

**Programa Estatal de
Salud
2004-2009**

Contenido

Presentación.....	3
Introducción.....	4
I. Diagnóstico sectorial.....	7
II. Visión sectorial.....	22
III. Objetivos, estrategias y líneas de acción.....	22
IV. Indicadores de desempeño, escenarios y metas.....	34
Anexos.....	43

Presentación

Contar con servicios de salud eficientes y de calidad para toda la población es una demanda legítima de toda sociedad. Es por ello que el Gobierno del Estado ha decidido implementar una administración pública profesional, competitiva y eficaz desarrollando un sistema integral que vincule las tareas de planeación, programación, elaboración de presupuestos, evaluación del desempeño y rendición de cuentas.

Con este propósito el pasado mes de mayo, el titular del ejecutivo presentó el Plan Estatal de Desarrollo 2004-2009, como primer paso en la conformación gradual de un sistema estatal de planeación y evaluación. Dicho documento traza las líneas generales de política en los distintos ámbitos del quehacer gubernamental, que sirven de referencia para la elaboración de programas y proyectos, a cargo de dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal.

De la misma forma que la integración del Plan Estatal de Desarrollo 2004-2009 permitió construir la agenda estratégica del Gobierno del Estado, los programas sectoriales constituyen la agenda de trabajo de las dependencias y entidades. Así, los programas sectoriales son congruentes con el Plan pero ofrecen mayor grado de detalle y hacen explícitas las metas asociadas con cada objetivo, así como los indicadores que permitirán medir y evaluar el desempeño institucional.

En este contexto, se presenta el Programa Estatal de Salud “Proporcionar servicios eficientes de salud a la población 2004-2009”. Con ello se da continuidad, se enriquece y se desarrolla el capítulo social del Plan Estatal de Desarrollo 2004 – 2009, denominado “Por un Nuevo León justo y solidario con los que menos tienen.

Uno de los atributos que distingue a este Programa Estatal de Salud de los ejercicios tradicionales de planeación dentro del sector público en Nuevo León, es la inclusión explícita de escenarios que permiten fijar metas realistas para cada objetivo – con sus respectivos indicadores de desempeño- reconociendo la incidencia que factores externos al ámbito gubernamental de la entidad pudieran tener el desempeño público.

Igualmente atractiva y útil resulta la distinción entre indicadores de impacto e indicadores estratégicos, en virtud de que los primeros permiten conocer el efecto último de las políticas públicas en determinado sector y los segundos aportan información sobre los resultados del programa sectorial en un ámbito específico que se considera estratégico.

Este programa incluye una introducción, y cinco capítulos. El capítulo I incluye el diagnóstico sectorial, en el cual se presentan los retos y oportunidades en materia de salud; el capítulo II presenta la visión sectorial de mediano plazo la situación real y alcanzable al año 2009; el capítulo III integra los objetivos, estrategias y líneas de acción; el capítulo IV se refiere a los indicadores de desempeño, metas, escenarios y, finalmente, el capítulo V presenta los factores críticos de éxito.

Atentamente,

Introducción

La salud es el eje rector del bienestar de la población, ya que permite elevar la calidad de vida y el desarrollo humano, físico y mental de las personas, permitiéndoles participar y contribuir en las diferentes actividades inherentes al desarrollo integral de una comunidad.

Siendo Nuevo León uno de los estados del país con mayor desarrollo, con una población conciente de la cultura de la salud, el reto es propiciar esquemas de trabajo que no solo mantengan los niveles de salud actuales, sino el lograr llevarlos a estándares internacionales que propicien la consolidación de las actividades generadoras del bienestar social entre los nuevoleonenses.

La infraestructura del sector público para atender a la población en los distintos esquemas de afiliación, así como la cantidad y calidad de las instituciones formadoras de los profesionales al servicio de la salud, constituyen el escenario sobre el cual se actuará para llevar un sistema de salud integral a todos los grupos sociales. Bajo este esquema, el Estado mantiene el papel rector a través de la Secretaría de Salud.

Para mejorar la salud de la población neoleonense es necesario continuar con la democratización de la atención a la salud. La democratización de la salud implica en principio crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso al lugar donde habita. La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social.

El acceso a los servicios de salud, por lo tanto, deber ser universal, haciendo especial énfasis en la inclusión de aquellos grupos de personas cuyos derechos no han sido plenamente reconocidos, como la mujeres, o las personas con capacidades diferentes. Lo anterior significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propia salud, hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. Esto último se logrará a través de la creación de consejos ciudadanos impulsados por el Gobierno del Estado.

Por último, democratizar la salud implica desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano, que amplíe sus posibilidades de elección, que ponga a su disposición instancias sensibles y eficientes para presentar sus quejas y sugerencias, y que ofrezca a los prestadores de servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional.

El proceso de descentralización de los servicios de salud hacia el ámbito estatal, debe consolidarse y continuar a través de las jurisdicciones sanitarias, en los hospitales y en los municipios. Un sistema descentralizado fortalecerá los sistemas regionales y locales de salud y promoverá la coordinación entre las instituciones del sector. Se continúa así con el proceso de reorganización del sector salud, el cual permitirá a las instituciones del estado asumir los retos que implica ampliar la cobertura a la totalidad de la población abierta, con los niveles de calidad creciente que la sociedad exige.

La implantación del Sistema Nacional de Salud tiene sus fundamentos en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en los artículos noveno y décimo tercero de la Ley General de Salud. El artículo cuarto de la Constitución estipula que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; el artículo noveno de la Ley General de Salud establece que los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Finalmente, el artículo décimo tercero de dicha Ley señala las competencias entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Ley Orgánica de la Administración Pública de Nuevo León, en su título tercero de las competencias de las dependencias, reconoce la existencia de la Secretaría de Salud, atribuyéndole en su artículo vigésimo sexto la coordinación del Sistema Estatal de Salud, y el impulso integral a los programas de salud en el Estado

La presentación del Programa Estatal de Salud 2004-2009 tiene como fundamento el artículo décimo sexto de la Ley Estatal de Salud, la cual señala que la Secretaría de Salud deberá proponer al gobernador del Estado el Programa Estatal de Salud, mismo que deberá reflejar los lineamientos y directrices emanados de los diagnósticos, y el marco jurídico aquí expuesto.

El propio Plan establece claramente las estrategias y líneas de acción que permitirán cumplir con el objetivo general de ofrecer servicios eficientes de salud que eleven la esperanza y calidad de vida.

Entre éstas destacan:

- Instrumentar el Sistema de Protección Social en Salud para la población sin acceso a esquemas de seguridad social.
- Alcanzar la cobertura total de los servicios de salud en el primero y segundo nivel de atención, orientando a crear la infraestructura necesaria con el objetivo de incorporar a todas las localidades de la entidad a estos servicios. Los esfuerzos deben estar enfocados hacia regiones prioritarias que permitan alcanzar una mayor equidad en atención de la salud, pero sin descuidar a las zonas urbanas marginadas que aún tienen escaso acceso a los servicios de salud.
- La herramienta de Telemedicina proveerá atención médica y educación abierta en salud a la población del Estado ubicada en áreas remotas. Al mismo tiempo, se dará capacitación técnica y educación continua al personal operativo médico y paramédico en sus mismos sitios de trabajo, ahorrando tiempo y dinero.
- En los centros de salud periféricos más grandes de cada municipio del área metropolitana de Monterrey se agregarán permanente consultas especializadas de necesidad más frecuente: ginecología, pediatría médica, medicina interna, psiquiatría, geriatría, entre otras.
- Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, en el sistema de salud nos esforzamos por responder de una manera adecuada a las expectativas de los pacientes ofreciendo calidad en los servicios. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información.
- La promoción de la salud y prevención de enfermedades implica proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Asimismo, se hace necesaria la elaboración de políticas a favor de la salud, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.
- Regulación Sanitaria es la encargada en el Estado de realizar acciones normativas y de control a los establecimientos, actividades, productos, servicios, equipos y personas con la finalidad de proteger la salud de la población, detectando y previniendo factores que puedan ocasionar riesgos y daños.

La política del sector estará enfocada en proporcionar servicios eficientes de salud a toda la población, en los diferentes esquemas de prestación de servicios con un alto

sentido de democratización, con énfasis en la prevención de enfermedades y la regulación de las condiciones sanitarias.

I. Diagnóstico Sectorial

Uno de los grandes retos para Nuevo León es mejorar la calidad de vida de la población y ampliar las oportunidades de superación individual y comunitaria. Las acciones que propone la Secretaría de Salud se sustentan en una política de democratización de la salud, es decir, promover servicios eficientes de salud para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.

De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano que publica el Consejo Nacional de Población, en el año 2000 Nuevo León ocupó el segundo lugar nacional entre las entidades federativas. Dicho índice combina la esperanza de vida al nacer, el nivel y la cobertura educativa, así como el PIB per cápita ajustado por el poder de compra. Aunque Nuevo León registra un nivel de desarrollo humano superior al promedio nacional, el Estado aún enfrenta serios retos sociales, entre los que destaca mejorar la salud de la población neoleonesa.

En el sector salud existen signos alentadores, sin embargo algunos rubros requieren de un mayor esfuerzo para alcanzar los resultados óptimos. En Nuevo León la esperanza de vida al nacer es de 76.54 años, frente a un promedio nacional de 75.69 años; este indicador estatal es similar al de algunas naciones europeas. Así mismo, el Estado registra la tasa de mortalidad infantil más baja del país; la cobertura de vacunación alcanza un 95 por ciento en las zonas urbanas. Por el contrario, no se han construido hospitales públicos durante los últimos 8 años y existe también un déficit de enfermeras en el Estado. A pesar de los avances del programa de Medicina Especializada a Distancia en las zonas rurales y entre los grupos suburbanos de migración constante, la cobertura de los servicios de salud presenta áreas de oportunidad como a continuación se describe:

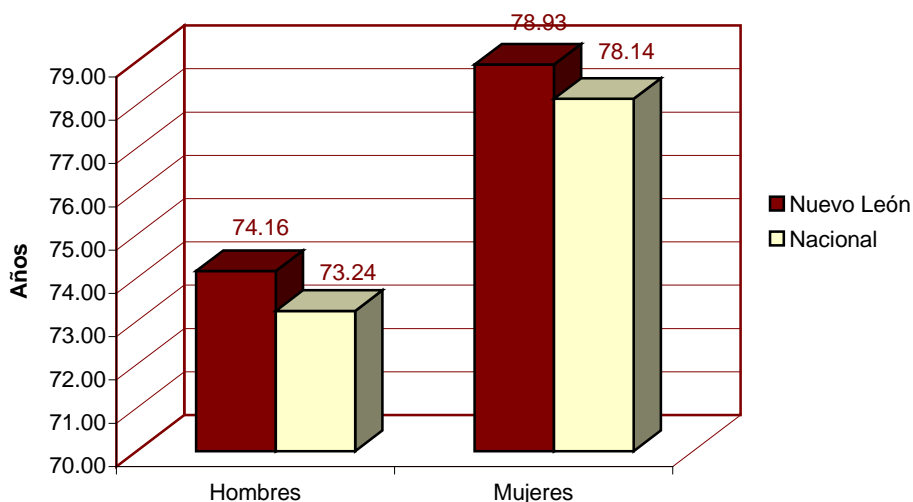
I.1. Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacimiento (EVN) resume la experiencia de mortalidad de una población y refleja en buena medida el grado de desarrollo socioeconómico alcanzado por la misma. Se define como el número promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir si las condiciones de mortalidad en las que nació se mantienen constantes a lo largo de su vida.

En América la EVN¹ alcanzó los 74.8 años en el 2006, sin embargo se observan marcadas diferencias entre las sub-regiones. En Estados Unidos y Canadá un recién nacido puede esperar vivir un promedio de 79.2 años, mientras que en Brasil sólo 71.6 años. En México la EVN² alcanzó en 2006 los 75.69 años, mientras que en Nuevo León fue de 76.54 años (segundo lugar de la República), con 78.93 años para las mujeres y 74.16 años para los hombres. La meta es continuar avanzando en la EVN con una décima por año en el Estado, para de esta manera mantenerlo dentro de los primeros 3 lugares del país, con cifras similares a las de los países desarrollados.

¹ Fuente: Organización Panamericana de Salud. Situación de Salud en América. Indicadores Básicos.

² Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO). Derivadas del XII censo de población y vivienda.



Fuente: CONAPO, 2006. Indicadores Demográficos Básicos, 1990-2050.

I.2. Calidad de Servicio en las Instituciones

Además de mejorar las condiciones de salud de la población, el sistema estatal de salud debe mejorar la calidad de la atención que ofrecen sus instituciones de salud, tanto en el ámbito interpersonal como en el técnico. Uno de los indicadores para medir la calidad es el tiempo de respuesta para otorgar una consulta externa y el nivel de satisfacción de los usuarios con este tiempo. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2002³ de la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, el promedio nacional para recibir consulta externa fue de 22.44 minutos. El tiempo promedio en Nuevo León es 29.65 minutos, ubicándolo en el lugar número 22 de los estados de la república. Aunque este indicador se considera aceptable por debajo de los 30 minutos el reto es mejorar este tiempo de respuesta a menos de 20 minutos, para estar entre los primeros 3 lugares nacionales.

El grado de satisfacción de los usuarios es proporcional al tiempo de respuesta, por lo que al mejorar el tiempo de respuesta mejora la satisfacción de los usuarios.

Otro de los motivos de mayor demanda por parte de la población que acude a las instituciones de salud es el surtido oportuno y completo de los medicamentos que le son prescritos por el médico. En este rubro, el reto es tener la disponibilidad de los medicamentos prescritos por los médicos en las unidades de atención al 100%. Se considera aceptable por arriba del 95%⁴, sin embargo la meta es tener disponibilidad del 100% de los medicamentos que constituyen el cuadro básico institucional.

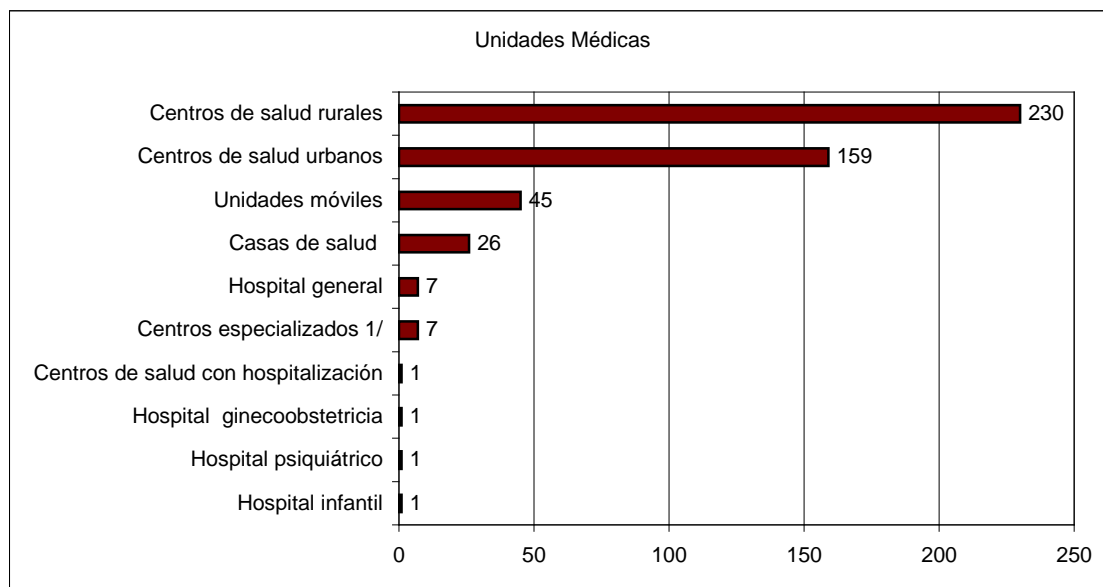
I.3. Infraestructura

Para otorgar sus servicios, la Secretaría de Salud cuenta con una infraestructura distribuida en todo el Estado, el cual se divide operativamente en 8 Jurisdicciones Sanitarias, 4 urbanas, y 4 rurales, contando en total con 460 unidades de salud. El personal de dichas unidades es el encargado de operar los programas nacionales de salud pública, así como de otorgar los servicios de salud a la población de su área de influencia, donde se incluyen: servicios médicos, dentales y de salud mental.

³ FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2002

⁴ Idem.

Además, se cuenta con 10 unidades hospitalarias, 4 urbanas (Hospital Metropolitano, Hospital Infantil, Hospital de Gineco-obstetricia y Hospital Psiquiátrico) y 6 rurales (Hospitales de Sabinas Hidalgo, Cerralvo, Montemorelos, Linares, Galeana y Dr. Arroyo); así como 7 centros de especialidades (Dental, Rehabilitación, Salud Mental, VIH/SIDA, Antirrábico, Banco de Sangre y Laboratorio Estatal de Salud Pública). Interactuando con el personal de las jurisdicciones se encuentra el personal de regulación sanitaria en las mismas áreas geográficas.



1/ Laboratorio Estatal, Centro de Transfusión Sanguínea, Módulo Dental, CECOSAM, CISIDA, Centro Antirrábico y Centro de Rehabilitación Física y Ortopedia.

Fuente: Dirección de Planeación 2006.

En lo que a servicios de salud se refiere, Nuevo León cuenta con cobertura universal; sin embargo, el reto actual es mejorar la infraestructura, eficientar los servicios, aumentar la capacidad resolutoria y la calidad de la atención, así como acercar la consulta externa de especialidades básicas a las áreas urbanas marginadas mediante el programa “Especialista en tu Comunidad”. Asimismo, se tiene el propósito de hacer llegar estos mismos servicios al área rural mediante el programa de Telemedicina y Telemedicina Móvil.

Otro compromiso es hacer que el total de la población del Estado cuente con algún tipo de aseguramiento en salud, ya sea mediante el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) o la incorporación voluntaria al régimen obligatorio del Seguro Social, modalidades operadas mediante la red de unidades médicas de los Servicios de Salud de Nuevo León.

Un reto más es eficientar y aumentar la capacidad resolutoria de las unidades de segundo nivel⁵, así como avanzar en el tercer nivel de atención⁶.

⁵ Segundo nivel de atención médica: Los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de media complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel. Fuente: Servicios de Salud Nuevo León, Diario Oficial 24 de diciembre 2002.

⁶ Tercer nivel de atención médica: Las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica;

I.4. Zoonosis⁷

Dentro del Programa Estatal de Salud se tiene la estrategia de reducir los rezagos en salud que afectan a la población de bajos recursos económicos. Dentro de éstos se consideran a las enfermedades transmitidas por los animales (zoonosis), ya que en la convivencia diaria con los animales domésticos, las personas están expuestas a contraer enfermedades que estos animales sufren tanto en el ciclo urbano como en el silvestre.

Actualmente la situación epidemiológica de la zoonosis está bajo control, ya que la infraestructura existente es la adecuada. Las acciones de las autoridades municipales en este ámbito, como campañas masivas de vacunación y promoción a las diversas acciones y estrategias del programa se han traducido en un control del perro callejero, lo cual ha reducido las agresiones de estos animales en la vía pública. Otras estrategias para lograr estabilizar la población de mascotas son la esterilización de hembras y machos así como la donación voluntaria; ambas actividades implican promover una cultura de responsabilidad a quienes adquieren una mascota. De esta manera se evita la sobrepoblación y se disminuye el gasto de vacunación, captura y sacrificio.

I.5. Vectores⁸

En el Estado existen diversas enfermedades en las que en el mecanismo de transmisión interviene un vector, sin embargo las prioridades en la entidad son la prevención y control del dengue y del virus del Oeste del Nilo, que son los padecimientos en los cuales existe el mayor riesgo de que se presenten casos en humanos. El objetivo es eliminar los riesgos de transmisión de estas enfermedades mediante el control de los mosquitos (zancudos) que intervienen en la transmisión, para de este modo contribuir con la política de salud de proporcionar bienestar físico a la población neoleonesa.

El dengue se presenta en el estado desde 1980 y el Virus del Oeste del Nilo se reportó por primera vez en el Continente Americano en 1999 en el noroeste de Estados Unidos (Nueva York). Para el 2002 este padecimiento se reportaba en 90% de los estados de EE.UU., por lo que era inminente la introducción de este virus al país. En virtud de lo anterior, desde el año 2002 se estableció un Plan de Vigilancia, Prevención y Control de este padecimiento en el Estado. A la fecha se ha identificado el virus en aves y equinos en diferentes municipios de Nuevo León, sin embargo, solamente se ha registrado un caso en humanos.

En los últimos 4 años, los Programas de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores se han fortalecido en infraestructura (recursos materiales), apoyo financiero, y contratación de recursos humanos. Esto ha contribuido a ampliar la cobertura en la mayoría de las áreas de riesgo de transmisión, lo que ha permitido tener una reducción importante en la presentación de casos de estos padecimientos.

El programa se complementa con un plan de vigilancia epidemiológica, para identificar con oportunidad la aparición de casos nuevos y poder realizar acciones de control y bloqueo para evitar la presentación de brotes. Este conjunto de acciones ha tenido un efecto importante en la entidad, ya que se logró controlar la presencia de casos de dengue y no se han presentado casos de Virus del Nilo.

I.6. Salud Mental

actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados. Fuente: Servicios de Salud Nuevo León, Diario Oficial 24 de diciembre 2002.

⁷ Zoonosis, infecciones naturalmente transmitidas de animales vertebrados a humanos, tanto directa como indirectamente.

⁸ Se considera a los vectores, como el vehículo de transmisión de enfermedades entre humanos y/o de animales a humanos.

Concientes del creciente problema que representan las adicciones en el Estado, la Secretaría de Salud decidió dar un fuerte impulso y convertir lo que era un programa de vigilancia epidemiológica en una Dirección Estatal que incluyera además del programa de salud mental el programa de violencia familiar. Lo anterior se consideró como un gran reto, pues además era necesario coordinar todas las actividades preventivas y de asistencia en dos disciplinas más: Las funciones del Hospital Psiquiátrico y del programa Unidad de Rehabilitación Psicosocial UNIREPSI (Atención Psiquiátrica a reos).

El Programa Estatal de Adicciones y Salud Mental desarrolla acciones preventivas y de rehabilitación psicosocial que llegarán al 30% de población abierta, lo cual se alcanzará incrementando anualmente el 20% de las acciones realizadas el año previo. La cobertura de 30% de la población total es la recomendada por organismos internacionales a las áreas de salud mental, como lo ideal para considerar que se realiza una adecuada cobertura preventiva.

Durante el año 2003⁹ se efectuaron 6,870 servicios preventivos¹⁰ y se beneficiaron 475,000 personas (un 11.6% de la población en Nuevo León). Para alcanzar los niveles de cobertura efectivos de acuerdo al indicador internacional y nacional, es necesario incrementar anualmente el 22% de las acciones tomando como base el año previo.

Así mismo durante el 2003 se atendieron 2,376 pacientes nuevos y se otorgaron 17,788 consultas en los servicios de salud mental existentes (6 servicios en la zona metropolitana). Con el nuevo esquema, a partir del presente año se contará con 4 servicios adicionales por año, lo cual permitirá incrementar la cobertura de atención 20% cada año y alcanzar la cobertura de 100% para el año 2009.

I.7. Trasplantes

El número de personas que requieren de un trasplante se ha incrementado de manera importante durante los últimos tres años; esto se debe principalmente a la extensión en la esperanza promedio de vida y a la consecuente presentación de enfermedades crónico-degenerativas que conllevan a la disfunción de un órgano o tejido. Ante esta situación, la Secretaría de Salud del Estado ha instaurado el Programa de Trasplantes de Órganos y Tejidos como uno de sus programas prioritarios, impulsando la donación de órganos a través de programas de difusión, y haciendo más eficiente la colocación de los mismos al mantener una excelente comunicación a nivel interinstitucional.

De los 4,885 trasplantes de órganos y tejidos efectuados hasta el año 2005, el 58% se llevaron a cabo en la presente administración; habiéndose realizado 931 trasplantes en el último año. El porcentaje de órganos y tejidos procedentes de donador cadáver se ha incrementado progresivamente, sosteniéndose en un rango de 89%-90%. Estas cifras aún no son alentadoras, ya que tanto a nivel estatal, nacional e internacional se

⁹ Fuente: Organización Mundial de Salud, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas 2001.

¹⁰ La Secretaría de Salud, realiza diferentes actividades para la prevención de adicciones, entre ellas ofrecen cursos y talleres teórico clínicos con contenidos bibliográficos y actividades clínicas, para estas actividades se utiliza la observación de pacientes individuales y familiares en forma directa o a través de cámara Gessel. Así mismo existe la supervisión y asesorías clínicas, la detección oportuna, ventilación y solución de problemas. Con la finalidad de incrementar el grado de conciencia en la sociedad acerca de los peligros que representan los problemas claramente identificados y que se encuentran arraigados en todos los estratos sociales de la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus organizaciones afiliadas en todo el mundo y la Federación Mundial de Salud Mental han tomado como estrategia exitosa la fundación de los denominados, Días mundiales o Días Internacionales de Lucha contra las dificultades específicas.

está ante una realidad: la lista de espera de personas para recibir un órgano o tejido va en constante aumento. Al mes de agosto del año 2006, se tienen en lista de espera 1,636 personas, de las cuales el 56% requiere de un órgano y el restante 44% solicita un tejido. Aunado a esto, el Programa de Trasplantes de Órganos y Tejidos se encuentra en la incapacidad de apoyo a la población abierta, lo que representa el reto de crear un fondo económico para trasplantes. A su vez, la no actualización del concepto de muerte encefálica contenida en el Código Penal del Estado y la insuficiente capacitación a los agentes del Ministerio Público, retardan notoriamente los procesos de donación en muerte encefálica en los casos médico-legales; los cuales deben ser ágiles ante la imperiosa necesidad de mantener los órganos y tejidos en condiciones óptimas para ser trasplantados. Por lo tanto, además de realizar las reformas legales correspondientes, se considera necesario capacitar a todas las personas inmiscuidas en los procedimientos de donación de órganos.

I.8. Programa de atención a la salud de la infancia

En 1991 se creó el Programa de Vacunación Universal (PVU), integrando por primera vez a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) en un programa con objetivos, metas, estrategias y procedimientos idénticos para todas ellas. Esto fue debido a que los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA), mostraron que a pesar de los esfuerzos realizados, las coberturas de vacunación no eran satisfactorias para garantizar logros epidemiológicos como el control, la eliminación y/o la erradicación de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Fue necesario adecuar las estrategias operativas del Programa y obtener los recursos para su desarrollo, integrando a todas las instituciones de los sectores público, social y privado.

Las coberturas alcanzadas a partir de 1992 y su incremento sostenido se han traducido en la erradicación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Bajo este esquema, en 1997 se creó el Programa de Atención a la Salud del Niño, integrando los programas de prevención y control de las enfermedades que más frecuentemente pueden afectar a la población menor de cinco años de edad. Dentro de este programa se consideraron los componentes de vacunación universal, prevención y control de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas, así como nutrición.

A partir de diciembre del año 2000, la Secretaría de Salud amplió el ámbito de este programa, a fin de integrar en la prestación de servicios al grupo poblacional hasta los nueve años de edad. Para las acciones de este programa, la infancia se divide en: recién nacido, lactante, preescolar (menores de cinco años) y escolar (cinco a nueve años). En la actualidad existen 397,739¹¹ niños de estos grupos de edad en el Estado, constituyendo el 18.80% del total de la población.

Al integrar en un solo Programa las acciones para atender la salud de la infancia desde el momento del nacimiento hasta los nueve años de edad, se atenderán los problemas de salud que afectan más frecuentemente a este grupo poblacional. Estas actividades se desarrollarán bajo estrategias similares y de manera simultánea en coordinación con las diferentes áreas, instituciones y programas sustantivos, utilizando tecnologías sencillas y de bajo costo por unidad, como la vacunación y la hidratación oral, permitiendo hacer más eficiente el uso de los recursos e impactar significativamente en la salud del grupo de población en cuestión, elevando de esta forma la calidad de los servicios de salud en el Estado.

¹¹ Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

El mayor énfasis para estas acciones se tendrá en el grupo que abarca desde el recién nacido hasta los 23 meses de edad, con la finalidad de garantizarles una atención homogénea en salud que les permita tener un arranque parejo en su vida, principalmente en la población de menores recursos, para reducir la brecha en salud con relación al resto de la población.

Para contribuir al Modelo Integral de Atención a la Salud es necesaria la participación comunitaria, orientada al usuario de los servicios y basada en compromisos que articulan los cuidados profesionales con el auto cuidado de la salud, a fin de garantizar la continuidad de la atención.

La base de trabajo de este Programa es la regionalización operativa para el logro de cobertura universal optimizando los recursos existentes.

I.9. Programa de atención integral a la salud de los adolescentes

Se entiende a la adolescencia como un periodo de cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos y sociales a los que deben ajustarse los jóvenes. De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), los adolescentes como grupo de población que requiere atención a la salud integral se ha clasificado para fines operativos del programa en dos grupos importantes: de 10 a 14 años, que abarca el periodo de adolescencia temprana, y de 15 a 19 años, el de adolescencia tardía, al final del cual se espera que el niño no sólo madure físicamente sino que también se convierta en un adulto independiente y productivo, que deberá integrarse a la sociedad.

En Nuevo León, desde el año 2002 se integró al adolescente dentro del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA) de los Servicios de Salud de Nuevo León. Este programa depende del Departamento de Vigilancia Epidemiológica, pero además involucra a diferentes áreas de la Secretaría, como la Dirección de Salud Mental y Adicciones con sus programas de prevención de adicciones y suicidios, la Coordinación de Promoción a la Salud y el Departamento de Salud Reproductiva, las cuales ya venían trabajando en forma separada desde hace varios años en acciones para este grupo de edad, y que a partir de esa fecha se complementan para dar una atención integral.

El enfoque para la atención integral de la salud se orientará gradualmente, durante la implementación del programa, al desarrollo de las capacidades del adolescente para llegar a ser un adulto sano y productivo más que a la atención de los daños. Resulta imperativa la promoción al auto cuidado de la salud, a partir de un modelo centrado en la actuación de estos Servicios de Salud, otras instituciones, y de diferentes sectores que se deben involucrar para estos fines.

La promoción de la salud está orientada a grupos de madres, padres, maestras, maestros, y personas de la comunidad (grupos y asociaciones civiles, religiosos, estudiantiles, etc.), incluyendo a los mismos adolescentes.

Todas estas acciones tienen como punto de partida y de llegada mejorar la calidad de vida de los adolescentes, por lo que gran parte de estas acciones de promoción y de atención tienen que ser propuestas por ellos mismos con la finalidad de legitimar sus necesidades de salud.

De acuerdo al XII Censo Nacional de Población, en el año 2000 se tenían registrados 729,001 adolescentes de los grupos de edad entre 10 y 19 años; para el año 2006 se estima que existen 783,467¹² adolescentes, de los cuales 398,597 (51%) son hombres y 384,870 (49%) son mujeres. El 18.2% de la población total de Nuevo León son adolescentes de 10-19 años.

¹² Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO)

La población abierta total de adolescentes en el año 2006 es de 265,608¹³ de los cuales 134,872 son de 10-14 años y 130,736 son de 15-19 años.

En el Estado también existen centros de atención a jóvenes y grupos escolares que prestan servicios comunitarios a otros jóvenes que requieren ayuda o apoyo para canalizarse a otras instituciones, como los grupos de jóvenes de auto ayuda de Alcohólicos Anónimos, el Centro Estatal del Deporte, grupos de jóvenes religiosos, el Centro Estatal contra las Drogas, 90 grupos de autogestión o aprendizaje en escuelas secundarias, entre otros.

En el año 2005 se llevó a cabo por primera vez, del 18 al 24 de septiembre, la Primera Semana de Información para la Salud del Adolescente, en la que diferentes instituciones como: Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, UANL, DIF, COESIDA, Instituto Estatal de la Juventud, Instituto de Cultura Física y Deporte, Defensoría de Oficio y Procuraduría del Trabajo, participaron en forma coordinada promoviendo acciones de salud y atención integral para los adolescentes, propiciando de esta manera la adopción de estilos de vida saludables.

I.10. Programa de atención integral a la mujer

Arranque Parejo en la Vida

Para reducir los rezagos en salud que afectan a la población más desprotegida, con énfasis en las mujeres y la población infantil, es necesario garantizar un arranque parejo en la vida a través de acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, desde su nacimiento hasta los dos años de vida.

La mortalidad materna en Nuevo León, representa un problema multifactorial de salud pública, relacionada en algunos casos con la cobertura, la calidad de los servicios de salud y en otros, la influencia de factores sociales, económicos y culturales.

En los últimos 10 años, la tasa de mortalidad materna en Nuevo León muestra tendencias variables que van desde 2.3 por 10,000 nacidos vivos registrados (1990), 1.5 (1993-1996) hasta 3.5 por 10,000 nacidos vivos registrados (2000). Sin embargo, cabe mencionar que a partir del fortalecimiento del Comité Estatal Interinstitucional para la Prevención, Estudio y Seguimiento de la mortalidad materna (15 de septiembre de 1995), los registros sobre defunciones se vieron mejorados, de tal manera que en los años 2001 y 2002, la tasa correspondió a 1.6 y 2.2 por 10,000 nacidos vivos registrados, respectivamente.

Durante los años 2003 y 2004, Nuevo León ocupó el primer lugar nacional en lo que se refiere a la razón de mortalidad materna, lo que representa que una mujer embarazada en el Estado tiene menos posibilidades de morir en una relación de 1 a 8 con respecto a la entidad más rezagada en este rubro. Sin embargo, las defunciones maternas ya sean por causas obstétricas o indirectas, siguen representando un problema de salud pública no resuelto, ya que en el año 2005 se notificaron 25 defunciones, de las cuales 6 correspondieron a Estados circunvecinos. En el periodo de enero a agosto del año 2006, se notificaron por el sector salud 17 defunciones maternas, una de ellas con domicilio habitual en el Estado de Querétaro y 2 relacionadas con accidentes automovilísticos. Por otro lado, existe un número significativo de defunciones que han sido clasificadas como causa obstétrica indirecta, es decir, no existe relación con el embarazo, parto o puerperio, como es el caso de diagnósticos de pancreatitis, leucemia, arritmia letal e insuficiencia renal o crónica.

No obstante la situación de Nuevo León, en la que la razón de mortalidad materna -1.5 por 10,000 nacidos vivos registrados- se encuentra por debajo de la media nacional

¹³ Fuente: Dirección de Planeación de los Servicios de Salud de Nuevo León.

(6.2 en el año 2004), se estima que la tasa en la entidad aún puede disminuirse significativamente a través de acciones de prevención bajo el concepto de evaluación del riesgo obstétrico al 100% de las mujeres embarazadas desde el primer contacto con los servicios de salud y mediante el “rechazo cero” en la demanda de atención de la mujer con sospecha de embarazo o con diagnóstico confirmado. Además con la iniciativa “madre acompañante y papá responsable” se pretende que toda mujer embarazada en control sea acompañada por un familiar que haya tenido la experiencia de la maternidad y que al menos durante una de las consultas de control acuda el esposo o pareja para recibir orientación y consejería en “maternidad sin riesgos”.

Cáncer de Mama

El cáncer de mama constituye la segunda causa de muerte por neoplasias malignas (cáncer) en la mujer en el país. En Nuevo León, el cáncer de mama ocupa el primer lugar, por lo que el programa de prevención y control de cáncer mamario es uno de los programas prioritarios para la Secretaría de Salud en nuestro Estado.

En Nuevo León, la tasa de mortalidad por cáncer de mama está por arriba de la media nacional -9.45 y 7.80 respectivamente por cada 100,000 mujeres-. A su vez, el número de defunciones se ha incrementado paulatinamente a partir del año de 1990, en el cual se registraron 132 defunciones con una tasa de mortalidad de 8.40 por cada 100,000 mujeres; en el año de 1995 fueron 199 con una tasa de 11.45, en el año 2000 se registraron 215 con una tasa de 11.06 y para el año 2002 fueron 235 con una tasa de 11.77. En el año 2004 se registraron 213 defunciones con una tasa de 9.45 por cada 100,000 mujeres. Los grupos más afectados son los mayores de 45 años, ya que a mayor edad existe un mayor riesgo de presentar la enfermedad y por lo tanto de morir por esta causa si no se detecta y se atiende oportunamente.

Entre los principales factores de riesgo están:

- Ser mujer mayor de 40 años.
- Menarca¹⁴ antes de los 12 años de edad.
- Nunca haber tenido hijos o que el primer embarazo haya sido después de los 35 años de edad.
- Tener antecedentes familiares por el lado materno.
- Menopausia después de los 52 años de edad.
- Obesidad, tabaquismo.

De acuerdo al número de defunciones, Nuevo León ocupa el quinto lugar nacional de mortalidad por este padecimiento, y según la tasa de mortalidad ocupa el segundo lugar. Los municipios más afectados son los de mayor población, los más urbanizados, y con una cultura diferente a las áreas rurales, en donde la mujer se encuentra dentro del contexto productivo; tales municipios son Monterrey, San Nicolás de los Garza y Guadalupe.

La Secretaría de Salud, con el propósito de disminuir la tasa de mortalidad, planea incrementar para el año 2009 en un 65% el número de mastografías en mujeres mayores de 40 años, además de garantizar el tratamiento y la calidad de la atención médica. Para este fin se contrataron 4 técnicas radiólogas para las unidades de mamografías fijas y tres médicos radiólogos para la interpretación de los estudios realizados tanto en los Centros de Salud como en la Unidad Móvil de Mastografía, la

¹⁴ Menarca: Primer despiece catemenial que se da en las mujeres aproximadamente a partir de los 11 años de edad, a esto se le llama menstruación.

cual pretende dar servicio al área rural del Estado, atendiendo a 30 mujeres por jornada.

Cáncer Cérvico Uterino

Los cambios de estilo de vida, los procesos de urbanización e industrialización, además del incremento de la esperanza de vida en el Estado, han favorecido en los últimos años al aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas como son las neoplasias malignas.

El cáncer cérvico uterino constituye la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años de edad, y el tercer lugar como causa de mortalidad general. Es por eso que la Secretaría de Salud en Nuevo León ha elaborado un programa enfocado a la salud reproductiva, enfatizando acciones preventivas principalmente a los grupos de edad de mayor riesgo (25 a 64 años), con principal atención a la población sin seguridad social. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en el año 2000 era de 12.18 por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años. Para el año 2004 esta tasa descendió a 7.70 en el mismo grupo de edad.

En el Estado de Nuevo León se elaboró el Programa 1998-2000 en el que se incluyeron estrategias como: búsqueda intencionada de las mujeres que nunca se habían realizado el papanicolau, así como las que tenían más de 3 años de no realizárselo, además del grupo de riesgo de 25 a 64 años de edad. En el Programa 2001-2006 se siguieron las mismas estrategias, desapareció la Dirección General de Cáncer Cérvico Uterino, y el Programa regresó a la Dirección General de Salud Reproductiva como una Dirección de área. De esta manera se ha continuado con la tendencia a la baja, sin embargo es necesario buscar nuevas estrategias que reflejen niveles significativos de disminución de dicha tasa, sobre todo si se considera que esta neoplasia es prevenible y curable si se detecta oportunamente.

Asimismo, la tasa de mortalidad por grupo de edad revela que a mayor edad mayor riesgo de morir por esta causa, ya que año tras año se observa la mayor tasa en el grupo de más de 65 años; le sigue el grupo de 45 a 64 y por último el de 35 a 44 años. En el grupo de 15 a 24 años, solamente se presentó una defunción en el año 2002. La tasa de morbilidad reflejó un aumento en los años de 1998 al 2000, sin embargo esto es relativo, ya que durante dicho periodo se siguieron las estrategias del Programa mencionadas con anterioridad, como la búsqueda intencionada de las mujeres que nunca se habían practicado el examen citológico del cervix, y la particular atención a los grupos de riesgo. En 1998 se enfatizó en las mujeres de 45 a 64 años, en 1999 en las mujeres de 35 a 44 años y en el año 2000 en las del grupo de 25 a 34 años. Después en el año 2001 se tomaron todos los grupos, es decir de 25 a 64 años.

A partir del año 2004 se cuenta con 4 clínicas ubicadas en las siguientes unidades médicas: Hospital Metropolitano, Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro de Salud Insurgentes y Centro de Salud Anáhuac; próximamente se instalará una clínica más en el Hospital General de Montemorelos. Las pacientes con diagnóstico colposcópico¹⁵ de cáncer invasor son referidas al Centro Universitario contra el Cáncer de la Universidad Autónoma de Nuevo León para su tratamiento.

I.11. Casos Nuevos de Enfermedades

Los cambios en la estructura de la población, en los estilos de vida y en el nivel socioeconómico han modificado el estado de salud de la población de Nuevo León, dando lugar a la transición epidemiológica que se vive actualmente, en la que se

¹⁵ Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistema óptico, a través del cual se puede observar la vagina y el cerviz uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, en el cual se pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica. Fuente: Secretaría de Salud NOM-014-SSA2-1994.

observa que las enfermedades transmisibles, que eran la causa principal de muerte, han sido sustituidas por enfermedades no transmisibles como las crónicas degenerativas, cáncer y accidentes.

En este cambio hay que agregar el surgimiento de nuevas infecciones como el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA), Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), Enfermedad por Virus del Oeste del Nilo y el resurgimiento de infecciones que parecían controladas como la tuberculosis, dengue y sarampión.

Al mismo tiempo, las infecciones respiratorias y las diarreicas agudas continúan siendo las principales enfermedades atendidas en las unidades de salud.

Para obtener estos datos en forma permanente y sistemática fue necesario establecer un Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica que se fundamenta en los lineamientos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y es el conjunto de estrategias y acciones que permiten identificar y detectar los daños y riesgos para la salud. Su importancia radica en la capacidad de generar información útil para la orientación de los programas y las intervenciones que se requieren en la atención de los padecimientos y situaciones de riesgo que afectan a la comunidad.

Existe además un órgano colegiado integrado por los representantes de las diferentes instituciones del sector salud, llamado Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) (Acuerdo secretarial 130, septiembre 1995) con el propósito de unificar y homologar los criterios, procedimientos y contenidos de la vigilancia epidemiológica en todas las instituciones del país.

Los sistemas de información y vigilancia epidemiológica han permitido conocer con mayor precisión, el estado de salud de la población y sus factores de riesgo.

Con la creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en el año de 1995, se estableció el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), el cual sistematiza la información de morbilidad y mortalidad con participación de todo el sector; de esta manera se homologaron los criterios, formatos y procedimientos de notificación en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La vigilancia epidemiológica se ha enfocado principalmente en los padecimientos transmisibles, sin embargo se requiere desarrollar la vigilancia epidemiológica de los padecimientos no transmisibles para tener información útil que permita orientar los programas de prevención, control y atención de este tipo de padecimientos, tan importantes en la actualidad por su magnitud y trascendencia.

La ocurrencia de desastres naturales de gran magnitud, como los huracanes, han influido en la presencia de factores de riesgo que determinan la ocurrencia o el aumento en la incidencia de ciertos daños a la salud como enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, además de los perjuicios relacionados directamente con el desastre, como las asfixias por sumersión.

La información de los casos nuevos se sistematiza a través de mecanismos electrónicos a partir de su integración y captura en todas las Jurisdicciones Sanitarias (Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)). La información generada por el SUAVE incluye casos probables y confirmados, en su mayoría por criterios clínicos y epidemiológicos; es de naturaleza numérica y alcanza una cobertura cada vez mayor. El análisis epidemiológico se realiza por fecha de diagnóstico, unidad notificante, institución, municipio, estado y grupos de edad, entre otros. Comprende un total de 110 padecimientos, de los cuales 47 son no transmisibles y 63 son transmisibles, de éstos, 29 son de notificación inmediata y requieren de estudio epidemiológico específico para su confirmación y clasificación

final, lo que requiere de la aplicación de criterios diagnósticos y procedimientos específicos que permiten una caracterización clínica y epidemiológica más completa.

Durante el año 2006 se incorporó la captura de estas enfermedades en línea, a través de Internet, lo que facilita tener la información en forma rápida y oportuna.

I.12. VIH/SIDA

El VIH/SIDA apareció en Nuevo León por primera vez en el año de 1985, en el cual se diagnosticaron dos casos; hasta el día 30 de Mayo del año 2006 se han acumulado en la notificación un total de 3 mil 534 personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) distribuidos en 841 seropositivos y 2 mil 693 casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Por el número de casos acumulados Nuevo León ocupa el décimo primer lugar a nivel nacional, sin embargo la estadística que nos muestra una verdadera realidad del riesgo de la enfermedad es la tasa de incidencia acumulada, que al 31 de diciembre del año 2005 fue de 64.4 por cien mil habitantes en el Estado, ocupando el vigésimo segundo lugar a nivel nacional.

En lo que se refiere a la clasificación de los casos por género, encontramos una proporción de 6 a 1 en la relación de hombre a mujer, lo que significó un incremento importante con respecto al año 2005 (en el que la relación fue de 4 a 1), debido principalmente al aumento de los casos entre la población masculina heterosexual

El 91% de los casos se ha detectado en los municipios del área metropolitana y el 9% restante se ha detectado en municipios considerados como rurales. Esta cifra puede considerarse como foco de alarma para una probable "ruralización" de la epidemia, sobre todo en aquellos municipios en que se da el fenómeno de regreso temporal de migrantes nacionales de Estados Unidos de América, que en su estancia en el extranjero han adoptado prácticas sexuales de riesgo. También ocurre el fenómeno de migración interna dentro del Estado, en donde algunas personas del área metropolitana utilizan como fuente de sustento el trabajo sexual.

Los factores de riesgo causales de la enfermedad del VIH/SIDA han tenido variación importante en los últimos 8 años, encontrándose que en el año de 1998 la transmisión heterosexual representaba el 16.84% de los casos y en el año 2005 esta vía de transmisión ha llegado a ser el 50.45% de los mismos.

El estado civil no parece ser un factor protector contra la enfermedad, ya que los casos de PVVS se observan en todas las situaciones civiles. La proporción de 2 a 1 de solteros contra casados observada en el año 2005, se ha mantenido en los últimos cinco años.

En todos los grupos de edad se observan casos de VIH/SIDA, sin embargo el 83% del total se presenta en la etapa reproductiva del hombre, entre las edades de 20 a 44 años. Por otro lado, la escolaridad no parece ser influyente en la manifestación de la enfermedad, ya que se observa en todos los niveles de escolaridad.

Aunque pudiera pensarse que la ocupación es un factor de riesgo, se ha observado que la enfermedad se presenta en cualquier tipo de oficio. La prostitución mencionada como ocupación constituye solamente el 4% del total de los casos, pudiendo concluir que la transmisión de la enfermedad no se debe a las actividades laborales de la persona, sino a lo que ésta hace propiamente en su vida sexual.

Se han realizado investigaciones en las que se analiza el comportamiento sexual de diversos tipos de poblaciones como estudiantes, trabajadoras de maquiladoras, trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres,

embarazadas y maestros, entre otros; en ellas se revela un nivel de conocimiento básico satisfactorio como medidas preventivas de VIH/SIDA, sin embargo el uso adecuado y rutinario del condón no se ha logrado en todas las relaciones sexuales de riesgo, por lo tanto las intervenciones educativas en la población deberán estar diseñadas para favorecerlo. Otro dato interesante arrojado por estas investigaciones es que el inicio de la vida sexual activa tiene como edad promedio los 14 años; esto nos indica que se deben implementar medidas específicas para este grupo de edad entre los alumnos de 2do y 3er año de secundaria, preparatoria y “niños de la calle”.

Es prioridad del Estado seguir trabajando en la prevención de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), actuando específicamente para cada grupo de población si en realidad se pretende detener la aparición de casos nuevos. Es necesario incidir además, en las personas que viven con VIH/SIDA para que éstas tengan acceso no solamente al tratamiento antirretroviral, sino también una adherencia estricta a las medidas preventivas, sobre todo al uso del condón, ya que de esta forma también se evitará la aparición de casos nuevos y de reinfecciones.

I.13. Hospitales

En Nuevo León la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Hospitales coordina el servicio que se otorga a la población abierta de Nuevo León y a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud; una población aproximada de 1,150,640 habitantes sin seguridad social y 73,096 familias del Seguro Popular.

El término de segundo nivel de atención se aplica cuando existe el recurso en unidades médicas de la atención especializada, ya sea para consulta externa o para la prestación del servicio de internamiento, urgencias y cirugías.

Además de la red hospitalaria que está conformada por 10 hospitales, contamos con un centro de rehabilitación y un módulo odontológico donde se ofertan servicios especializados de rehabilitación física y odontológica respectivamente.

Los servicios que se dan en segundo nivel de atención pueden ser a través de un sistema de referencia desde los centros de atención médica de primer nivel, así como en forma espontánea a quien acude a nuestros servicios de urgencias, prestando los siguientes servicios: hospitalización, urgencias 24 horas, cirugías, consulta externa, consulta médica de especialidades al área rural a través de telemedicina y servicios de apoyo diagnóstico como laboratorio y gabinete.

De los indicadores Hospitalarios que nos sirven para determinar la productividad o eficiencia de los Hospitales se arrojan los siguientes datos:

- Egresan alrededor de 47,250 personas anualmente
- Se realizan 23,401 cirugías
- Los egresos en los hospitales del área Metropolitana representan el 71% de los egresos totales, mientras que los del área rural constituyen el 29%, siendo estos últimos los Hospitales de Dr. Arroyo, Linares, Galeana, Montemorelos, Cerralvo y Sabinas.
- El porcentaje de ocupación es de 72.11%

Desde hace 20 años no se han construido Hospitales en el área Metropolitana de Monterrey pertenecientes a los Servicios de Salud de Nuevo León.

Ante la observación de que un 60% se enfoca hacia la atención ginecobstétrica tenemos el reto de aumentar la red Hospitalaria para atender la demanda Materno-Infantil.

Actualmente contamos con 600 camas en los Hospitales de los Servicios de Salud, las cuales son insuficientes para el buen funcionamiento de nuestra red; con la gestión para la creación de un Complejo Materno-Infantil crecerá el número de camas a 800, con lo cual se espera el desfogue de los Hospitales en el área Metropolitana.

Los sistemas de información con que cuentan los Servicios de Salud de Nuevo León son los adecuados, ya que proporcionan los principales indicadores de productividad de los Hospitales, sin embargo tenemos áreas de oportunidad en el rubro de Recursos Humanos, los cuales necesitan incrementarse en las unidades de servicio de Segundo Nivel.

I.14. Micobacteriosis

En Nuevo León, en México y en el mundo, la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, ya que en el país se registraron 15,249 casos nuevos durante el año 2005 y 2,600 muertes por esta causa. En nuestro Estado, en los últimos años, ha causado en promedio 158 defunciones por año y 974 nuevos casos equivalentes a 13 defunciones por mes y 2.6 casos nuevos por día; 9 de cada 10 casos de tuberculosis son de la forma pulmonar.

La fármacorresistencia agrava el control de la tuberculosis en cualquier región del mundo, incluyendo nuestra entidad, al aumentar el costo del tratamiento 100 veces con respecto al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

Aún cuando el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis cuenta con estrategias y herramientas para un control adecuado del padecimiento, se ha enfrentado a situaciones que dificultan su objetivo, tales como los abandonos, tratamientos auto administrados sin un seguimiento adecuado o administración de esquemas de tratamiento fuera de la norma, la actitud negativa del personal operativo hacia el paciente fímico, etc.

I.15. Adulto Mayor

El Estado de Nuevo León no ha quedado exento de la transformación demográfica que ocurre en el mundo y en el país: el envejecimiento de la población, particularmente rápido en los países y estados desarrollados. Mientras que a Francia le tomó 115 años duplicar su población de adultos mayores, a Costa Rica le tomará 25 años lograr el mismo aumento; a Nuevo León le bastarán 17 años para duplicar su población mayor de 60 años (en el año 2015 se duplicará la población mayor de 60 años de 1998, al pasar de 254,223 a 492,340), motivo por el cual es necesario desde hoy, brindarles una adecuada atención de salud y a la vez promover estilos de vida saludables, ya que el incremento en la esperanza de vida a su vez aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, patologías que comparten los mismos factores de riesgo. Además, es necesario hacer frente a otro tipo de enfermedades propias del adulto mayor, tales como hiperplasia prostática y osteoporosis.

Hipertensión Arterial y Diabetes

La dieta alta en grasas saturadas, el sedentarismo y la automatización de un gran porcentaje de las actividades de la vida diaria, productos de una inadecuada educación en alimentación, escasa cultura del deporte y cambios en los estilos de vida, son causa de que se padezca Hipertensión Arterial y Diabetes.

Actualmente existen 150 millones de diabéticos en todo el mundo, estimándose que en 50 años esta cifra se duplicará. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2006, el 7 % de la población adulta mayor de 20 años de edad, tiene diabetes y un 30.8 % de la misma población adulta es hipertensa; lo más crítico es que de un 30 % a un 50 % de la población desconoce ser portadora de estas

enfermedades. En Nuevo León se diagnostica un nuevo paciente con diabetes y un caso y medio de hipertensión arterial cada hora.

I.16. Regulación y Fomento Sanitario

A la autoridad sanitaria le corresponde la vigilancia y aplicación de la normativa en esta área, es por ello que estamos focalizando los esfuerzos en eficientar el proceso medular de esta actividad que es la verificación sanitaria, así como en reforzar la función de fomento sanitario, hacia dentro y fuera de nuestra dependencia. Por otro lado consideramos necesario adecuar la capacidad de nuestro servicio en función de la demanda de los sectores productivos y de la sociedad de Nuevo León.

La función de capacitación y fomento en materia sanitaria en la actualidad no cuenta con indicadores específicos ni un seguimiento permanente que permita evaluar el impacto de su función, la población y causantes beneficiados. Por este motivo se hace necesario un diagnóstico de necesidades de capacitación claro y dirigido a las áreas de mayor impacto social y funcional.

La función de verificación sanitaria, actualmente se mide en función de la cantidad de visitas programadas, realizadas y efectivas, que si bien es cierto sirve como parámetro, debemos eficientar su proceso y cuantificación previo análisis integral de la función, debido a que en la praxis el procedimiento varía sustancialmente de acuerdo al tipo y dimensión del causante, así como a otras variables administrativas. En este sentido en el corto plazo implementaremos un proceso claro, específico, integral y permanente que permita medir la eficacia y beneficio social del proceso.

Para estar en posibilidades de cumplir con la responsabilidad social y compromiso con la salud del ciudadano se debe eliminar la duplicidad de funciones, homologar criterios, políticas y lineamientos de actuación, perfeccionar los procedimientos jurídicos, mejorar la atención al ciudadano, descentralizar las acciones y cambiar la imagen del área de regulación a fin de fomentar la credibilidad de las industrias reguladas con respecto a las autoridades sanitarias. A su vez, es necesaria la vinculación consistente con el área de epidemiología para contrarrestar los riesgos sanitarios locales y lograr un impacto favorable sobre los mismos.

Es urgente reorganizar de manera funcional y operativa los actos, acciones y servicios prestados por esta área, privilegiando la participación ciudadana, la protección a la salud y la corresponsabilidad social, e incorporando mecanismos dinámicos y mesurables, con un seguimiento práctico de su eficiencia y eficacia.

No obstante lo anterior, se han mantenido las actividades y acciones de regulación y fomento sanitario en apego a la legislación vigente y a las instrucciones giradas por el nivel central federal. Con respecto a este último punto el Estado ha destacado dentro de los 8 programas prioritarios, particularmente en los concernientes a Cloración del Agua, Alimentos, Formación para la Dispensación de Medicamentos y Atención de Emergencias Sanitarias.

II. Visión Sectorial

La visión sectorial representa la situación ideal, pero alcanzable, del sector salud en el futuro. Para efectos del presente programa se ha establecido un horizonte de mediano plazo; esto es, el año 2009, último año de gestión de la presente Administración estatal. Sobre estas bases, la visión del sector salud se ha definido en los siguientes términos:

En el año 2009 seremos reconocidos por la sociedad, por otras entidades federativas y por organismos internacionales, como una institución basada en un nuevo modelo de gestión de salud en Latinoamérica, que dé respuesta rápida y efectiva a las necesidades básicas y emergentes de la población de Nuevo León en materia de salud integral; que reduzca los índices de morbi-mortalidad, dentro de un marco de alta responsabilidad, transparencia, respeto y equidad.

III. Objetivos, estrategias y líneas de acción

Objetivo General:

Proporcionar servicios eficientes de salud a la población.

Objetivo Estratégico No. 1:

1 Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población.

1.1 Acrecentar el Sistema de Protección Social en Salud para la población sin acceso a esquemas de seguridad social en salud.

1.1.1 Afiliar a la población no derechohabiente, brindándole protección financiera mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo, promoviendo con ello una mayor equidad social, dando prioridad a las zonas con mayores índices de marginación, de conformidad con la Ley General de Salud.

1.1.2 Acreditar las unidades médicas del Organismo al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

1.2 Ampliar estratégicamente la infraestructura de salud en la entidad.

1.2.1 Promover la desconcentración de las unidades de salud para la implementación del nuevo Modelo de Gestión (MIDAS).

1.2.2 Ofrecer al Estado y a la Región Noreste de México, los servicios de hospitalización y Centros de Especialización del más alto nivel tecnológico y clínico.

1.2.3 Implementar un área de Shock-Trauma, desarrollar la unidad de terapia intensiva de adultos y fortalecer el servicio de neurocirugía y cirugía plástica reconstructiva en el Hospital Metropolitano.

1.2.4 Culminar la instalación del Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad (HRAE).

1.3 Fortalecer con apoyo de la tecnología de información la capacidad de respuesta y de acceso a la atención médica de la población de escasos recursos.

1.3.1 Migrar a sistemas de comunicación modernos que permitan el flujo de información de una manera ágil y efectiva.

- 1.3.2 Crear una base de datos de la población no derechohabiente a efecto de llevar un control de la población atendida.
- 1.3.3 Instalar sistemas de información hospitalaria, en los hospitales y jurisdicciones que tengan la capacidad de manejo administrativo y financiero, que cuente con la capacidad de agregar módulos de radiología, farmacia, almacén y la historia clínica de cada paciente.
- 1.4 Reforzar la medicina especializada a distancia para detectar casos de difícil diagnóstico, estableciendo acciones en tiempo real y proporcionando el tratamiento adecuado, evitando traslados innecesarios.**
 - 1.4.1 Ampliar la Red de Telemedicina en el sector público y privado a nivel estatal, nacional e internacional para el intercambio de información médica que coadyuve a la realización de los programas del sector salud.
 - 1.4.2 Otorgar ínter-consultas las 24 horas del día, los 365 días del año en todas las Unidades que forman la Red de Telemedicina.
 - 1.4.3 Adquirir unidades médicas móviles equipadas con telemedicina para efectuar recorridos a las comunidades más alejadas o de difícil acceso.
 - 1.4.4 Reforzar la red de informática en las unidades de primero y de segundo nivel de atención para la eficiencia en la interconexión del sistema de Telemedicina.
- 1.5 Ofrecer servicios ambulatorios para las comunidades más apartadas de los centros urbanos.**
 - 1.5.1 Realizar cirugías de especialidad en población abierta de manera gratuita para mejorar su calidad de vida.
 - 1.5.2 Instalar consulta externa de las especialidades médicas de mayor demanda (ginecología, pediatría, medicina interna y psiquiatría) en los centros de salud de mayor tamaño (varios núcleos) y en aquellos en los que su estructura física lo permita, ubicados en las áreas con mayor población marginal.
- 1.6 Instituir brigadas odontológicas permanentes en zonas rurales y en zonas urbanas de alta marginación.**
 - 1.6.1 Fortalecer los servicios odontológicos brindados por la Secretaría de Salud a la población abierta, creando modelos de atención odontológica asistencial en el área marginal y rural.
 - 1.6.2 Confeccionar prótesis total y parcial a pacientes adultos mayores que han perdido sus piezas dentales total o parcialmente.
 - 1.6.3 Implementar un programa permanente escolar en los centros de salud, encaminados a elevar la calidad bucal en niños desde la edad preescolar.
- 1.7 Fortalecer los instrumentos de coordinación interinstitucional con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**
 - 1.7.1 Impulsar los servicios subrogados de salud y seguridad social con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la población no derechohabiente a través de su inscripción a un esquema de incorporación voluntaria al régimen obligatorio.
 - 1.7.2 Gestionar ante las diversas autoridades a través del personal de la Secretaría de Salud en las Unidades Hospitalarias del IMSS y del ISSSTE, la prestación del servicio médico a las personas de escasos recursos y sin seguridad social que así lo requieran.

Objetivo Estratégico No. 2:

2 Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

2.1 Fortalecer la investigación y el análisis de las políticas públicas en materia de salud

2.1.1 Fomentar la participación ciudadana en los asuntos de interés público a través del análisis de las políticas públicas en materia de salud y la emisión de propuestas para la planeación, programación y ejecución de los programas.

2.1.2 Crear un programa de investigación continua en materia de salud.

2.2 Impulsar los procesos de certificación y acreditación en las unidades de primero y segundo nivel.

2.2.1 Supervisar la aplicación del modelo de calidad integral del organismo.

2.2.2 Elevar la calidad educativa en la formación del recurso humano para la salud.

2.2.3 Invertir recursos públicos en la calidad de la atención médica de Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

2.3 Atraer recursos públicos y privados para el financiamiento de infraestructura, equipo y servicios médicos.

2.3.1 Promover convenios con instituciones privadas como los son: El Instituto Tecnológico de Monterrey, Universidad de Monterrey, Hospital San José, Hospital Mugerza entre otros, a efecto de que exista una complementariedad de los servicios que se prestan en los sectores público y privado.

2.3.2 Ofrecer servicios excedentes de nuestros Hospitales a las Instituciones Públicas: ISSSTE, IMSS, Sección 50, ISSSTELEÓN, Servicios Médicos Municipales, etc.

2.3.3 Impulsar proyectos legislativos que atraigan la inversión privada en obras de salud pública.

Objetivo Estratégico No. 3:

3 Reducir los índices de morbilidad y mortalidad en niños y mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

3.1 Establecer acciones preventivas y de promoción a la salud infantil.

3.1.1 Cuantificar a la población cautiva en las guarderías del DIF y CENDIS, por grupo de edad.

3.1.2 Mantener el esquema de vacunación actualizado en forma permanente a través del servicio médico de cada guardería.

3.1.3 Proporcionar gratuitamente a las familias beneficiarias el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud, definido por el Consejo Nacional de Salud mediante el Programa "Oportunidades".

3.1.4 Tomar medidas antropométricas, a fin de dar seguimiento al crecimiento y desarrollo físico de los niños menores de 5 años mediante del Programa "Oportunidades".

3.1.5 Entregar suplementos alimenticios a todos los niños entre 4 meses y 1 año; y a los niños entre 2 y 4 años que presentan algún grado de desnutrición mediante el Programa "Oportunidades".

- 3.1.6 Vigilar la infraestructura y verificar el cumplimiento de la normativa correspondiente a la Red de Frío, para asegurar la calidad del biológico aplicado al infante.
- 3.1.7 Elaborar y concertar las bases para la coordinación del “Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia” en todos los niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del sector.
- 3.1.8 Practicar tamiz neonatal de los recién nacidos en unidades de salud del sector público que atiendan partos, para detectar hipotiroidismo congénito en una primera etapa y posteriormente fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y galactosemia.
- 3.1.9 Aplicar el esquema completo de vacunas y otorgar diez consultas desde el nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

3.2 Fortalecer la atención integral y preventiva al cuidado de la salud de la mujer en cualquier etapa de su vida sobre todo durante su embarazo.

- 3.2.1 Entregar suplementos alimenticios a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia mediante el Programa “Oportunidades”.
- 3.2.2 Tomar medidas antropométricas con el fin de dar seguimiento al estado y evolución de la mujer embarazada mediante el Programa “Oportunidades”.
- 3.2.3 Proporcionar con consentimiento informado orientación-consejería y servicios de planificación familiar postevento obstétrico (posparto, postcesárea y postaborto) en todas las unidades medicas del primer y segundo nivel de atención que brinden estos servicios.
- 3.2.4 Crear el Comité Estatal del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida” para difundir las políticas del programa y coadyuvar en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, perinatal e infantil.
- 3.2.5 Proporcionar suplementos alimenticios (Ácido Fólico y Hierro).
- 3.2.6 Atender con calidad el parto y las urgencias obstétricas como parte de los componentes sustantivos del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”.

3.3 Reforzar los programas de detección de cáncer cérvico uterino y mamario.

- 3.3.1 Identificar los módulos de detección del cáncer cérvico uterino en el 100% de los consultorios de primer nivel para la toma de citologías vaginales.
- 3.3.2 Instalar y fortalecer las Clínicas de Displasias en las unidades médicas de los Servicios de Salud de Nuevo León.
- 3.3.3 Crear el Centro Regional de Capacitación en Colposcopia en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad.
- 3.3.4 Continuar con la distribución, a manera de reposición de la nueva cartilla de salud de la mujer en el grupo de edad de 20 a 59 años, la cual permite tener información amplia y precisa sobre los principales problemas de salud de las mujeres.
- 3.3.5 Promover mecanismos de educación para la salud a través de consejería, comunicación educativa y participación social.
- 3.3.6 Realizar diagnóstico de cáncer mamario mediante correlación clínica mastográfica y confirmar con estudio histopatológico.

- 3.3.7 Gestionar el tratamiento oportuno y específico en base a cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia a través del Seguro Popular en el rubro de Gastos Catastróficos.
- 3.3.8 Contratar a un técnico para la realización de los estudios realizados en el Hospital General de Linares.

Objetivo Estratégico No. 4:

4 Prevenir y controlar las enfermedades propias de la senectud.

4.1 Diseñar y aplicar un programa de geriatría que brinde atención integral al adulto mayor.

- 4.1.1 Aplicar vacunas contra influenza y antineumococo en la población adulta mayor y en grupos de alto riesgo sin seguridad social, durante el último trimestre del año.
- 4.1.2 Realizar acciones de detección oportuna de diabetes, hipertensión arterial, osteoporosis e hiperplasia prostática benigna en la población mayor de 60 años que acuda a las unidades de atención y en grupos específicos organizados de la comunidad (asociaciones, instituciones o lugares de trabajo).
- 4.1.3 Adiestrar y capacitar al personal médico y paramédico sobre las normas, actividades y procedimientos de los programas de prevención y control de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como de hiperplasia prostática, cáncer de próstata y osteoporosis.
- 4.1.4 Otorgar tratamiento farmacológico y no farmacológico a adultos mayores sin seguridad social con diabetes, hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis e hiperplasia prostática benigna, refiriendo a segundo nivel a aquellos pacientes que lo ameriten.
- 4.1.5 Promover la participación de la comunidad en la prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas.
- 4.1.6 Realizar supervisiones escalonadas.
- 4.1.7 Incrementar la formación de grupos de auto ayuda de pacientes adultos mayores con diabetes y/o hipertensión arterial, en el 100 % de las unidades de salud de los Servicios de Salud de Nuevo León.

Objetivo Estratégico No. 5:

5 Reducir los índices de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles.

5.1 Reforzar la aplicación de medidas preventivas entre la población.

- 5.1.1 Ofrecer vacunación contra Difteria, Tétanos, Sarampión, Rubéola e Influenza a la población escolar, mujeres en edad fértil, personal de salud, personal de educación y otras poblaciones en riesgo.
- 5.1.2 Impulsar campañas de promoción a la salud especialmente dirigidas a grupos más vulnerables.

5.2 Prevenir, detectar y controlar las enfermedades crónico degenerativas como lo son: Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Diabetes.

- 5.2.1 Focalizar la enfermedad de la tuberculosis, intensificando las acciones para extender el tratamiento supervisado al 100% de los pacientes y así cortar la cadena de transmisión.

- 5.2.2 Continuar con la capacitación del personal médico y paramédico de la Secretaría de Salud, extendiéndola a las demás instituciones del sector salud y asociaciones médicas relacionadas con la tuberculosis y lepra, de tal manera que cada médico, institucional o privado, sospeche y solicite una baciloscopia a todo paciente sintomático respiratorio.
- 5.2.3 Asegurar el abastecimiento suficiente y oportuno de fármacos antifímicos en todo el sector salud.
- 5.2.4 Garantizar el tratamiento farmacológico de los casos resistentes a varios medicamentos, emitiendo a la vez recomendaciones terapéuticas específicas.
- 5.2.5 Continuar con las actividades de la Red Mexicana de Enfermería en Nuevo León que apoyan al programa de tuberculosis.
- 5.2.6 Gestionar la utilización de panorámicos móviles (camiones urbanos) para difundir que la tuberculosis es transmisible, curable y el tratamiento es gratuito.
- 5.2.7 Promocionar la salud a través de sesiones educativas, promotoras voluntarias, medios masivos de comunicación, información impresa como: folletos, posters, calcomanías, volantes, tarjetas telefónicas, recibos de servicios.
- 5.2.8 Brindar un tratamiento integral a las personas con obesidad.
- 5.2.9 Fomentar la alimentación adecuada y la actividad física durante toda la línea de vida, en el hogar, en las escuelas, en centros de trabajo y recreativos, y a través de los medios de comunicación.
- 5.2.10 Realizar acciones de detección oportuna de diabetes e hipertensión arterial en la población mayor de 20 años.
- 5.2.11 Promover la participación de la comunidad en la prevención y control de las enfermedades crónico-degenerativas.

5.3 Prevenir, detectar, diagnosticar tempranamente y atender de manera adecuada y oportuna las condiciones de vulnerabilidad y discapacidad.

- 5.3.1 Promover la educación para la salud en grupos susceptibles a desarrollar una discapacidad ya sea por enfermedad o accidentes.
- 5.3.2 Capacitar de manera específica al personal de salud tanto médico como paramédico y a promotoras voluntarias, en acciones para la salud de las personas con discapacidad sobre las Normas Oficiales Mexicanas, actividades y procedimientos del programa de discapacidad.
- 5.3.3 Buscar y detectar a personas con discapacidad debida a enfermedades crónico degenerativas (como diabetes e hipertensión arterial), accidentes, defectos de tubo neural y otros tipos de discapacidades.
- 5.3.4 Referir al paciente que lo requiera a los Módulos de Rehabilitación Simplificada o al Centro de Rehabilitación Física y Ortopedia Solidaridad, que son las unidades con las que cuenta la Secretaría de Salud, o bien a otra institución que ofrezca servicio especializado.

5.4 Prevenir y controlar el virus del VIH/SIDA, así como las enfermedades e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

- 5.4.1 Implementar los programas de: Prevención Sexual, Prevención Sanguínea, Prevención Perinatal, Atención Integral y Mitigación del Daño.

- 5.4.2 Capacitar a los maestros, padres de familia y niños de de las escuelas secundarias del Estado, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública.
- 5.4.3 Definir acciones preventivas adecuadas para las personas privadas de su libertad en el marco de respeto a la dignidad de la persona y a las normas de seguridad de estos centros, en coordinación con la Dirección de los Centros de Readaptación Social.
- 5.4.4 Implementar cursos de capacitación en Precauciones Universales y Prevención Ocupacional al personal de las siete Jurisdicciones Sanitarias.
- 5.4.5 Fomentar en el personal de salud de los SSNL el respeto a los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.
- 5.4.6 Difundir información sobre VIH /SIDA por medios radiofónicos, programas específicos (Lazo Rojo, Estigma y Discriminación, Respeto a la Diversidad Sexual) y otras campañas masivas.
- 5.4.7 Hacer una amplia difusión de la Modificación de la NOM-010-SSA-1993 y la Cartilla de Derechos Humanos para personas afectadas del VIH/SIDA.
- 5.4.8 Desarrollar e implementar un programa de prevención para adolescentes basado en adquisición de habilidades.
- 5.4.9 Reforzar el uso del condón en los establecimientos dedicados al comercio sexual en coordinación con dueños de discos, bares gay, baños públicos y prostíbulos con apoyo de Organismos no Gubernamentales.
- 5.4.10 Asegurar la provisión de tratamiento antirretroviral a la población sin cobertura médica.
- 5.4.11 Formar la Comisión Mixta de Atención para los pacientes del Servicio Especializado de Atención (SEA) y establecer programas para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos y pediátricos.
- 5.4.12 Disponer de vacunas contra la Hepatitis B para el personal del Programa Estatal de VIH/SIDA.
- 5.4.13 Asegurar la compra de tratamientos antirretrovirales profilácticos y la adquisición de material para protección de los trabajadores de la salud en hospitales y clínicas como batas, guantes, mascarillas y lentes.
- 5.4.14 Implementar un programa de ofrecimiento rutinario de prueba rápida de VIH y ampliar la disponibilidad de detección y tratamiento de Sífilis en las jurisdicciones a embarazadas.

5.5 Prevenir y controlar la rabia transmitida por mascotas, así como las enfermedades transmitidas por vectores.

- 5.5.1 Promover acciones de prevención del Dengue a través del programa "Techo y Patio Limpio" para eliminar los criaderos potenciales del mosquito Aedes Aegypti, vector de la enfermedad.
- 5.5.2 Identificar con oportunidad la aparición de casos nuevos de Dengue y realizar acciones de bloqueo.
- 5.5.3 Realizar las actividades del programa de rabia como son: atención oportuna a personas lesionadas, observación del animal agresor y vacunación antirrábica canina y felina.
- 5.5.4 Impulsar la creación de Centros de Control Canino.

5.6 Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y control del cólera.

- 5.6.1 Detectar oportunamente la circulación del vibrio cholerae en humanos, agua residual, agua blanca y alimentos.
- 5.6.2 Tomar muestras de heces fecales con hisopo rectal en el 2% de los casos de diarreas que acudan a las unidades de salud de los SSNL.
- 5.6.3 Verificar la calidad del agua para consumo humano a través de la determinación de cloro residual, en coordinación con la Comisión Nacional del Agua y con Agua y Drenaje de Monterrey.

5.7 Impulsar la cultura del trasplante.

- 5.7.1 Instalar un fideicomiso para trasplantes con aportación del Gobierno Estatal.
- 5.7.2 Promover el Banco de Células Madres y de Huesos.
- 5.7.3 Conformar el Consejo Médico Consultivo del Banco de Ojos y Tejidos con los representantes de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León y las Instituciones de Salud gubernamentales y privadas.
- 5.7.4 Identificar a donadores potenciales en unidades médicas y agilizar los procesos de donación.
- 5.7.5 Verificar la asignación de órganos y tejidos en base a los lineamientos de la Secretaría de Salud y del Centro Nacional de Trasplantes.

Objetivo Estratégico No. 6

6 Prevenir y atender oportunamente las contingencias sanitarias.

6.1 Fomentar la difusión de información epidemiológica en el sector salud.

- 6.1.1 Visitar aproximadamente 100 médicos que ejercen su profesión en forma independiente para explicar la importancia legal y epidemiológica de la notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- 6.1.2 Fortalecer la participación de todas las instituciones del Sector Salud en la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades.
- 6.1.3 Establecer mecanismos confiables de consulta y difusión de información en todos los niveles de los servicios de salud.

6.2 Diseñar políticas y estrategias de acción en casos de epidemias, desastres y siniestros.

- 6.2.1 Aplicar el proyecto de atención y reporte de emergencias sanitarias y definir su protocolo de coordinación y operación.
- 6.2.2 Difundir los servicios de vacunación a viajeros internacionales en diferentes lugares, como: empresas que envían personal al extranjero, escuelas con elevada proporción de alumnos extranjeros y agencias de viajes.
- 6.2.3 Ubicar dos módulos de vacunación internacional, uno en la oficina de sanidad del Aeropuerto Internacional y el otro en el Centro de Salud Pío X.
- 6.2.4 Buscar anticuerpos en los casos de meningitis o encefalitis, como parte de las actividades de vigilancia epidemiológica de la fiebre por virus del oeste del Nilo.

Objetivo Estratégico No. 7

7 Mejorar la calidad de la atención prestada por el personal de Enfermería en las instituciones públicas y privadas del sector salud.

7.1 Impulsar el desarrollo integral y la profesionalización del personal de Enfermería.

- 7.1.1 Incorporar la Dirección Estatal de Enfermería en la estructura orgánica del Organismo Público Descentralizado (SSNL).
- 7.1.2 Participar en el Consejo Estatal de Salud, en la revisión, elaboración, difusión y aplicación de las políticas de salud interinstitucionales inherentes a Enfermería.
- 7.1.3 Promover un programa de becas interinstitucionales de apoyo al personal de enfermería del área rural.
- 7.1.4 Impulsar el desarrollo de competencias del personal de enfermería de las diferentes instituciones del sector salud, según necesidades de actualización, especialización y obtención de grados académicos.
- 7.1.5 Realizar vinculación con las instituciones formadoras de Recursos Humanos de enfermería.
- 7.1.6 Fortalecer los sistemas de alto desempeño en el trabajo profesional de enfermería que le permitan desarrollar la práctica autónoma.
- 7.1.7 Mejorar las condiciones laborales interinstitucionales del personal de enfermería.
- 7.1.8 Impulsar el liderazgo de enfermería, la cohesión de grupo y el trabajo en equipo a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería.
- 7.1.9 Implementar el proceso de certificación a nivel profesional y técnico en el Estado de Nuevo León.

Objetivo Estratégico No. 8

8 Prevenir el uso de sustancias tóxicas y estupefacientes en la población, brindar atención oportuna en los casos de violencia familiar y reducir el índice de suicidios.

8.1 Realizar programas de información, prevención, atención oportuna y rehabilitación de la salud mental y adicciones en un marco de respeto a la dignidad y derechos humanos de nuestra población.

- 8.1.1 Impulsar la campaña anti-drogas con la creación de un concurso para buscar un personaje, un color y un lema que represente la negación a las drogas.
- 8.1.2 Promover Unidades de Salud libres de humo, con el propósito de que toda unidad de salud incida en el rechazo de las adicciones.
- 8.1.3 Promover el Comité Municipal contra las Adicciones (COMCA) dentro de los programas prioritarios de prevención en los municipios.
- 8.1.4 Rediseñar el Programa Estatal de Adicciones y Salud Mental (PREASME) sobre líneas generales y específicas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.
- 8.1.5 Brindar sesiones educativas sobre salud mental orientadas a su promoción, a la detección oportuna de problemas en ella, y a la rehabilitación psicosocial, incluyendo una serie dirigida a generar cambios en los patrones culturales

sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población de niños, adolescentes y jóvenes.

- 8.1.6 Participar directamente en los medios masivos de comunicación para hacer llegar información a la población.
- 8.1.7 Repartir mensajes impresos breves para reforzar los conocimientos de la población adquiridos en las sesiones educativas y en los mensajes por medios masivos.
- 8.1.8 Organizar Grupos Específicos de Personas en alto riesgo de padecer trastornos mentales y psicosociales a efecto de llevar a cabo actividades grupales en los diversos escenarios operativos de las unidades clínicas.
- 8.1.9 Organizar, apoyar y asesorar Grupos Específicos de Auto Ayuda orientados a la atención, rehabilitación y reinserción social de personas y sus familiares que se encuentran inmersos en el problema de adicciones.
- 8.1.10 Capacitar en temas y acciones de salud mental y psicosocial al personal de la Secretaría de Salud, así como a las personas que participan voluntariamente en el programa.
- 8.1.11 Capacitar en temas y técnicas de intervención comunitaria en tabaquismo, alcoholismo y adicciones al personal de la Secretaría de Salud, al personal de instituciones y organizaciones sociales que pertenecen al CECA, así como a las personas que participan voluntariamente en los programas de acción comunitaria.
- 8.1.12 Participar en pláticas, conferencias, divulgación en medios, campañas de difusión, etc., promoviendo conductas y relaciones familiares basadas en la equidad y la paz, dirigidas a la comunidad en general y a sectores específicos de riesgo, incluyendo la promoción de la participación social de autoridades municipales.
- 8.1.13 Impulsar en el Estado el nuevo proyecto consistente en la Instalación de Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM).

8.2 Incluir el cuidado de la salud mental en la prestación de los servicios médicos de los Servicios de Salud del Estado.

- 8.2.1 Capacitar al personal de primer contacto de la Secretaría de Salud en los temas de violencia familiar, adicciones y la temprana detección en depresión, a través de cursos y conferencias.
- 8.2.2 Brindar capacitación al personal de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado, con el objeto de sensibilizarlos en el trato con personas que tienen problemas de adicciones y salud mental, a fin de que sepan a donde dirigir a los posibles pacientes.
- 8.2.3 Sensibilizar al personal de primer contacto de la Secretaría de Salud sobre la problemática de los pacientes con trastornos en salud mental, para que sepan canalizar de manera oportuna a las personas que forman parte del los grupos vulnerables o riesgo.
- 8.2.4 Instalar módulos de atención a la violencia familiar en los centros de salud y unidades hospitalarias que cuentan con los equipos de trabajo capacitados en la atención especializada, según los lineamientos de la NOM-190 y del manual del Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual.

8.3 Promover la reintegración a la sociedad del paciente psicótico recluido en el sistema penitenciario.

- 8.3.1 Evaluar médica, psiquiátrica y psicológicamente a los pacientes de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial (UNIREPSI) a través de un diagnóstico preciso y acertado.
- 8.3.2 Administrar un esquema de medicamentos y actividades adecuado para reducir o resolver la sintomatología de la enfermedad mental del interno-paciente.
- 8.3.3 Localizar a las familias a través de visitas, teléfonos o telegramas con el objeto de buscar la aceptación del interno-paciente psiquiátrico del sistema penitenciario al núcleo familiar.
- 8.3.4 Realizar terapia familiar de acuerdo a necesidades de los interno-pacientes para que exista un mayor número de interno-pacientes aceptados y atendidos por sus familias al ser liberados.
- 8.3.5 Brindar oportunidades al interno-paciente para que continúe sus estudios formales a través del programa de educación para adultos.
- 8.3.6 Proporcionar a familiares y/o al interno-paciente nombres de las instituciones sociales que brindan apoyo a los interno-pacientes para que continúen con el tratamiento farmacológico en el exterior.
- 8.3.7 Elaborar trípticos informativos acerca de la enfermedad mental como promoción educativa que contenga información referente a las enfermedades mentales y su manejo, y cambiar el estigma social acerca de los pacientes psicóticos.

Objetivo Estratégico No. 9

9 Proteger a la población de daños a la salud a través de acciones de vigilancia y fomento sanitario en las áreas de agua, inocuidad de alimentos, salud ocupacional, dispensación de medicamentos, atención de emergencias, atención médica y servicios de salud, contaminantes (aire, agua, suelo) y comercio exterior.

9.1 Concienciar al sector público, social y privado en el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente mediante acciones de fomento a la participación ciudadana y a la autorregulación.

- 9.1.1 Crear material de difusión específico y fortalecer la página WEB al publicar en ella las acciones emprendidas y la información inherente a la protección contra riesgos sanitarios.
- 9.1.2 Capacitar de manera continua al personal de regulación sanitaria, con fundamento en la identificación adecuada del riesgo sanitario en la entidad y la profesionalización de la función de vigilancia sanitaria.

9.2 Desconcentrar las funciones de la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario a las Oficinas Regionales en materia sanitaria.

- 9.2.1 Establecer el mapa de riesgos sanitarios en el Estado de Nuevo León, caracterizándolo en el nivel local, estatal y regional.
- 9.2.2 Dotar a las oficinas Regionales de los elementos y recursos necesarios para la transferencia de funciones.
- 9.2.3 Establecer un comité para llevar a cabo la desconcentración de funciones.

9.3 Fortalecer y mejorar la acción reguladora y el ejercicio de la autoridad sanitaria.

- 9.3.1 Realignar funciones por procesos sustantivos basados en la identificación y cuantificación del riesgo sanitario.
- 9.3.2 Conformar cuerpos de verificadores multidisciplinarios y actualizados en la normatividad sanitaria.
- 9.3.3 Redistribuir el recurso humano (técnico y operativo).
- 9.3.4 Conformar los consejos y comités ciudadanos en materia sanitaria.
- 9.3.5 Conformar el área de análisis y estrategia sanitaria, incorporando técnicas de análisis, evaluación y proyección en materia sanitaria.

IV. Indicadores de desempeño, metas y escenarios

IV.1 Indicadores de desempeño

La presente Administración estatal se ha comprometido a conformar un gobierno que ofrezca resultados concretos a la sociedad. Por ello, en los diversos ámbitos de acción de la Administración Pública Estatal -y naturalmente en el terreno de la salud- el Gobierno del Estado ha identificado los indicadores de desempeño que permitirán medir el grado en que se cumple cada uno de los objetivos trazados, constituyéndose éstos en una herramienta indispensable para el seguimiento de avances y la evaluación de la gestión pública.

En forma contraria a los sistemas tradicionales de evaluación del desempeño gubernamental, los cuales se concentran en medir actividades, esfuerzos e insumos -y no logros- el Gobierno del Estado de Nuevo León ha adoptado un sistema de planeación y evaluación orientado a la medición de los resultados de las políticas, programas y proyectos de la Administración Pública Estatal; el propósito es medir y evaluar los beneficios concretos e impacto que la acción del gobierno estatal genera en la sociedad.

Para tal efecto, se han identificado dos tipos de indicadores de desempeño: 1) indicadores de impacto y 2) indicadores estratégicos.

Los primeros miden el efecto último que las políticas públicas tienen en la sociedad. Por ello, en el caso del presente Programa Estatal de Salud se ha establecido como indicador de impacto, el promedio de la esperanza de vida, la tasa de morbi-mortalidad, toda vez que dichos indicadores reflejan un logro concreto derivado de toda la política de salud y permite, además, medir cuantitativamente el grado en que se alcanza el objetivo general definido en el presente programa.

Por su parte, los indicadores estratégicos están asociados al logro de un objetivo específico en un área o tema que se considera estratégico (objetivos estratégicos). Para efectos del presente programa, se han identificado uno o varios indicadores de este tipo, por cada objetivo estratégico incluido en este Programa Estatal de Salud.

IV.2 Metas 2009

Las metas constituyen el valor numérico que se espera obtener en relación con cada uno de los indicadores de impacto o indicadores estratégicos adoptados. Las metas ofrecen la oportunidad de cuantificar los objetivos, a efecto de hacer posible una medición imparcial que no esté sujeta a criterios subjetivos. Por ello, en la determinación de metas, se ha cuidado que éstas sean realistas, en función de los recursos financieros, humanos y materiales de que dispone la autoridad estatal.

IV.3 Escenarios 2009

No obstante lo anterior y reconociendo el entorno cambiante y los factores externos que influyen en el comportamiento de los indicadores de salud adoptados, como parte esencial de un ejercicio responsable de planeación de la política educativa del estado, se han diseñado tres escenarios que permiten proyectar el comportamiento y el alcance de las metas fijadas hacia el año 2009, en función de los factores internos y externos que pueden limitar o potenciar el cumplimiento de las mismas. En función de lo anterior, se construyeron tres

escenarios; las variables relevantes y los supuestos adoptados en cada caso son los siguientes:

Escenario I: Este escenario parte del supuesto de que en el Estado de Nuevo León se construirán dos hospitales con especial cobertura a la población más vulnerable, como lo son al infante y la mujer con la autorización del recurso financiero correspondiente. Se asume además, que se afilia al 100% de la población no derechohabiente programada en el sistema de seguro de protección social en salud (Seguro Popular), se amplía la red de Telemedicina y se realizan convenios con Instituciones públicas y privadas para ofrecer mas y mejores servicios en salud a la población.

Así mismo, se presume que no se presentan en el Estado desastres naturales, contingencias epidemiológicas y sanitarias, además, se profesionaliza y especializa al personal de la Secretaría de Salud, se actualiza el padrón de establecimientos y empresas sujetas a revisión sanitaria y se crea una conciencia en el usuario de adoptar una política de autorregulación.

Considerando al área de enfermería, este escenario supone que la Dirección Estatal de Enfermería es parte de la estructura orgánica de la Secretaría de Salud y mantiene liderazgo participativo, cuenta con recursos suficientes para propiciar la integración de acciones estratégicas que impulsan la profesionalización en enfermería de Nuevo León.

Escenario II: En este caso, se asume que Nuevo León obtiene mayor recursos financieros para la inversión en el equipamiento de hospitales y para la conservación de las instalaciones ya existentes, supone además que existe escasa respuesta para afiliarse de la población no derechohabiente en el sistema de seguro de protección social en salud (Seguro Popular). Así mismo, se presume que se aumentan las verificaciones sanitarias y acciones de Fomento Sanitario.

Las enfermedades transmisibles por vector no varían su nivel en el Estado y los Estados vecinos y no se presentan desastres naturales graves.

La Dirección Estatal de Enfermería mantiene un liderazgo participativo, realiza la integración de acciones estratégicas que impulsan la profesionalización en enfermería en el Estado.

Escenario III: En este escenario se considera la posibilidad –no deseada pero no descartable- de que a Nuevo León se le disminuya el presupuesto financiero para llevar a cabo los programas en salud, considera además las familias no derechohabientes no renueven su afiliación en el sistema de seguro de protección social en salud (Seguro Popular) y que exista restricción presupuestal a dicho programa.

Asume también que se eliminen dos hospitales que por su antigüedad dejen de ser útiles, así como, que disminuya la atención médica y fallen los equipos y sistemas por la falta de inversión en ellos.

En cuanto al programa de Telemedicina supone que se elimine dicho programa por los costos que esto origina.

Además que apareciera en el Estado contingencias epidemiológicas, desastres naturales, contingencias sanitarias y que se detuvieran los programas de capacitación del personal de la Secretaría y que los usuarios presenten resistencia a los procedimientos de información respecto a temas de Control y Regulación Sanitaria.

No se incorpora a la estructura orgánica de la Secretaría de Salud, la Dirección Estatal de Enfermería por lo que no tiene el liderazgo deseado, y no cuenta con los recursos para el impulso de la profesionalización del personal de enfermería.

Con base en las definiciones sobre indicadores de desempeño y tomando en cuenta las consideraciones establecidas en el diseño de escenarios, en las siguientes tablas se ofrecen los indicadores de desempeño, metas y escenarios que permitirán realizar el seguimiento y evaluación del presente Programa Estatal de Salud.

INDICADORES DE IMPACTO:

Objetivo general: Proporcionar servicios eficientes de salud a la población.					
Indicador de impacto	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Esperanza de vida al nacer	Estimación publicada por el Consejo nacional de Población (CONAPO)	Número promedio de años de vida	77.2	77.1	77
Cobertura de recurso médico en primer nivel de población abierta	Número de Familias de Población Abierta / Número de Médicos de Primer Nivel en población abierta	Cobertura de familias por cada médico de primer nivel	541	hasta 600	más de 600
Cobertura hospitalaria	Número de camas censables / Número de población abierta	Porcentaje de cobertura hospitalaria	63%	60.7%	56%

INDICADORES ESTRATÉGICOS:

Objetivo estratégico 1 Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud al 100 por ciento de la población.					
Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Seguro de protección social en salud	Número de familias afiliadas / Número de familias programadas por afiliar	Porcentaje de familias afiliadas	1	0.7	menos del 70%
Especialista en tu comunidad	Total de unidades de primer nivel del Sistema de Salud que cuentan con Especialista en Tu Comunidad	Unidades de primer nivel con servicio de Especialista en tu Comunidad	65	60	52
Unidades de Tele Salud en función	Número de unidades de tele salud funcionando / Número de unidades existentes funcionando	Porcentaje de unidades interconectadas funcionando	1	0.8	0.6
Red Estatal de Tele Salud	Número unidades de Salud conectadas y funcionando en la Red Estatal de Tele Salud / Número total unidades de Salud que forman parte de la Red Estatal de Tele Salud	Porcentaje de unidades medicas privadas y publicas interconectadas a la red de la SSNL	1	0.87	0.71

Objetivo Estratégico 2: Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud.					
Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en la Consulta Externa 1er Nivel	Número de pacientes atendidos satisfactoriamente/Número total de pacientes atendidos	Porcentaje de usuarios satisfechos con tiempo de espera	97%	95%	90%
Usuarios satisfechos con el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias 2do Nivel	Número de pacientes atendidos satisfactoriamente/Número total de pacientes atendidos	Porcentaje de usuarios satisfechos con tiempo de espera	90%	87%	85%
Unidades Acreditadas al Seguro Popular	Total de unidades de salud acreditadas en el periodo	Unidades de salud acreditadas	212	148	106

Objetivo estratégico 3. Reducir los índices de morbilidad y mortalidad en niños y mujeres en condiciones de vulnerabilidad.					
Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Mortalidad infantil en niños menores a un año	Número de defunciones en niños menores a un año / Total de niños nacidos vivos registrados en un año X 1,000	Número de defunciones para cada 1,000 niños NVR (Tasa)	5.27	7.61	9.72
Mortalidad Materna	Número de defunciones de mujeres embarazadas / Total de NVR en un año X 10,000	Número de defunciones de cada 10,000 mujeres embarazadas (Tasa)	1.31	1.73	2.95
Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años	Número de defunciones debidas a enfermedades diarreicas en menores de 5 años / Total de población de menores de 5 años.	Número de defunciones por cada 100,000 menores de 5 años (Tasa)	3	4	5

Mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 5 años	Número de defunciones debidas a infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años / Total de población de menores de 5 años.	Número de defunciones por cada 100,000 mujeres (Tasa)	3	4	4
Mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 y más años	Número de defunciones de mujeres de 25 y más años de edad por cáncer mamario / Total de mujeres de 25 y más años.	Número de defunciones por cada 100,000 mujeres (Tasa)	16.50	16	15.5
Mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 y más años	Número de defunciones de mujeres de 25 y más años de edad por cáncer cérvico-uterino / Total de mujeres de 25 y más años.	Número de defunciones por cada 100,000 mujeres (Tasa)	9.09	8.9	8.7

Objetivo estratégico 4: Prevenir y controlar las enfermedades propias de la senectud.

Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Control Metabólico de Pacientes Diabéticos	Número de pacientes diabéticos en control metabólico / Número de pacientes diabéticos en tratamiento	60% por ciento de pacientes diabéticos bajo control metabólico	60%	58%	55%
Control Metabólico de Pacientes Hipertensos	Número de pacientes hipertensos en control metabólico / Número de pacientes hipertensos en tratamiento	60% por ciento de pacientes hipertensos bajo control metabólico	67%	65%	64%
Detección de Diabetes Mellitus	Número de detecciones de diabetes mellitus / 40% de la población objeto del Programa DM (mayor de 20 años población abierta)	Porcentaje de detecciones de Diabetes Mellitus	85%	84%	83%

Objetivo estratégico 5: Reducir los índices de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles.

Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Tasa mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años	Número de defunciones en población de 25 a 44 años debidas a SIDA / Población de 25 a 44 años	Número de defunciones por SIDA por cada 100,000 habitantes (Tasa)	6	7	8.2
Porcentaje de Curación de casos de TB Pulmonar con Baciloscopías positivas	Numero de casos nuevos de TBP BK + curados al termino del tratamiento/Numero casos nuevos de TBP diagnosticados con baciloscopías (BK)+ que inician tratamiento	Porcentaje de Curación	80	79.9	79.5

Objetivo Estratégico 6: Prevenir y atender oportunamente las contingencias sanitarias.

Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Notificación Semanal oportuna de enfermedades en Unidades de Salud	Número de Unidades que notifican enfermedades oportunamente / Total de Unidades Registradas	Porcentajes de Notificaciones oportunas de enfermedades en las Unidades de Salud	95%	94.5%	94%
Control de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica especial	Número de bloqueos realizados en casos sujetos a vigilancia epidemiológica especial / Total de casos sujetos a vigilancia epidemiológica	Porcentaje de bloqueos en causas sujetas a vigilancia epidemiológica especial	100%	98%	95%
Brigadas de salud en casos de contingencias ambientales (inundaciones)	Número de brigadas de salud realizadas / Total de localidades afectadas por contingencias ambientales	Porcentaje de localidades atendidas en caso de contingencias ambientales	85%	82%	80%

Objetivo Estratégico 7: Mejorar la calidad de la atención prestada por el personal de Enfermería en las instituciones públicas y privadas del sector salud.

Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Cumplimiento de criterios básicos para ministración de medicamentos vía oral	Pacientes con procedimientos que cumplen con los 7 criterios establecidos / Pacientes con procedimientos efectuados por enfermería	Porcentaje de pacientes con procedimientos de ministración que cumplen con los 7 criterios definidos	98%	95%	90%
Vigilancia y control de venoclisis instaladas	Pacientes que contestaron afirmativamente a los 11 criterios de trato digno / Pacientes encuestados	Porcentaje de pacientes que contestaron afirmativamente a los 11 criterios	98%	95%	90%
Trato digno	Pacientes que contestaron afirmativamente a los 11 criterios de trato digno / Pacientes encuestados	Porcentaje de pacientes que contestaron afirmativamente a los 11 criterios	95%	90%	85%
Índice de profesionalización en Personal con Lic. en enfermería	Total de personal profesionalizado con grado de Lic. en enfermería o grado superior. / total de personal de Enfermería.	Porcentaje de personal profesional con estudios de Licenciatura o Maestrías	50%	40%	30%
Índice de profesionalización con estudios de enfermería general o grado superior	Total de personal de Enfermería profesionalizado con grado de Enf. General o grado superior / total de personal de Enfermería	Porcentaje de personal Profesionalizado con estudios de Enf. Gral. o grado superior	60%	40%	30%

Objetivo Estratégico 8: Reducir el uso de sustancias tóxicas y estupefacientes en la población, así como el índice de suicidios y los casos de violencia familiar

Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Cobertura de servicios preventivos en contra de las adicciones	Número de población beneficiada en el año / Número de población total de Nuevo León	Porcentaje de cobertura de servicios preventivos en el Estado	17%	13%	menos 12%

Cobertura de atención en casos de violencia familiar	Número de atenciones en casos de violencia familiar en los SSNL / Total de población abierta	Porcentaje de cobertura de atención de casos de violencia familiar	35%	32%	32%
--	--	--	-----	-----	-----

Objetivo Estratégico 9: Proteger a la población de daños a la salud a través de acciones de vigilancia y fomento sanitario en las áreas de alimentos, salud ocupacional, medicamentos, atención de emergencias, atención médica y servicios de salud, contaminantes (aire, agua, suelo) y comercio exterior.

Indicador estratégico	Fórmula del indicador	Unidad de medida	Meta 2009		
			Escenarios		
			1	2	3
Población con agua de calidad bacteriológica	Población con sistema de agua formal / (Población con agua entubada * % gasto clorado) /100	Porcentaje de población con agua de calidad bacteriológica	99%	95%	90%
Muestras de alimentos	Total de muestras de alimentos realizadas / Total de muestras programadas	Porcentaje de muestras de alimentos	99%	97%	95%

Anexos

**Cobertura en Nuevo León por tipo de población
2005 - 2006**

Institución	Población	
	Legal o potencial	Usuarías
Población abierta	1,997,500	1,044,551
Secretaría de Salud	1,997,500	1,044,551
Población derechohabiente	3,023,103	2,509,808
Instituto Mexicano del Seguro Social	2,822,237	2,359,211
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	138,452	969,263
Petróleos Mexicanos	22,252	13,509
Secretaría de la Defensa Nacional	5,915	5,915
Estatad/1	34,247	34,247

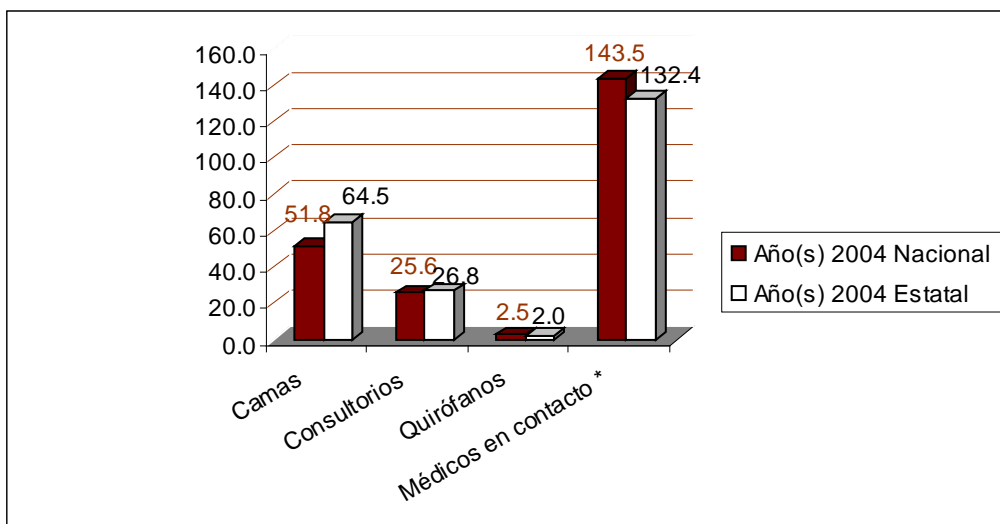
Nota: La suma de poblaciones Legal y/o Potencial pueden superar el total de Población, debido generalmente a un sobre registro de la Población Derechohabiente.

Nota *: Datos preelminares estimados en base a recursos.

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 23, 2003 y Anuario Estadístico del INEGI 2004, Delegaciones Estatales del IMS ISSSTE.

**Indicadores seleccionados del sistema nacional y estatal de salud
(por cada 100 mil habitantes)**

Indicadores	Año(s) 2004	
	Nacional	Estatad
Camas	51.8	64.5
Consultorios	25.6	26.8
Quirófanos	2.5	2.0
Médicos en contacto *	143.5	132.4

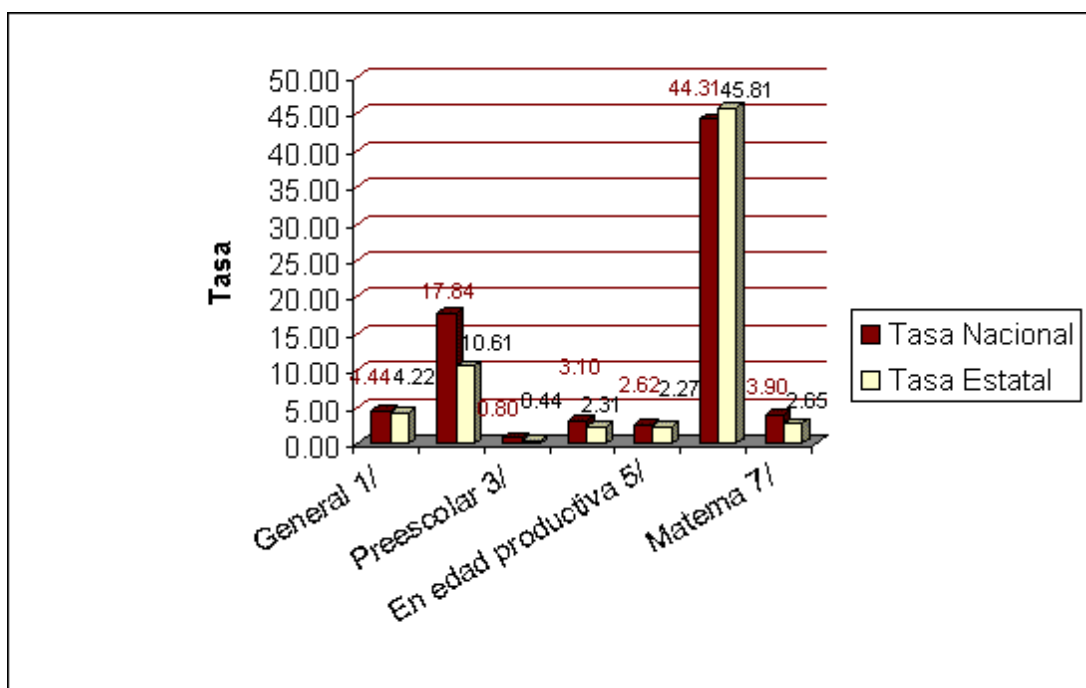


* Excluye a médicos que tienen cargos administrativos.

Fuente: La Situación de la Salud, Dirección General de Estadística e Informática, Boletín de Información Estadística No. 24 SINAIS. Secretaría de Salud.

Mortalidad general por grupos de edad en Nuevo León y Nacional Año 2005

Causa	Tasa	
	Nacional	Estatal
General ^{1/}		4.24
Infantil ^{2/}		11.29
Preescolar ^{3/}		0.39
Escolar ^{4/}		2.06
En edad productiva ^{5/}		2.21
En edad posproductiva ^{6/}		46.47
Materna ^{7/}		2.75

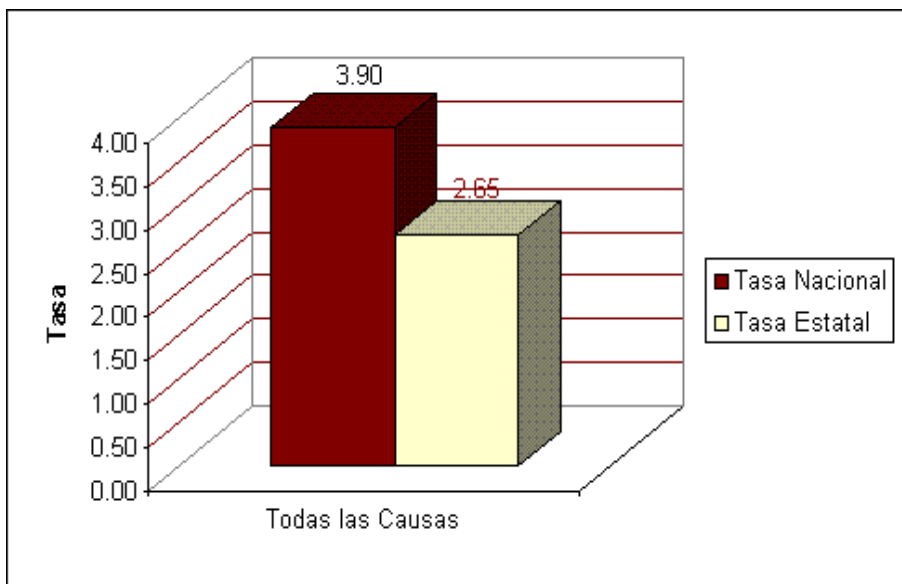


- 1/ Tasa por 1,000 habitantes.
- 2/ Tasa por 1,000 nacidos vivos.
- 3/ Tasa por 1,000 habitantes de 1-4 años.
- 4/ Tasa por 10,000 habitantes de 5-14 años.
- 5/ Tasa por 1,000 habitantes de 15-64 años.
- 6/ Tasa por 1,000 habitantes de 65 y más años.
- 7/ Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados.

Fuente : Dirección de Información y Estadística en Salud, SEED

**Principales causas de mortalidad materna
Año 2005**

Causa	Nacional		Estatal	
	Núm.	Tasa	Núm.	Tasa
Causas obstétricas directas			16	2.08
Causas obstétricas indirectas			8	1.05
Todas las Causas			21	2.75



Nota: Tasa por 10,000 habitantes estimada con base en las Proyecciones de Población.

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, en Salud. SEED

Tasa Global de Fecundidad de Nuevo León y Nacional 2006	
Nuevo León	1.98
Nacional	2.07

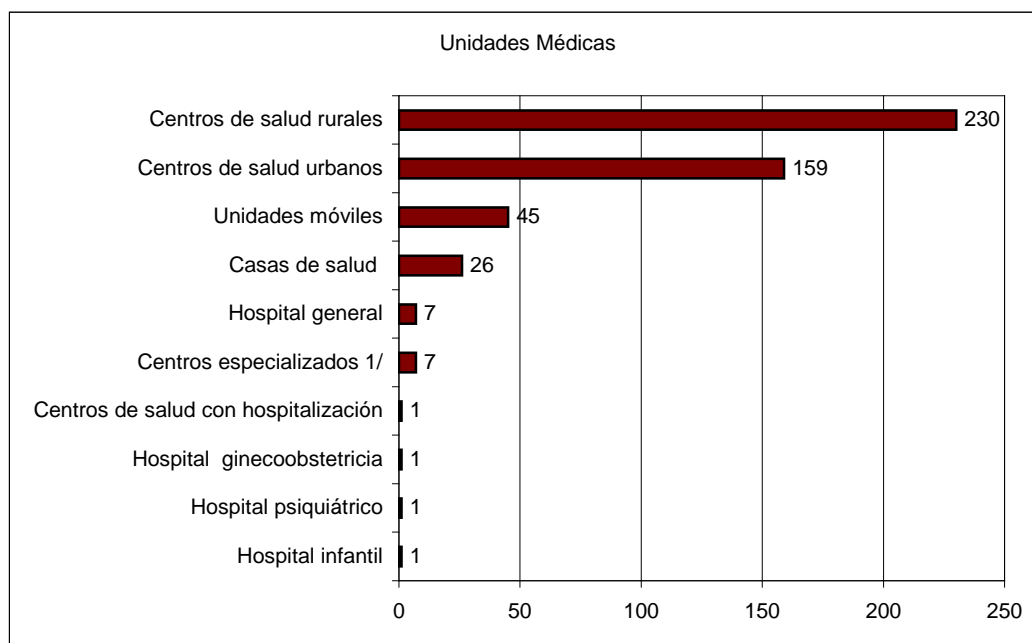
Fuente: Proyecciones de la población de México, 2000-2050

Tasa bruta Natalidad Nuevo León y Nacional 2006	
Nuevo León	17.18
Nacional	18.10

Fuente: Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

Unidades médicas Junio 2006

Tipo de unidades	cantidad
Hospital infantil	1
Hospital psiquiátrico	1
Hospital ginecoobstetricia	1
Centros de salud con hospitalización	1
Centros especializados ^{1/}	7
Hospital general	7
Casas de salud	26
Unidades móviles	45
Centros de salud urbanos	159
Centros de salud rurales	230
Total	478



* 1/ Laboratorio Estatal, Centro de Transfusión Sanguínea, Módulo Dental, CECOSAM, CISIDA, Centro Antirrábico y Centro de Rehabilitación Física y Ortopedia.

Fuente: Dirección de Planeación 2006.

Morbilidad general de padecimientos de notificación obligatoria 2005			
No.	Enfermedad	Casos 1/	
		Por cada 100,000 habitantes	No. Tasa
	TOTAL GLOBAL	498,694	12,807
1	Infecciones respiratorias agudas	55,467	1,288
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	156,180	3,627
3	Infección de vías urinarias	72,779	1,690
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	41,634	967
5	Otitis media aguda	39,796	924
6	Conjuntivitis Todas	14,662	340
7	Hipertensión arterial	11,450	266
8	Varicela	10,590	246
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente, (Tipo II)	9,559	222
10	Amibiasis intestinal	7,461	173
11	Gingivitis y enfermedad periodontal	7,420	172
12	Asma y estado asmático	7,162	166
13	Neumonías y bronconeumonías	6,718	156
14	Quemaduras	5,791	134
15	Candidiasis urogenital	5,538	129
16	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	5,049	117
17	Intoxicación alimentaria bacteriana	3,591	83
18	Intoxicación aguda por alcohol	3,377	78
19	Accidentes de transporte en vehículos con motor	3,353	78
20	Mordeduras por perro	3,082	72
21	Escabiosis	2,672	62
22	Enfermedades isquémicas del corazón	2,550	59
23	Peatón lesionado en accidente de transporte	2,496	58
24	Otras helmintiasis	2,357	55
25	Paratifoidea y otras salmonelosis	1,941	45
26	Insuficiencia venosa periférica	1,872	43
27	Desnutrición leve	1,663	39
28	Tricomoniasis urogenital	1,574	37
29	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	1,221	28
30	Dengue clásico	1,116	26
31	Enfermedades cerebrovasculares	1,016	24
32	Intoxicación por ponzoña de animales	829	19
33	Giardiasis	726	17
34	Fiebre tifoidea	695	16
35	Diabetes mellitus insulino dependiente, (Tipo I)	688	16
36	Tuberculosis respiratoria, (+)	632	15
37	Displasia cervical leve y moderada	503	12
38	Erisipela	374	9
39	Enterobiasis	373	9
40	Parotiditis infecciosa	357	8
41	Tumor maligno de mama	326	8
42	Violencia intrafamiliar	313	7
43	Edema, proteinuria y transtornos hipertensivos del embarazo	279	6
44	Desnutrición moderada	260	6
45	Hepatitis aguda- A	238	6
46	Escarlatina	227	5
47	Ascariasis	208	5
48	Virus del papiloma humano, (+)	192	4
49	Mordeduras por otros mamíferos	177	4
50	Meningitis, (*+)	160	4

Principales causas de mortalidad general 2005			
No.	Causa	Estatal	
		No.	Tasa
	Total	17,990	424.04
1	Enfermedades del corazón	3,802	89.62
	Enfermedades isquémicas del corazón	2,798	65.95
2	Tumores malignos	2,748	64.77
	Tumor maligno de la tráquea de los bronquios y del pulmón	427	10.06
	Tumor maligno de la mama	238	5.61
	Tumor maligno del hígado de las vías biliares intrahepáticas	197	4.64
3	Diabetes mellitus	2,479	58.43
4	Enfermedades cerebrovasculares	1,282	30.22
5	Accidentes	959	22.6
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	348	8.20
6	Enfermedades del hígado	758	217.87
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	590	13.91
8	Influenza y neumonía	348	8.20
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías		
9	crónicas	405	9.55
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	181	4.27
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	386	9.10
	Paro cardíaco	-	-
	Síntomas signos y hallazgos anormales y de laboratorio no clasificados en otra parte	116	2.73
	Las demás causas	3,877	91.38

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Dirección de información Estadística de Salud, SEED

Actividades realizadas por la Secretaría de Salud

Actividades	Octubre 2005 – Septiembre 2006
ATENCIÓN CURATIVA	
Consultas de primer nivel de atención	2,288,254
Consultas de segundo nivel de atención	251,079
Atención de urgencias	170,601
Egresos hospitalarios	46,086
Intervenciones quirúrgicas	27,729
Partos atendidos	21,396
ATENCIÓN PREVENTIVA	
Vacunación universal: (dosis aplicadas a menores de 5 años)	
Sabin	956,746
DPT(Difteria Tosferina Tétano)	959,137
BCG(Tuberculosis)	331,997
Antisarampión	284,340
Esquema básico	329,907
REGULACIÓN SANITARIA	
Licencias otorgadas y avisos de apertura	2,809
Dictámenes sanitarios emitidos	17,164
Permisos sanitarios emitidos	3,019
Verificaciones sanitarias	19,670
Toma de muestras para control sanitario	53,466

Fuente: Reporte anual del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2005- 2006y Programa de Vacunación (PROVAC), Secretaría de Salud.