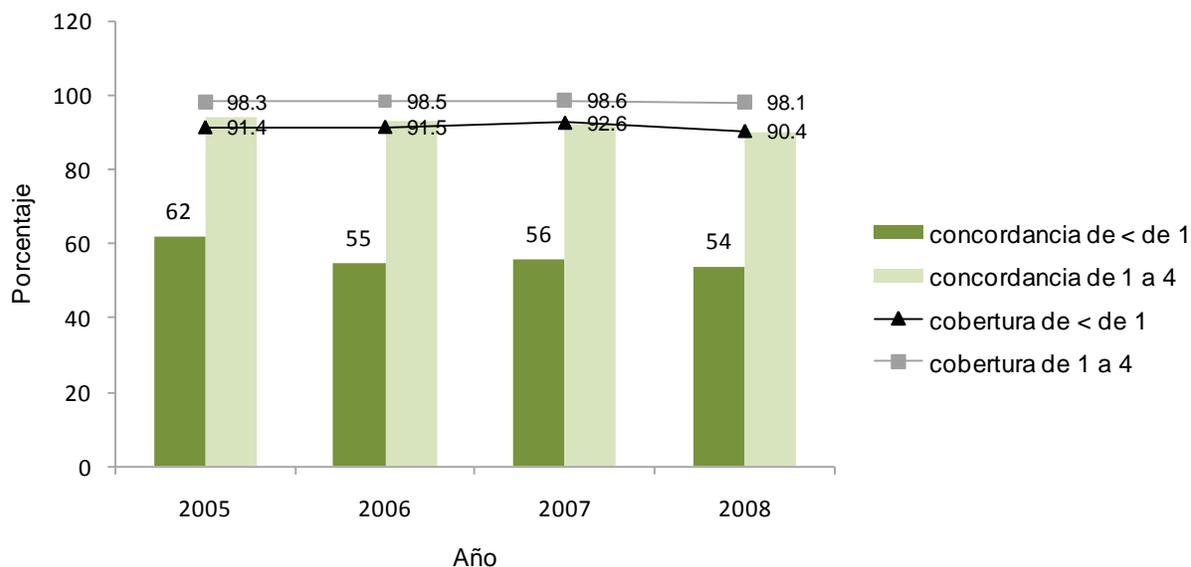
Parte fundamental de la promoción de la salud, es mantener a la comunidad informada sobre los principales temas de interés como los programas sustantivos, aspectos regulatorios, trámites, servicios, sugerencias, recomendaciones sobre estilos de vida saludables, transparencia y rendición de cuentas, entre otros, por lo que es preciso rediseñar el portal en Internet de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud de Nuevo León y buscar la eficiencia de la misma, a través de la certificación cibernética del portal en salud por parte de organismos internacionales; además aprovechar el uso de las redes sociales actuales para la difusión de programas de salud con énfasis en los jóvenes.

B. Programa de Salud de la Infancia y de la Adolescencia

a. Vacunación

Aún y cuando se han realizado esfuerzos para incrementar la cobertura de vacunación, existen áreas de oportunidad para elevar los niveles de cobertura y concordancia según los esquemas actuales. (Figura 10).

CONCORDANCIA Y COBERTURA DE VACUNACIÓN DE 2005 A 2008



Fuente: Programa de Vacunación (PROVAC) Período 2005 a 2008 Información Sectorial.
 Nota: Las concordancias están en relación a la población CONAPO menor de 5 años.
 Las coberturas de vacunación están en relación al censo nominal del menor de 5 años

Figura 10

La evaluación del programa de vacunación, se realiza a partir del impacto epidemiológico, que se traduce en la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles por vacunación. (Figura 11).

CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN 2003 A 2009

CAUSA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	25	36	22	16	13	25	29
TB Meningea	0	0	0	0	2	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	4	7	7	0	6	49	198
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	2	3	2	0	1	3	0
Rotavirus	848	765	1,366	886	580	315	147
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	204	146	97	63	16	39	5
Parotiditis	800	435	461	484	412	334	395

Fuente: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) Información Sectorial.
 Nota: De 2008 a 2009 se presentó un brote de Tosferina en toda la región norte.

Figura 11

Aún con lo anterior, existe la necesidad de fortalecer el Programa de Vacunación, en particular en los esquemas complementarios de difteria, tos ferina y tétanos (DPT) y sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), donde las coberturas de vacunación están por debajo del 95 por ciento.

Entre el 2010 y el 2015, se pretende incrementar y mantener las coberturas y concordancias de población en relación con la población CONAPO, mantener en control epidemiológico las enfermedades prevenibles por vacunación, incrementar el número de dosis aplicadas de influenza estacional y realizar campañas intensivas de vacunación en áreas de bajas coberturas.

Es necesario fortalecer la infraestructura estatal del sistema de vacunación, con énfasis en la Red de Frío para garantizar el manejo y la adecuada conservación de los biológicos, la disponibilidad de los mismos y el recurso humano. Además, para lograr la adecuada operación del Programa definiendo la responsabilidad institucional.

Las principales causas de mortalidad infantil del período 2000 a 2008 en los niños menores de 1 año son las afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas y defectos al nacimiento, deformidades y anomalías cromosómicas; accidentes como bronco aspiraciones y asfixia; influenza y neumonía y enfermedades infecciosas intestinales.

En el 2008 Nuevo León mostró una de las tasas de mortalidad infantil más baja del país, con 11.3 defunciones por 1,000 Nacidos Vivos Registrados (NVR), mientras que a nivel nacional la tasa registrada fue de 15.2 (Figura 12).

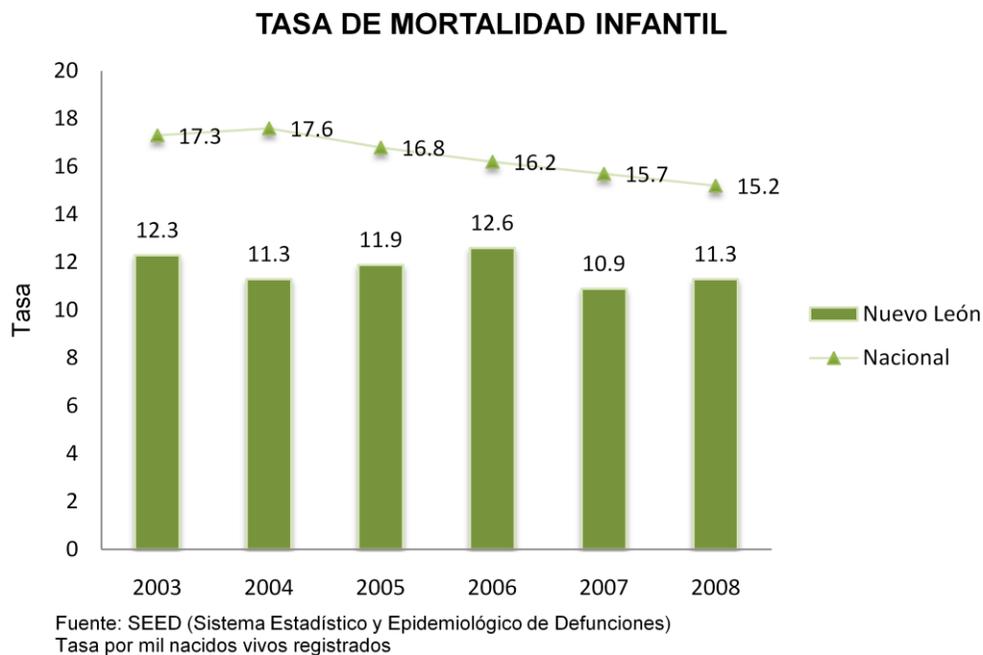


Figura 12

b. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

En el año 2003, la tasa de mortalidad por EDA fue de 6.7 y disminuyó hasta alcanzar un 4.4 para el año 2008, por lo que Nuevo León se ubicó en el cuarto lugar de los estados de la República Mexicana con menor tasa de mortalidad comparada con la tasa nacional que fue de 12.2 por 100 mil menores de 5 años de edad. (Figura 13).



Figura 13

c. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

En el 2003 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA, fue de 12.3 defunciones por cada 100 mil menores de 5 años de edad, mientras que en el 2008 fue de 7.1, ubicándose como el Estado a nivel nacional con una de las menores tasas de mortalidad, siendo la media nacional 24.7 en el mismo año. (Figura 14).

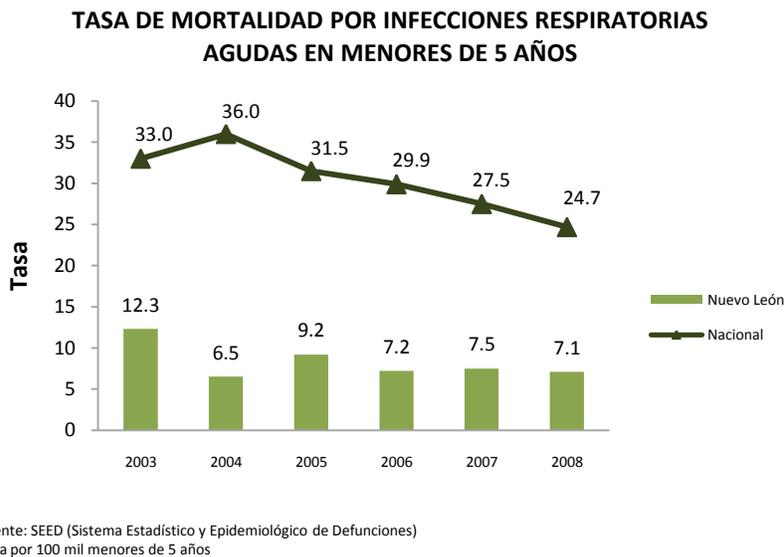


Figura 14

C. Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles

a. Influenza

La influenza es una enfermedad infecciosa, causada por un virus clasificado en 3 tipos: A, B, y C, de los cuales el A es el que ha demostrado su capacidad para causar pandemias. En el Estado al igual que en el resto del país, las infecciones respiratorias representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

El comportamiento epidemiológico de la influenza estacional del 2002 al 2008 mostró una tendencia regular con un promedio anual en tasa de incidencia de 0.01 por 10,000 habitantes. A partir del 2009 se observó un incremento importante en el número de los casos con una tasa de incidencia de 0.29 por 10,000 habitantes; además de la circulación del virus de la influenza estacional se detectó la circulación del nuevo serotipo causante de la Influenza Pandémica, el Tipo A H1N1, con una tasa de 3.45 por 10,000 habitantes.

Durante la pandemia que afectó a México producida por el nuevo serotipo de Influenza A H1N1, hasta el mes de septiembre del 2009 en Nuevo León se procesaron 4 mil 682 muestras, de las cuales se confirmaron con Influenza A H1N1 un mil 550, del tipo A fueron 134, del tipo B 16 casos y se descartaron 2 mil 982. (Figura 15).

El mayor porcentaje de casos de Influenza A H1N1 se presentó en el grupo de edad de 5 a 24 años, aunque todos los grupos de edad resultaron afectados. Los municipios más afectados fueron los ubicados en el área metropolitana debido a la mayor migración y densidad poblacional.

Casos por municipio de Influenza A H1N1 2009

Municipio	Casos	
	Número	%
Monterrey	583	37.6
Guadalupe	184	11.8
San Nicolás	122	7.8
Cadereyta	87	5.6
Apodaca	77	4.9
Sabinas	67	4.3
San Pedro	53	3.4
Allende	50	3.2
Gral. Escobedo	46	2.9
Santiago	45	2.9
Resto de los Municipios	236	15.6
Total Nuevo León	1,550	100

Fuente: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE). Información Sectorial

Figura 15

Hasta el mes de septiembre de 2009 se confirmaron por parte del Instituto de Referencia Epidemiológica 28 defunciones por Influenza AH1 N1, que iniciaron síntomas en ese año, un 67.5 por ciento presentó una co-morbilidad asociada principalmente con enfermedades metabólicas como la diabetes y obesidad. (Figura 16).

Defunciones por municipio de Influenza A H1N1 2009

Municipio	Defunciones	
	Número	%
Monterrey	8	28.6
Guadalupe	5	17.9
San Nicolás	3	10.7
Benito Juárez	1	3.6
Apodaca	6	21.4
García	1	3.6
San Pedro	1	3.6
Gral. Escobedo	2	7.0
Los Ramones	1	3.6
Total Nuevo León	28	100

Fuente: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)

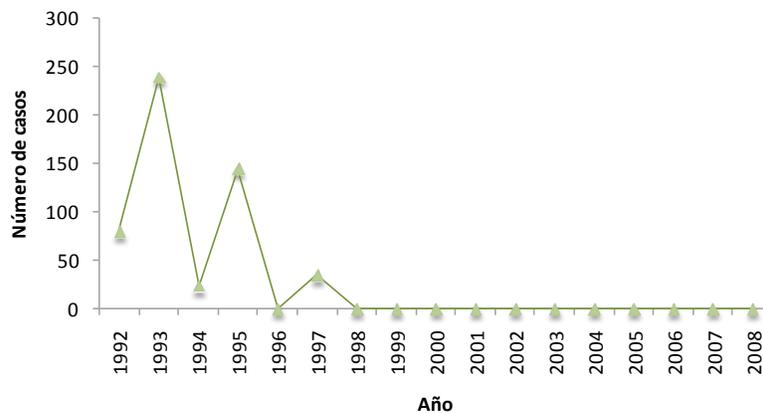
Figura 16

b. Cólera

El Cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*, se presenta en personas de cualquier edad y se caracteriza por diarrea abundante y vómito que puede llegar a la deshidratación, si no se atiende puede causar la muerte.

Derivado de las acciones desarrolladas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, desde 1998 el cólera se ha mantenido en control gracias a la vigilancia epidemiológica activa y al monitoreo permanente en el manejo de alimentos y agua residuales, blanca y potable; lo anterior es esencial en la prevención de esta enfermedad. (Figura 17).

CASOS REPORTADOS DE CÓLERA



Fuente: Estudios Epidemiológicos, Información Sectorial.

Figura 17

El fortalecimiento de la vigilancia y el control epidemiológico será definitivo para mantener la tasa de morbilidad y mortalidad en cero, porque en los últimos años, se ha detectado la presencia del vibrión O1, no O1 y parahemoliticus en humanos, alimentos y muestras ambientales.

c. Dengue

El dengue, dentro de las enfermedades virales transmitidas por vector, representa una seria amenaza para la población y una prioridad de salud pública.

En Nuevo León, el dengue es endémico desde los años 80 y se ha presentado de manera permanente con la circulación de todos los serotipos; en la última década han circulado los serotipos 1 y 2 en forma principal; en el brote de 1999 circularon el serotipo 1 y 3; en el 2007 y 2008 se aisló solo el serotipo 1 y en el 2009 el serotipo 1 y 2. Por consiguiente, el riesgo de presentar casos hemorrágicos por la circulación de diferentes serotipos es altamente probable.

CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE 2005 a 2009

Año	Fiebre por Dengue	Fiebre Hemorrágica por Dengue	Total	Tasa
2005	517	343	860	20.3
2006	135	46	181	4.2
2007	2,343	821	3,345	76.6
2008	803	54	857	19.5
2009	524	63	587	13.2

Fuente: Plataforma Única de Dengue, Información Sectorial. Tasa por 100,000 habitantes.

Figura 18

Se intensificaron las campañas de promoción y prevención, realizadas con el fin de disminuir la presencia del vector. A partir del año 2007 cuando se presentó un brote importante de la enfermedad, se fortaleció la coordinación intersectorial con la que aumentó la participación de los municipios, empresas, escuelas, universidades y la población en general. Su vigilancia epidemiológica recae en los Servicios de Salud de Nuevo León.

Aún y cuando se presentaron un menor número de casos confirmados durante 2008 y 2009, (Figura 18) la tarea para los próximos años es redoblar esfuerzos en el muestreo, registro y vigilancia epidemiológica, la consecuencia será un mayor número de detecciones para las cuales se tendrán los medios terapéuticos necesarios para que haya menos demanda de servicios por esta enfermedad.

d. Paludismo y Virus del Nilo

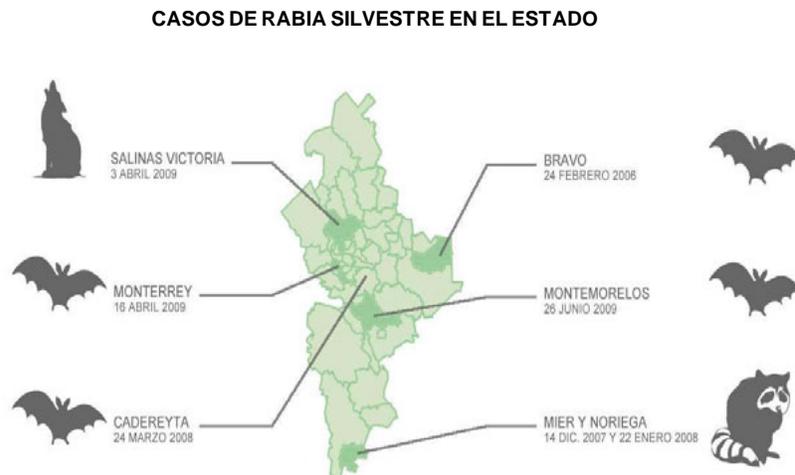
En el Estado no ha habido casos de paludismo desde hace más de 30 años, sin embargo, anualmente se registran casos de personas procedentes del sureste del país o viajeros internacionales principalmente.

Respecto al Virus del Nilo no se han reportado casos en humanos en el Estado. El programa de prevención se instaló en el año 2000, a partir de que se presentó la epidemia en Nueva York, Estados Unidos. La vigilancia epidemiológica en el caso de caballos y aves, ha detectado anticuerpos de esta enfermedad.

e. Rabia

La rabia es un padecimiento de etiología viral, se le conoce como la más grave enfermedad transmisible de los animales de sangre caliente al hombre, sus manifestaciones son de tipo encefalomiélticas. En el humano el período de incubación es variable de 2 semanas a 8 meses, y en promedio es de 1 a 2 meses según los estudios epidemiológicos de las últimas defunciones de rabia humana, que se han presentado en el país.

En los años 2008 y 2009 se observaron casos de rabia silvestre en forma esporádica (Figura 19) y no se presentaron casos en humanos.



Fuente: Departamento de Zoonosis y Control de Vectores, Información Sectorial.

Figura 19

Anualmente se aplican en el Estado más de 425 mil dosis de vacuna antirrábica canina a animales domésticos perros y gatos; durante el año son lesionadas más de 2 mil 600 personas de las cuales el 10 por ciento requiere la aplicación del tratamiento antirrábico con gammaglobulina y vacunas antirrábicas celulares; al año más de 35 mil animales callejeros son eliminados, esta actividad la realizan los Municipios y permite disminuir el número de personas lesionadas en vía pública.

En promedio se estudian anualmente más de 2 mil muestras de cerebro en el Laboratorio Estatal de Salud Pública, éste tiene la capacidad de emitir un resultado en un máximo de cuatro horas.

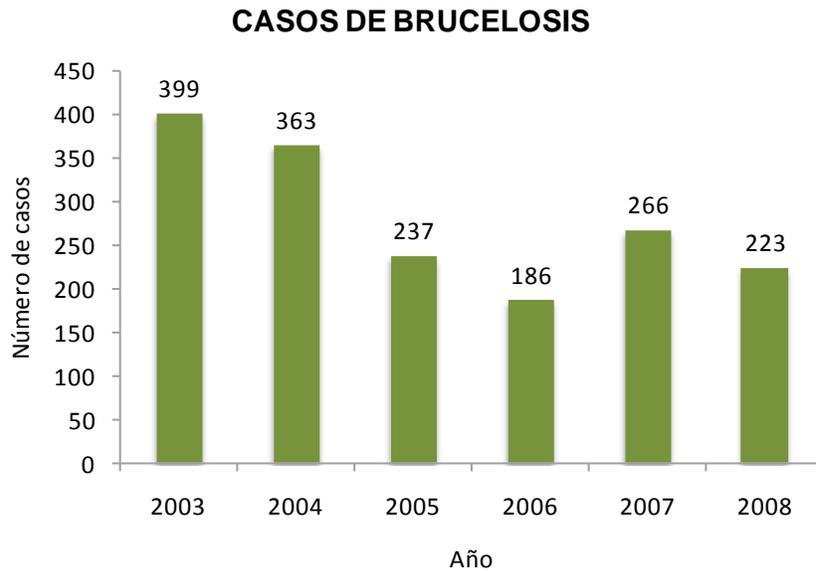
f. Brucelosis

La brucelosis es una enfermedad infecciosa que se adquiere al ingerir productos cárnicos y lácteos no pasteurizados, procedentes de animales enfermos. El agente causal más común es la brucella melitensis procedente del ganado caprino.

La mayoría de los casos se deben a la venta de productos lácteos por personas que tienen animales de traspatio y que proceden del área rural y otros estados vecinos; los brotes que se presentan en municipios rurales son ocasionados por animales no vacunados, cuando son detectados, el cerco epidemiológico se realiza con la coordinación del Municipio; Desarrollo

Agropecuaria; Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación de México; Comité de Fomento Agropecuario; Unión de Ganaderos y Servicios de Salud de Nuevo León.

En apariencia el número de casos confirmados ha disminuido (Figura 20), por lo que es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica y evitar el subregistro.



Fuente: Laboratorio Estatal de Salud Pública, SSNL.

Figura 20

g. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

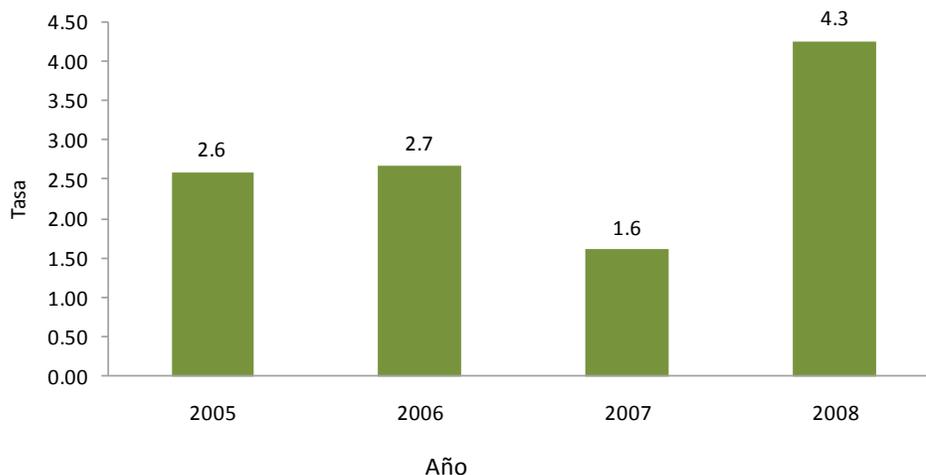
Desde 1981 en que se diagnosticaron los primeros casos de SIDA, en los Estados Unidos de América han ido en incremento. En México se registró el primer caso en 1983, desarrollándose amplias acciones de prevención y control con antirretrovirales de las personas viviendo con VIH/SIDA.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud.

En 1987, se implementó el Programa de Sangre Segura disminuyendo notablemente el número de casos por sangre contaminada. Persiste la transmisión parenteral a través de jeringas contaminadas en Usuarios de Drogas Intravenosas (UDIs), aunque predomina con mucho la transmisión sexual no protegida por intercambio de secreciones contaminadas

La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de esta epidemia, presentando en la actualidad 220 mil personas que viven con el VIH en México, el 60 por ciento de los afectados son hombres que tienen sexo con hombres, 23 por ciento mujeres heterosexuales, 6 por ciento clientes de trabajadores sexuales, 5 por ciento hombres heterosexuales, 3 por ciento trabajadoras y trabajadores sexuales, 2 por ciento personas privadas de su libertad y 1 por ciento (UDIs).

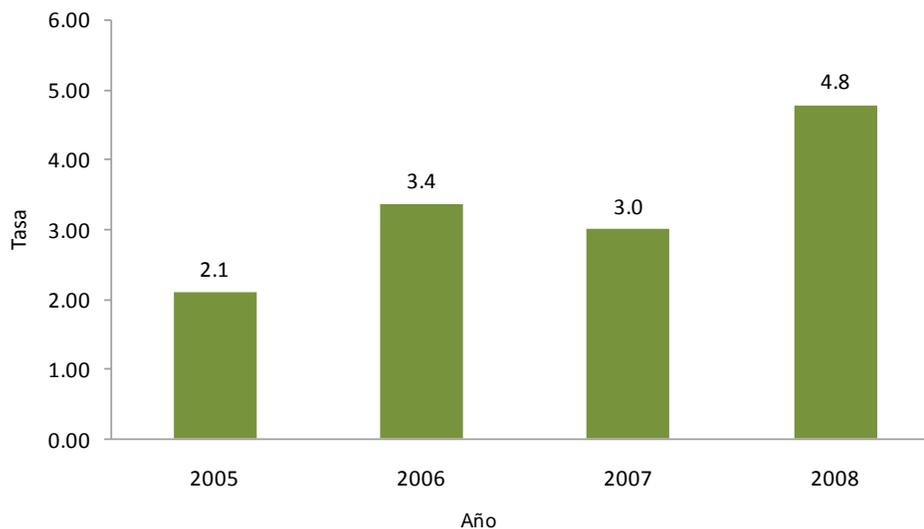
TASA DE MORBILIDAD DE VIH



Fuente: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Información Sectorial.
Tasa por 100,000 habitantes de 25 a 44 años.

Figura 21

TASA DE MORBILIDAD SIDA



Fuente: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Información Sectorial.
Tasa por 100,000 habitantes de 25 a 44 años.

Figura 22

En el Estado se han acumulado 3 mil 706 casos de VIH/SIDA desde 1983 a septiembre de 2009, que comparativamente con el nacional en los grupos vulnerables semejan los mismos porcentajes.

La tasa de mortalidad para 2008 fue de 8.9 por 100,000 habitantes, en el grupo de edad de 25 a 44 años. (Figura 23).

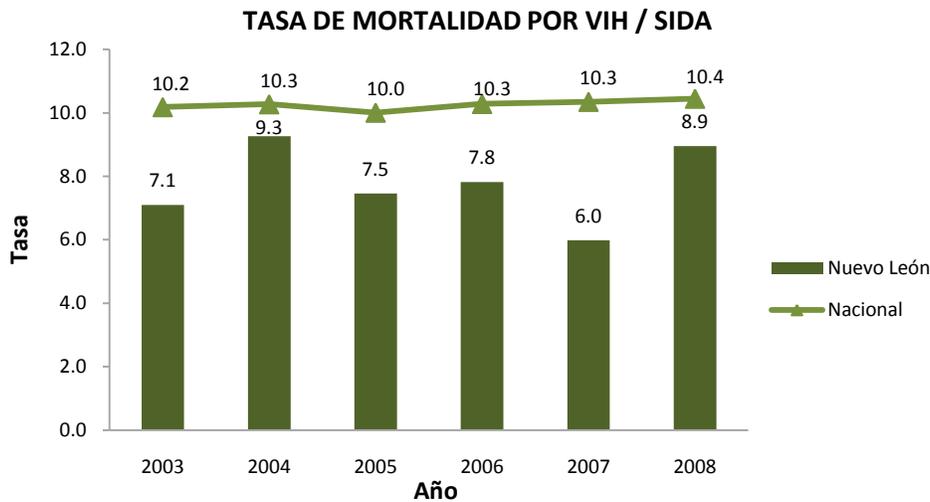
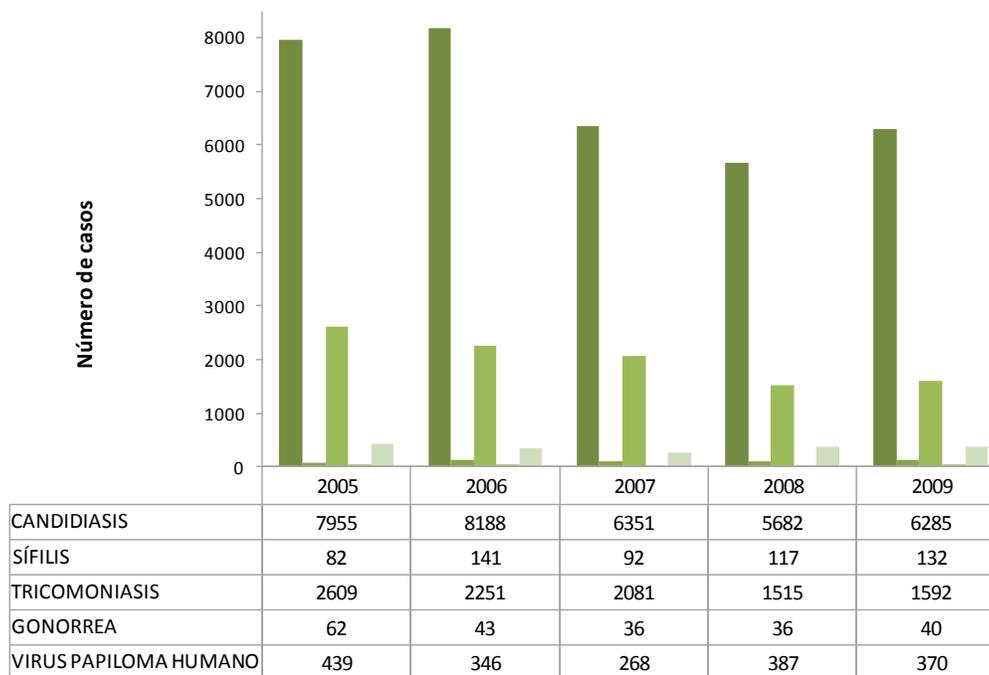


Figura 23

Las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) se contraen a través del mecanismo de intercambio de secreciones contaminadas con el microorganismo. Existen documentados más de 20 tipos de ITS que afectan tanto a hombres como mujeres, con secuelas importantes en estas últimas incluida la infertilidad. (Figura 24).

De los casos de ITS registrados en el año 2009, el 81.2 por ciento corresponde al sexo femenino y 18.8 por ciento al masculino, para este mismo año los padecimientos más importantes son la candidiasis con un 74.6 por ciento, la tricomoniasis con 18.9 por ciento y el virus del papiloma humano con un 4.4 por ciento, entre otras. La educación sexual entre las parejas activas es el mejor mecanismo para disminuir este tipo de padecimientos, la promoción a la salud en el uso correcto del preservativo, así como la higiene personal son algunos de las recomendaciones por parte del personal médico.

MORBILIDAD DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Fuente: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, SSNL. Información Sectorial.

Figura 24

h. Tuberculosis (TB)

Debido a su magnitud y trascendencia, la TB representa un problema prioritario de salud pública en México, ya que afecta a cualquier edad.

La TB en todas sus formas, ha ocasionado en los últimos 11 años un promedio anual de 140 defunciones, equivalentes a 12 defunciones por mes y con respecto a la morbilidad un mil 89 casos, que equivale en promedio tres casos por día; 9 de cada 10 casos de tuberculosis son de la forma pulmonar. El grupo de edad más afectado es el de 15 a 54 años con el 70 por ciento de los casos y por lugar de residencia el 89 por ciento de los casos están confinados en el área urbana. A pesar de que el mayor porcentaje de la población es derechohabiente al IMSS, 70 por ciento, el 50 por ciento de las personas con Tuberculosis están en tratamiento y control en las unidades de los Servicios de Salud de Nuevo León, esto se debe a las acciones preventivas del programa, así como por la cercanía con sus domicilios, para llevar a cabo la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

Uno de los principales indicadores de resultado para monitorear la eficacia de un programa, son los porcentajes de curación de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar (meta 85 por ciento). (Figura 25). Como la curación solo puede confirmarse mediante bacteriología, el porcentaje de

curación se analiza solamente en los casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva.

El éxito terapéutico en el Estado, ha ido en ascenso año con año, en el 2008 se obtuvo el 86.1 por ciento, gracias a la expansión de la estrategia TAES con apoyo comunitario, por medio de la Alianza USAID-SALUD-TB.

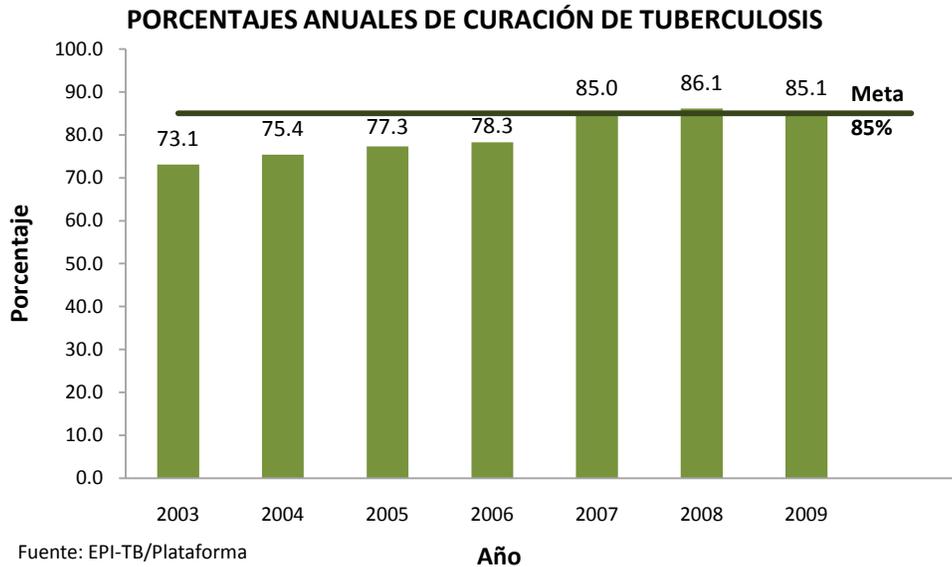


Figura 25

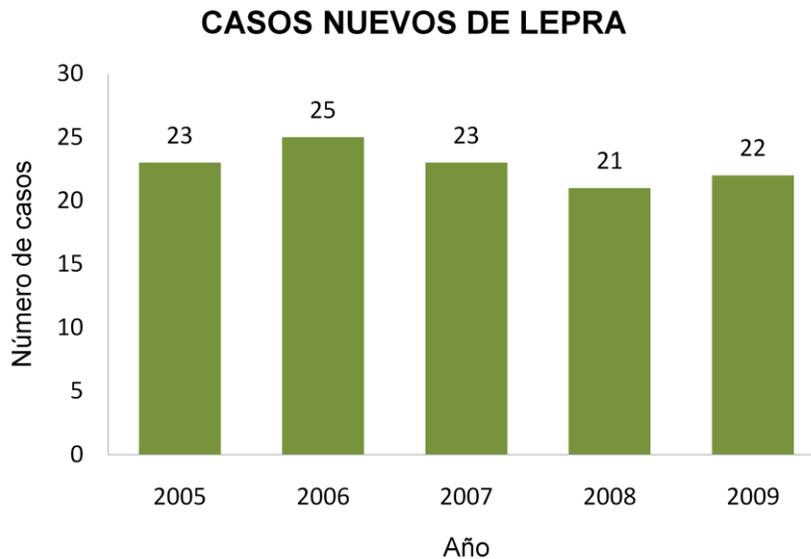
La tasa de morbilidad de tuberculosis pulmonar está disminuyendo, se encuentra por arriba de la media nacional, en el 2003 se registró una tasa del 18.6 por 100,000 habitantes y en el 2009 19.9 por 100,000 habitantes, con respecto al indicador de impacto que es la mortalidad, en el 2003 fue de 4.01 por 100 mil y 2008 de 2.9 por 100,000 habitantes.

La asociación de la TB con VIH/SIDA es del 5 por ciento, el 6 por ciento a alcoholismo y a la malnutrición y el 27 por ciento el binomio tuberculosis-diabetes mellitus. La farmacoresistencia agrava el control de la tuberculosis en cualquier región del mundo incluyendo a Nuevo León, al aumentar el costo del tratamiento 100 veces con respecto al de primera línea.

i. Lepra

La Lepra es una enfermedad transmisible, con repercusiones físicas y psicológicas graves por el estigma social que la acompaña. La estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la eliminación de la enfermedad, la Poliquimioterapia (PQT), modificó la epidemiología del padecimiento al facilitar la curación clínica de los casos y su negativización bacteriológica, con lo que se interrumpió la transmisión.

El promedio anual a nivel nacional es de 268 casos con una tasa 0.63 y en el Estado es de 22 casos con una tasa 0.12, ambas por 10,000 habitantes, de los cuales en el año de 2009 el 72.22 por ciento de los casos fue de tipo multibacilares. (Figura 26). El 100 por ciento de los casos recibieron tratamiento con PQT. Los municipios prioritarios son Agualeguas con una tasa de 2.16 y Ramones con una tasa de 1.7 ambas tasas por 10,000 habitantes. La meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública, es la de tener una prevalencia menor a un caso por 10 mil habitantes.



Fuente: Informe de casos nuevos de enfermedades, Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Información Sectorial.

Figura 26

D. Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

La OMS, señala que en la mayor parte de los países, los factores de riesgo responsables de la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas son: la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, los hábitos inadecuados de alimentación, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo y el consumo de tabaco, entre otros, lo que representa un serio problema de salud con un alto costo económico, político y social.

De acuerdo con las proyecciones poblacionales de la CONAPO el país crecerá casi un 25 por ciento hasta el año 2050, la población de 60 años y más crecerá casi 5 veces con respecto a la población adulta mayor actual; la población femenina crecerá casi un 4 por ciento más que la población masculina en el grupo de los adultos mayores, esto de acuerdo con las tendencias hacia la feminización del envejecimiento publicadas por CONAPO.

El envejecimiento de la población nuevoleonense traerá consigo desafíos de muy distinta índole. El incremento en la proporción de adultos mayores implicará un incremento en la demanda de servicios de salud, pues es justamente en este grupo de edades donde se presenta la mayor tasa de morbilidad y atención hospitalaria.

a. Sobrepeso y Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica compleja y multifactorial que se puede prevenir, es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores multifactoriales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla y edad.

El sobrepeso y la obesidad, son dos de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población mexicana y el sistema de salud. La obesidad no es un problema que solo sufren los adultos, el aumento tan dramático de casos entre niños se ha convertido en una epidemia nacional y en un problema emergente de Salud Pública.

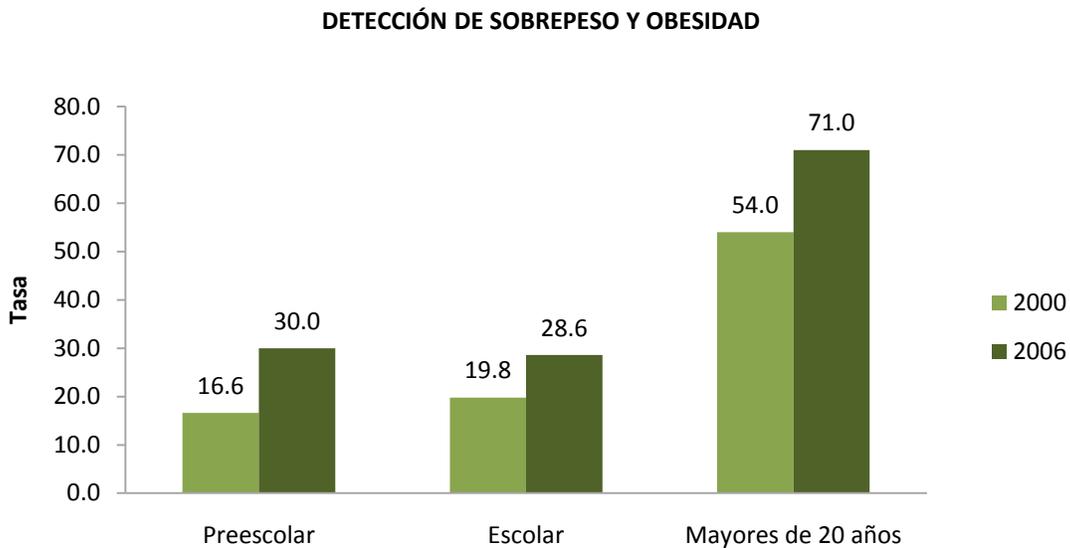
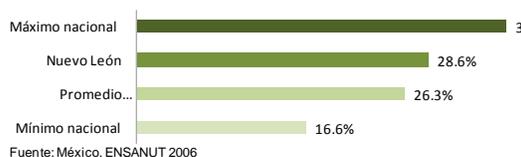


Figura 27

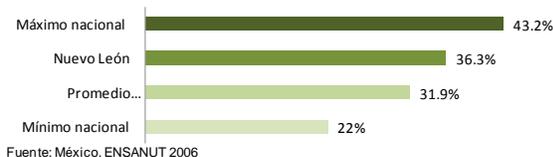
De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años es de 28.6, para la población de 12 a 19 años es de 36.3 y en adultos mayores de 20 años es del 71.0 por ciento. (Figura 27). Ambos se asocian con varias de las principales causas de muerte en el país, como la diabetes mellitus, las enfermedades cardio y cerebrovasculares, enfermedades del hígado y el cáncer de mama, entre otras. Se calcula que estos factores de riesgo se relacionan directamente con el 60% de las causas de muerte en nuestro Estado.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron elevadas en los diversos grupos de edad. Alrededor de una cuarta parte de los niños en edad escolar, un tercio de los adolescentes y siete de cada diez adultos la presentan. Cabe destacar que también el grupo de menores de cinco años concentra cifras de sobrepeso arriba de siete por ciento. Dado que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de aparición a más temprana edad de enfermedades crónicas, impacta en la calidad de vida, incrementa los gastos en salud, provoca rezagos sociales por rechazo y estigmatización, limita el desarrollo personal y el proyecto de vida.

PREVALENCIA ESTATAL DE EXCESO DE PESO
(SOBREPESO MÁS OBESIDAD) EN POBLACIÓN
DE 5 A 11 AÑOS



PREVALENCIA ESTATAL DE EXCESO DE PESO
(SOBREPESO MÁS OBESIDAD) EN POBLACIÓN
DE 12 A 19 AÑOS



PREVALENCIA ESTATAL DE EXCESO DE PESO
(SOBREPESO MÁS OBESIDAD) EN POBLACIÓN
MAYOR DE 20 AÑOS

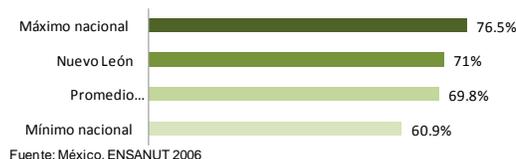


Figura 28

Los factores que contribuyen a estos padecimientos son múltiples, como la modificación en los patrones de alimentación con dietas de alto valor calórico, la disminución de actividad física; se come más fuera de casa y se consumen más alimentos industrializados altos en energía; el concepto de “conducta alimentaria”; la obesidad está asociada al sedentarismo, lo que conlleva a un mayor tiempo dedicado a ver televisión y a los videojuegos.

Esto revela que se requiere de acciones inmediatas, dentro de las que se incluyen la promoción de la actividad física y el control del consumo de alimentos de baja calidad nutricional.

b. Diabetes

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que afecta a todos los niveles socioeconómicos, y si bien los estudios epidemiológicos muestran que existen diferencias en la forma de enfermar, complicar y morir entre las poblaciones urbanas, rurales, indígenas o emigrantes, la realidad es que seguramente es la educación, la cobertura, la calidad y el acceso a los servicios de salud lo que en gran medida hace la diferencia. Aproximadamente de un 30 a un 50 por ciento de la población desconoce ser portadora de esta enfermedad. El diagnóstico temprano se puede lograr mediante un análisis de sangre relativamente económico. Uno de los factores de riesgo de diabetes tipo 2 en adultos es la obesidad, este último padecimiento en México se encuentra en el segundo lugar de prevalencia mundial, con el 29 por ciento de la población de adultos, sólo después de Estados Unidos.

En México 13 de cada 100 muertes son provocadas por la diabetes mellitus, ocupa el tercer lugar en número de defunciones por año; la tasa de mortalidad muestra una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes.

De cada 100 personas con diabetes, 14 presentan nefropatía (daño en riñón), 10 neuropatía (daño en sistema nervioso), 10 pie diabético (una de cada 3 termina en amputación) y 5 manifiestan ceguera. La incidencia de ceguera es 25 veces superior en personas con diabetes de lo que lo es en la población general.

Según la ENSANUT 2006 la prevalencia de diabetes en México por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más es de 7.0 por ciento. Para el Estado fue del 6.4 por ciento, siendo mayor en mujeres (7.9 por ciento) que en hombres (4.7 por ciento), en el grupo de 60 años o más se concentra el mayor número de casos de diabetes mellitus tipo 2 la prevalencia fue de 16 por ciento. En cuanto a las pruebas de detección, 18.3 por ciento de los adultos de 20 años o más acudió a realizarse una determinación de glucosa en sangre (venosa o capilar), durante el 2005. Cifra inferior a la media nacional que fue de 21 por ciento.

En Nuevo León, este padecimiento ha ocupado la tercera causa de mortalidad en los últimos 5 años, después de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. Casi la mitad de las muertes por diabetes ocurren en pacientes menores de 70 años y el 55 por ciento son mujeres. El grupo de edad con más muertes por diabetes se ubica entre los 40 y 55 años.

La prevención y control de la diabetes representa un reto para los responsables de la salud pública, ya que al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como los hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo. Éstos, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas, constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad.

c. Hipertensión Arterial (HTA)

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo en la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías; la mortalidad por estas enfermedades ha mostrado una tendencia ascendente durante las últimas décadas y se encuentran actualmente entre las primeras causas de muerte.

De acuerdo a la ENSANUT 2006, en el Estado la prevalencia por diagnóstico médico previo de este padecimiento en adultos mayores de 20 años fue de 12.2 por ciento 15.2 por ciento en mujeres y 9 por ciento en hombres, siendo inferior a la media nacional de 15.4. Asimismo estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a 27.8 por ciento en adultos de 60 años o más. En cuanto a las pruebas de detección, 15.4 por ciento de los adultos de 20 años o más acudió a realizarse medición de la tensión arterial, el año 2005. Cifra inferior a la media nacional que fue de 20.1 por ciento.

En promedio, los hipertensos pierden 7.5 años de vida y si no están tratados disminuye de 1.6 por ciento al 10.3 por ciento la esperanza de vida. La hipertensión arterial duplica el riesgo de infarto al miocardio y la mitad de los episodios de enfermedad vascular cerebral sucede en hipertensos descontrolados; 20 por ciento de pacientes con hipertensión arterial moderada sin tratamiento tendrán una enfermedad vascular cerebral en los próximos cinco años.

La hipertensión arterial al igual que otras enfermedades crónicas degenerativas enfrentan un reto importante, ya que es necesario determinar políticas y acciones encaminadas a mejorar el autocuidado de la salud de la población, así como brindar atención especializada a un grupo de la población que día a día va en aumento.

d. Adulto Mayor

Como un componente del Programa de Atención al Adulto y Adulto Mayor, se incluye la atención integral con un enfoque gerontológico a las personas mayores de 60 años de edad, en el Estado se realiza para éste grupo de edad, acciones específicas de detección de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperplasia prostática, depresión y salud mental entre otras.

Se les protege contra la Influenza a través de la aplicación de la vacuna desde hace varios años, lo que ha permitido disminuir las hospitalizaciones y defunciones por neumonías.

E. Salud de la Mujer y del Recién Nacido

a. Cáncer Cérvico Uterino

El cáncer es la segunda causa de muerte y representa un problema de salud pública por su magnitud creciente y la trascendencia individual, familiar, social y económica.

Los tipos de cáncer que más afectan a la mujer son el cérvico uterino y el de mama, ambos cuentan con intervenciones de tamizaje para la detección temprana y en ambos se requiere un esfuerzo sectorial con la participación de la sociedad para fortalecer y garantizar la provisión óptima de acciones de promoción de la salud, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y control.

En el cáncer cérvico uterino la reducción de la mortalidad puede ser hasta del 98 por ciento con programas de tamizaje bien organizados ya que es prevenible casi en un 100 por ciento. Es necesario trabajar para disminuir la tasa de mortalidad por este padecimiento, por lo que es necesaria la reorganización del programa para incorporar la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) como tamizaje primario, evaluar la introducción de la vacunación contra el VPH y fortalecer la calidad y capacidad de los servicios.

TASA DE MORTALIDAD DE CÁNCER CERVICOUTERINO



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI).
 Dirección General de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
 Tasa por 100,000 habitantes.

Figura 29

La ejecución del programa de acción llevará al éxito en el mejoramiento de la calidad de la atención y a la disminución de la incidencia y de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en las mujeres.

En Nuevo León la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 10 años, con una tasa de 12.2 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en el año 2000 y de 9.0 en el 2008, lo que representa un descenso del 26.2 por ciento. (Figura 29).

Dentro de las acciones preventivas del año 2005 al 2009 se trabajó con los grupos de riesgo, de 25-64 años de edad, se logró tamizar a 522 mil 473 mujeres en este período. Se detectaron 4 mil 403 mujeres con lesiones de bajo grado y 3 mil 251 con lesiones de alto grado, con lo que se evitó la evolución del cáncer cérvico-uterino en 7 mil 654 mujeres, además fueron diagnosticadas 189 mujeres con cáncer cérvico uterino. En el caso de resultados citológicos anormales se refieren a las Clínicas de Colposcopia para la confirmación diagnóstica, tratamiento adecuado, y referencia al Centro Oncológico cuando así lo requieran.

b. Cáncer de Mama

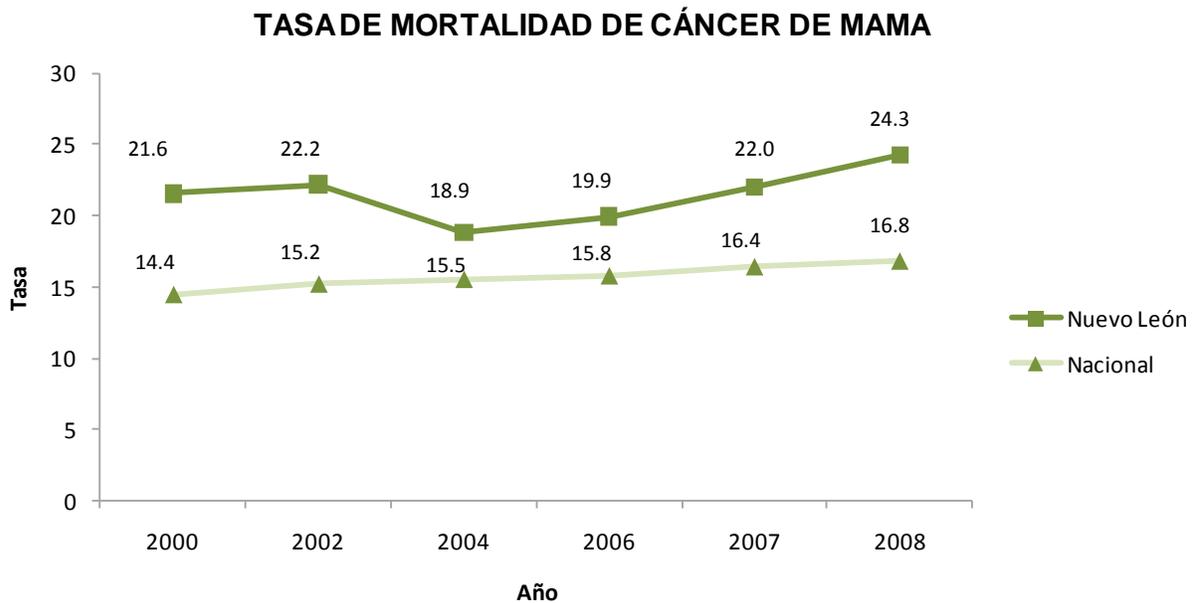
El cáncer de mama es una patología asociada a estilos de vida poco saludables como el sobrepeso y el sedentarismo, es el tumor maligno más frecuente en la mujer en el ámbito mundial.

En México se observa una tendencia ascendente, de manera que en el año 2006 desplazó al cáncer cérvico uterino como primera causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años y más.

El tamizaje por mastografía ha demostrado ser una intervención efectiva para disminuir la mortalidad por cáncer de mama, por lo que se deberán hacer esfuerzos de coordinación institucional e interinstitucional, fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer el servicio de detección temprana.

Para el cáncer de mama existe suficiente evidencia científica que confirma que un programa de tamizaje organizado y realizado de manera óptima tiene la capacidad de reducir hasta 35 por ciento las tasas de mortalidad.

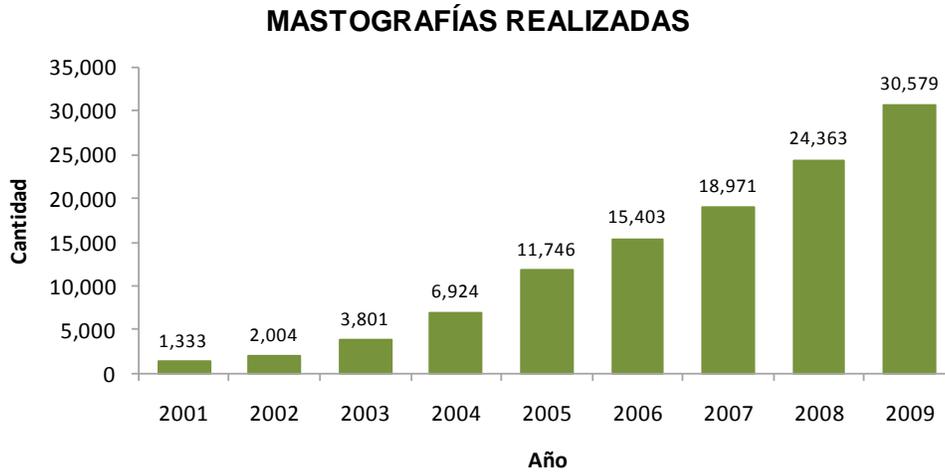
En el Estado este padecimiento constituye a partir de 1986, la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad. (Figura 30).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI).
Dirección General de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Tasa por 100,000 habitantes.

Figura 30

Para brindar la atención a las mujeres del grupo de edad de mayor riesgo, se cuenta con 8 mastógrafos fijos y una unidad móvil de mastografía, con esta infraestructura se realizaron 88 mil 206 exploraciones mamarias y 30 mil 579 mamografías, además se detectaron 239 casos sospechosos de cáncer mamario, en el año 2009. (Figura 31).



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM).
Mastografías realizadas por SSNL.

Figura 31

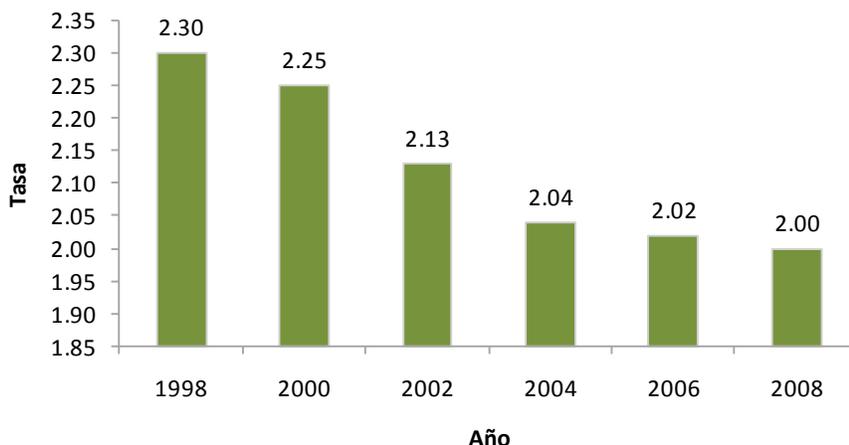
c. Planificación Familiar

La planificación familiar y la anticoncepción, son de las intervenciones en salud pública que han demostrado una amplia variedad de beneficios potenciales en la salud, el desarrollo social y económico de la población. Es una de las estrategias costo-efectivas para la disminución de la mortalidad materna y perinatal, contribuye a la disminución de la pobreza y a mejorar la calidad de vida de las familias. Estas estrategias se llevan a cabo en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Los logros alcanzados en la última década son innegables: la fecundidad en el Estado se redujo de 2.30 hijos por mujer en el año de 1998 a 2.00 en el 2008 lo cual representa una disminución de 15 por ciento en este periodo. (Figura 32).

El Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, se ha definido como prioritario ya que contribuye a alcanzar una vida sexual y reproductiva sana con responsabilidad, contribuye a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, a la disminución del riesgo de mortalidad perinatal y del aborto e infecciones de transmisión sexual.

FECUNDIDAD EN NUEVO LEÓN

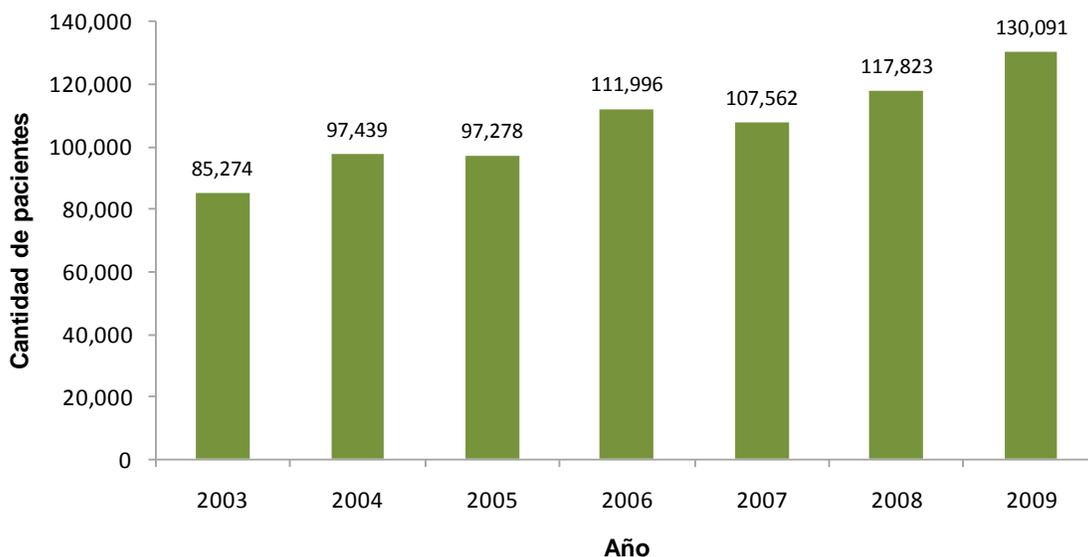


Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI).

Figura 32

Al cierre del 2009 la cobertura de anticoncepción post evento obstétrico se ubicó en 72.0 por ciento en la población de mujeres en edad fértil, es lo esperado a nivel nacional, si se observa solo el grupo de edad de menores de 20 años, es decir, las adolescentes, este porcentaje corresponde al 72.9 por ciento. Se incrementaron las usuarias activas de planificación familiar de 85 mil 274 en el año 2003 a 130 mil 91 mujeres en el 2009. (Figura 33).

USUARIAS ACTIVAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS). Población atendida por SSNL.

Figura 33

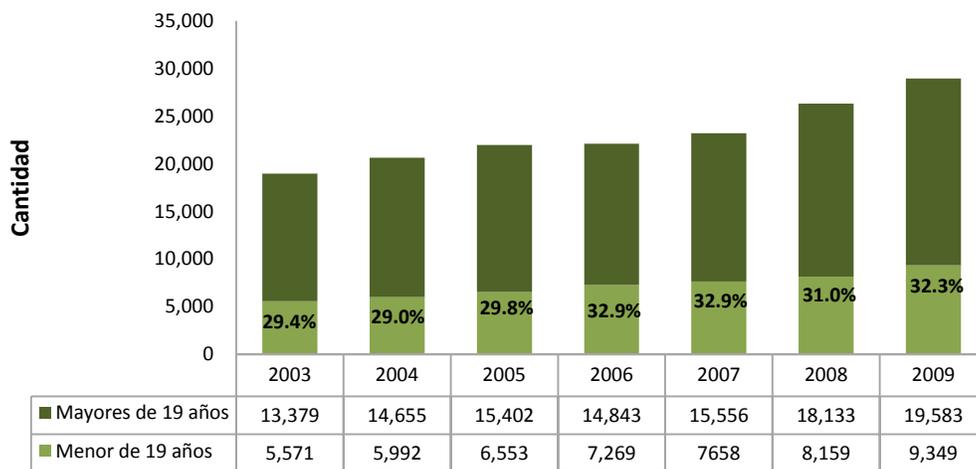
d. Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes constituye una prioridad de salud pública.

El cada vez más temprano inicio de la vida sexual y la percepción de invulnerabilidad, induce a los jóvenes a tener relaciones sexuales sin protección, facilitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual e incrementar el riesgo de tener embarazos no planeados, éstos han aumentado en los últimos años.

En el año 2003 el porcentaje de embarazos en adolescentes era de 29.4 por ciento, para el año 2009 este porcentaje aumentó a 32.3 por ciento (Figura 34).

NACIMIENTOS ATENDIDOS POR AÑO EN NUEVO LEÓN



Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).

Figura 34

Más de la mitad de los embarazos que ocurren en adolescentes son no planeados. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de muerte materna y perinatal, menos probabilidad de terminar su educación y por lo tanto, de tener acceso a empleos bien remunerados, lo que las mantiene en franca desventaja social y económica.

El número total de usuarias activas en planificación familiar en el estado es de 130 mil 91 de este total el 7.32 por ciento corresponde a adolescentes.

Para asegurar una mayor continuidad de las adolescentes en el programa de planificación familiar se deben ofertar métodos de mayor duración y efectividad como los son el dispositivo intrauterino, el implante subdérmico y/o la oclusión tubaria bilateral en adolescentes con paridad satisfecha.

9, 534 USUARIAS ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA

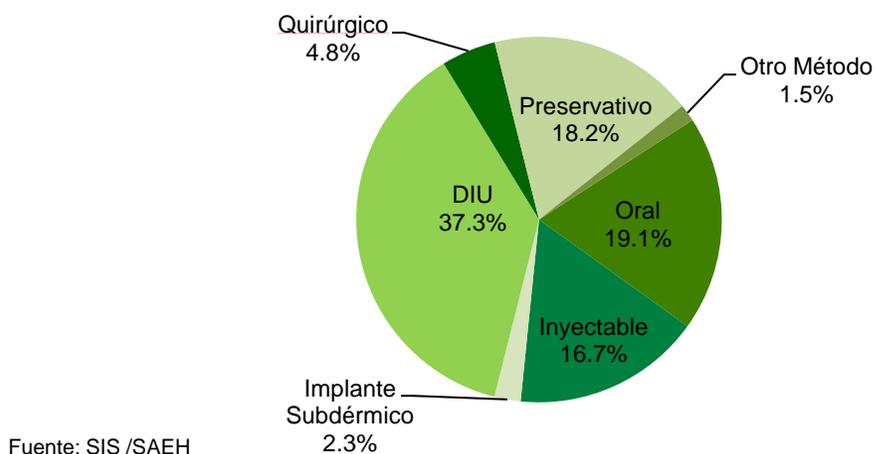


Figura 35

En el Estado, la población de mujeres en edad fértil unidas (matrimonio o unión libre), del grupo de 10 a 19 años en el año 2009, corresponde a 80 mil mujeres, de las cuales el 11.9 por ciento utilizan algún método anticonceptivo, lo que contribuye al incremento en el número de embarazos en este grupo de edad (Figura 35).

No obstante, que es necesario el incremento en la cobertura de las adolescentes en general, es un logro el aumento de la cobertura de anticoncepción en el post-evento obstétrico de 54.42 por ciento en el año 2000 a 72.9 por ciento al año 2009.

e. Climaterio y Menopausia

La menopausia constituye un evento único en la vida de las mujeres y corresponde a la última menstruación. Se presenta debido a la disminución de la función hormonal de los ovarios y marca la transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

En las mujeres la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad y es precedida por un periodo de duración variable en que pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica.

Los padecimientos crónico-degenerativos como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, la atrofia genitourinaria y algunas alteraciones neurológicas inciden con más frecuencia durante la etapa postmenopáusica que origina deterioro de la calidad de vida e incremento de la morbilidad y mortalidad general.

El incremento notable de la esperanza de vida al nacimiento en la población, particularmente de las mujeres, condicionó que un mayor número de Neolonesas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición postmenopáusica.

La magnitud del universo de la población que requiere de información y servicios se aprecia al considerar que en el año 2000 el número total de mujeres de 40 años y más se estimó en 306 mil 524, cifra que continua en ascenso alcanzando 703 mil 813 en el año 2010.

Los avances científicos en endocrinología y farmacología reproductiva ofrecen la posibilidad de prevenir y manejar las consecuencias de la deprivación hormonal ovárica que acompaña a la menopausia. Diversos esquemas terapéuticos contemporáneos hormonales y no hormonales, han demostrado su efectividad en la prevención y control de síntomas y signos del síndrome climatérico, osteoporosis y atrofia urogenital, así como en la modificación favorable de factores de riesgo cardiovascular.

Sin embargo, los resultados de estudios a nivel nacional e internacional han planteado aspectos controversiales en cuanto a los riesgos y beneficios que a nivel poblacional pudieran tener las diferentes estrategias terapéuticas, por lo que se hace necesario el establecimiento de lineamientos normativos oficiales para brindar adecuada información, educación y servicios con enfoque de género a este amplio segmento de la población.

f. Arranque Parejo en la Vida (APV) - Salud Materna

Respecto a la Salud Materna y Perinatal, de acuerdo al Sistema de Información en Salud (SIS), el promedio de consultas a embarazadas en el año 2000 fue de 3.3, se incrementó a 4.9 en el 2009, no obstante estos avances, es necesario intensificar aún más las acciones inherentes a la salud materno infantil, ya que la Norma Oficial Mexicana establece un promedio de 5 consultas.

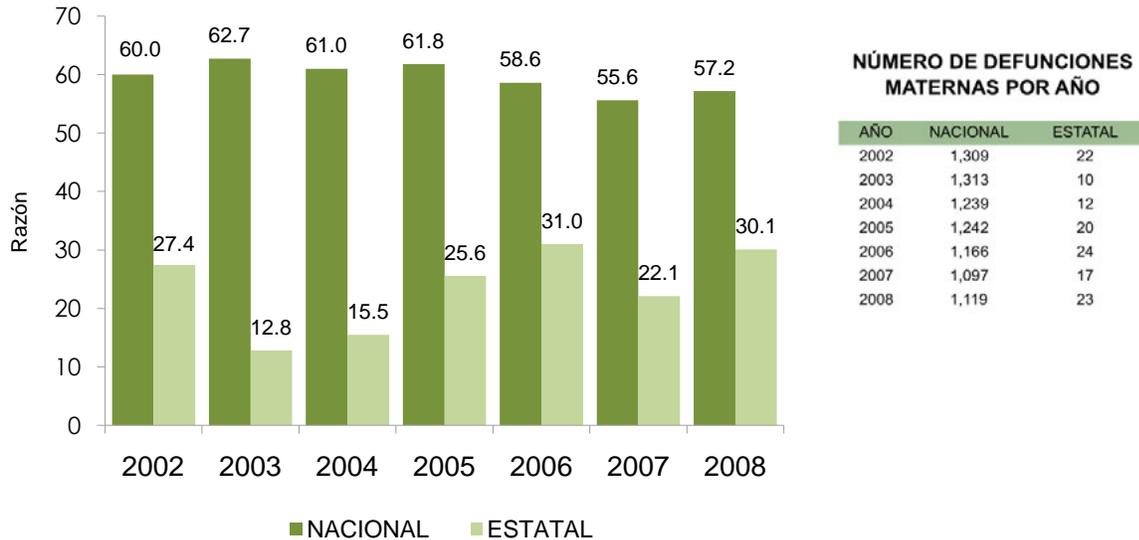
Como resultado de las actividades de intensificación, la razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos registrados, fue de 30.1 en el año 2008. (Figura 36).

En relación a las defunciones maternas, durante el año 2009, se registraron y notificaron al nivel nacional 25 casos con residencia habitual en el Estado, siendo las principales causas las complicaciones obstétricas directas como la preclampsia-eclampsia, sépsis y hemorragia obstétrica entre otras; de estas defunciones, 4 fueron confirmadas como neumonía por Influenza AH1N1. Cabe mencionar que el nivel federal, tiene establecido como meta estatal de Razón de Mortalidad Materna para el año 2012: 24.8 por 100,000 nacidos vivos registrados.

En cuanto a los nacimientos atendidos por cesárea, en el año 2000, nacieron por vía abdominal el 38 por ciento de los niños y niñas en los hospitales de los Servicios de Salud de Nuevo León; en este mismo sentido, durante el 2009, este porcentaje fue de 32.3. No obstante la disminución significativa observada entre 2000 y 2009, el Estado, aún se encuentra con cifra superior al indicador nacional establecido del 25 por ciento; se requieren esfuerzos para procurar que los procedimientos respecto a la indicación de operación cesárea sean aplicados.

Se tiene particular atención, por los aspectos socio-culturales y las repercusiones que representa el embarazo en adolescentes, ya que el 32.3 por ciento de los nacimientos atendidos a mujeres sin seguridad social corresponden a este segmento de la población.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA NACIONAL Y ESTATAL



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI).
Dirección General de Información en Salud (DGIS). Información Sectorial.

Figura 36

El acuerdo de Desarrollo del Milenio de la Naciones Unidas, contempla en el objetivo 5, mejorar la salud materna, la meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre el periodo de 1990 al 2015. Los Servicios de Salud de Nuevo León, en coordinación con instituciones públicas y privadas que otorgan atención materna, tienen el firme compromiso de contribuir a la “Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna” a través la suma esfuerzos y el fortalecimiento de acciones.

g. Tamiz Neonatal

Este programa incluye estudios para detectar en forma precoz los defectos de nacimiento: tamizaje metabólico, auditivo y visual. El tamiz neonatal básico comprende la detección temprana de enfermedades como el hipotiroidismo congénito, uno de cada 2 mil quinientos nacimientos, si no reciben tratamiento, sufren de retraso mental y de crecimiento. El tamiz neonatal ampliado incluye la detección de los trastornos de los aminoácidos: fenilcetonuria, enfermedad de orina con olor a jarabe de arce, existilinemia, tirosinemia, alcaptonuria; los trastornos de los carbohidratos, galatoclimias, intolerancia a la fructosa, fructosuria; trastornos de las mucopolisacáridos y las acidurias orgánicas. Estas enfermedades se presentan en uno de cada 1 mil nacimientos.

También es necesario que el tamizaje auditivo se realice en todos los recién nacidos en los SSNL para detectar hipoacusias y sorderas, ya que, de uno a tres niños de cada un mil nacidos, presentan esta condición. La importancia de la identificación temprana de esta patología radica en el hecho de que un niño que no oye, no desarrolla su lenguaje oral.

Una vez que se tiene el diagnóstico preciso del grado o tipo de lesión auditiva, es importante se proporcionen auxiliares auditivos o implantes cocleares según corresponda.

Otro punto a tratar es la prevención de la ceguera en el prematuro, patología frecuente en los niños con peso igual o menor a mil quinientos gramos al nacimiento o con menos de 32 semanas de gestación. Es de suma importancia realizar el tamizaje a todos los niños recién nacidos que presentan esta condición, a través del examen de fondo de ojo al nacimiento, entre la cuarta y sexta semana.

F.-Salud Mental, Adicciones y Violencia

La OMS, destacó que en el año 1990 los trastornos mentales y de conducta a nivel mundial representaban el 11 por ciento de la carga total por enfermedad, esta Organización estimó que para el año 2020 dicha carga se incrementará hasta alcanzar el 15 por ciento, también hace notar que, en Latinoamérica, cerca del 40 por ciento de las personas que sufren trastornos mentales acuden inicialmente a los servicios de atención primaria, pero más de la mitad no reciben el tratamiento adecuado a sus problemas y casi 7 por ciento de los que sufren enfermedad mental grave mueren de manera prematura; es urgente la necesidad de buscar medidas para facilitar el acceso de la población a los servicios de atención en salud mental.

En México, la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica (ENEP) efectuada en el año 2003 señaló que el 28.6 por ciento de la población reportó haber padecido alguna vez en su vida alguno de los 23 trastornos psiquiátricos consignados en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) el 13.9 por ciento reportó haberlos padecido en los últimos 12 meses y el 5.8 por ciento en los últimos 30 días. Se debe hacer notar que la encuesta integró muestras representativas de población de todas las entidades, incluyendo Nuevo León.

Considerando datos sobre prevalencia tratada, emanada de servicios de tratamiento especializados, se observa que entre los diez principales padecimientos psiquiátricos destacan los trastornos por déficit de atención y de conducta en niños y adolescentes, en adultos trastornos afectivos tipo depresivo o bipolar, de ansiedad, esquizofrénicos, mentales orgánicos y de personalidad; todos estos padecimientos con tasas de prevalencia tratada que van de 15 a 40 por 1,000 habitantes.

Además, destacan padecimientos psicosociales específicos que afectan de manera singular a grandes grupos de población, se pueden citar el uso y abuso de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas, así como el suicidio y la violencia comunitaria, particularmente en el seno familiar.

Respecto al uso de sustancias psicoactivas; de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, el 26.5 por ciento de la población fuma tabaco, cifra que se encuentra por encima de la prevalencia encontrada a nivel nacional, 20.6 por ciento, esto quiere decir que existe en el Estado casi un millón de fumadores, quienes consumen mensualmente más de 14.5 millones de cajetillas de cigarrillos.

Este consumo genera enfermedades altamente incapacitantes y malignas, gastos médicos catastróficos para familias, empresas y gobierno, más del 80 por ciento de este costo deberá cubrirlo el sistema gubernamental, además se ve truncado el desarrollo de niños y jóvenes por la muerte prematura de madres y padres fumadores.

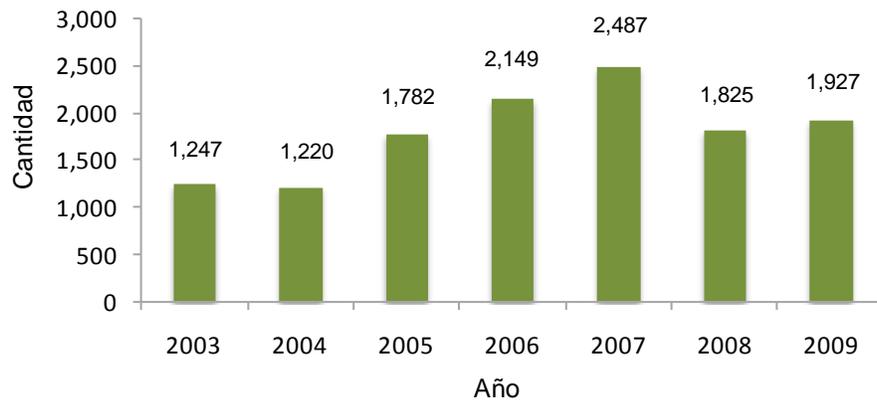
También la ENA 2008 señaló que el 29.7 por ciento de la población, casi 950 mil personas, se consideran bebedores altos ya que consumen más de cinco copas cuando toman, prevalencia que se encuentra por encima de la media nacional, 26.6 por ciento; el 5 por ciento, 158 mil 254

personas, estos bebedores tienen el problema de abuso o dependencia al alcohol y requieren tratamiento.

El impacto en la sociedad es evidente, Nuevo León, ocupa uno de los primeros lugares en accidentes automovilísticos mortales asociados al abuso de alcohol, además su uso es consignado por más del 70 por ciento de personas involucradas en situaciones de violencia doméstica, 57 por ciento de las involucradas en homicidio y en casi 65 por ciento de los involucrados en suicidio.

La ENA 2008 señaló que el 5.22 por ciento de la población, casi 215 mil personas, han usado alguna droga ilegal en algún momento de su vida, prevalencia que se encuentra por debajo de la nacional, 7.22 por ciento; menos del 1 por ciento, cerca de 40 mil personas, señalaron haberlas usado en el último mes.

PACIENTES DE PRIMERA VEZ QUE INGRESAN A TRATAMIENTO ESPECIALIZADO



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Adicciones (SISVEA). Información Sectorial.

Figura 37

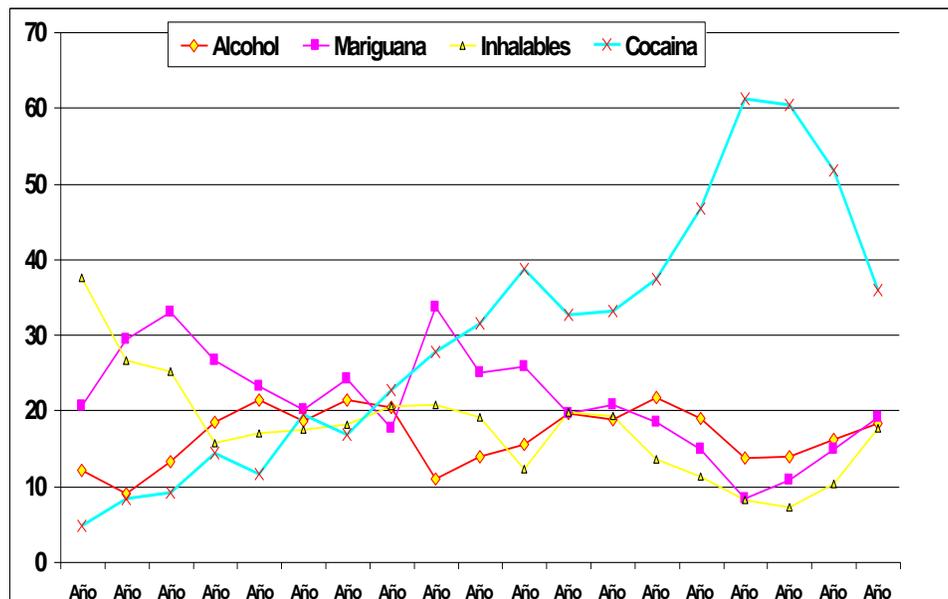
Por su parte el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) ha demostrado que existe cada vez mayor demanda de servicios de tratamiento y rehabilitación para estos enfermos; cada año se atienden entre un mil 700 y 2 mil 800 pacientes que acuden por primera vez a solicitar ayuda; a la fecha el SISVEA reporta que se están atendiendo 19 mil 986 pacientes adictos diferentes.

Poco más del 85 por ciento de estos pacientes son hombres y casi 15 por ciento mujeres, cifra que va en aumento año con año; la principal edad en la que buscan tratamiento es entre los 15 y 24 años, pero más del 50 por ciento reportan iniciar su consumo de drogas entre los 10 y 14 años de edad.

Tabaco, alcohol, marihuana e inhalables son las drogas más reportadas como drogas de inicio, influye notablemente en su elección la disponibilidad en sus ambientes y el fácil acceso a ellas, más del 93 por ciento de los pacientes consumen dos o más drogas a la vez, pero siempre reportan una droga como la de su principal consumo, la que los lleva a la adicción y consecuentemente a tratamiento, es la Droga de Impacto; las más reportadas como Drogas de

Impacto son cocaína, alcohol, marihuana e inhalables, en el orden en que se mencionan. (Figura 38).

REPORTE DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO DROGAS DE IMPACTO POR LOS PACIENTES QUE HAN ACUDIDO A CENTROS DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADOS EN ADICCIONES



Fuente: Sistema Vigilancia Epidemiológica de Adicciones (SISVEA). Información Sectorial.

Figura 38

El uso de drogas ilegales es un serio problema de salud pública, provoca numerosos signos y síntomas por tener un origen multifactorial, involucra factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, sin embargo, son enfermedades tratables y la recuperación es posible, por lo que el trabajo contra las adicciones debe estar fundamentado en la prevención primaria, selectiva e indicada.

Por su dimensión global y los graves efectos en el desarrollo de la sociedad, el consumo de drogas y sus consecuencias, así como los padecimientos mentales y la violencia, exigen la aplicación de políticas públicas claras, consistentes y de largo plazo, que integren en una acción sinérgica todos los recursos disponibles en la comunidad, es decir, se requiere una responsabilidad compartida con la participación de los tres órdenes de gobierno, de la sociedad civil organizada y de las personas.

Se requiere del fortalecimiento de las acciones encaminadas a la prevención primaria de estos padecimientos y sus consecuencias, la prevención secundaria orientada a la detección temprana y tratamiento oportuno, así como a la prevención terciaria para la rehabilitación y la reincorporación de las personas que sufren de estos padecimientos a sus ambientes sociales.

En materia de prevención primaria se otorgan anualmente más de 7 mil servicios estrictamente preventivos en las comunidades del estado, la cobertura de estos servicios llega a más de 350 mil personas; no obstante, la OMS recomienda, para que la prevención sea efectiva, llevar estos servicios al menos al 30 por ciento de la población cada año, es decir, casi 1 millón 200 mil personas. Para alcanzar esta meta es indispensable reactivar el Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA), en el que participan más de setenta organizaciones públicas y privadas de las cuales más del 85 por ciento mantienen activos programas de prevención primaria contra las adicciones.

Con relación a la detección oportuna, tratamiento y rehabilitación, la fuerza de atención que prevalece en el estado ofrece más de 300 camas para tratamiento y rehabilitación tipo residencial (internamiento) y atienden casi 2 mil pacientes nuevos cada año, este tratamiento lo otorgan la Secretaría de Salud, los Centros de Integración Juvenil A.C. y algunas organizaciones sociales que han creado servicios no gubernamentales de tratamiento.

Existen 5 Centros de Integración Juvenil A.C. (una de ellas con internamiento) y 40 Centros no Gubernamentales Especializados en el tratamiento y rehabilitación de personas adictas, de los cuales 17 cumplen con la NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, y que además están verificadas por la Secretaría de Salud.

Esta misma Secretaría cuenta desde el 2009 con 23 Centros Nueva Vida, 9 de ellos son los que se encuentran en pleno funcionamiento, ofrecen servicios de atención primaria de prevención al consumo de drogas, los otros 14 se encuentran con diferentes porcentajes de avances de construcción y además falta su equipamiento.

Con relación al suicidio, se debe considerar su importancia como indicador de los niveles más apremiantes de angustia generada en ambientes comunitarios en sociedades desafiantes y competitivas como la nuestra; hasta el año 2005 funcionó un sistema de vigilancia epidemiológica que demostró que en el Estado se presentan entre 200 y 240 suicidios por año la tasa es de 4.6 por 100,000 habitantes, con un comportamiento epidemiológico cíclico.

Sin embargo, el procedimiento dentro de este sistema, para vigilar la frecuencia de intentos suicidas, no terminó de implementarse; por lo cual es indispensable reactivar nuevamente este sistema de vigilancia para tener mejores oportunidades de diagnosticar las causas que desencadenan trastornos, así como para implementar verdaderos programas tanto preventivos como de intervención terapéutica integrales. Existen en la entidad 14 organizaciones públicas y privadas con servicios psiquiátricos y psicológicos para este tipo de padecimientos.

La violencia familiar es reconocida como un problema de salud pública que afecta a todos los grupos de población, atenta contra la equidad de género y los derechos humanos; independientemente de las características sociales, económicas, educativas o religiosas, está integrada a la cultura y constituye un factor de riesgo que genera numerosas consecuencias a la salud física, psicológica, sexual y productiva.

Es de particular cuidado la violencia en contra de los grupos más vulnerables como son las mujeres, niñas, niños, adolescentes, discapacitados y adultos mayores; encuestas internacionales y nacionales patrocinadas por la OMS y la Secretaría de Salud, estiman que en 6 de cada 10 hogares se manifiesta la violencia como verdadero trastorno, lo cual se traduce en desintegración familiar, enfermedad grave, disminución de la calidad de vida y muertes; cada año fallecen en nuestra entidad más de 30 mujeres a causa de esta violencia y más de tres mil quedan seriamente lesionadas.

G. Otros Programas

a. Vigilancia Epidemiológica

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica contempla la acción de observar, recolectar y analizar sistemáticamente toda la información de eventos relacionados con la salud-enfermedad, principalmente referidos a los daños que ocasionan en la población.

Para el cumplimiento de estas acciones se instaló el 16 de noviembre de 1995 el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), con el propósito de formalizar la integración de todas las instituciones del sector salud, éste vigila el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica y la Ley General de Salud, además de analizar y proponer medidas de prevención y control generando medidas de intervención para los daños y riesgos a la salud.

La vigilancia epidemiológica no se lleva a cabo de manera sistemática y permanente en todas las instituciones del sector salud, por lo que es importante el fortalecimiento de este sistema, pues su importancia radica en la detección y notificación de casos, brotes y/o urgencias epidemiológicas que ponen en riesgo a la población.

b. Accidentes

Durante el año 2008 en el Estado la tasa de mortalidad por accidentes fue de 25.9 por 100,000 habitantes y se ubicó en el quinto lugar dentro de las principales causas de muerte. La principal causa de consulta en relación a la morbilidad ocasionada por accidentes, es por quemaduras, en el 2006 acudieron a consulta 8 mil 474 personas y 9 mil 354 durante el 2009.

En lo relacionado a muertes por accidentes viales el grupo más afectado es el de 15 a 44 años, la edad productiva y es de las principales causas de muerte. El problema que se presenta al analizar la morbilidad y mortalidad por accidentes es el subregistro, debido a la falta de vigilancia y monitoreo epidemiológico, a esto se suma la inadecuada clasificación de los de los mismos ya que el 17 por ciento de las lesiones, no se codifica en forma correcta. Se requiere crear un Observatorio Estatal de Seguridad Vial y Accidentes.

Otro agravante es que durante los últimos años el Consejo Estatal de Prevención de Accidentes (COEPRA) no ha sesionado, es de gran trascendencia pues el seno de este Consejo es un espacio para la toma de decisiones de alto nivel y donde se definen políticas en materia de accidentes, se definen acciones a partir de una visión estratégica y además se genera la participación e involucramiento de los sectores público, privado y social que intervienen en la prevención de accidentes.

c. Trasplantes

En el Registro del Sistema Nacional de Trasplantes, existen 21 instituciones con licencia, ocho privadas, siete de seguridad social, una de la universidad, cuatro oftalmológicas y una de células de cordón umbilical. También se cuenta con dos bancos uno de hueso y otro de tejidos y de células hematopoyéticas.

En estas instituciones se encuentra instalado el Comité de Trasplantes, que atiende la operacionalización del programa conforme al marco de la Ley General de Salud.

En coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), se llevaron a cabo 4 Diplomados para la Formación de Coordinadores de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Se profesionalizaron 30 personas y 18 de ellas ya se encuentran realizando funciones.

La tasa por millón de población de donantes de órganos que mide la efectividad de un programa de donación y trasplante, es de 3 en México y en Nuevo León es de 8, comparado con España de 33.4 que tiene infraestructura y servicio de seguridad social diferente. Por lo tanto es necesario fomentar la cultura para lograr sensibilización de la población hacia la donación de órganos.

De acuerdo a los registros de la Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos, del año 1996 al año 2002 se realizaron 2 mil 48 trasplantes, 725 corresponden a órganos y un mil 323 a tejidos. Del año 2003 al año 2009 se efectuaron 4 mil 880 trasplantes, 901 corresponden a órganos y 3 mil 979 tejidos. Los anteriores son datos recopilados de los informes trimestrales que reportan los 21 establecimientos con licencia. En los últimos seis años fueron 3 mil 793 los trasplantes realizados de origen cadavérico de los cuales 499 corresponden a órganos y 3 mil 294 a tejidos.

En cuanto a las solicitudes de petición para la donación de órganos y tejidos, realizadas por instituciones autorizadas, el porcentaje promedio de aceptación de la población a la donación se sostiene en un rango del 50 a 55 por ciento, las negativas tienen que ver con aspectos religiosos, culturales y desacuerdos familiares.

El Sistema de Registro Nacional de Trasplantes, enlista 11 mil 300 receptores en espera de un órgano o tejido, de los cuales un mil 320 es decir, 11.68 por ciento, corresponden al Estado, clasificados de la siguiente manera: 743 córnea, 569 riñón, 6 hígado, 1 páncreas-riñón y 1 corazón.

El marco normativo del Programa de Trasplantes de Órganos y Tejidos es la Ley General de Salud (LGS) en su Título Décimo Cuarto, Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida. En junio del año 2009, se emitió el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la LGS en materia de trasplantes y donación de órganos, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

d. Salud Bucodental

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Bucal permiten observar que los promedios del Índice Dientes Cariados, Perdidos y Opturados (CPOD), están disminuidos, son 0.4 piezas afectadas por caries en edades de 6 a 10 años, en los grupos de 12 y 15 años es de 1.71; La meta de la OMS refiere que no se debe presentar un Índice CPOD mayor de 3 en estas edades.

De acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), en el año 2009, de 590 pacientes que se reportaron, el 53 por ciento presentaron algún grado de enfermedad periodontal y el 47 por ciento se diagnosticaron como sanos. En lo que respecta al

Índice CPOD, en el año 2009, en 1 mil 94 escolares de entre 5 y 14 años, el promedio fue de 1.98 piezas afectadas por caries dental.

En el registro estatal de morbilidad bucal durante el año 2009, se observó que dentro de las principales causas de morbilidad bucal se encuentran en primer lugar la caries dental, seguida de las enfermedades periodontales, lo que reafirma la estadística nacional que considera estas dos patologías como las enfermedades buco dentales de mayor relevancia que afectan a la población, y que dada su alta prevalencia e incidencia, continúan siendo un problema de salud pública. Los datos epidemiológicos mencionados, muestran la necesidad de conjuntar y redoblar esfuerzos para poder abatir los problemas de salud bucal disminuyendo la carga de morbilidad.

Dada la importancia que representa que la población sea beneficiada con atención odontológica integral, se ve la necesidad de ampliar los servicios de especialidad odontológica a través del Centro de Especialidades Dentales, así mismo el ampliar la cobertura de atención en aquellas zonas en donde la población no puede acceder a este servicio, para este efecto es necesario fortalecer la infraestructura física, el equipamiento y garantizar el mantenimiento oportuno.

Las especialidades que se propone cubrir son odontopediatría, endodoncia, periodoncia, cirugía y rehabilitación con lo cual se pretende reducir los índices de morbilidad bucal, elevando con esto el nivel de salud bucal de la población.

e. Enfermería

La Comisión Estatal Interinstitucional de Enfermería, (COEIE) está integrada por directivos de enfermería de las instituciones del sector salud, públicas y privadas, escuelas y facultades de enfermería y despliega en conjunto un Plan Estatal Interinstitucional para el Desarrollo de las enfermeras. Es necesario dar continuidad al Liderazgo de dicha Comisión para impulsar el desarrollo del capital intelectual y humano del personal, que permita mejorar la calidad en la formación del recurso humano y el desarrollo profesional a través de la certificación profesional, la investigación e innovación de los procesos de atención de enfermería.

Se encuentran en funcionamiento algunos programas que permiten la administración de este servicio, como son el Programa de Gestión del Cuidado de Enfermería que contempla los siguientes sistemas y programas: el Sistema de Información y Administración de Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE); el Programa de Supervisión y Asesorías Técnico Normativas; y el Sistema de Medición de la Calidad y Seguridad del Paciente de la Atención de Enfermería.

Se cuenta con un Programa para Impulsar la Profesionalización del personal de enfermería, sustentado en la firma de un convenio de colaboración con Escuelas y Facultades de enfermería, sindicatos e instituciones del sector salud para apoyar la actualización, especialización y obtención de grados académicos.

Se ha reconocido el nivel profesional de este personal a través del Programa para la Retabulación del Personal Profesional de Enfermería. El 100 por ciento del personal con nivel de licenciatura, especialidad y maestría están recategorizados; el Sistema para el Reconocimiento al Personal de Enfermería es un programa de estímulos a la calidad del desempeño, la preselección al mérito y el reconocimiento al personal de enfermería interinstitucional, mismos que se encuentran vigentes.

Es importante intervenir en el cuidado integral de la salud de grupos prioritarios como son el adulto mayor y la salud del escolar, a través de la conformación de redes interinstitucionales. Fortalecer el sistema de calidad y seguridad en el cuidado de enfermería mediante la sistematización, evaluación, seguimiento y mejora de los indicadores básicos de calidad, desarrollo y estandarización de los Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE) y los registros clínicos de enfermería acorde al proceso de atención en el expediente clínico electrónico.

Se reconoce la necesidad de fortalecer la práctica del ejercicio profesional de enfermería para el cuidado del paciente, así como también estandarizar el modelo de atención comunitaria que permita garantizar y fortalecer las condiciones de salud de la población a través de la implementación de un modelo de enfermería, en el primer nivel de atención, privilegiando el enfoque de prevención y promoción.

El edificio de la Dirección de Enfermería no cuenta con un sistema de seguridad y los recursos tecnológicos sufren de obsolescencia.

f. Enseñanza e Investigación

Para elevar los conocimientos y habilidades de los recursos humanos en salud, mejorar la formación, la capacitación y el desarrollo profesional así como promover y fortalecer la investigación, se han administrado estrategias que permiten la vinculación entre la enseñanza para el desarrollo y la implantación de una cultura de calidad en el servicio.

En marzo 2006 inicia el Programa Académico de Posgrado Multicéntrico que incluye a los Hospitales Metropolitano, Materno-Infantil, Psiquiátrico, Centro de Atención Médica y Hospital San José-TEC cuenta con 9 programas de especialidad de entrada directa con 60 plazas adscritas y 6 programas de subespecialidad con 10 plazas adscritas.

El Encuentro Estatal de Investigación, es un evento que se realiza anualmente en el que se convoca a las instituciones educativas y asistenciales del sector salud estatal del medio privado y público a presentar trabajos de investigación sobre problemas prioritarios de salud otorgando reconocimiento económico a los trabajos más sobresalientes. Solo en el 2009 se registraron 81 trabajos en 8 diferentes categorías, de los cuales 19 recibieron reconocimiento económico de premiación.

Nuevo León es sede de la aplicación del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, se tiene una afluencia de 2 mil 200 aspirantes inscritos por año y en los 2 últimos años se implemento la modalidad de aplicación electrónica.

En el 2009 se inició el trámite para la apertura del Programa de Posgrado en Estomatología de Cirugía Oral y Máxilofacial y Odontopediatría, con lo que se proporcionará atención especializada a problemas de salud buco-dental a la población del noreste del país.

El área de Enseñanza e Investigación en Salud en conjunto con el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud (CEIFCRHIS), coordina la revisión, evaluación y dictamen de los programas de estudio que involucran al área de la salud y que solicitan reconocimiento de validez oficial ante la Secretaría de Educación, para ser impartidos por diferentes instituciones para la capacitación de recursos humanos en formación. En el 2008 se recibieron 25 trámites de los cuales 12 se

dictaminaron como favorables y 13 como no favorables; en el 2009 fueron 43 los trámites que se recibieron siendo 27 favorables y 16 no favorables.

Se continúa con la asignación de plazas de servicio social, de las carreras de medicina, enfermería, odontología, psicología, nutrición, trabajo social y técnicos. En cuanto a los egresados de las instituciones educativas el servicio social del área de medicina se incrementó en un 4 por ciento, la asignación de plazas de vinculación se incremento en un 10 por ciento, mejorando la cobertura de la demanda educativa para los programas de investigación, docencia y asistenciales. Se han descentralizado los trámites de terminación de servicio social, a partir del 2005 el trámite de liberación de servicio social se realiza en las unidades de adscripción del pasante, anteriormente este trámite se realizaba en la Dirección de Enseñanza, Investigación en Salud y Calidad con lo que se simplifica los trámites administrativos.

Son 22 los estudiantes de medicina que realizaron el internado médico de pregrado en los hospitales sedes con una cobertura de ocupación del 100 por ciento. Las unidades médicas de los Servicios de Salud de Nuevo León, brindaron 9 mil 164 campos clínicos para el desarrollo de los estudiantes de las carreras de la salud.

Durante los últimos seis años se realizaron 1 mil 313 cursos de capacitación, con una asistencia de 81 mil 195 personas, con un promedio de 5.07 eventos por trabajador por año, además, se otorgaron 1 mil 065 becas económicas para el desarrollo del personal en la maestría en salud pública y psicopedagogía, cursos actualización médica, apoyo para concluir licenciaturas, cursos para el mejoramiento de sus funciones como computación, entrenamiento en caso de desastres etc, además para actividades académicas como congresos, talleres y seminarios; Se gestionaron 1 mil 68 becas (tarifas preferenciales) en beneficio de los trabajadores para apoyo su economía e impulso a su superación profesional.

Respecto al Programa de Estímulos al personal de salud, se otorgaron 2 mil 511 estímulos al personal de medicina, enfermería y odontología; a partir del año 2009 se incorporan al programa las áreas de trabajo social, químicos, nutricionistas psicólogos y técnicos en rayos X, rehabilitación, electrocardiografía, electroencefalografía, inhala terapia y camilleros.

En cuanto a la participación en Proyectos de Acuerdos de Gestión y Capacitación, se han aceptado en el periodo 13 proyectos de acuerdos de gestión y 2 proyectos de capacitación en calidad. Los Servicios de Salud de Nuevo León han participado en la Convocatoria al Premio Nacional con 23 solicitudes de participación de los cuales 7 pasaron a la etapa de reporte breve (primera etapa) y 4 a la de reporte extenso (segunda etapa).

Resulta imprescindible continuar con la actualización del personal ya que es necesario para una atención de calidad en las unidades.

g. Arbitraje Médico

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico, cuenta con plena autonomía técnica para emitir opiniones y laudos. Se ha consolidado en la comunidad como una de las mejores opciones para la solución de controversias entre los usuarios del servicio médico y los profesionales de la salud, brinda atención a la población en general, recibe las inconformidades, y da solución a las mismas, mediante la ejecución de sus respectivas funciones como lo son, asesoría, gestión inmediata, proceso arbitral y dictamen médico institucional.

Es importante mencionar que en el año 2007, se trabajó en forma intensa para realizar la metodología de los procesos que permitiera lograr la homologación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y tener la posibilidad de conocer los casos de las instituciones federales sin tener que recurrir a su envío, logrando establecer esa homologación con el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico en el año 2008, a través de la firma de un convenio entre la CONAMED, IMSS, ISSSTE y Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMED), para dar solución a los casos de estas instituciones.

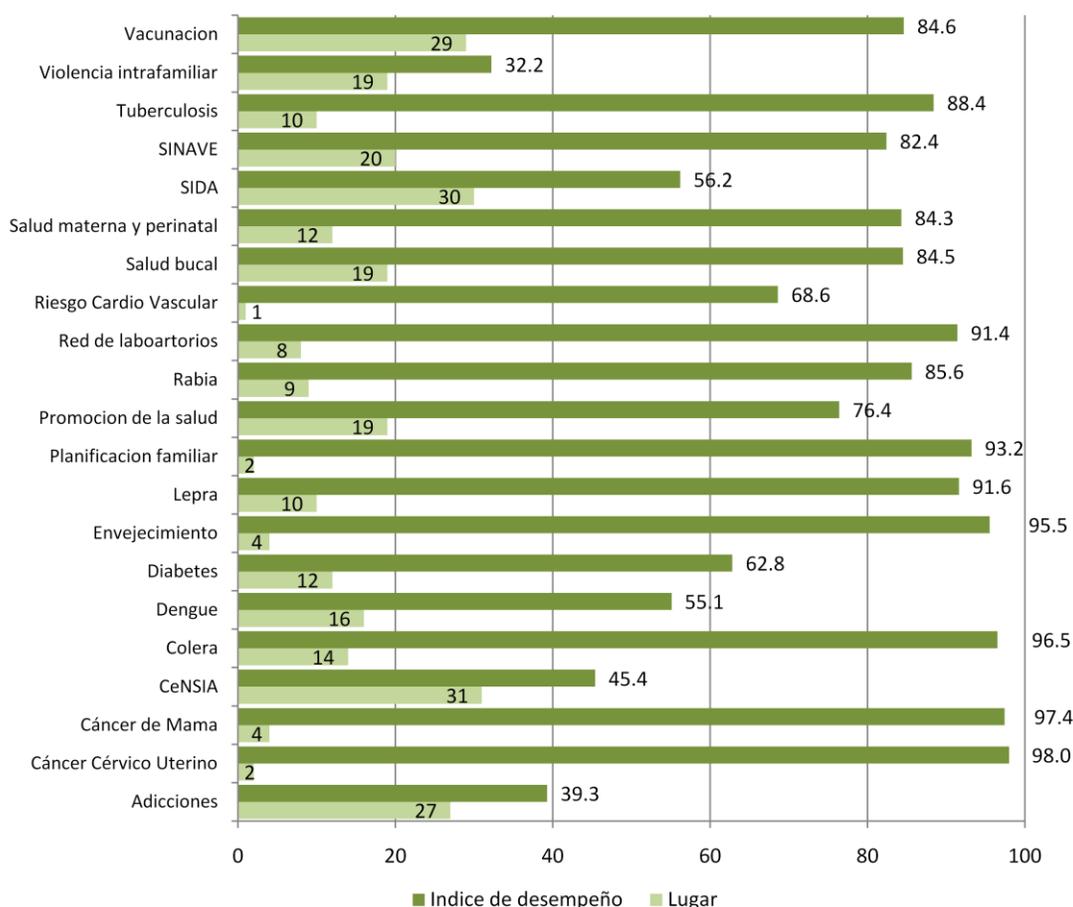
Con el objetivo de dar celeridad y mayor certeza tanto jurídica como médica a las quejas planteadas en contra de los prestadores del servicio médico, se estableció comunicación con organismos públicos del Estado logrado suscribir convenios de colaboración con la Procuraduría General de Justicia en el Estado, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos y la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), que establecen que al tratarse de una inconformidad que involucre al área médica deberá ser enviado a la COESAMED para su proceso.

H. Caminando a la Excelencia

Caminando a la Excelencia es un Programa Nacional de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (SPPS), cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas de Acción de su competencia.

De acuerdo al último boletín publicado en el cierre del año 2008, los cinco primeros lugares en el Estado son el programa de cáncer cérvico uterino (98.0); cáncer de mama (97.4); cólera (96.5); atención al envejecimiento (95.5) y planificación familiar (93.2). Los cinco programas con más baja calificación son el programa de violencia familiar (32.2); adicciones (39.3); dengue (55.1); SIDA (56.2) y diabetes (62.8). (Figura 39).

INDICE DE DESEMPEÑO POR PROGRAMA Y LUGAR QUE OCUPA A NIVEL NACIONAL



Fuente: Boletín Caminando a la Excelencia 2008

Figura 39

3. Protección Contra Riesgos Sanitarios

El cambio necesario de gran trascendencia en materia de protección contra riesgos sanitarios, es la transformación de las políticas de regulación hacia las de protección de la población contra riesgos sanitarios, ocasionados por los productos y servicios que recibe así como los ocasionados por fenómenos naturales.

Sin embargo, uno de los temas reiteradamente expresados por el sector productivo está relacionado con el desconocimiento de la normativa y legislación sanitaria, lo que favorece irregularidades en la prestación de servicios y comercialización de productos, además de fenómenos de discrecionalidad y corrupción. Esta misma circunstancia ocasiona el incumplimiento de una de las tendencias sanitarias de más relevancia, que se denomina corresponsabilidad, misma que implica que la sociedad sea en lo general más activa y participe en el cuidado de su salud.

Hay que señalar que el área de protección contra riesgos en el Estado, tiene componentes importantes bajo su responsabilidad que en su inmensa mayoría son materia de salubridad general, sustentado en un acuerdo de coordinación vigente de los más amplios a nivel nacional, bajo esta premisa en base a la coordinación con el sistema federal sanitario, las actividades se programan y realizan en base a proyectos previamente convenidos con el objeto de atacar problemas sanitarios específicos, que dada la morbilidad y mortalidad requiere ser revisada y actualizada.

Derivado del comportamiento de los proyectos prioritarios que se ejecutan en conjunto con la federación es importante señalar que existen problemas específicos.

No se cuenta con un programa que permita captar, prevenir y evitar en forma eficiente la problemática relacionada con infecciones intrahospitalarias e implantar el manejo de la norma correspondiente.

No obstante que la transición epidemiológica señala un incremento en materia de enfermedades crónico-degenerativas, se continua con riesgo latente de contaminación y alteración por efectos microbiológicos en alimentos, como ejemplo, el 18.6 por ciento de más de 4 mil muestreos reflejaron algún tipo de contaminación durante el 2008.

Con respecto al agua para consumo humano se continúa observando fallas en la desinfección hasta en 3 por ciento de las tomas para determinar cloro libre residual.

En materia de control de los productos legales que generan adicciones existe un vacío legal, ya que la Ley General Para el Control del Tabaco, de origen es facultad de la federación y actualmente el Estado carece de las mismas para su ejercicio, y solo se realizan actividades de fomento sanitario

En el ámbito de la salubridad local, la Ley Estatal de Salud fue publicada hace 21 años y aún que ha sido modificada, se encuentra fuera de contexto ante los cambios de la legislación federal y los avances tecnológicos de la sociedad.

Otro problema serio en el estado lo constituye la publicidad dolosa y la mercadotecnia excesiva de los llamados productos frontera o milagro, que impactan a la salud y al bolsillo de la población.

Se ha detectado una baja participación del cuerpo médico en la notificación de Reacciones Adversas medicamentosas, lo que ocasiona que el sistema de fármaco-vigilancia sea ineficiente y carezcamos de datos reales en la materia, aunado a la falta de capacitación de los dispensadores de medicamentos, la comercialización indiscriminada de los medicamentos y la automedicación favorecen resistencia a antibióticos y abuso de los mismos además de alto costo de los servicios.

Es importante comentar que las oficinas regionales de protección contra riesgos carecen de áreas propias, ya que se encuentran mezcladas en áreas de atención médica lo que dificulta la atención.

4. Prestación de Servicios de Salud

a. Acceso a los Servicios de Salud para la Población no Derechohabiente

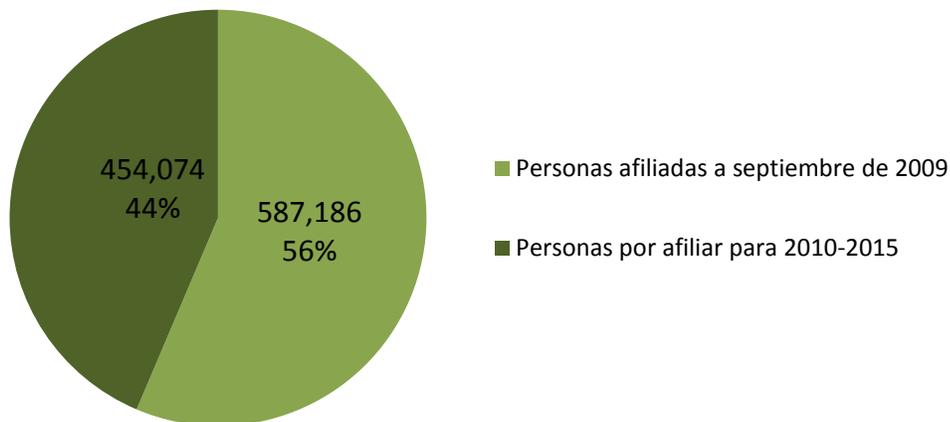
No obstante que el Estado cuenta con el reconocimiento de cobertura universal en el Paquete Básico de Servicios de Salud, es un hecho la necesidad de la implementación de un nuevo Modelo de Atención que incluya redes de servicio de salud, estructuras y sistemas de articulación como roles integradores, redes de telecomunicaciones, redes de transportación, sistemas de información en salud, modelo de gestión gerencial, un sistema de costeo y facturación cruzada, además de elementos reguladores.

La incorporación al Sistema de Protección Social en Salud, el crecimiento desmedido de la zona metropolitana y el incremento de la población en el Estado a causa de la migración y el desarrollo económico, ha generado una mayor demanda de los servicios.

El reto es, servicios de calidad a través del mejoramiento de la infraestructura, el aumento de las medidas de prevención, la eficiencia de las atenciones médicas, así como el incremento de la capacidad resolutoria de los hospitales y centros de salud, además de proporcionar estratégicamente servicios troncales de especialidad a través del reforzamiento de su capacidad operativa para atender pacientes que requieran procedimientos terapéuticos de corta estancia.

Así mismo y con el objeto de dar cumplimiento al mandato legal en materia del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), es prioritaria la afiliación total de la población del Estado que no cuenta con un esquema de derechohabencia a fin de proporcionar de manera progresiva un paquete de intervenciones esenciales y de ciertos tratamientos y eventos catastróficos.

PERSONAS AFILIADAS AL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD



Fuente: Departamento de Administración del Padrón del Seguro Popular Nuevo León.

Figura 40

Como complemento a lo anterior, para brindar atención médica a la población en condiciones de mayor vulnerabilidad está el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de salud, son 45 mil 531 las familias beneficiadas (Figura 40), es importante mencionar que el incremento del número de beneficiados está en función de los lineamientos emitidos en el nivel federal, en cuanto a la existencia de localidades que reúnan los criterios de accesibilidad y capacidad de atención de los servicios de salud y otros componentes, de tal forma que permite operar en forma integral los componentes del Programa. Para lograr los objetivos del programa es necesario contar con la corresponsabilidad entre la población beneficiada y el personal de salud, así como la simplificación de los procesos.

Por otra parte para subsanar las carencias de los servicios médicos en el área rural se hizo necesario acercar los servicios médicos a las comunidades menos favorecidas y más alejadas del Área Metropolitana de Monterrey a través de la Red de Telemedicina, ahora Telesalud debido a la amplia gama de actividades que ésta incluye. La misión de este programa es brindar atención médica de especialidad a distancia, así como asistencia sanitaria en caso de emergencias y desastres naturales, aprovechando las tecnologías de información y telecomunicaciones. Es una red integrada por instituciones públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud; en la parte académica se suman la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Universidad de Morelos (UdeM), Universidad de Monterrey (UDEM) y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).

Es importante hacer notar los logros del programa, tales como la actualización de equipos y la instalación de nuevos sitios, la sala de Telecomando situada en el Hospital Metropolitano única en el país, la integración de la Telemedicina Penitenciaria única en América Latina, la elaboración de convenios con instituciones públicas y privadas para la ampliación de la red, la aplicación del Programa en la modalidad de Teleeducación transmitiendo las sesiones generales médicas a todas las unidades de la red, así como la integración de actividades de promoción de la salud.

Son 34 los sitios operando con fibra óptica, se aplican 8 tipos de telemedicina (teleconsulta, teleeducación, telecirugía, teleradiología, telemedicina móvil, telemedicina de urgencia, telesalud pública, y telepenitenciarias) robustamente activos e innovadores en México, a la fecha son más de 20 mil procesos como teleconsultas y lecturas de fondo de ojo.

Hay que mencionar también que existe la imperiosa necesidad de organizar la consulta y la logística de este programa con la finalidad de optimizar los recursos; además de fortalecer la infraestructura pues se requiere una fuerte inversión para la reparación del equipo que presenta fallas y para la sustitución de equipo que sufre de obsolescencia.

En forma paralela, para contribuir en la cobertura, se implementó el Programa de Caravanas de la Salud, que consiste en acercar la oferta de la red de servicios de salud y ofrecer la atención primaria con criterios de calidad, anticipación, en forma integral y resolutive en aquellas comunidades de alto grado de marginación, de menor índice de desarrollo humano, que por su ubicación geográfica, dispersión o condiciones de acceso resulta complejo, el establecimiento de unidades fijas.

Respecto al equipo de computo se cuenta con 2 mil 500 computadoras y de ellas alrededor de un mil 200 se encuentran obsoletas, por lo existe la imperiosa necesidad de su sustitución además de adquirir al menos 500 equipos más; en cuestión de telecomunicaciones se cuenta con 24 conmutadores y 35 ruteadores adquiridos en el año 2001 que requiere su reemplazo; y

radiocomunicaciones es una red de más de 500 radios adquiridos en el año 2001 que necesita su rediseño y para su adecuada operación.

Para terminar con el tema de la cobertura, en los Servicios de Salud de Nuevo León existen 4 Unidades de Apoyo: Centro de Transfusión Sanguínea, Centro de Rehabilitación Física y Ortopedia, Laboratorio Estatal y Centro de Especialidades Dentales.

El Centro de Rehabilitación Física y Ortopedia brinda atención a pacientes discapacitados de población abierta en cuanto al diagnóstico, tratamiento y prevención de discapacidades para su reintegración familiar, laboral y social en lo máximo posible, no obstante el elevado número de atenciones y el personal altamente calificado con el que se cuenta, existe la necesidad de fortalecer con equipo especializado y adecuaciones de obra, con lo que se tendrá la capacidad suficiente para absorber el incremento en la demanda que se prevé, generada principalmente por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles como consecuencia del mayor número de población adulta.

Respecto al Centro de Especialidades Dentales, se debe mencionar que esta unidad requiere de una inversión para incrementar el número de atenciones a la población ya que se encuentra saturada, como ya se mencionó el equipamiento la ampliación física y el mantenimiento de la unidad son factores a considerar en forma puntual.

En cuanto al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea desde los últimos años se realiza campañas de donación en donde se ha logrado captar una cantidad importante de unidades de sangre, sin embargo la cultura de la donación voluntaria y altruista sigue siendo un factor a detonar entre la población, ya que en 2009 el porcentaje de captación por donador voluntario fue menor al 3.4 por ciento respecto al número de unidades de sangre captadas en los Servicios de Salud de Nuevo León, debido a la falta de recursos han quedado relegadas las funciones de promoción y captación de sangre, por lo que resulta importante el acopio de recursos en forma urgente a fin de poder cumplir con las normatividades que exige la materia.

Por otra parte, el Laboratorio Estatal cumple con el marco analítico propuesto tanto por el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) que corresponde a la Vigilancia Epidemiológica, como por lo solicitado por la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAYAC) del Área de Regulación Sanitaria. Entre los auxiliares de diagnóstico para la Vigilancia Epidemiológica se pueden mencionar los de influenza por biología molecular, dengue, hepatitis, sífilis VDRL/RPR positivo y negativo, tuberculosis, baciloscopías, lepra, carga viral en pacientes seropositivos, cólera, rabia, infecciones respiratorias agudas, tosferina y paludismo entre otros, así como también fisicoquímicos de agua y alimentos, metales pesados, clenbuterol yodo y flúor para Regulación Sanitaria.

Hay que mencionar que es prioritario incrementar el marco analítico en lo referente al panel de virus respiratorio, realizar adecuaciones que este Laboratorio necesita en cuanto a su infraestructura y adquirir equipamiento para seguir cumpliendo con las necesidades de la población.

b. Servicios de Salud con Calidad y Seguridad

La calidad sigue siendo un problema de los servicios de salud, ya que requiere de más inversión en recursos humanos y materiales para el buen desempeño de las actividades, de salud y así satisfacer las necesidades básicas de los trabajadores, de salud que les permita preocuparse por otorgar un servicio más eficiente y de calidad para los usuarios, sin embargo,

el promover el desarrollo de la atención con calidad es importante cuando ésta se basa en el cambio de actitud del recurso humano, este es el principal reto para los próximos años.

EL Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) incluye proyectos en los tres componentes de la calidad: percibida, técnica y de gestión de los servicios de salud, que han logrado notorios avances y dedicación de muchos profesionales de la salud a favor de la calidad y que sin perjuicio de su necesaria innovación forman parte de SICALIDAD.

Este programa de carácter institucional responde a lo establecido en el artículo 6° en la Ley General de Salud que plantea entre otros objetivos, “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los programas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daño a la salud con especial interés en las acciones previstas”.

Dentro de los objetivos centrales de los hospitales y centros de salud del Estado están el brindar atención segura y de la más alta calidad y calidez posible para los usuarios, para lograr esto se ha trabajado a fin de contar con la Acreditación y la Certificación de todos ellos.

Desde el inicio de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) se ha buscado contar con garantías de calidad para los afiliados a este, situación que se ampara mediante el proceso de Acreditación de las unidades médicas.

Para fines de acreditación, los Servicios de Salud de Nuevo León cuentan con 389 Centros de Salud y 9 hospitales, de éstos, 234 centros de salud y los hospitales Metropolitano, Montemorelos, Sabinas, Cerralvo y Dr. Arroyo se encuentran Acreditados. Es importante desarrollar estrategias para acreditar a la totalidad de la infraestructura existente, con énfasis en mantener y garantizar que cuenten con una atención de calidad para las familias afiliadas al Seguro Popular.

Existen 159 unidades médicas de primero y segundo nivel pendientes de acreditar, de las cuales 86 carecen de personal de enfermería, además de ser consideradas como de difícil acceso, es importante promover acciones para lograr su pronta acreditación. En relación con las unidades de atención hospitalaria existen proyectos de inversión y capacitación que permitirán cumplir en su totalidad con este proceso.

La política institucional es mejorar continuamente los servicios y optimizar el uso de los recursos a través de un modelo de administración de calidad que permita cumplir con las expectativas de los usuarios.

Por otro lado en base al Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta existe un déficit de 525 enfermeras; en el ámbito hospitalario la deficiencia es de 285 enfermeras en todo el Estado.

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICA), a través de encuestas cuatrimestrales que se aplican en las unidades de salud de atención primaria y hospitalaria, mide el trato digno, organización de los servicios y la atención médica efectiva; es satisfactorio saber que se avanza en el cumplimiento de las expectativas de los usuarios, con estándares nacionales de calidad.

Desde el 2003 se trabaja con el Sistema INDICA con las unidades médicas que reportan información sobre los avances que se han obtenido sobre el trato digno que se otorga a los usuarios en las unidades médicas de los Servicios de Salud de Nuevo León, por ejemplo, el

prolongado tiempo de espera se ha mejorado, motivo de queja frecuente y rechazo a la utilización de los servicios públicos en el primer nivel de atención y en el servicio de urgencia en las unidades hospitalarias.

Por otro lado la Certificación, es el proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes, actualmente solo el hospital general de Sabinas cuenta con Certificación vigente; ha terminado la vigencia de la Certificación de los Hospitales Metropolitano, Dr. Arroyo y Cerralvo por lo que se tiene planeado buscar su recertificación, así como la certificación del resto de las unidades hospitalarias.

En materia de participación ciudadana se implementó la integración del Aval Ciudadano como un elemento coordinado con las actividades de salud, dirigido a la evaluación de los servicios de salud. A la fecha, se integraron 278 personas que pertenecen a la comunidad y a instituciones no gubernamentales.

c. Prestaciones Médicas y Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTELEON)

El Artículo 7º de la Ley del ISSSTELEON establece como obligatoria la prestación del Seguro de Enfermedad y Maternidad, así como el Seguro de Riesgo de Trabajo, a septiembre de 2009 la población amparada por el Estado respecto a la seguridad social fue de 123 mil 076 derechohabientes de los cuales 40 mil 528 son servidores públicos, 11 mil 984 son Jubilados o Pensionados y 70 mil 564 beneficiarios.

Cabe señalar que de la población antes mencionada el ISSSTELEON le brinda atención directa solamente a 38 mil 788 servidores públicos, jubilados, pensionados y beneficiarios del Gobierno Central y sus organismos descentralizados, que no pertenecen al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) ni al Sindicato Único de servidores Públicos del Estado de Nuevo León SUSPE; el servicio de consulta médica general y de especialidad se otorga por la Unidad Médica de la Institución, así como los servicios básicos de urgencia. El resto de los servicios se otorgan por medio de un convenio de prestación de servicios. El convenio tiene vigencia de un año, período durante el cual deberán realizar los estudios en los términos y condiciones estipuladas por el contrato.

Existen 84 mil 288 afiliados y beneficiarios que pertenecen al SNTE y al SUSPE, con los que se tiene establecido un sistema de subrogación, donde el Sindicato se compromete a responder por los servicios que la Ley le impone en este ramo. Este servicio se otorga mediante una red de servicios hospitalarios, como la Clínica de la Sección 50 y sus respectivos convenios con instituciones privadas.

5. Eficiencia Administrativa

Para enfrentar exitosamente los retos que nos impone el nuevo perfil epidemiológico de daños a la salud, garantizar la calidad en la atención y la cobertura plena en la prestación del servicio médico, es necesaria la optimización de los recursos, por lo que resulta indispensable llevar a cabo acciones encaminadas al financiamiento equitativo y sostenible, innovar en nuevos esquemas de abastecimiento de insumos médicos, sistematizar los procesos administrativos, crear mecanismos innovadores de gestión de unidades médicas y redes de servicios de salud, capacitar al personal, establecer un sistema de costeo, fortalecer la infraestructura, dignificar las

unidades médicas, renovar el equipo para las tecnologías de la información y fortalecer los esquemas de estímulos basados en el desempeño, por mencionar algunos.

Es apremiante contar con sistemas para generar servicios de salud más efectivos y eficientes, ya que en el tema de la salud los recursos generalmente son insuficientes. Se cuenta con un Sistema Integral de Administración en Salud (SIAS) diseñado para la realización de las tareas administrativas enfocadas al cumplimiento de las actividades propias de la Institución, sin embargo, requiere de una revisión en su diseño y en el esquema de operación actual, a fin de hacer más eficiente el uso de los recursos humanos, físicos y financieros.

Como complemento a lo anterior, es importante resaltar que actualmente se tiene en proceso la implementación del Expediente Clínico Electrónico en unidades de consulta de primer contacto y hospitalaria, con lo cual se obtendrán beneficios importantes derivados de la reducción de costos por un mejor seguimiento de la atención de los pacientes y una mayor confiabilidad de la información estadística, médica y administrativa, ya que se contempla la vinculación de módulos del Sistema de Información Hospitalario con los sistemas administrativos existentes.

Por otra parte, el 1º. De enero de 2009 entró en vigor la Ley General de Contabilidad Gubernamental, la cual contempla como principal objetivo establecer los criterios generales que regirán la contabilidad gubernamental y la emisión de información financiera de los entes públicos para lograr su adecuada armonización, así como la factibilidad de comparación y análisis bajo criterios comunes, facilitando el escrutinio público y las tareas de fiscalización. Lo anterior nos obliga a reforzar aún más la necesidad de contar con sistemas administrativos que contemplen además de los componentes de la salud, los nuevos cambios normativos que buscan fortalecen los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Respecto a los recursos humanos, la plantilla autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se ha mantenido desde la firma del Acuerdo de la Descentralización de diciembre de 1996. Las modificaciones reflejadas han sido por transferencias de otras dependencias o cambios de adscripción, lo cual no representa la necesidad real del personal por consecuencia del mayor crecimiento en la infraestructura de la prestación de los servicios de salud.

El Acuerdo de Descentralización establece que el nivel central, debe otorgar la homologación tabular de acuerdo a los códigos de puestos que integran el catálogo sectorial; a su vez, el sueldo base y prestaciones, además de la creación de plazas para cubrir el requerimiento de personal son con cargo a Gobierno del Estado; sin embargo, esto no ha sido posible, por lo que se ha contratado personal a través de esquemas de honorarios para cumplir con el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta.

Derivado de lo anterior, en el año 2008 se implementó el Programa de Regularización del Personal contratado por honorarios, subsanando en parte la problemática de la plantilla requerida, sin embargo, a la fecha no se han actualizado los tabuladores ni se han definido sus derechos y prestaciones. El SPSS y SSNL son la fuente de financiamiento para el pago de la nómina de este recurso humano, pero es el Gobierno del Estado quien debe de apoyar con el pago a este personal.

Como se ha mencionado para brindar atención de calidad a la población abierta en las unidades de primer contacto, son necesarias instalaciones adecuadas, durante los últimos años se ha fortalecido la infraestructura en salud, pero debido al crecimiento y redistribución de la población, resulta necesaria la dignificación de las unidades médicas. En 85 por ciento de los

centros de salud se aplicaron acciones de conservación y mantenimiento, hay que reconocer que la mayor deficiencia radica en la falta de mantenimiento oportuno.

En lo que se refiere a las unidades hospitalarias, se han llevado a cabo acciones de fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento, hay que indicar que se requiere una inversión considerable para continuar con la habilitación de las áreas que permitirán tener una operatividad del 100 por ciento de todas las unidades

Los medicamentos representan insumos esenciales para la prestación de servicios. Existen indicadores que evalúan el surtimiento de recetas, la disponibilidad promedio de medicamentos en la farmacia o almacén y el porcentaje de pacientes que tuvo que pagar por adquirirlos, entre otros. El abasto de medicamentos no ha sido el deseable por lo que debe mejorarse sustancialmente en los próximos años.

En el año 2008, en las unidades de primer contacto, se surtió la receta de medicamentos completa al 91.3 por ciento de los pacientes, 4 puntos porcentuales por debajo de la media nacional. En lo que se refiere a las unidades de segundo contacto, durante el año 2009 se mantuvo el 81.9 por ciento de disponibilidad de medicamentos en farmacia o almacén; 68.1 por ciento las recetas fueron surtidas completamente y sólo el 0.1 por ciento de los pacientes tuvieron que pagar por adquirir los fármacos en la unidad; estas cifras implican un reto importante en el reforzamiento del abasto de medicamentos.

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), que tiende a sustituir al Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA), tiene la meta de cumplir con las expectativas y necesidades de la población en busca de crear las condiciones para que todas las unidades, instituciones y sectores del sistema mexicano de salud trabajen de manera coordinada para garantizar atención pronta, efectiva, segura y continua, centrada en el paciente y respetuosa de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud. Su brazo operativo es el Sistema de Protección Social en Salud, y con el creciente número de afiliados a este sistema, se hace necesario reestructurar los esquemas de financiamiento de los servicios prestados. Está en proceso la definición de los esquemas de desconcentración de recursos para que las unidades de primero y segundo nivel.

En la misma tendencia de modernización administrativa, es necesario reevaluar la estructura organizacional de la Secretaría de Salud y de SSNL, actualizando los instrumentos administrativos: manuales de organización y procedimientos, tanto de oficina central como de las unidades de primero y segundo contacto.

En relación al esquema de estímulos de productividad para el personal, éste se ha visto mermado con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, ya que la captación de recursos por concepto de cuotas de recuperación, ha disminuido sustancialmente. El esquema consiste en otorgar al personal hasta un 30 por ciento del monto total de los recursos que ingresan a la unidad por la prestación de servicios, y está en función de la satisfacción del usuario, el nivel de productividad individual, el esfuerzo de recuperación, la puntualidad, la asistencia y la permanencia, entre otros.

Considerando lo anterior, es de suma importancia diseñar un nuevo esquema que garantice el sustento financiero de los fondos destinados a este fin, además de que en éste se incorporen nuevos parámetros de evaluación que permitan mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, tanto de salud pública como de atención médica.

II.- Visión

Ser reconocido como un Estado líder en la República Mexicana y América Latina, alcanzando un alto nivel de salud de la población, incrementando la Esperanza de Vida de los Nuevoleoneses y abatiendo la morbilidad y mortalidad a través del desarrollo de programas para la salud, el reforzamiento de la Cobertura Universal para el acceso a los servicios de salud y la aplicación de tecnologías médicas avanzadas.

III.- Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivo General

Ofrecer servicios de salud a la población con calidad y oportunidad, promover la prevención y el control de enfermedades, así como de riesgos sanitarios.

Objetivo Estratégico No. 1

Fortalecer las acciones de promoción de la salud.

1.1 Aplicar la Promoción de la Salud.

- Contratar promotores para reforzar los equipos de salud.
- Aplicar programas de capacitación y actualización continua sobre promoción de la salud
- Implementar un sistema de profesionalización para los promotores de salud institucionales.

1.2 Impulsar la organización comunitaria en salud para lograr la participación organizada, informada, consciente y comprometida en acciones de promoción de la salud.

- Ampliar la red de participación social con instituciones de otros sectores a través del Programa de Municipio Saludable.
- Incrementar y fortalecer la Red Comunitaria de Promotoras Voluntarias.
- Incrementar el número de Comunidades Certificadas como Comunidades Saludables; a partir del fortalecimiento de los Comités Municipales de Salud.
- Promover políticas públicas para la construcción de entornos saludables y seguros.
- Integrar y activar diversos comités y consejos que trabajan promoviendo la salud.
- Difundir información para el cuidado de la salud y contribuir en la educación individual y colectiva, para desarrollar capacidades y ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud.
- Implementar el Programa de Mercadotecnia en Salud para instrumentar campañas integrales de Promoción de la Salud.
- Implementar el Programa de Promoción para la Activación Física Binomio Sana Alimentación para anticiparse a la obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares.
- Posicionar el uso y demanda de las cartillas nacionales de salud.

1.3 Realizar intervenciones intersectoriales de detección, atención oportuna y cultura de la salud, con niños de educación básica, maestros y padres de familia.

- Implementar el Expediente Médico del Escolar asegurando el diagnóstico oportuno y atención de padecimientos que limitan el desarrollo y aprendizaje del escolar.
- Ampliar la cobertura de atención del Programa Salud para Aprender (SPA) en coordinación con la Secretaría de Educación y apoyados en la participación del sector salud.

1.4 Mantener una comunicación efectiva con la comunidad.

- Rediseñar y mantener actualizado el portal de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud de Nuevo León en la Internet.
- Buscar la eficiencia a través de la certificación cibernética del portal en salud por parte de organismos internacionales.
- Aprovechar el uso de las redes sociales actuales para la difusión de programas de salud con énfasis en los jóvenes.

Objetivo Estratégico No. 2

Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles.

2.1 Mantener coberturas de vacunación mayores al 95 por ciento para lograr el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

- Uniformar los criterios y la metodología para la programación de los universos de responsabilidad de las instituciones de salud.
- Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial, a través de las reuniones del Consejo Estatal de Vacunación.
- Realizar convenio para la regionalización operativa con el IMSS e ISSSTE.
- Fortalecer las actividades de planeación, supervisión, ejecución y evaluación.
- Contratar capturistas y enfermeras exclusivos para el Programa de Vacunación.
- Instalar 9 cámaras frías para la conservación adecuada de los biológicos, además del incremento de unidades refrigerantes, enfriadores, termos, termómetros de vástago, mochilas y carros portatermos.

2.2 Disminuir la incidencia de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en la infancia.

- Fortalecer e integrar las acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades diarreicas.
- Intensificar a través del personal de salud la promoción de la cultura del lavado de manos y otras medidas de higiene.
- Capacitar al personal médico en la identificación del estado de hidratación y en el uso de la terapia de hidratación oral en el hogar.

2.3 Fortalecer e integrar las acciones de promoción, prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.

- Aplicar el protocolo de las guías clínicas de Influenza para realizar un diagnóstico oportuno de la IRA.
- Fortalecer la utilización de pulsoxímetros para detección de casos severos de infección respiratoria aguda y su eficaz referencia a segundo nivel de atención.

2.4 Consolidar el Plan estratégico de prevención y control de la influenza para mitigar los daños a la salud de la población.

- Mantener coordinación y logística efectiva intersectorial e interinstitucional a través de reuniones con el Comité de Estatal de Seguridad en Salud y con el Comité de Emergencia para la Prevención y Atención de la Epidemia Viral.
- Prevenir, detectar y tratar con oportunidad los casos de influenza, para cortar cadenas de transmisión.
- Establecer 21 Unidades monitoras de influenza proporcionando los insumos necesarios para la toma de muestra y equipo de cómputo con acceso a internet, a través de una plataforma única para la captura en línea de casos y el reporte de los resultados en el menor tiempo posible.
- Ampliar la capacidad resolutive del Laboratorio de Salud Pública mediante la compra de reactivos y equipo para el diagnóstico con Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y se ampliará el algoritmo para el diagnóstico diferencial con 20 virus.
- Garantizar atención médica ambulatoria y hospitalaria de calidad a través de las guías clínicas de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.
- Reforzar la capacitación al personal de salud con la participación del Comité de Expertos.
- Realizar compra de oxímetros de pulso para unidades de primer nivel y ventiladores mecánicos para mejorar la capacidad de atención de las unidades de cuidados intensivos.
- Adquirir vacunas para incrementar la cobertura en los grupos de alto riesgo.
- Contratar personal de enfermería para ampliar la cobertura de vacunación.
- Mantener una reserva estratégica de insumos para garantizar la atención de la población.
- Realizar ruedas de prensa, entrevistas con los medios de comunicación, spots de radio y televisión para promocionar las medidas preventivas y detección de factores de riesgo.

2.5 Mantener el control epidemiológico con tasas de morbilidad y mortalidad de cólera en cero.

- Fortalecer las acciones de promoción, prevención y control de cólera.
- Ampliar la cobertura de detección, toma de muestra de hisopo rectal al 2 por ciento de los casos de diarrea.
- Verificar que se realice el monitoreo ambiental y el saneamiento básico, así como la cloración del agua.
- Promocionar las medidas de higiene, el lavado de manos, la preparación de los alimentos y la desinfección del agua.

2.6 Disminuir la incidencia y mortalidad por casos de dengue y otras enfermedades transmitidas por vector.

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica con las instituciones participantes.
- Implementar medidas de manejo integral de los vectores en áreas con elevado riesgo entomológico o de casos probables de dengue.
- Realizar bloqueos epidemiológicos en todos los casos sospechosos de dengue.
- Implementar medidas de Promoción de la Salud con participación social y municipal a través del Programa de Patio, Techo Limpio y Cuidado del agua almacenada, así como el saneamiento básico, para reducir los riesgos de transmisión de dengue.

- Instalar el Comité Estatal para la Prevención y Control del Dengue.
- Llevar a cabo acciones antilarvarias y de control de mosquito adulto, eficientes y oportunas.
- Invertir en equipo como máquinas pesadas ULV.
- Fumigar las áreas trabajadas en acciones antilarvarias, con máquinas Ultra Bajo Volumen (UBV) desde la calle y de manera intradomiciliaria con equipo portátil intradomiciliariamente en los casos probables de dengue.
- Intensificar las acciones para mantener el Estado libre de casos de transmisión local de paludismo y virus del nilo.
- Incrementar las actividades de la vigilancia entomológica, ornitológica y en equinos.
- Realizar pruebas diagnósticas en todos los casos de encefalitis.
- Capacitar al personal de Programa en las acciones sustantivas.

2.7 Fortalecer las medidas de promoción, prevención y atención de riesgos por zoonosis y mantener al Estado libre de casos de rabia en humanos.

- Fortalecer la Vigilancia Epidemiológica en forma permanente y la coordinación con las instituciones participantes.
- Mantener la Vacunación Antirrábica Canina en Fases Intensivas y en forma permanente
- Capacitar al personal médico y paramédico.
- Buscar la certificación como Estado libre de rabia.

2.8 Prevenir y controlar las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

- Fortalecer la integración Interinstitucional e Intersectorial para la Prevención y Control del VIH/SIDA a través de la formación de un comité de expertos que coadyuve en las acciones en la materia.
- Mantener y reforzar el enlace con la Secretaria de Educación y otras Instituciones Educativas, para lograr el ejercicio de la sexualidad saludable desde los inicios de la adolescencia.
- Implementar un sistema de registro único estatal de todos los pacientes del estado.
- Diseñar y promover campañas de información en todos los medios de comunicación disponibles.
- Fomentar la investigación que facilite la identificación de nuevas vías para mejorar la prevención y atención integral con diagnósticos y tratamientos oportunos que minimicen las secuelas y el contagio.
- Garantizar la Atención Médica Integral de todas las Personas que viven con VIH/SIDA, asegurando la suficiencia del número de tratamiento.
- Ampliar la cobertura de atención integral de personas que viven con VIH a hospitales rurales por un médico certificado.
- Mejorar y aumentar los grupos de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como las formas de tratamiento o abordaje psicológico.
- Reforzar el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), con la atención de especialidades como: Nutriólogo, Gastroenterólogo, Oncólogo, Infectólogo y Servicio Dental.
- Diseñar campañas de difusión en contra de la homofobia y la discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en los trabajadores de la salud.
- Fomentar grupos de promotores dentro de los mismos pacientes tratados y con interés de ayudar a otros a prevenir las ITS.

2.9 Disminuir la incidencia y mortalidad por Tuberculosis Pulmonar.

- Unificar y homologar procedimientos para la prevención y el control de la tuberculosis mediante la aplicación del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
- Realizar búsqueda intencionada de casos nuevos de TB Pulmonar en grupos de riesgo.
- Reforzar el Sistema de supervisión orientada a las áreas prioritarias.
- Proporcionar el Tratamiento Estrictamente Supervisado al 100 por ciento de los casos de la Secretaría de Salud, por medio de personal del programa.
- Contratar personal de enfermería para realizar actividades del programa.
- Integrar la Red de expertos especialistas en Tuberculosis con resistencia a fármacos.
- Actualizar las directrices para la atención de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (MDR) y Extremadamente Drogoresistente (XDR), con participación interinstitucional y de organismos internacionales.
- Desarrollar talleres de actualización en tuberculosis con resistencia a fármacos en unidades con pacientes con fármaco resistencia.
- Distribuir la guía actualizada para la atención de pacientes con Tuberculosis y resistente a los fármacos.

2.10 Fortalecimiento de la colaboración inter programática para hacer frente a los binomios Tuberculosis-Diabetes y Tuberculosis-SIDA.

- Actualizar permanentemente el registro de casos de los binomios Tuberculosis- Diabetes y Tuberculosis – SIDA para el seguimiento y alcances de metas.
- Otorgar quimioprofilaxis con fármacos especializados a contactos de Tuberculosis y a personas con VIH.
- Ofrecer consejería y pruebas para la detección de VIH a pacientes con Tuberculosis y examen bacteriológico a sintomáticos respiratorios con VIH-SIDA.

2.11 Disminuir la prevalencia de lepra.

- Fortalecer las competencias técnicas y operativas sobre detección, diagnóstico, tratamiento y curación de la lepra.
- Asesorar a los municipios que requieren acciones de validación ante la ausencia de casos autóctonos en los últimos 5 años.
- Incrementar la detección oportuna de casos con énfasis en el estudio efectivo de los contactos de enfermos y de casos en vigilancia post-tratamiento, y fortalecer la adherencia terapéutica.
- Realizar investigación operativa relativa a la lepra.
- Realizar talleres comunitarios de comunicación educativa y desarrollar cursos-taller para personal de salud y laboratorios.

Objetivo Estratégico No. 3

Prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

3.1 Crear nuevos estilos de vida por la salud, para disminuir los riesgos generados por el exceso de peso.

- Integrar del Comité Estatal Interinstitucional para la Alimentación Saludable y la Activación Física.
- Promover la Declaración Nuevo León para la Alimentación Saludable y la Actividad Física con 5 grupos sectoriales: Salud, Educación, Empresarial, Legislativo y Social.
- Suscribir el acuerdo por el que se instituya el Programa Estatal para la alimentación saludable y la actividad física.
- Limitar el problema de sobrepeso y la obesidad en las familias Nuevoleonesas mediante políticas y acciones integradoras, interinstitucionales y sociales que incidan en una mejor nutrición y prácticas del ejercicio.
- Implementar la iniciativa para prevenir el sobrepeso y la obesidad a través del Programa Estatal para la alimentación saludable y la actividad física, que incluya programa de Promoción Educativa en Salud, con el fin de generar cambios en comportamientos, actitudes, hábitos y estilos de vida.
- Realizar e institucionalizar la Encuesta Estatal de Salud y Nutrición para integrar un diagnóstico basal de la salud cada 5 años.
- Implementar el Programa Estatal de Salud para Aprender (SPA), para escolares de educación básica, con el eje de alimentación y actividad física.
- Aplicar los Lineamientos Estatales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica en coordinación con la Secretaría de Educación.
- Otorgar capacitación continua al personal operativo de salud de las unidades médicas sobre el diagnóstico, tratamiento y control del paciente.

3.2 Disminuir la prevalencia, así como prevenir y retardar la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cerebro-vascular, dislipidemias e hipertensión) y sus complicaciones entre los grupos de población adulta y adulta mayor.

- Fomentar una cultura por la salud, que propicie actitudes saludables y permita reducir los riesgos de padecer alguna enfermedad crónica no transmisible.
- Otorgar orientación a los usuarios de las unidades de salud para la prevención y detección oportuna de los factores de riesgo.
- Fortalecer los programas de detección integrada de diabetes mellitas y riesgo cardiovascular.
- Realizar detección oportuna de complicaciones de diabetes mellitus, a través de revisión anual de fondo de ojo y exploración de pie.
- Sistematizar exámenes de laboratorio en las personas con diabetes para la prevención de insuficiencia renal y evaluar su control.
- Desarrollar programas de capacitación continua al personal operativo de salud sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del paciente.
- Fortalecer las acciones a favor de las enfermedades crónicas no transmisibles entre asociaciones civiles, comunidad médica, universidades, industria farmacéutica y alimentaria entre otras.
- Incrementar la detección oportuna de diabetes gestacional.
- Fortalecer la Red Estatal de Grupos de Ayuda Mutua en apoyo a las metas del programa.
- Detectar oportunamente las enfermedades crónicas y discapacitantes que se presentan con mayor frecuencia en el Adulto Mayor.
- Promover la participación de los sectores público, social y privado en los ámbitos local, estatal y nacional, a favor del envejecimiento activo.

- Procurar el cuidado comunitario del Adulto Mayor fomentando la educación de la población, haciendo énfasis en la dignidad y respeto que cada individuo posee.

3.3 Mejorar la salud bucal de la población, contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor incidencia y prevalencia.

- Integrar y promover el esquema básico de prevención en cada grupo de edad, apoyándose en la elaboración, reproducción y difusión de materiales didácticos y educativos con base en cada grupo de riesgo.
- Intensificar las actividades preventivas y curativas con la realización de la Semana Nacional de Salud Bucal y el fortalecimiento de las brigadas odontológicas.
- Promover acuerdo de participación entre los sectores público y privado para los diferentes proyectos estatales de salud bucal.
- Fortalecer la atención gradual a los escolares en el Programa de Niños y Niñas Libres de Caries Dental, así como los grupos de riesgo, con énfasis en pacientes con diabetes, mujer embarazada, adulto mayor personas con capacidades diferentes.
- Dar seguimiento al programa de fluorización de la sal de mesa.
- Coordinar cursos de capacitación, talleres y actualización para el fortalecimiento de los componentes de promoción prevención y control y tratamiento de las enfermedades bucales.
- Mejorar la infraestructura mediante la adquisición de equipo y mantenimiento del equipo existente y garantizar el abasto de insumos para el programa.

Objetivo Estratégico No. 4

Prevenir y Controlar las Enfermedades de la Mujer y del Recién Nacido.

4.1 Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

- Ampliar la cobertura, especialmente en las zonas urbanas marginadas y área rural, para lograr el 85 por ciento de las mujeres entre 25 y 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres entre 35 y 64 años con prueba de Virus de Papiloma Humano (VPH) al menos cada cinco años.
- Implementar el laboratorio de biología molecular para la detección oportuna del VPH.
- Promover la creación de un centro estatal de capacitación de médicos colposcopistas con la finalidad de ampliar la cobertura de atención de las mujeres con diagnóstico de cáncer o lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado.
- Certificar al menos el 90 por ciento de los citotecnólogos, patólogos y colposcopistas que participan en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, para el año 2015.
- Incorporar el tamizaje primario con la prueba de VPH a la detección del cáncer cérvico uterino en mujeres entre 35 y 64 años.
- Evaluar las mejores estrategias para la implementación de la vacunación contra el VPH.
- Identificar serotipos de VPH en el Estado.
- Realizar coordinación intersectorial, interinstitucional en el área de la salud y educación pública y privada, así como con organizaciones civiles.
- Mejorar la infraestructura física y el equipamiento de los laboratorios de citología.
- Implementar 4 nuevas clínicas de colposcopia.

- Mejorar el desempeño de los servicios de salud contando con personal capacitado, infraestructura adecuada y un sistema de información para la mejora continua.
- Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer cérvico uterino a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para su detección oportuna.

4.2 Disminuir el ritmo del crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama.

- Mantener para el año 2015, la tasa de mortalidad por cáncer mamario por debajo de 24.0 defunciones por 100 mil mujeres mayores de 25 años.
- Certificar a más del 90 por ciento de los médicos radiólogos, cirujanos, patólogos y ginecólogos que participan en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, para el año 2015.
- Promover la investigación en servicios de salud que incluya el diagnóstico sobre el desempeño actual del programa, como base para la reorganización del mismo.
- Difundir la información sobre la gratuidad de la atención a pacientes sin seguridad social.
- Promover la participación institucional, interinstitucional y de la sociedad organizada en los consejos, comités y subcomités relacionados con las acciones para la detección y control del cáncer de mama, bajo la dirección del secretario estatal de salud.
- Realizar campañas de comunicación educativa para la información y sensibilización de la población especialmente la femenina.
- Formar y capacitar de manera continúa al personal en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama que incluye: técnicos radiólogos, médicos radiólogos, oncólogos médicos y quirúrgicos, radioterapeutas, enfermeras especializadas en oncología entre los principales.
- Fortalecer de la estructura física y del equipo para el adecuado funcionamiento de los servicios para la detección, diagnóstico y tratamiento, mediante la contratación de 5 técnicas radiólogas para ampliar el horario de atención y la adquisición de 8 equipos fijos y 2 móvil para mastografía.

4.3 Contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados.

- Mejorar la coordinación intersectorial e interinstitucional en el área de la salud y educación, así como con organizaciones civiles.
- Ampliar la cobertura de usuarias con métodos anticonceptivos modernos (Implante Subdérmico, DIU con levonogestrel o medicado y Parche Anticonceptivo), en mujeres en edad fértil con particular énfasis en las adolescentes.
- Aumentar la cobertura en el postevento obstétrico con métodos de alta efectividad y continuidad.
- Fortalecer la corresponsabilidad del hombre en la toma de decisiones reproductivas e incorporarlo activamente al conocimiento y práctica de la anticoncepción masculina incrementando en un 15 por ciento el porcentaje de vasectomías en relación a las oclusiones tubarias bilaterales.
- Fortalecer la capacitación sobre el consentimiento informado, la orientación consejería e información de los métodos anticonceptivos, con el fin de propiciar decisiones, responsables y bien informadas.
- Incrementar los centros con servicios de vasectomía sin bisturí.
- Asegurar, en todo el estado, los insumos anticonceptivos suficientes, oportunos y de calidad para la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción.
- Realizar campañas sobre salud sexual y reproductiva.

4.4 Reforzar el programa de acción de salud reproductiva en sus componentes de salud sexual y reproductiva de los (as) adolescentes.

- Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar a la población adolescente, sector educativo y a la sociedad de padres de familia sobre la importancia de la prevención, la adopción de conductas saludables en salud sexual y reproductiva.
- Disminuir los riesgos de la población al tener prácticas sexuales sin protección y difundir los beneficios de que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos responsablemente.
- Realizar coordinación intersectorial, interinstitucional en el área de la salud y educación públicas y privadas, así como con organizaciones civiles.
- Fortalecer la infraestructura de servicios amigables para la atención del adolescente, incrementando el número de unidades que atiendan la salud sexual y reproductiva de esta población de uno existente a tres para el año 2015.
- Fortalecer el abasto y la oferta de la gama de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes como lo es el implante subdérmico, el parche anticonceptivo y el DIU medicado.
- Fortalecer la orientación consejería en el postevento obstétrico, en las unidades hospitalarias, que atienden eventos obstétricos.
- Elaborar y aplicar un programa de capacitación interinstitucional para optimizar recursos, homogenizar y alcanzar estándares de calidad, dirigido al personal de salud vinculado en la atención de la salud sexual y reproductiva del adolescente que permita el desarrollo de habilidades, destrezas adecuadas y propicie un cambio positivo de actitud.

4.5 Reforzar el programa de acción de salud reproductiva en sus componentes de atención a la mujer durante la menopausia y el climaterio.

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres durante las etapas de peri y post menopausia brindando una atención integral mediante la prevención, diagnóstico y tratamiento de las afecciones más frecuentes asociadas a éstas etapas.
- Reforzar el programa de acción de salud reproductiva en sus componentes de atención a la mujer durante la menopausia y el climaterio.
- Brindar orientación a la población usuaria mediante información, orientación y asesoría sobre acciones tendientes a aliviar el síndrome climatérico y a prevenir enfermedades relacionadas al proceso natural de envejecimiento, sea éste dependiente o independiente del hipoestrogenismo.
- Promover acciones preventivas encaminadas a lograr un cambio favorable en el estilo de vida, para atenuar el impacto del síndrome climatérico y para modificar los factores de riesgo de osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y de endometrio, con el fin de que los efectos de estas enfermedades en la salud de las mujeres sean los mínimos posibles.
- Promover un programa de ejercicios que deberá combinar los de tipo aeróbico para el acondicionamiento cardiovascular con los del tipo de flexibilidad para fortalecimiento muscular y prevención de la pérdida de masa ósea.
- Promover medidas higiénicas y dietéticas, especialmente las que tienen impacto en varios sistemas, como la suspensión del tabaquismo.
- Proporcionar esquemas terapéuticos contemporáneos hormonales y no hormonales, para la prevención y control de síntomas y signos del síndrome climatérico, osteoporosis y atrofia urogenital, así como modificar los factores de riesgo cardiovascular.

- Promover la creación de una clínica de climaterio y menopausia en el hospital regional materno infantil de alta especialidad para dar cobertura a las mujeres.
- Fortalecer los servicios de salud con equipo especializado para confirmación diagnóstica y terapia hormonal.

4.6 Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

- Fortalecer la coordinación inter e intra-institucional mediante comités de coordinación estatal de salud para la conducción y el seguimiento del programa.
- Identificar oportunamente el riesgo reproductivo mediante la consulta preconcepcional.
- Fortalecer el concepto de rechazo cero, para que toda mujer con sospecha de embarazo le sea proporcionada la atención en el momento en que la solicite.
- Contribuir a que la mujer embarazada identifique tempranamente los factores de riesgo y daños a la salud que la aquejen.
- Fomentar el uso de metodología anticonceptiva, en mujeres con vida sexual activa y alto riesgo reproductivo, con énfasis a las adolescentes y las que tienen comorbilidad.
- Lograr la referencia oportuna de las mujeres embarazadas con alto riesgo reproductivo y alta letalidad.
- Promover el período intergenésico, con un mínimo de 2 años.
- Incrementar la cobertura postevento obstétrico al 80 por ciento, principalmente en mujeres adolescentes.
- Favorecer la atención integral y preventiva al cuidado de la salud de la mujer, elevando la competencia técnica de los prestadores de servicio, para el reconocimiento de factores de riesgo en el embarazo.
- Promover los embarazos planeados.
- Fortalecer las redes de atención para el aseguramiento de la atención de las emergencias obstétricas, tanto en área urbana como rural.

4.7 Detectar oportunamente las enfermedades o deficiencias congénitas desde el nacimiento.

- Fortalecer con acciones y procedimientos de prevención, detección, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y vigilancia epidemiológica del hipotiroidismo congénito, y enfermedades metabólicas, a fin de lograr el tamizaje de todos los recién nacidos.
- Difundir y promover en todos los niveles de la población sobre la importancia del tamiz neonatal para la prevención de errores innatos del metabolismo.
- Evaluar la incidencia y frecuencia de los errores innatos del metabolismo.
- Realizar tamiz ampliado del neonato antes de los 5 días de vida del niño.
- Identificar oportunamente a los recién nacidos con problemas de Errores Innatos del Metabolismo (EIM).
- Proporcionar tratamiento adecuado y oportuno para evitar las consecuencias y mejorar la calidad de vida del recién nacido.
- Realizar un tamizaje auditivo y oftálmico a todos los recién nacidos para la detección de sordera congénita o hipoacusia y ceguera respectivamente.
- Educar y capacitar al personal de salud involucrado en el programa de tamiz neonatal.

Objetivo Estratégico No. 5

Fortalecer la atención a los trastornos mentales, las adicciones y la violencia familiar.

5.1 Consolidar procedimientos para el diagnóstico temprano de los trastornos mentales, para lograr una referencia oportuna a tratamiento y favorecer la rehabilitación efectiva.

- Mejorar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, con el fin de reducir tiempos y costos de operación, de incapacidades, de internamiento, así como los gastos de hospitalización psiquiátrica.
- Prevenir la evolución del daño de la enfermedad mental mediante la detección temprana del padecimiento y tratamiento oportuno.
- Dar seguimiento a los pacientes que, después de haber sido hospitalizados, requieren tratamiento médico permanente para reducir el índice de recaídas.
- Otorgar a las personas que padecen trastornos mentales, el apoyo suficiente para desarrollar al máximo sus recursos personales.
- Participar en el empoderamiento de los pacientes para su integración social y laboral.
- Sensibilizar a la comunidad y al personal de salud sobre la existencia de enfermedades mentales, a través de la promoción de la salud mental en general.
- Capacitar al personal de todos los Centros de Atención Primaria para que puedan identificar tempranamente las enfermedades mentales.

5.2 Combatir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.

- Reactivar el Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA).
- Realizar acciones de prevención universal en la población general, para evitar su inicio en el consumo de sustancias adictivas.
- Desarrollar acciones de prevención selectiva en grupos de riesgo con el uso de medidas que disminuyan la disponibilidad de tabaco, alcohol y sustancias adictivas.
- Proporcionar diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, especializado, a usuarios y dependientes a drogas.
- Apoyar iniciativas para la investigación en materia de adicciones.

5.3 Fortalecer las Unidades Centros Nueva Vida.

- Difundir las actividades de prevención universal de los Centros Nueva Vida, así como de los servicios de atención que proporcionan para el tratamiento y la rehabilitación de usuarios con consumo experimental de sustancias que requieren de atención especializada.
- Impulsar las actividades intramuros mediante la Intervención y tratamiento breve, talleres de orientación familiar y para adolescentes y la formación de grupos de ayuda mutua.
- Impulsar actividades extramuros. Mediante la identificación de nodos y la operación de redes, diagnóstico comunitario, promoción de servicios en escuelas y comunidades, tamizaje y capacitación a Centros de Salud y otras unidades.
- Concluir la construcción y equipamiento de los Centros Nueva Vida.

5.4 Combatir la incidencia y prevalencia de la violencia familiar.

- Fortalecer el registro de los casos detectados a fin de establecer políticas públicas y su consiguiente disminución de la violencia.

- Proporcionar atención de calidad a toda la población; que sea accesible y cálida y que abarque los aspectos médico y psicológico, para las víctimas de violencia familiar y sexual.
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud de instituciones públicas y organizaciones privadas, para que puedan desarrollar acciones de prevención primaria y detección temprana de violencia familiar y su registro correspondiente en los sistemas de información obligatorios de los Servicios de Salud de Nuevo León.
- Fortalecer las unidades de la Secretaría de Salud que cuentan con personal de atención, tratamiento y referencia específica de casos de violencia familiar y sexual dentro del Marco de equidad y género, con respeto de los derechos humanos.
- Prevenir y promover una vida libre de violencia mediante trabajo comunitario y con grupos vulnerables.
- Fortalecer el Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar y de Género en sus diferentes componentes.
- Difundir el Plan de Seguridad y la referencia a Refugios en casos de violencia extrema.
- Mejorar la atención a fin de detectar tempranamente los casos de violencia familiar, el sistema de registro y la referencia de casos a los sitios correspondientes a fin de asegurar su rehabilitación.
- Establecer plan de capacitaciones frecuentes en los Centros de atención, así como de personal de otras instituciones y organizaciones sociales.

Objetivo Estratégico No. 6

Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

6.1 Fortalecer la capacitación, coordinación, supervisión y evaluación interinstitucional.

- Capacitar a todos los epidemiólogos de los diferentes niveles e instituciones.
- Fortalecer la coordinación del Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.
- Realizar supervisiones interinstitucionales, para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
- Implementar los sistemas de vigilancia epidemiológica de las Rickettsiosis, Borreliosis, Hepatitis y otras infecciones virales.
- Ampliar la red de comunicaciones a nivel estatal y sectorial.
- Fortalecer la infraestructura y equipamiento con nuevas tecnologías moleculares y analíticas para los servicios del Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Objetivo Estratégico No. 7

Incidir en la disminución de muertes causadas por accidentes de tráfico.

7.1 Impulsar la prevención de accidentes, la promoción de la seguridad vial y la mejora de atención a víctimas.

- Reactivar el Consejo Estatal de Prevención de Accidentes (COEPR) con cuatro Subcomités: Atención Prehospitalaria; Vigilancia Epidemiológica y Observatorio: Seguridad Vial; y Prevención y Promoción.

- Aplicar campañas para la promoción de la seguridad vial y prevención de accidentes para reducir los factores de riesgo.
- Promover la instalación de un Centro Regulador de Urgencias Médicas para ofrecer una atención oportuna y de calidad a víctimas de accidentes.
- Implementar la Red de Unidades de Primera Respuesta para el traslado y atención de pacientes en estado crítico.
- Actualizar el marco jurídico regulatorio en materia de tránsito, transporte y vialidad.
- Implementar el Observatorio Estatal de Seguridad Vial y Accidentes para facilitar el acceso a información confiable y oportuna.
- Integrar una Red Social de replicadores en prevención de accidentes.
- Promover una cultura de prevención y conciliación de participación social para evitar las muertes violentas.

Objetivo Estratégico No. 8

Fomentar la cultura de donación de órganos y tejidos.

8.1 Difundir el Programa de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos.

- Fortalecer la coordinación entre las Instituciones con Licencia para Trasplante.
- Promover las campañas de difusión de donación altruista en los medios de comunicación.
- Realizar eventos científicos para la promoción del Programa de Donación y Trasplante.
- Coordinar con las instituciones con Licencia para Trasplante la programación de cursos, pláticas y/o simposium sobre Donación y Trasplante.
- Programar la actividad científica durante la Semana Nacional de Trasplante.
- Realizar eventos deportivos para la promoción del Programa Donación y Trasplante.
- Vigilar que los datos del Sistema de Información del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) de cada establecimiento con licencia para trasplante sea colocada de forma correcta, completa y concordante.

Objetivo Estratégico No. 9

Elevar la enseñanza y la investigación en salud.

9.1 Incrementar en el personal el conocimiento para mejorar sus habilidades y destrezas.

- Desarrollar competencias gerenciales con enfoque en la planeación estratégica al personal directivo que fortalezca la toma de decisiones en salud.
- Vincular convenio de colaboración con instituciones educativas.
- Gestionar becas para apoyo del personal.
- Mejorar las competencias para la atención Integral del adulto mayor bajo la norma.
- Incrementar los recursos humanos calificados que intervengan asertivamente en la atención de la Salud Pública de la población.
- Difundir y participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud.

- Participar en la elaboración de proyectos de innovación en calidad.
- Desarrollar proyectos mejora en las unidades médicas, en el Programa Acuerdos de Gestión.
- Participar en el proceso de acreditación de unidades médicas.
- Implementar un programa de capacitación basado en la transición epidemiológica y poblacional del estado.
- Fundamentar la creación de la especialidad de Cirugía Oral y Máxilofacial en base a las necesidades de la población en el Estado.

9.2 Aumentar la producción de investigación operativa basada en la transición epidemiológica y poblacional.

- Proporcionar registro único estatal a cada trabajo de investigación que lo solicite.
- Realizar el Encuentro Estatal de Investigación en Salud así como difundir el Concurso Estatal de Investigación.
- Establecer convenios de colaboración con las instituciones formadoras de recursos Humanos para la salud e instituciones asistenciales.
- Fomentar y promover la investigación epidemiológica y de salud pública.
- Integrar equipos multidisciplinarios de investigación con personal profesional de la institución.
- Capacitar a los profesionales de la salud: médicos, enfermeras y trabajadoras sociales en habilidades de investigación.

Objetivo Estratégico No. 10

Proteger contra riesgos sanitarios.

10.1 Integrar con corresponsabilidad el sector productivo y la sociedad, privilegiando el fomento sanitario en políticas de confianza y transparencia.

- Promover la difusión simplificada de la legislación y normativa sanitaria.
- Desarrollar e implementar mecanismos de auto verificación y auto regulación a través del fortalecimiento del portal de Internet, promoviendo una política de confianza.
- Crear y organizar un consejo de expertos en materia científica, transparencia, ética en publicidad e innovaciones tecnológicas, que actúen como un asesor y supervisor de la Subsecretaría y en un momento dado como enlace con el sector productivo y la propia sociedad.
- Crear el mecanismo para reconocer las empresas de éxito sanitario y difundir que son empresas seguras.
- Establecer un programa de transparencia y profesionalización del personal.
- Promover la simplificación o eliminación de las medidas regulatorias actuales a fin de fomentar la creación de nuevas establecimientos.

10.2 Planear estratégicamente la atención al sector productivo y la prevención de riesgos

- Difundir la legislación sanitaria, facultades y responsabilidades al sector productivo y social.

- Implementar un sistema de información geográfico referenciado de las actividades y giros de riesgo sanitario.
- Reorientar las actividades de control sanitario, realizando mas fomento, ponderar riesgo y realizar verificaciones más profesionales.
- Fomentar la interacción de diferentes instancias a fin de desarrollar un programa de aseguramiento de la calidad del agua.
- Ampliar la infraestructura creando 8 oficinas regionales para la protección contra riesgos.
- Promover la capacitación continua del personal para el manejo de alimentos.
- Desarrollar un programa para el uso racional de los medicamentos y capacitar a los dispensadores de los mismos.

10.3 Vigilar que el paciente reciba una atención medica segura y de calidad.

- Desarrollar el proyecto de prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Hacer difusión de la normativa y creación del mecanismo de auto evaluación.
- Difundir los derechos del paciente y su fundamento legal, al interior y exterior de las unidades de atención médica.
- Promover la creación de comités hospitalarios.
- Promover la creación de un comité de ética e investigación a nivel estatal.

Objetivo Estratégico No. 11

Garantizar la cobertura de los Servicios de Salud.

11.1 Fortalecer la infraestructura en salud.

- Mejorar el equipamiento de las unidades de salud.
- Promover la conclusión de las obras en proceso, la ampliación y rehabilitación física de unidades de salud.
- Crear el sistema de información geográfica en salud.
- Fortalecer e incrementar la red de radiocomunicación para la atención de salud y la vigilancia epidemiológica.
- Fortalecer la red de telefonía.
- Implementar el Sistema Integral de Mantenimiento Electrónico a fin de garantizar la adecuada operación de las unidades y la reducción de costos de mantenimiento.
- Gestionar los recursos necesarios para el mantenimiento, conservación y construcción de unidades.
- Buscar nuevos esquemas de financiamiento para incrementar la oferta de prestación de servicios de salud.
- Vincular a la iniciativa privada en Proyectos de Prestación de Servicios.
- Construir un hospital de Medicina Avanzada para la atención de pacientes con padecimientos de mayor complejidad.
- Reforzar la infraestructura hospitalaria rural específicamente en la región norte y citrícola.
- Sustituir el Hospital General de Galeana.
- Mejorar y adecuar los espacios físicos acorde con las necesidades de los pacientes con discapacidad.

11.2 Consolidar el Programa Estatal de Tele Salud.

- Incrementar el número de unidades médicas conectadas a la red.
- Incrementar el número de especialidades médicas que ofrecen servicios de telemedicina.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional para el intercambio de información médica para la interconsulta.
- Fortalecer la infraestructura de comunicaciones en las unidades médicas.
- Integrar a la red de Tele Salud el servicio de radiología digital.
- Robustecer la Infraestructura de Comunicaciones con Universidades e Instituciones médicas Públicas y Privadas a través de convenios.

11.3 Consolidar el Sistema de Información en Salud.

- Reactivar el Comité Sectorial de Información en Salud.
- Fortalecer el equipamiento soporte para el sistema de información.
- Garantizar la plataforma de conectividad a nivel de zonal y promover la interconexión de unidades de salud de mediana complejidad.
- Consolidar el uso y aprovechamiento del Expediente Clínico Electrónico.

11.4 Brindar protección social en salud a la población no derechohabiente.

- Afiliar al 100 por ciento de la población potencial al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
- Promover convenios con instituciones privadas a efecto de incrementar la oferta de servicios.
- Gestionar recursos con la autoridad normativa a fin de fortalecer la infraestructura y el desarrollo de las campañas de promoción y prevención de salud.
- Propiciar la corresponsabilidad de los beneficiarios del Programa Oportunidades con las unidades de salud para cumplir con los objetivos del mismo.
- Gestionar los recursos necesarios para la operación del programa.

11.5 Consolidar el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).

- Reestructurar los Servicios de Salud de Nuevo León con énfasis en el financiamiento, asignación de recursos a unidades médicas y retribución a los profesionales de la salud.
- Establecer la red de administración de referencia y contra referencia mediante la definición de nuevos criterios para la regionalización operativa.
- Incrementar la capacidad de gestión desconcentrada de las unidades operativas.
- Rediseñar el esquema de estímulos al personal.
- Capacitar al personal médico y administrativo en el nuevo modelo de Atención para la prestación de los Servicios de Salud.

11.6 Mejorar la calidad de la atención y garantizar la seguridad de los pacientes que se atienden en las unidades médicas.

- Establecer una estructura laboral integral con las unidades hospitalarias, centros de salud e instituciones del sector que implemente y desarrolle los proyectos de asociación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).
- Fortalecer y Consolidar el Programa Aval Ciudadano.

- Establecer un sistema que asegure la disponibilidad de medicamentos y material de curación.
- Actualizar y promover la utilización de guías de práctica clínica.
- Integrar el Comité Estatal de Calidad y Seguridad del Paciente con las diferentes instituciones que conforman el sistema estatal de salud.
- Designar un Gestor de Calidad en cada uno de los hospitales y Jurisdicciones para impulsar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).
- Incorporar programas de calidad en el trabajo diario de técnicos, profesionales y personal en formación.
- Reestructurar y fortalecer el Proceso de Certificación de Calidad en las Unidades Hospitalarias.
- Medir la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicio.

11.7 Obtener la Certificación de los Hospitales por el Consejo de Salubridad General.

- Actualizar los Manuales de Organización y Funcionamiento y de Procedimientos en los hospitales.
- Revisar y reestructurar los procesos de atención hospitalaria.
- Capacitar al personal de los hospitales en los nuevos procesos de certificación.
- Definir las necesidades de los hospitales a través de la cédula de autoevaluación.
- Programar visitas de certificación.

11.8 Implementar el Programa de Seguridad en las unidades médicas.

- Capacitar al personal de los hospitales en materia de seguridad de los pacientes, de los familiares y el personal mismo.
- Fortalecer y consolidar los hospitales el Programa Hospital Seguro.
- Implementar acciones que prevengan la ocurrencia de eventos adversos.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales.
- Implementar el Programa de Cirugía Segura.
- Fortalecer el sistema de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería.
- Estandarizar los Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE).
- Promover la Certificación Profesional de Enfermería en el Estado.
- Fortalecer el Programa para la profesionalización de enfermería a través de Convenios de Colaboración Interinstitucionales, según necesidades de actualización, especialización y obtención de grados académicos.

11.9 Mejorar la calidad del servicio médico del ISSSTELEON.

- Homologar internamente la calidad del servicio médico.
- Establecer protocolos de atención mediante guías Medico-Terapéuticas.
- Dar educación continua a todo el personal médico involucrado en la atención de derechohabientes.
- Realizar análisis y evaluación permanente al cuadro básico de medicamentos.
- Adquirir equipo de tecnología de punta para fortalecer los servicios auxiliares y de diagnóstico.
- Equipar las aéreas nuevas de consulta médica familiar y de especialidad.
- Remodelar el área de Urgencias tanto en inmobiliario y equipo médico.
- Celebrar contratos de subrogación con instituciones públicas y privadas

- Ampliar el apoyo para subrogaciones cruzadas con Clínicas del S.N.T.E. Sección 50 y S.U.S.P.E.
- Celebrar convenios con la Secretaria de Salud para promover la integración regional y administrativa de los servicios médicos y de farmacia del ISSSTELEON con los centros de atención médica de la Secretaria, ubicados en las cabeceras de los municipios fuera del área metropolitana.

Objetivo Estratégico No. 12

Incrementar la eficiencia en el ejercicio de recursos destinados directamente a la salud pública.

12.1 Desconcentrar los recursos a las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Hospitalarias.

- Aplicar un esquema de asignación de recursos por prestación de servicios en las unidades médicas.
- Establecer procesos para la adquisición de insumos médicos que garanticen el abasto oportuno y suficiente.
- Institucionalizar un sistema de costeo en las unidades médicas.

12.2 Optimizar la utilización de los recursos.

- Integrar un Plan Maestro de Infraestructura a partir del Modelo Integrador de Atención a la Salud.
- Culminar la regionalización operativa de las unidades médicas de SSNL
- Redistribuir al personal de acuerdo a las necesidades de prestación de servicios.

IV. Indicadores y Análisis de Escenarios

Objetivo General:

Ofrecer Servicios de Salud a la población con calidad y oportunidad y promover la prevención y el control de enfermedades, así como de riesgos sanitarios.

1.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Esperanza de vida al nacimiento.	Cifras publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Se calcula con base en la técnica de tabla de mortalidad.	Años.	Escenario deseable 76.9
			Escenario probable 75.8
			Escenario adverso Menor a 75.4

Fuente de datos: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

2.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad general	Número total de defunciones en hombres y mujeres debidas a cualquier enfermedad o accidente entre total de población por 1,000.	Tasa por 1,000 habitantes	Escenario deseable 4.7
			Escenario probable 4.7
			Escenario adverso Más de 4.7

Fuente de datos: Base de datos de defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Secretaría de Salud (SSA).

3.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad Infantil	Número de defunciones en niños menores de un año de edad entre total de niños nacidos vivos registrados por 1,000.	Tasa por 1,000.	Escenario deseable 9.6
			Escenario probable 11.3
			Escenario adverso 11.6

Fuente de datos: Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), CONAPO.

4.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad materna	Número de defunciones maternas entre total de nacidos vivos registrados por 100,000.	Razón de mortalidad (por 100,000 nacimientos atendidos).	Escenario deseable 27
			Escenario probable 30
			Escenario adverso Más de 30

Fuente de datos: SEED, INEGI.

5.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Gasto público en salud per cápita en sin derechohabiencia	Total de gasto público en salud ejercido en población abierta en un período determinado entre total de población abierta en ese mismo período.	Pesos.	Escenario deseable \$ 2,000.00
			Escenario probable \$ 1,800.00
			Escenario adverso \$ 1,500.00

Fuente de datos: Cuenta Pública, INEGI.

Objetivo Estratégico 1:

Fortalecer las acciones de promoción de la salud

6.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Cobertura de expedientes médicos electrónicos del escolar	Expedientes médicos electrónicos de escolares revisados durante el período entre total de escolares de primer ingreso (en primaria, secundaria y 2do. Grado de preescolar) por 100	Porcentaje de alumnos con expediente.	Escenario deseable 95 %
			Escenario probable 85 %
			Escenario adverso Menos de 70 %

Fuente de datos: Secretaría de Educación, Registro de Expedientes.

Objetivo Estratégico 2:

Prevenir y controlar las enfermedades transmisibles

7.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Cobertura de vacunación con esquema básico en niños menores de un año de edad, con base en la proyección de población CONAPO	Niños menores de un año de edad con esquema básico de vacunación ingresados en el Sistema automatizado de información de Vacunación Universal (PROVAC) entre total de niños menores de un año de edad según población CONAPO	Porcentaje	Escenario deseable 95 %
			Escenario probable 90 %
			Escenario adverso Menos de 90 %

Fuente de datos: Sistema Automatizado de Información de Vacunación Universal (PROVAC), CONAPO

8.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Morbilidad de dengue	Total de casos nuevos de dengue en el período entre total de población multiplicado por 100,000.	Tasa por 100,000.	Escenario deseable Menos de 11.88
			Escenario probable 13.2
			Escenario adverso Más de 15

Fuente de datos: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE).

9.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Cobertura de vacunación antirrábica canina y felina	Dosis aplicadas entre meta de animales a vacunar por 100.	Porcentaje de animales vacunados	Escenario deseable 100 %.
			Escenario probable 95 %
			Escenario adverso Cobertura de vacunación por abajo del 80%.

Fuente de datos: Informes de vacunación antirrábica canina.

10.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad	Total de defunciones por SIDA en población de 25 a 44 años de edad en un período determinado entre total de población de 25 a 44 años de edad durante el mismo período por 100,000.	Tasa por 100,000.	Escenario deseable 7.5
			Escenario probable 8.9
			Escenario adverso Más de 8.9

Fuente de datos: SEED, CONAPO

11.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Porcentaje de curación de tuberculosis	Casos nuevos de Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva con tratamiento, que se cura, entre total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia notificados por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 87%
			Escenario probable 85%
			Escenario adverso Menos del 85%

Fuente de datos: Plataforma Única de información módulo de tuberculosis.

Objetivo Estratégico 3:

Prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles

12.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Control de la Obesidad	Número de pacientes con control metabólico entre total de pacientes en tratamiento por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 60%
			Escenario probable 50%
			Escenario adverso Menos del 40%

Fuente de datos: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SIS).

13.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Pacientes de primera vez que ingresan a tratamiento de diabetes	Número de pacientes diagnosticados de diabetes de primera vez que ingresan a tratamiento entre total de pacientes diagnosticados de diabetes de primera vez por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 90% de los pacientes diagnosticados con diabetes ingresen a tratamiento.
			Escenario probable 80% de los pacientes diagnosticados con diabetes ingresen a tratamiento.
			Escenario adverso 70% o menos de los pacientes diagnosticados con diabetes ingresen a tratamiento.

Fuente de datos: SIS, SUAVE.

14.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Pacientes de primera vez que ingresan a tratamiento de hipertensión	Número de pacientes diagnosticados de hipertensión de primera vez que ingresan a tratamiento entre total de pacientes diagnosticados de hipertensión de primera vez, por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 90% de los pacientes diagnosticados con hipertensión de primera vez ingresan a tratamiento.
			Escenario probable 80% de los pacientes diagnosticados con hipertensión de primera vez ingresan a tratamiento.
			Escenario adverso 70% de los pacientes diagnosticados con hipertensión de primera vez ingresan a tratamiento.

Fuente de datos: SIS, SUAVE

Objetivo Estratégico 4:

Prevenir y Controlar las Enfermedades de la Mujer y del Recién Nacido

15.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad de cáncer cérvico uterino	Número de defunciones por cáncer Cérvico uterino, en mujeres de 25 años y más entre total de mujeres de 25 años y más por 100,000.	Tasa por 100,000.	Escenario deseable 9
			Escenario probable 9.5
			Escenario adverso 10

Fuente de datos: SEED, INEGI.

16.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad de cáncer mamario	Número de defunciones por cáncer mamario, en mujeres de 25 años y más entre total de mujeres de 25 años y más por 100,000.	Tasa por 100,000.	Escenario deseable 22
			Escenario probable 24
			Escenario adverso 25

Fuente de datos: SEED, INEGI.

17.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Porcentaje de Cobertura de Tamiz Metabólico Neonatal	Número de recién nacidos tamizados entre número de recién nacidos atendidos por 100.	Porcentaje	Escenario deseable 100 %
			Escenario probable 95 %
			Escenario adverso 90 %

Fuente de datos: Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM), Sistema de Información Estratégica en Salud (SAEH)

Objetivo Estratégico 5:

Fortalecer la atención a los trastornos mentales, las adicciones y la violencia familiar

18.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Porcentaje de la población que recibe servicios de prevención primaria en adicciones durante el año	Número de personas que reciben servicios preventivos en el año entre total de población en el Estado por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable Cubrir el 30 % o más de población con servicios preventivos en materia de adicciones
			Escenario probable Cubrir entre 15 y 30 % de población con servicios preventivos en materia de adicciones
			Escenario adverso Cubrir menos del 15 % de población con servicios preventivos en materia de adicciones

Fuente de datos: Dirección de Salud Mental y Adicciones, SIS.

Objetivo Estratégico 6:

Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica

19.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Notificación oportuna de casos y brotes de interés de vigilancia epidemiológica	Casos y brotes notificados dentro de las primeras 24 hrs de su conocimiento entre total de casos y brotes notificados por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 90
			Escenario probable 85
			Escenario adverso Menos de 80

Fuente de datos: Base de datos en epi-info

Objetivo Estratégico 7:

Incidir en la disminución de muertes causadas por accidentes de tráfico.

20.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad por accidentes	Total de defunciones por accidente entre total de defunciones por 100,000 habitantes.	Tasa por 100,000.	Escenario deseable 23.3 %.
			Escenario probable 25.9 %.
			Escenario adverso Superior a 25.9 %.

Fuente de datos: SEED.

Objetivo Estratégico 8:

Fomentar la Cultura de donación de Órganos y Tejidos

21.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Tasa de donación en muerte encefálica	Casos de donación de órganos por muerte encefálica entre total de población, por 1,000,000 de habitantes	Tasa por 1,000,000.	Escenario deseable 10
			Escenario probable 8.5
			Escenario adverso 7.5

Fuente de datos: Informe físico trimestral de todos los hospitales con licencia para trasplante, población CONAPO

Objetivo Estratégico 9:

Elevar la enseñanza y la investigación en salud

22.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Número de horas de capacitación al año por trabajador	Total de horas del personal capacitado entre total del personal capacitado del área médica y paramédica del mismo período.	Número de horas de capacitación al año por trabajador.	Escenario deseable 48 horas
			Escenario probable 36 horas
			Escenario adverso Menos de 33 horas

Fuente de datos: Dirección de Enseñanza y Calidad en Salud.

Objetivo Estratégico 10:

Proteger contra riesgos sanitarios

23.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Eficiencia de cloración	Determinaciones de cloro libre residual menores a 0.2 ppm entre total de determinaciones por 100	Porcentaje	Escenario deseable 0 %
			Escenario probable 0.5 %
			Escenario adverso Más de 3 %

Fuente de datos: Formato primario

24.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Vigilancia de cumplimiento de la ley para la protección de los no fumadores en el estado de Nuevo León	Número de establecimientos que cumplen con la ley entre total de establecimientos a verificar por 100	Porcentaje	Escenario deseable 99 %
			Escenario probable 98.5 %
			Escenario adverso Menos de 95 %

Fuente de datos: Informe de verificación

Objetivo Estratégico 11:

Garantizar la cobertura de los Servicios de Salud.

25.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Camas censables por 1,000 habitantes	Número total de camas censables en unidades de atención de SSNL entre total de población abierta por 1,000.	Camas censables por 1,000 habitantes.	Escenario deseable 1
			Escenario probable 0.8
			Escenario adverso 0.7

Fuente de datos: Dirección de Hospitales de Servicios de Salud de Nuevo León, CONAPO.

26.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Cobertura de personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	Personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado entre personas susceptibles de ser afiliadas en el Estado por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 100 %
			Escenario probable 94 %
			Escenario adverso Menos de 70 %

Fuente de datos: Oficio de validación de padrón de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud.

27.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Mortalidad Hospitalaria	Total de egresos por muerte entre total de egresos por 100.	Porcentaje	Escenario deseable Menos de 4 %
			Escenario probable 4 %
			Escenario adverso Más de 4 %

Fuente de datos: Registros hospitalarios.

Objetivo Estratégico 12:

Incrementar la eficiencia en el ejercicio de los recursos destinados a la salud pública.

28.

Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de Medida	Meta 2015
Gasto ejercido en administración como porcentaje del presupuesto total ejercido	Presupuesto ejercido en actividades de administración en SSNL entre total de presupuesto ejercido en SSNL por 100.	Porcentaje.	Escenario deseable 20
			Escenario probable 25
			Escenario adverso 30

Fuente de datos: Subdirección de Recursos Financieros de SSNL.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

CAPASITS	Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en SIDA e ITS
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CCAYAC	Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura
COESAMED	Comisión Estatal de Arbitraje Médico
COEIE	Comisión Estatal Interinstitucional de Enfermería
CEIFCRHIS	Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud
CECA	Consejo Estatal contra las Adicciones
COEPRA	Consejo Estatal de Prevención de Accidentes
CEVE	Consejo Estatal de Vigilancia Epidemiológica
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DOF	Diario Oficial de la Federación
CPOD	Dientes Cariados, Perdidos y Obturados
XDR	Drogoresistente
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENEP	Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
EIM	Errores Innatos del Metabolismo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
INDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
ISSSTELEON	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Nuevo León
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ITESM	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
LGS	Ley General de Salud
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta
MIDAS	Modelo Integral de Atención a la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PLACE	Planes de Cuidado de Enfermería
PQT	Poliqumioterapia
PROVAC	Programa de Vacunación
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
SAEH	Sistema de Información Estratégica en Salud

SE	Secretaría de Educación
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
SIARHE	Sistema de Información de Recursos Humanos en Enfermería
SIAS	Sistema Integral de Administración en Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIRNT	Sistema de Información de Registro Nacional de Trasplante
SIS	Sistema de Información en Salud
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
SITAM	Sistema de Información para el Tamizaje
SIVEPAB	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales
SNTE	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)
SSA	Secretaría de Salud
SUAVE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
SUSPE	Sindicato Único de Servidores Públicos del Estado de Nuevo León
INDICA	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
UDEM	Universidad de Monterrey
VPH	Virus del Papiloma Humano