

PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL

Salud



Oaxaca

JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO



Gobierno del Estado

2016-2022

Plan Estratégico Sectorial

Salud



Directorio

Mtro. Alejandro Ismael Murat Hinojosa

Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca

Mtro. Donato Augusto Casas Escamilla

Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca

Lic. Sergio Rafael Vera Díaz

Coordinador General del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Oaxaca

Dr. Juan Díaz Pimentel

Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Marcelino Miranda Añorve

Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Dr. Juan Carlos Márquez Heine

Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca

General de División D.E.M.

Alfonso Duarte Mújica

Comandante de la VIII Región Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Vicealmirante C.G.D.E.M.

Pedro Franyuntti Bustillos

Comandante de la XII Zona Naval Militar de la Secretaría de Marina

Dr. José Raúl Tercero Hernández

Director del Hospital General de Salina Cruz de Petróleos Mexicanos

Lic. Gerardo Pérez Bustamante

Director del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Lic. Alina Gómez Laguna

Directora General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado

Lic. Christian Holm Rodríguez

Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

Dra. Gabriela del Refugio Velásquez Rosas

Directora General del Consejo Estatal para la Prevención y Control del SIDA

Dra. Concepción Rocío Arias Cruz

Directora General del Hospital de la Niñez Oaxaqueña

Contenido

I. Introducción / 5

II. Metodología / 7

III. Marco Jurídico / 11

IV. Diagnóstico / 13

V. Marco Estratégico / 31

VI. Marco Programático y Presupuestal / 41

VII. Marco de Resultados / 43

VIII. Seguimiento y Evaluación / 47

IX. Conclusiones / 49

Siglas y abreviaturas / 51

Tablas y Figuras / 53

I. Introducción



Oaxaca y su tan accidentada geografía, su diversidad cultural y sus condiciones sociales, representan un reto para el ámbito de la salud al que debe darse una respuesta oportuna y adecuada que contribuya a elevar la calidad de vida de los habitantes del Estado.

La transición epidemiológica y demográfica que presenta la entidad, se caracteriza por hacer confluir las enfermedades ligadas al rezago social (infecciones diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, etc.), con las enfermedades del desarrollo (obesidad, diabetes, hipertensión y cáncer), además de la presencia de fenómenos emergentes (sismos, huracanes e inundaciones) que manifiestan una amplia gama de riesgos para la salud.

En síntesis, la esperanza de vida promedio para la población en Oaxaca en 2016 era de 76.2 años para las mujeres y 70.4 para los hombres, 2 años menos que la media nacional, tanto en hombres como en mujeres.

Con respecto a la morbilidad predominante por enfermedades infectocontagiosas, esta es originada por el rezago social, y para combatirla se requiere mejorar las condiciones nutricionales y los servicios sanitarios (agua potable, drenaje, etc.) que permitan disminuir la exposición de las personas a agentes etiológicos que se encuentran en ambientes insalubres.

Por otra parte, en la entidad diariamente mueren nueve personas por diabetes, siete por algún tipo de cáncer y seis por infarto agudo de miocardio.

Así, en la actualidad, las enfermedades crónico degenerativas se han convertido en un problema de salud pública para Oaxaca, generando un deterioro importante en la función y calidad de vida de su gente, además del costo que representa su

manejo y control, que afecta a la economía familiar y encarece el gasto en salud de las instituciones. Una problemática que también se refleja en la capacidad productiva de la población enferma, dado que se incrementa el ausentismo laboral con el consecuente impacto negativo en la economía.

En particular, la mortalidad materna es un problema recurrente que no ha logrado abatirse debido a que todavía persisten factores relacionados con la disponibilidad de establecimientos médicos, la dispersión de las poblaciones y el nivel sociocultural, que influye al elegir el agente de salud que contribuirá a atender el embarazo, el parto y el puerperio, ocasionando que no sean identificados oportunamente los signos de un embarazo de alto riesgo y cuyo resultado es que los casos que llegan a unidades formales de salud por complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto o en el puerperio, son frecuentemente secundarios a un manejo inapropiado en alguna de las etapas.

Debido a lo anterior, el registro puntual de cada mujer embarazada desde el primer trimestre permitirá que se le proporcione por lo menos cinco consultas prenatales para identificar cualquier señal de alerta, para programar su atención en condiciones óptimas y evitar un desenlace fatal en el binomio madre/hijo. En este sentido, la meta de la actual Administración de Gobierno es abatir la mortalidad materna, garantizando a las mujeres una atención de calidad en la consulta prenatal, atención del parto y seguimiento del puerperio mediato y tardío.

En otro aspecto, a pesar de que se ha presentado una disminución importante en la mortalidad infantil, todavía se dan eventos que se presentan durante el período perinatal (última semana

de gestación, parto, manejo del recién nacido), aunado a la deficiente nutrición y condiciones insalubres, que siguen impactando en la morbilidad y mortalidad en este grupo de edad.

De manera general, si bien existe un crecimiento de la infraestructura de salud en los últimos años, ésta sigue siendo aún insuficiente porque la dispersión de la población en las zonas rurales y lo accidentado de la geografía continúan representando los principales obstáculos para hacer realidad la cobertura universal. En este rubro, se ha logrado identificar una distribución insuficiente del recurso humano en la capacidad instalada, lo que hace que la accesibilidad a los servicios de salud no satisfaga la demanda de los usuarios.

En este Sector, el Gobierno de Oaxaca tiene como objetivo primordial garantizar a los oaxaqueños y oaxaqueñas el acceso a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura, haciendo una asignación eficiente del personal médico y paramédico y fortaleciendo la capacidad funcional de cada unidad médica.

Asimismo, ha asumido el compromiso de elevar la eficiencia de los servicios de salud, avanzar en el proceso de mejora continua que contribuya en su calidad a abatir el rezago existente y contribuir de manera efectiva al bienestar de la población oaxaqueña.

Conociendo ahora la problemática existente de acuerdo con los daños a la salud y el espectro amplio de factores que influyen en el comportamiento epidemiológico en los 570 municipios en las ocho regiones de Oaxaca, consideramos que es fundamental privilegiar la atención primaria a la salud, a efecto de resolver oportuna y adecuadamente los eventos que se presenten y disminuir de este modo la ocupación en el segundo nivel.

Para tal propósito se requiere realizar permanentemente la promoción y fomento a la salud, intra y extramuros, de las unidades formales de salud, fortaleciendo la capacidad de la infraestructura para hacerla más eficiente, eficaz y oportuna en la atención a la población usuaria y optimizando los recursos humanos, materiales y financieros del Sector.

Es importante mencionar, en otro rubro, que la Secretaría de Salud de Oaxaca es la responsable de vigilar la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la publicidad, producción y expendio de alimentos y que coadyuvan a la prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas, verificando el efectivo cumplimiento de cada una de ellas y evaluando epidemiológicamente el impacto que resulte de su aplicación.

A su vez, el capital activo representado por el recurso humano, médico y paramédico deberá ser adecuadamente capacitado y actualizado en las guías de práctica clínica que garanticen un proceso de atención de calidad, lo que redundará en una cobertura suficiente, poniendo en práctica el sistema de referencia y contrarreferencia de acuerdo con la regionalización operativa.

En cuanto a la acreditación y re-acreditación de las unidades de primer y segundo nivel, se lograrán con instalaciones físicas y recurso humano preparado para cumplir con los procesos que garanticen accesibilidad, atención de calidad, oportunidad y equidad en el trato.

Por último, es necesario destacar que el objetivo de la presente Administración es modificar las condiciones actuales de salud en la entidad, mediante la participación social de la ciudadanía para asumir compromisos orientados al autocuidado de su salud con acciones robustas y decididas que impacten favorablemente en las condiciones de vida de toda la población.

La suma de los esfuerzos para concretar lo que aquí consignamos, sin duda se reflejará en una mejor calidad de vida de la gente y se convertirá en la oportunidad para construir el bienestar, la armonía y la paz a la que aspiramos todas y todos los oaxaqueños.

Mtro. Donato Augusto Casas Escamilla
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca

II. Metodología

Los Planes Estratégicos Sectoriales (PES) son instrumentos de la Planeación Estatal que establecen las prioridades, objetivos, metas y la estimación anual y/o plurianual indicativa del gasto corriente y de inversión requerida por cada Sector para el cumplimiento de sus objetivos.

La Ley Estatal de Planeación (LEP) establece, en su Artículo 48, que la Coordinación General del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Oaxaca (COPLADE), en coordinación y con el apoyo de la Instancia Técnica de Evaluación, definirán las metodologías generales y específicas para la formulación, el seguimiento y la evaluación de los Planes derivados del Plan Estatal de Desarrollo (PED), y en su Artículo 71, que conjuntamente con la Secretaría de Finanzas establecerán las políticas y lineamientos para integrar la planeación con el presupuesto.

Con la finalidad de facilitar la ordenación sistemática de la gestión plurianual de los Subsectores, la Planeación Estratégica Sectorial incorpora un conjunto de elementos metodológicos y procedimientos estandarizados.

Dicha ordenación se da alrededor de Objetivos, Estrategias, Programas y Subprogramas, los cuales orientan la programación y asignación de recursos con base en Metas e Indicadores de Desempeño (Impactos, Resultados y Productos), así como la definición de responsabilidades, la coordinación de acciones, el seguimiento, la evaluación de resultados y la rendición de cuentas.

El Artículo 36 de la Ley Estatal de Planeación establece que el PED se implementa a través de los Planes Estratégicos Sectoriales y demás planes de él derivados, como son: los Regionales, los Institucionales y los Especiales, por lo que de con-

formidad con el Artículo 51 de esa misma Ley, los PES deben ser congruentes con el PED y contener como mínimo los siguientes elementos:

- I. Un Apartado General con un breve diagnóstico y análisis de la evolución y situación actual del Sector, incluyendo un análisis de riesgos;
- II. Los Objetivos Estratégicos Sectoriales, los lineamientos de política y una priorización sectorial de acciones;
- III. La Estructura Programática del Sector en armonía con el PED y los Planes Regionales;
- IV. Un Marco Sectorial de Gasto de mediano plazo, consistente con el Marco Anual y/o Plurianual de Gasto Corriente y de Inversión requerido para su ejecución;
- V. El Marco de Resultados Sectoriales en términos de productos, resultados e impactos esperados, así como los indicadores y las metas aplicables para la medición del desempeño; y
- VI. La Identificación de los Responsables Institucionales y de los arreglos de coordinación para su ejecución.

Estos elementos están orientados al cumplimiento de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca (PED 2016-2022) y deben estar rigurosamente alineados al mismo, dado que éste se implementa a través de los planes y programas derivados de él, siendo los Planes Estratégicos Sectoriales el principal instrumento para su realización.

Conviene recordar dos aspectos que fueron fundamentales en la elaboración del PED 2016-2022. En primer lugar, fue un proceso de naturaleza democrática y con una amplia participación social a través de once Foros Sectoriales, ocho Regio-

nales y uno Virtual, además de otros especiales. Contó con la participación de más de 5,300 actores provenientes de instituciones de la sociedad civil, de las organizaciones sociales, de colegios profesionales y cámaras empresariales, de universidades públicas y privadas, de los distintos sectores productivos, de los tres niveles de Gobierno, quienes intervinieron en su elaboración, presentando más de 1,100 propuestas y diagnósticos. El resultado un profuso material que, junto con otras fuentes, fue procesado y articulado por cada uno de los Sectores para dar forma al PED 2016-2022, y posteriormente utilizado para los Planes Estratégicos Sectoriales.

El segundo aspecto fue que, para concretarse, se aplicó de la Metodología del Marco Lógico (MML), dada su amplia aceptación en el sector público, su recomendación por prestigiadas instituciones, tales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la obligatoriedad de su uso indicada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la experiencia probada de ésta por muchos gobiernos.

Siguiendo dicha metodología se elaboraron Árboles de Problemas en los que podían identificarse las relaciones causa-efecto de los principales problemas de cada Sector, y con los cuales se hizo un ejercicio de prospectiva a efecto de diseñar los nuevos escenarios a alcanzar y las intervenciones posibles para lograrlo. Se continuó con la selección de alternativas y quedaron definidas las principales Estrategias con sus Líneas Generales de Acción. Es necesario destacar que dicha metodología se aplicó en el PED 2016-2022 con flexibilidad, pues en ese momento correspondía establecer el Marco Estratégico General sin grandes niveles de concreción; sin embargo, fue una herramienta muy eficaz para dar sustento metodológico al Plan Estatal.

En los Planes Estratégicos Sectoriales, por su parte, se utiliza de nuevo la Metodología del Marco Lógico, pero con mayor rigor. De hecho, el producto principal de ésta, la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), ha sido fundamental para la articulación interna de los mismos. Los principales indicadores de la MIR de cada programa están presentes en el Diagnóstico, en el Marco Estratégico y en el Marco de Resultados. Son estos indicadores

con sus metas los que miden la calidad del gasto debido a que la presupuestación y programación del gasto se realiza tomando como fundamento los objetivos, indicadores y metas establecidos en la MIR.

De este modo, se ha logrado vincular estrechamente el gasto a la Planeación Estratégica de la Administración Estatal y se sientan las bases metodológicas para que el seguimiento y la evaluación de los Programas Presupuestales se realicen de manera consistente. La articulación de esta lógica de Planeación, Programación, Presupuestación, Seguimiento y Evaluación en la estructura del Plan Estratégico Sectorial incorpora los siguientes elementos:

- 1. Introducción:** Visión de conjunto del Sector, señalando los principales retos derivados del Diagnóstico y las políticas públicas prioritarias con las que se afrontarán, así como los resultados y cambios que se lograrán a través del trabajo comprometido y coordinado de los distintos actores del Sector.
- 2. Metodología:** Explica la metodología adoptada para la elaboración del Plan Estratégico Sectorial.
- 3. Marco Jurídico:** Establece el conjunto de Leyes y Normas que regulan los aspectos específicos del Sector, incluidos los fundamentos legales de las atribuciones de las distintas dependencias y entidades de gobierno e instituciones que participan.
- 4. Diagnóstico:** Identifica las problemáticas, potencialidades y oportunidades de cada Sector y Subsector. Este proceso incluye la integración y el análisis de la información estadística, geográfica y de campo, necesaria para dar cuenta del escenario de referencia, además de contar con indicadores estratégicos. Incluye tanto el análisis de la situación actual como la evolución reciente de los aspectos más relevantes. Los Foros Participativos realizados para el PED han sido considerados como un importante insumo para el Diagnóstico.
- 5. Marco Estratégico:** Define con base en el diagnóstico del escenario futuro que se pretende alcanzar, para lo cual se establecen los Objetivos Específicos y los Programas Ope-

rativos que guiarán y concretarán la acción gubernamental. El Marco Estratégico se compone de los siguientes elementos:

a. Definición de Objetivos: Las problemáticas señaladas y priorizadas en el Diagnóstico se transforman en un conjunto de Objetivos Específicos que están alineados al PED 2016-2022, así como al Plan Nacional de Desarrollo (PND) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

b. Definición de programas operativos con sus principales estrategias y acciones, a través de los cuales se garantiza el cumplimiento del PED 2016-2022 en cada uno de los Sectores Estratégicos en los que interviene el Gobierno.

c. Prospectiva: Se presentan los resultados y metas a alcanzar durante el sexenio, que definen el nuevo escenario esperado como resultado de la transformación operada en el Sector.

6. Marco Programático y Presupuestal: El PED 2016-2022 y los Planes de él derivados implican una nueva orientación del recurso que asegure, tanto la orientación estratégica del gasto corriente y de la inversión pública, como su articulación temporal. Por ello, los elementos del nuevo Marco Programático y Presupuestal son:

a. Nueva Estructura Programática: A partir de la revisión de la Estructura Programática recibida de la administración anterior y del análisis de las necesidades derivadas del PED 2016-2022, se procedió al ajuste, modificación, eliminación y creación de los Programas, Subprogramas, Proyectos y Actividades, dando como resultado una nueva Estructura Programática que a su vez permitió estructurar el Presupuesto 2018, de modo que el primer presupuesto elaborado por la presente Administración nace alineado estratégicamente al PED

2016-2022. De esta manera, cada año se revisará dicha estructura para mejorarla con base en los insumos derivados de las evaluaciones.

b. Marco Plurianual del Gasto con Carácter Indicativo: Se ha llevado a cabo una proyección sexenal del gasto previsto para cada año en cada uno de los sectores en los que se articula el presupuesto. Esta proyección tiene carácter indicativo, dado que depende de condiciones sociales, políticas, económicas, financieras y presupuestales futuras, tanto del ámbito local como del nacional e internacional, que difícilmente pueden definirse en el presente con certidumbre pero que, en cualquier caso, es necesario como marco de referencia indicativo.

7. Marco de Resultados (Indicadores y Metas):

Cada Plan Sectorial cuenta con una Matriz de Indicadores en la que se definen los indicadores clave para medir el desempeño del sector. Los indicadores son de tres tipos: de Impacto, de Resultados y de Productos, de modo que se atiendan tanto los niveles estratégicos como los de gestión. Además, cada indicador tiene asignada una meta por cada año de ejercicio.

8. Seguimiento y Evaluación: Con el fin de monitorear el avance en el cumplimiento de los Objetivos Sectoriales y de conformidad con la normativa estatal, se plantea la Estrategia de Seguimiento a los Indicadores y Metas que se han establecido en las etapas de Planeación, Programación y Presupuestación.

Asimismo, a través de una valoración objetiva de la intervención sectorial y sus efectos, se incluirá la Estrategia de Evaluaciones al PED 2016-2022 y a los programas del PES, así como la utilización de los resultados y recomendaciones derivadas de los Informes de Evaluación, con la finalidad de mejorar el diseño y los resultados de las políticas sectoriales.



III. Marco Jurídico

Constitución

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 40, 43, 90, 123 y 134. Publicada en el DOF el 05 de febrero de 1917. Última reforma, 29 de enero de 2015.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

Leyes

Ley de Planeación Federal. Publicada en el DOF el 05 de enero de 1983. Última reforma, 06 de mayo de 2015.

Ley Estatal de Planeación del Estado de Oaxaca. Publicada en el POE el 17 de agosto de 1985. Última reforma, 09 de enero del 2016.

Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca. Artículo 36.

Ley General de Salud. Publicada en el DOF el 07 de febrero de 1984. Última reforma, 12 de noviembre de 2015.

Ley Estatal de Salud del Estado de Oaxaca. Publicada en el POE del 05 de marzo del 2004. Última reforma, 29 de septiembre del 2015.

Ley General del ISSSTE. DOF 31 de marzo de 2007. Última reforma del 24 de marzo de 2016.

Ley General del IMSS. DOF 21 de diciembre de 1995. Última reforma publicada el 16 de noviembre de 2015.

Ley Estatal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Oaxaca. Última reforma publicada en el Periódico Oficial el 27 de diciembre de 2014.

Decretos

Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal estableció las bases a las que se sujetó el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el cual dio inicio la descentralización. Publicado en el DOF el 30 de agosto de 1983.

Decreto por el que se descentralizan a las entidades federativas los servicios que prestaba la Secretaría en los estados y los que, dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado IMSS-COPLAMAR, proporcionaba el IMSS. Publicado en el DOF No. 6, el 08 de marzo de 1984.

Planes y programas

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Publicado en el DOF el 20 de mayo de 2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Publicado en el DOF el 12 de diciembre de 2013.

Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 para el estado de Oaxaca. Decreto Núm. 681 de la Sexagésima Tercera Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, agosto 2017.

Acuerdos

Decreto Presidencial sobre la Descentralización de los Servicios de Salud. DOF 8 de marzo de 1984.



IV. Diagnóstico

4.1. Aspectos demográficos

4.1.1. Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) resume los logros del Estado en tres dimensiones fundamentales: salud, educación e ingreso de las personas. Se considera que cada una de estas dimensiones representa una capacidad fundamental necesaria para que las personas puedan disfrutar de una vida que consideren valiosa.

Según lo informado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2015, Oaxaca tiene un nivel de desarrollo humano de 0.681, aproximadamente 18% menor que el de la Ciudad de México, 7.8% menor que el valor del IDH de América Latina, y por debajo de la media nacional que es de 0.746.

En este orden, existe una considerable desigualdad en desarrollo entre las entidades federativas. Considerando las categorías de desarrollo humano a nivel mundial, 29 de las 32 entidades se encuentran por encima del promedio mundial del IDH (0.700), 18 entidades igualan o superan el valor del IDH de América Latina y el Caribe (0.739) y ninguna entidad alcanza el promedio del IDH de los países de desarrollo humano muy alto (0.889).

4.1.2. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer se ha utilizado para evaluar el nivel de desarrollo y salud de una sociedad, ya que sintetiza en un valor único el patrón de mortalidad para todos los grupos de edad de una población en un momento determinado.

En Oaxaca, la esperanza de vida en el año 2016 era de 76.2 años para las mujeres y 70.4 para los hombres. Comparativamente con el nivel nacional,

la esperanza de vida en el estado es de dos años menos en ambos casos, lo que implica una reducción para ambos grupos respecto del promedio del resto del país durante los últimos 30 años. Al igual que sucede en otras entidades de México y en otros países del mundo, las mujeres oaxaqueñas viven, en promedio, más que los hombres.

4.1.3. Población

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI), se estima que en el estado de Oaxaca residen 3,967,889 personas, que se distribuyen según sexo en: 1,888,678 hombres (47.6%) y 2,079,211 mujeres (52.4%), lo que significa que la población femenina es mayoritaria, con una relación de 91 hombres por cada 100 mujeres. Por otro lado, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima una población de 4,037,357 para 2016, de acuerdo con esta estimación se proyecta una tasa de crecimiento anual promedio de 2016 a 2022 de 0.53%, inferior al 1% que se había experimentado en décadas anteriores.

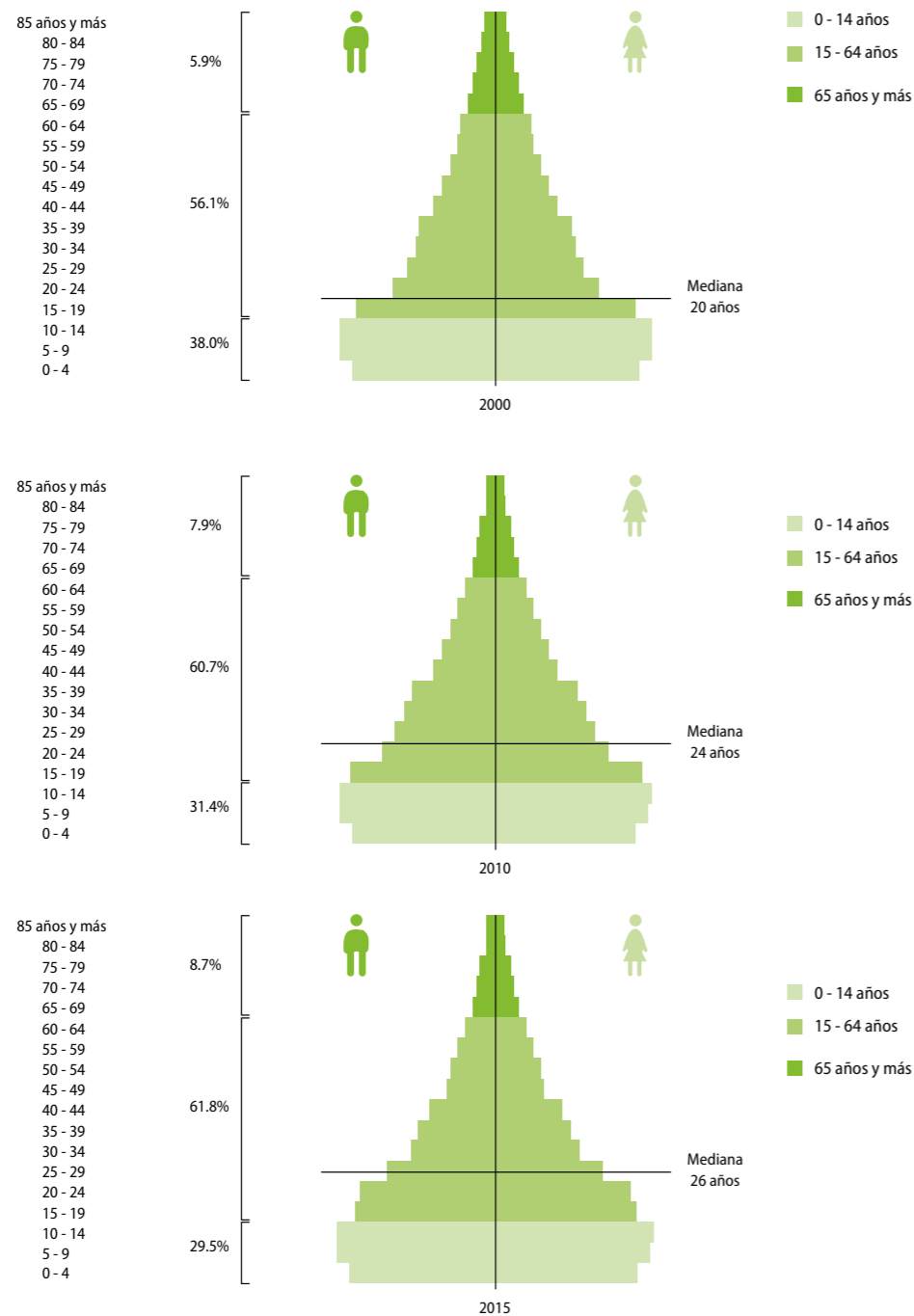
4.1.3.1 Estructura demográfica por edad

En 2015 se aprecia que la proporción de niños oaxaqueños ha disminuido y la de adultos mayores ha aumentado. La población menor de 15 años representa 29.5% del total en la entidad, la que se encuentra en edad laboral, de 15 a 64 años, constituye 61.8%, y la población en edad avanzada 8.7%; al comparar estos porcentajes con el año 2010, se observa que la población de estos grupos de edad era de 31.4%, 60.7% y 7.9%, respectivamente. La edad mediana, en el año 2015, es de 26 años, cuando en 2010 este indicador era de 24 y en 2000 de 20 años.

Debe tenerse en cuenta que la estructura por edad de la población refleja el envejecimiento presente en la entidad. El descenso en los niveles de natalidad, la mortalidad y la migración a través del tiempo, el aumento en la esperanza de vida y la disminución de los grupos jóvenes, son indicadores de este proceso paulatino e inevitable. Este

cambio, por un lado, incrementa el riesgo de enfermedades crónico degenerativas y múltiples padecimientos que aumentan la probabilidad de sufrir limitaciones en la capacidad funcional; por otro, genera un crecimiento en la demanda de servicios e infraestructura acorde con las limitaciones por el impacto de dichos padecimientos.

Figura 1. Estructura demográfica por edad.



FUENTE: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y Encuesta Intercensal 2015.

4.1.3.2 Distribución geográfica de la población

Oaxaca es una de las entidades con menor población urbana, pues apenas 25.6% de esta población reside en localidades de 15 mil o más habitantes. El 51.6% de la población se encuentra dispersa en localidades menores de 2,500 habitantes, lo que dificulta su acceso a servicios de salud y encarece la prestación de los mismos. Según el tamaño de la localidad de residencia se observa, entre el Censo de 2010 y la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, una participación creciente de la población que reside en localidades que tienen entre 2,500 habitantes y menos de 100 mil, frente a una disminución en las localidades de menor tamaño y las grandes ciudades.

En este mismo sentido, el estado tiene una densidad poblacional de 42 habitantes por km², lo que lo ubica en el lugar 24 a nivel nacional. La región geográfica más poblada de Oaxaca es Valles Centrales, con 108.2 habitantes/km², y la menos poblada es la Sierra Norte con apenas 21.7 habitantes/ km². En cuanto a la extensión territorial, el Istmo ocupa el primer lugar con 20,668 km² y la menos extensa es la Cañada con 4,446 km².

4.1.3.3 Población indígena

En 2015 Oaxaca era la entidad con mayor diversidad de grupos indígenas, con 16 lenguas madre y 30.39% de su población indígena, es decir, 1,205,886 del total de habitantes.

El zapoteco y el mixteco son las lenguas autóctonas más habladas con alto grado de bilingüismo, 30.86% y 21.92% respectivamente; en su territorio además se hablan el chinanteco, mixe, triqui, chontal, mazateco e ixcateco, entre otras lenguas. La edad de referencia para esto es de tres años considerando que a esa edad los niños son capaces de comunicarse verbalmente.

Esta diversidad lingüística ejemplifica la riqueza étnica que predomina en el estado que, junto con los usos y costumbres ampliamente arraigados en las comunidades indígenas, son factores relevantes en la relación médico-paciente y, por lo tanto, en la prestación de servicios de salud.

4.1.3.4 Población discapacitada

La discapacidad en el Estado se encuentra estrechamente relacionada con la edad, lo anterior

debido a las tendencias poblacionales que ubican a las personas con 85 años o más como 62.8% del total de personas con alguna limitante física y/o mental, principalmente aquellas relacionadas con la senectud.

Actualmente la principal discapacidad en Oaxaca, con 57.3% de ese sector, es la imposibilidad de caminar o moverse; en segundo orden de importancia la limitante de no ver, con 28.7%, destacando que no son las únicas, también ya se encuentran registros alarmantes en no oír y en dificultades para hablar o comunicarse, entre otras.

4.1.3.5 Tasa de natalidad

La tasa bruta de natalidad por cada mil habitantes en Oaxaca, con base a las proyecciones del CONAPO 2010- 2030, experimentó una baja de 1.45 personas, pasando de 21.39 personas nacidas por cada mil habitantes en 2010 a 19.94 en 2015, lo que refleja una reducción de 6.78% para el período de referencia.

4.1.3.6 Tasa de fecundidad

La tasa global de fecundidad es un determinante fundamental de los perfiles demográfico y epidemiológico; sumado a la mortalidad, el promedio de hijos que tiene una mujer influye radicalmente en el crecimiento y envejecimiento de una población. En términos generales, conforme desciende la fecundidad tiende a disminuir la mortalidad infantil. Según las proyecciones del CONAPO 2010-2013, en el estado se observa una disminución de la tasa global de fecundidad del 2010 al 2016 de 0.2 puntos, al pasar de 2.56 a 2.36.

Es importante señalar que, según los datos de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, 351 municipios del estado se encuentran por arriba del promedio estatal de 2.9 hijos nacidos vivos, de los cuales destacan San Martín Peras, Santos Reyes Yucuná, San Simón Zahuatlán, Santa María Zaniza y Santiago Amoltepec; en el otro extremo se encuentra San Sebastián Tutla; es pertinente observar que entre éste último y San Martín Peras se tiene una diferencia de 2.3 hijos.

4.1.4 Acceso a los servicios de salud

De acuerdo al anuario estadístico 2011-2017, la población usuaria de servicios médicos por institución del

Sector Salud en el 2016, fue de 3,135,507, que representa el 78% de la población oaxaqueña: el 46% corresponde al IMSS-PROSPERA, el 35% a los Servicios de Salud de Oaxaca, el 2% al DIF y el 17% restante corresponde a las otras instituciones del Sector.

Las instituciones del Sector Público que proporcionan servicios de seguridad social en la entidad, en el 2016, de acuerdo al Anuario Estadístico

2011-2017 son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), las cuales cubren el 32% de la población oaxaqueña.

Tabla 1. Población usuaria de Servicios Médicos por Institución del Sector Salud 2016.

| POBLACIÓN USUARIA TOTAL | IMSS PROSPERA | SSO | DIF | RESTO DE INSTITUCIONES DEL SECTOR |
|-------------------------|---------------|--------------|-----------|-----------------------------------|
| 3,135,507 | 1,442,333.22 | 1,097,427.45 | 62,710.14 | 533,036.19 |

4.2. Factores condicionantes o determinantes

Con la finalidad de comprender la situación actual del estado de Oaxaca en la materia, se requiere efectuar un análisis de los aspectos geográficos, sociales y económicos que inciden en la salud de la población.

4.2.1. Geografía

La geografía oaxaqueña, una de las más accidentadas del país, combina en una superficie de 93,793 km² intrincadas serranías, planicies, playas, profundas grutas, cañones y cañadas, con 570 municipios dispersos, lo que dificulta una adecuada provisión de servicios de salud.

La entidad se divide geográficamente en ocho regiones: Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Papaloapan, Sierra Norte, Sierra Sur y Valles Centrales.

4.2.2. Orografía

La complejidad orográfica de la entidad, resultado de sus diversos paisajes físicos, por consiguiente, dificulta la prestación del servicio, en términos de tiempos de respuesta, calidad de atención y costo.

4.2.3. Carencias sociales

Según los principales resultados del Módulo de Condiciones Socioeconómicas 2015, realizado por el INEGI, la información que se presenta permite conocer el comportamiento de las seis carencias sociales que conforman la medición de pobreza en Oaxaca: así se tiene un rezago educativo de 27.9%, 16.9% de sus habitantes carece de acceso a los servicios de salud, 76.9% no tiene acceso a la

seguridad social, 20.9% carece de calidad y espacios de la vivienda y 59.5% no tiene acceso a servicios básicos en la vivienda, mientras 32.5% de la población total no tiene acceso a la alimentación.

4.2.4. Educación

La educación constituye un aspecto primordial para la salud de los individuos y las sociedades, además de ser un aliado fundamental en las diferentes etapas de la persona, en edad temprana para su vacunación, pero sobre todo con fines de promoción de prácticas saludables de nutrición, activación física y salud sexual, entre algunos factores determinantes de la salud. En este aspecto, el grado promedio de escolaridad en Oaxaca es de 7.52 años en personas de 15 y más años, lo que significa el primer año de secundaria concluido; sin embargo, en la entidad existen 278 municipios (48.77% del total) por debajo de los 6 años de escolaridad.

Según la Encuesta Intercensal 2015, la población de 15 a 24 años que asiste a la escuela en el estado únicamente incrementó en 0.4 puntos porcentuales entre 2010 y 2015, lo que significa que más del 60% de este grupo de edad no acude a la escuela, tratándose principalmente de mujeres, circunstancia que representa un factor determinante de riesgo para embarazos en adolescentes al no recibir educación sexual adecuada en las aulas.

El analfabetismo es un indicador relacionado con el nivel de bienestar de la población, dado que una persona analfabeta se vuelve más vulnerable a la marginación y a los riesgos para la salud. Esta condición es latente en la población de 15 años y

más que no sabe leer ni escribir. Así, a nivel nacional en materia educativa, Chiapas, Oaxaca y Guerrero permanecieron como las entidades con mayores rezagos en el periodo 2010-2015. Particularmente el estado presentó una tasa de analfabetismo de 13.31% en población de 15 o más años, mientras que la media nacional fue de 5.48 por ciento.

4.2.5. Vivienda

Las características de la vivienda permiten conocer las condiciones de vida de la población y se han identificado relaciones importantes entre tales condiciones y algunos aspectos de salud y nutrición.

Según los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, en 2010 el total de viviendas particulares habitadas en Oaxaca era de 941,536 y para el año 2015 era de 1,043,527, lo que indica un incremento de 9.7%, y representa 3.3% del total nacional. Asimismo, en la entidad durante los últimos cinco años el promedio de ocupantes por vivienda fue de 4 en 2010 y 3.8 en 2015.

Aunque el promedio de ocupantes por vivienda es un indicador que no considera espacios, brinda una aproximación de la densidad de ocupación en función de la cantidad de personas que la habitan, lo que permite observar las condiciones de promiscuidad y/o hacinamiento en que se vive, que se consideran factores de riesgo para la salud.

4.2.5.1. Hacinamiento

Los dos factores que más se ven alterados por el hacinamiento son la privacidad y la circulación, pues ambos contribuyen a que se tejan relaciones emocionalmente sanas. La ausencia de privacidad y la falta de una adecuada circulación por la falta de espacio, causan alteraciones en la salud mental como es el estrés, y en lo físico favorece la propagación de enfermedades infectocontagiosas e incrementa la ocurrencia de accidentes en el interior del hogar. También es causa de situaciones de violencia doméstica, al igual que de abuso sexual.

Conforme a estimaciones del CONAPO con información del INEGI, en Oaxaca el porcentaje de viviendas con algún nivel de hacinamiento fue de 46.5% en el año 2010 y de 38.3% en el 2015, reduciéndose la brecha en 8.2 puntos porcentuales, lo que indica que más de la tercera parte de las viviendas del estado viven esa condición.

4.2.5.2. Viviendas con servicio de agua entubada

El aporte adecuado de agua en cantidad y calidad suficiente es uno de los determinantes más poderosos de la salud y la calidad de vida. La disponibilidad irregular de agua obliga, entre otras cosas, a almacenarla, lo que facilita la contaminación del líquido y favorece la proliferación de mosquitos, factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades infecciosas, como las diarreas y las enfermedades transmitidas por vector (dengue, zika y chikungunya), entre otras, por lo que el abastecimiento de agua potable es un servicio esencial para conservar la salud.

En Oaxaca, según la Encuesta Intercensal 2015, 87.3% de viviendas particulares habitadas cuentan con el servicio de agua entubada, sin embargo, a nivel municipal existen algunas diferencias importantes: 433 municipios tienen un porcentaje superior al valor estatal y en 52 municipios la totalidad de las viviendas disponen de este servicio.

4.2.5.3. Viviendas con piso de tierra

La disposición de un material adecuado en los pisos de la vivienda se asocia directamente con condiciones de salud y bienestar. Durante los últimos cinco años, en el estado el porcentaje de viviendas con piso de tierra descendió más de 5.9 puntos porcentuales, al pasar de 18.7% en el año 2010 a 12.8% en 2015, lo cual indica una mejora en la calidad de vida de sus ocupantes. Existen también importantes contrastes en el porcentaje de viviendas particulares habitadas con piso de tierra, en localidades con menos de 2,500 habitantes, 18.3% de las viviendas tienen piso de tierra, y en la medida que las localidades tienen más población, la proporción disminuye, hasta llegar a 3.5% en localidades de 100,000 y más habitantes. Lo anterior refleja el proceso de urbanización y mejores condiciones de vivienda en las localidades urbanas.

4.2.5.4. Viviendas con servicio sanitario y drenaje

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades diarreicas causan más de un millón de muertes anualmente en el planeta y tres cuartas partes de las mismas se derivan de condiciones inadecuadas de manejo de excretas y abasto de agua. Es sabido que la adecuada disposición de excretas por medio de servicios sanitarios reduce los riesgos biológicos

derivados del contacto humano con heces y la contaminación del medioambiente.

Al respecto, de acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, 95% de las viviendas del estado disponen de servicio sanitario, y del total de viviendas solamente 74.3% cuentan con drenaje.

4.2.5.5. Viviendas con disponibilidad de cocinas

El no disponer de una cocina en la vivienda es un factor de riesgo para la salud de sus habitantes pues incide en la preparación higiénica y el consumo de los alimentos. En Oaxaca, 16.4% de las viviendas particulares habitadas no cuenta con cocina y sus ocupantes preparan los alimentos en otros lugares como pasillos o corredores, tejamaniles o al aire libre.

Además, un porcentaje importante de hogares oaxaqueños, particularmente en las áreas rurales, continúa utilizando residuos de origen vegetal para cocinar o calentar la vivienda, lo que genera altas concentraciones de contaminantes en su interior, especialmente cuando no se usan estufas con sistemas de conducción del humo hacia el exterior, que favorecen el desarrollo de enfermedades respiratorias, así como cáncer, asma y enfisema, e incrementa la probabilidad de complicar las infecciones respiratorias agudas.

En el año 2015, de acuerdo a la Encuesta Intercensal, en Oaxaca 49.1% de los hogares usaba leña o carbón. En localidades con menos de 2,500 habitantes las viviendas que usan leña o carbón alcanzaban 74.9%, cifra que disminuía hasta 5.7% en las localidades de 100 mil habitantes y más.

4.2.5.6. Viviendas con energía eléctrica

Finalmente, en este rubro la disponibilidad del servicio de energía eléctrica en las viviendas particulares habitadas en 2015 en Oaxaca era de 95% y probablemente el 5% restante aún no dispone del servicio por encontrarse en lugares de difícil acceso.

Como otros servicios básicos, la accesibilidad de energía eléctrica depende del tamaño de la localidad; así, en las de menos de 2,500 habitantes existe un 7% que no cuenta con este servicio. Debe señalarse asimismo que el porcentaje de viviendas con energía eléctrica crece junto con el número de habitantes, hasta llegar a 99.4% en las localidades de 100 mil y más habitantes.

4.2.6. Marginación

El Índice de Marginación y la Medición de la Pobreza son herramientas complementarias entre sí, el primero se enfoca al aspecto territorial y el segundo establece los límites de pobreza, necesidades insatisfechas, etc., que al rebasarse identifican a las personas en condición de pobreza. En Oaxaca, la marginación es un fenómeno multifactorial y se origina por una serie de factores geográficos, políticos, económicos y sociales.

Dentro de las variables que identifican la marginación en el estado se encuentran los altos grados de desnutrición en la población infantil, el analfabetismo, el desempleo, la migración ilegal, la carencia de servicios básicos como agua potable, energía eléctrica, alcantarillado, el acceso a los servicios de salud y seguridad social y la calidad y recreación o cohesión social, por mencionar algunos. La población total en los municipios de Alta y Muy alta Marginación es de 2,072,299 habitantes, que equivale a 52.22% de la población total de la entidad.

De acuerdo con la información del CONAPO, 135 municipios oaxaqueños presentan Muy Alto Grado de Marginación, lo que ubica al estado en el tercer lugar nacional de los estados con mayor marginación. Aunado a lo anterior, existen 291 municipios de Alta Marginación, 86 de nivel Medio, 45 de Baja Marginación y sólo 13 de Muy Baja Marginación. En este sentido, Oaxaca tiene 426 de sus 570 municipios con Alta y Muy Alta Marginación; es decir, 74.74% del total de sus municipios, lo que refleja la vulnerabilidad de la población objeto de atención del Sector Salud.

4.2.7. Migración

La migración como un factor determinante de una población susceptible de requerir servicios de salud representa un fenómeno complejo. En este aspecto, aunque el flujo neto migratorio de Oaxaca es negativo, porque emigran más personas de las que inmigran, se han identificado tres tipos de inmigración que impactan la demanda de servicios, el flujo migratorio flotante producto del desplazamiento de las familias de jornaleros agrícolas, las familias en tránsito por el estado y los connacionales re-expatriados de Estados Unidos de América.

Debido a su condición, las personas migrantes y sus familias enfrentan la remoción, deportación y repatriación a sus comunidades de origen en Oaxaca. En 2011 fueron repatriados 28,889 personas y en 2012 lo fueron 26,830. En estos dos años la entidad ocupó el segundo lugar nacional con esta problemática. En el año 2013 fueron 21,616 personas quienes sufrieron tal situación, pasando Oaxaca al cuarto lugar a nivel nacional, y sólo de enero a mayo de 2015 ya se habían reportado 8,151 personas deportadas.

Es claro que las repatriaciones humanas de la frontera norte de México al estado significan una mayor presión y demandas sociales por parte de las comunidades de origen al Gobierno de Oaxaca para crear condiciones de salud y bienestar en sus localidades.

4.2.8. Actividad económica e ingreso

La Encuesta Intercensal 2015 revela que 42.2% (31.8% mujeres, 68.2% hombres) de la población de 12 años y más de Oaxaca es económicamente activa (PEA), 55.8% no económicamente activa (PNEA) y un 2% de la población en ese rango de edad no tiene una actividad específica. Del porcentaje de personas económicamente activas, 96.1% afirmó estar ocupada y 3.9% (49,875 habitantes) encontrarse desocupada. Asimismo, alrededor de 50% de esa población oaxaqueña ocupada percibe menos de dos salarios mínimos.

En cuanto al 55.8% de población no económicamente activa, 49.4% se dedica a quehaceres del hogar, 27.6% estudia, 16.2% se dedica a otras actividades no económicas, 4.3% son personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar y 2.5% son personas jubiladas o pensionadas.

Por otro lado, son 101 las actividades económicas de aportación al Producto Interno Bruto (PIB) estatal, de las cuales las actividades primarias sólo aportan 6%, la agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza, entre otras. Las actividades secundarias aportan 34% y las terciarias 60% del PIB del estado. Dentro de las actividades terciarias se encuentra la provisión de Servicios de Salud. Oaxaca ocupa el lugar 22 a nivel nacional respecto al porcentaje que aporta al PIB, similar al que aporta Quintana Roo de 1.6 por ciento.

4.2.9. Bajo peso al nacer

La proporción de recién nacidos que nacen con bajo peso es un indicador importante que provee información sobre la salud y nutrición de la madre gestante y la atención prenatal en los primeros meses de gestación. Un niño que nace con bajo peso aumenta su probabilidad de muerte hasta 20 veces más que los niños con un peso normal, pues dicha condición favorece el desarrollo de diversos problemas de salud, además de asociarse con problemas de desarrollo neurológico y enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, como la diabetes.

De acuerdo con el INEGI, en el periodo 2010-2014 en Oaxaca se incrementó el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, el cual es inferior a la media nacional, pasando de 7.8% a 8.2%, mientras que la media nacional pasó de 8.9% a 9.3% en el mismo período de referencia.

4.2.10. Sobrepeso y obesidad

Un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles son el sobrepeso y la obesidad, ambas condiciones pueden ejercer efectos metabólicos adversos sobre la tensión arterial y las concentraciones de glucosa, colesterol y triglicéridos. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades coronarias, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, cáncer de mama, de esófago, de colon, de endometrio y de riñón y otras formas de cáncer.

Según el informe de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños menores de cinco años en Oaxaca durante 2012 fue de 5.0%, con una incidencia más alta en las localidades urbanas que en las rurales, con 5.4% y 4.6%, respectivamente.

De igual manera, las prevalencias en el año 2012 en niños y niñas en edad escolar fueron de 17.2% y 10.3% respectivamente, es decir, que alrededor de 28 de cada 100 niños oaxaqueños entre 5 y 11 años padecen de sobrepeso u obesidad. La suma de ambas condiciones de estado de nutrición fue mayor en los niños con 31.4% en comparación con el 23.7% de las niñas.

En cuanto a los adolescentes oaxaqueños, 26% presentaron sobrepeso y obesidad. La distribución por sexo mostró una prevalencia mayor para las mujeres con 29.4%, en comparación con el 24.3% registrado en los hombres. Entre los adolescentes de Oaxaca que habitan en localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más obesidad es de 36.3%, por arriba del 18.1% registrado en localidades rurales.

Debe señalarse también que en 2012 no existió una sola entidad oaxaqueña en donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos fuera inferior a 60%. Oaxaca, San Luis Potosí, Chiapas y Querétaro se ubicaron con una prevalencia de alrededor de 65%. En el estado la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) en hombres fue de 59.4% y en mujeres, de 69.2 por ciento. Cabe mencionar que la prevalencia de sobrepeso fue similar en ambos sexos en cambio la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²), tiene una diferencia estadísticamente significativa con 20.2% en hombres y 32.1% en mujeres.

4.2.11. Inactividad física

Las investigaciones en la materia indican que realizar menos de 150 minutos de actividad física moderada o vigorosa acumulados durante la semana es un factor de riesgo que se asocia con cáncer de colon, de seno, de endometrio, de páncreas o de pulmón; además de que se reduce la expectativa de vida y aumenta la probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad.

En relación con la actividad física, los resultados de la entidad indican que más de 70% de los adolescentes cumple con los criterios mínimos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser considerados como activos. Estos datos son congruentes con los obtenidos en el ámbito nacional, sin embargo, un porcentaje importante de la población es inactivo o moderadamente activo, 23.7% en el caso de los adolescentes.

La población adulta oaxaqueña, por su parte, en más de 80% cumple con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como activa. Estos datos son significativamente mayores a los obtenidos en el ámbito nacional, en el que se registra 70.7%. No obstante, gran parte de la población es inactiva o moderadamente activa, siendo ésta el 17.7% de los adultos.

4.2.12. Sedentarismo

El sedentarismo medido como el tiempo inadecuado frente a pantallas, causa sobrepeso y obesidad al promover un gasto menor de energía con una ingestión mayor. Pasar 28 horas o más a la semana, ya sea viendo televisión o películas, jugando videojuegos o trabajando en la computadora, es una conducta sedentaria que además se asocia con aumento de grasa corporal, con el consecuente incremento en el riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular.

De acuerdo con los datos de la ENSANUT 2012, el porcentaje de la población estatal que destinó más de dos horas diarias a estar frente a una pantalla fue muy alto, con 39.5% de los adolescentes de 15 a 18 años y 52.6% del grupo de edad de 10 a 14 años, mayor que la media nacional; mientras que la población adulta que destinó más de dos horas diarias a estar frente a una pantalla fue de 27.0 por ciento.

4.2.13. Diabetes e hipertensión arterial

En Oaxaca en 2012 la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 20 años de edad era de 12%, en tanto que en el grupo de 60 años era de 21% en hombres y 38% en mujeres. Existe a su vez una verdadera epidemia de diabetes mellitus, una enfermedad de alta importancia con una prevalencia de 7.0% en personas de 20 años o más, de 11% en el grupo de 40 a 59 años de edad y de 16% en mayores de 60 años. Al respecto, las pruebas de detección han sido poco exitosas: en cuanto a diabetes mellitus e hipertensión arterial, solamente 21% y 31%, respectivamente, acudió a realizarse la prueba en el año previo.

4.2.14. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo asociado a seis de las ocho principales causas de mortalidad evitable en el mundo.

En este rubro, la ENSANUT 2012 reveló que 5% de la población adolescente del estado de Oaxaca ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, 7.8% hombres y 2.2% mujeres, con una razón hombre-mujer de 3.5; ambos casos se concentran en el grupo de edad de 15 a 19 años, con 14.3% en hombres y 4.0% en mujeres; asimismo, que 23.5% de los fumadores iniciaron a los 12 años o antes, mientras que 75.9% iniciaron entre los 13 y los 19 años.

Se estimó a partir de los datos disponibles que 21.5% de la población oaxaqueña de 20 años de edad o más ha fumado más de 100 cigarros en toda su vida, 38.6% de hombres y 7.0% de mujeres. Adicionalmente, 42.3% de los fumadores corresponde a hombres mayores de 60 años y 8.4% a mujeres de 20 a 39 años, proporciones por grupos de edad que se mantuvieron relativamente constantes.

Cabe mencionar que los fumadores en Oaxaca son cada vez más jóvenes en ambos sexos, con una proporción en el grupo más joven de 2.9 veces mayor que la proporción de fumadores de mayor edad. En el caso de las mujeres, los porcentajes son de 4.4% en el grupo de 20 a 39 años a 1% en el grupo de 60 años o más, además, la proporción de fumadoras actuales en el grupo más joven es 4.4 veces mayor que la proporción en las de mayor edad.

4.2.15. Consumo de alcohol

En este renglón, derivado de la ENSANUT 2012, en Oaxaca el porcentaje de adolescentes que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida fue de 30.2%, esta cifra es similar en hombres, 36.1%, mientras que en mujeres es de 24.3 por ciento.

Por grupos de edad, los hombres y las mujeres de 15 a 19 años presentaron el mayor porcentaje de quienes han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, con 53.5% y 40.0%, respectivamente. En las mujeres de 15 a 19 años de edad, el porcentaje de las que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida fue 4.6 veces mayor que el porcentaje con respecto a las adolescentes de 10 a 14 años, 40.0% y 8.7%, respectivamente.

Por último, la proporción de adultos que en Oaxaca consumían alcohol al momento de la encuesta fue de 49.8%, 63.5% de hombres y 38.2% de mujeres, mientras que 16.6% del total de los adultos refirieron haber consumido alcohol en exceso, 32.8% de los hombres y 2.9% de las mujeres.

4.3. Daños a la salud

4.3.1. Morbilidad

En Oaxaca no se han mostrado cambios trascendentes en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, ya que la población continúa expuesta a los riesgos propios de un país con desa-



rollo social insuficiente, caracterizado por higiene deficiente, mala disposición de excretas, agua para consumo humano de baja calidad, hacinamiento, convivencia con animales en el hogar, subutilización de servicios de salud, entre otros; esto aunado a los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales y culturales en la actualidad.

4.3.1.1. Morbilidad estatal

Con este panorama y a partir de la información obtenida del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE, 2010-2016), las principales causas de morbilidad que se observan en ese periodo en el estado son las enfermedades infecciosas.

Las cuatro primeras causas de morbilidad las han ocupado las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales por otros organismos, la infección de vías urinarias y la conjuntivitis; sin embargo, muestran una tendencia descendente en sus tasas con porcentajes de disminución de 42%, 29%, 10% y 20%, respectivamente. Este conglomerado representa 78% del total de casos absolutos para el 2016.

Por otra parte, al modificarse las formas de vida contemporáneas, han surgido riesgos de exposición al sedentarismo, al estrés, al consumo de tabaco, drogas, y la violencia, así como al consumo de alimentos de alta densidad energética, lo que da lugar a sobrepeso, colesterol elevado e hipertensión arterial, factores responsables de gran parte de la carga global de las enfermedades actuales, a edades cada vez más tempranas. Como se observa en la tabla 2, la obesidad en el periodo de estudio presenta para la entidad un incremento de 288%, con una tasa en 2010 de 62 y en 2016 de 241; en cuanto a la diabetes e hipertensión arterial se ubican dentro de las 15 primeras causas.

Tabla 2. Morbilidad por demanda de atención del estado de Oaxaca, 2010 - 2016.

| Año | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|---|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas |
| Enfermedades | | | | | | | | | | | | | | |
| Infecciones respiratorias agudas | 940,459 | 24,313 | 884,008 | 22,659 | 900,075 | 22,898 | 855,177 | 21,602 | 852,227 | 21,379 | 641,005 | 15,976 | 564,593 | 13,984 |
| Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 193,482 | 5,002 | 211,664 | 5,425 | 217,148 | 5,524 | 212,791 | 5,375 | 181,661 | 4,557 | 159,172 | 3,967 | 143,982 | 3,566 |
| Infecciones de vías urinarias | 117,135 | 3,028 | 130,539 | 3,346 | 133,903 | 3,406 | 137,461 | 3,472 | 135,854 | 3,408 | 119,557 | 2,980 | 110,081 | 2,727 |
| Conjuntivitis | 33,504 | 866 | 31,908 | 818 | 28,520 | 726 | 29,871 | 755 | 29,987 | 752 | 31,966 | 797 | 28,067 | 695 |
| Úlceras, gastritis y duodenitis | 47,562 | 1,230 | 50,007 | 1,282 | 50,013 | 1,272 | 43,121 | 1,089 | 40,581 | 1,018 | 33,795 | 842 | 27,966 | 693 |
| Otitis media aguda | 30,484 | 788 | 32,666 | 837 | 31,023 | 789 | 31,019 | 784 | 28,625 | 718 | 23,248 | 579 | 19,601 | 485 |
| Gingivitis y enfermedades periodontales | 24,385 | 630 | 25,520 | 654 | 24,819 | 631 | 25,375 | 641 | 26,198 | 657 | 21,197 | 528 | 17,969 | 445 |
| Vulvovaginitis | - | - | - | - | - | - | 11,527 | 291 | 20,213 | 507 | 20,755 | 517 | 17,667 | 438 |
| Amebiasis intestinal | 36,411 | 941 | 33,481 | 858 | 28,963 | 737 | 27,013 | 682 | 22,134 | 555 | 16,622 | 414 | 16,032 | 397 |
| Obesidad | 2,380 | 62 | 1,402 | 36 | 1,303 | 33 | 1,058 | 27 | 8,823 | 221 | 10,060 | 251 | 9,747 | 241 |

Tasa por 100,000 habitantes por cada grupo de edad.

Fuente: SUIVE 2010 - 2016. Estimaciones de población de CONAPO 2010 - 2030.

4.3.1.2. Morbilidad por género

En este apartado se presentan las principales causas de enfermedad por sexo para toda la población oaxaqueña.

La causa más frecuente de atención entre los hombres son las infecciones respiratorias agudas, que presentan una disminución de 43% en su tasa del 2010 al 2016. El segundo sitio lo ocupan las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, con una tasa en el año 2010 de 4,739 y de 3,383 para 2016, lo que representa 29% de disminución en su tasa.

Lo anterior denota que, a diferencia de lo que ocurre en el análisis de mortalidad, la atención médica en las unidades está fuertemente dirigida hacia la atención de infecciones comunes. De hecho, la tercera causa de enfermedad en los hombres son las infecciones de vías urinarias, que también marcan un descenso de casos en el periodo mencionado.

Entre otras causas de morbilidad, es notoria la intoxicación por picadura de alacrán y las heridas por arma de fuego y punzocortantes dentro de las 20 razones principales de atención.

En el caso de las mujeres, la situación es muy similar a la de los hombres, pues las primeras tres causas de enfermedad son las mismas, aunque en números absolutos y en tasa el porcentaje es mayor. Las diferencias que se dan en las primeras causas de enfermedad por sexo, son principalmente por la aparición de padecimientos propios de este género, como la vulvovaginitis aguda.

Algunas causas más son obesidad, en décimo lugar, mientras que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en ambos sexos se posicionan entre las primeras 15 causas de enfermedades durante todo el periodo referido.

4.3.1.3. Morbilidad por grupo de edad

Entre los grupos de edad las principales causas de morbilidad para el 2016 fueron muy parecidas al total de la población, dado que se mantienen las infecciones respiratorias agudas como la principal causa y las infecciones intestinales como segunda, además de que las infecciones de vías urinarias están entre las primeras cinco razones; sin embargo, a pesar de su similitud su importancia relativa es diferente.

El grupo de edad con mayor morbilidad en Oaxaca lo representan los niños de 1 a 4 años, seguidos por el grupo de 45 a 64 años y en tercer lugar el grupo de 65 y más, con tasas de 50,271.24, 32,041.19 y 26,717.3 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

En resumen, el comportamiento de los grupos de edad es el siguiente:

Para el grupo de menores de un año las tres principales causas de morbilidad son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas y conjuntivitis, con tasas de 538, 120 y 21, en el orden anotado, por cada 1,000 niños.

En el grupo de edad de 1 a 4 años es donde se registra el mayor número de casos de infecciones

respiratorias agudas, con tasas en el año 2010 de 64,354 y en 2016 de 33,261 por cada 100 mil habitantes. De la misma manera, las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas presentan las mayores tasas: de 14,263 casos en el año 2010 y de 9,312 en 2016, con una disminución en la tasa para 2016 de 35 por ciento.

A partir del grupo de edad de 5 a 14 años se presentan las úlceras, gastritis y duodenitis dentro de las diez principales causas de atención.

Para el grupo de 15 a 44 años aparece la obesidad dentro de las primeras causas, y este grupo específico ocupa el noveno sitio como causa de morbilidad, siendo notorio el incremento en los años de estudio con una tasa para el año 2010 de 62 casos a una tasa de 285 en el 2016, lo que representa un aumento de 359%, datos que demuestran el aumento en el consumo de alimentos de alta densidad y el sedentarismo, así como la mejora en el sistema de registro de este padecimiento.

Entre el grupo de las personas de 45-64 años, aunado a la obesidad, que tiene un incremento en el periodo de estudio de 274%, aparece la diabetes mellitus como séptima causa de atención. Mientras que en el grupo de 65 y más años llama la atención el registro, a partir del año 2014, de las heridas por arma de fuego y punzocortantes como causa de morbilidad, con un incremento de 1,069% para el año 2016, ubicándose en noveno lugar como causa de atención.

4.3.1.4. Morbilidad por región

La morbilidad por región es diversa en el estado, va desde una tasa de 6,251 casos en la Cañada hasta 52,596 en los Valles Centrales durante el año 2016, con una media estatal de 27,027 incidencias por cada 100 mil habitantes.

Al hacer el análisis de las principales causas de morbilidad por región se observa el mismo comportamiento de la morbilidad que a nivel estatal, aunque con algunas particularidades como la intoxicación por picadura de alacrán, que en las regiones de la Cañada y Mixteca se ubica dentro de las diez primeras causas de morbilidad, representando 77% del total de casos en el estado. Un problema significativo lo constituyen las mordeduras de perro en la región Mixteca, ya que en ninguna otra región se

encuentra dentro de las 15 primeras causas de morbilidad, las mismas que van en aumento con tasas de 67 en el año 2010 a 103 en 2016, lo que significa un incremento del 54 por ciento.

La región del Istmo, por su parte, presenta las mayores tasas de todo el estado en infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas e infecciones de vías urinarias. Aquí la obesidad ha tenido un incremento del año 2010 al 2016 de 272 por ciento.

4.3.2. Mortalidad

El análisis de la mortalidad permite identificar las enfermedades y lesiones que más impactan la salud y hace tener una amplia visión de los avances logrados en materia de salud. La evaluación de la mortalidad general e infantil reportada en la base de datos de CUBOS del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), que indica las principales enfermedades que llevaron a la muerte a lo largo del periodo 2010 a 2016 a los habitantes de la entidad es fundamental para entender el proceso de la transición epidemiológica. En el periodo analizado se observa un incremento de 4% en la tasa de mortalidad general, de 552 defunciones por 100 mil habitantes a 575 en el año 2016 por el mismo número de población.

Las principales causas de mortalidad para Oaxaca en ese periodo fueron: diabetes mellitus, tumores malignos, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial y otras enfermedades pulmonares. Las cinco primeras causas de mortalidad en 2016 representan 47% del total de muertes ocurridas en ese año.

Si bien es cierto, la mortalidad por diabetes mellitus tipo II se relaciona con el estilo de vida de la población y sus complicaciones son prevenibles, esta reporta tasas altas durante los años 2010 al 2016 con un incremento de 8% durante el periodo, ubicándola como la primera causa de muerte.

En este mismo periodo, los tumores malignos registran una tendencia continua, con tasas que fluctúan de 64.89 a 65.02 por 100 mil habitantes. La tercera causa de mortalidad en el estado la constituye el infarto agudo de miocardio, que ha presentado un comportamiento ascendente, con una tasa de 40 casos en el año 2010 a 57 en 2016, lo que representa 43% de aumento total.

Se puede inferir que en Oaxaca diariamente mueren nueve personas por diabetes, siete por algún tipo de cáncer y seis por infarto agudo de miocardio. La tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular permanece constante en el período 2010-2016. La hipertensión arterial y otras enfermedades pulmonares presentan un aumento en el período como causas de muerte, en 35% y 28% respectivamente.

Por último, en este rubro deben mencionarse las lesiones y agresiones infligidas, que presentan un incremento en el mismo período de 26%; mientras que en el octavo lugar para 2016 se encuentran otras enfermedades del hígado.

4.3.2.1. Mortalidad por género

En la mortalidad según sexo en Oaxaca, en el año 2016 la tasa para los hombres fue de 648 y para mujeres de 507 por 100 mil habitantes. En el período 2010-2016 se registraron 152,392 defunciones, de las cuales 54% fueron de hombres, es decir, 82,148; en tanto que 46% de los registros de defunciones fueron de mujeres, esto es, 70,244 muertes; se infiere de lo anterior que, a nivel estatal, anualmente fallecen más hombres que mujeres.

Tal como se refleja en la mortalidad general, al analizar por género se observa lo mismo en los hombres como en las mujeres que las tres principales causas de muerte son: diabetes mellitus, tumores malignos e infarto agudo de miocardio. Sin embargo, las tasas de defunciones por diabetes y tumores malignos son más altas en la mujer que en el hombre; mientras la tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio es mayor en el hombre.

En relación con los tumores malignos, en el 2016 los más frecuentes en la mujer fueron del hígado y vías biliares intrahepáticas, cervicouterino, estómago y de mama. En los hombres los principales tumores malignos fueron de próstata, estómago, hígado y vías biliares, bronquios y pulmón.

Es también revelador que la cuarta causa de defunciones en el hombre fueron las lesiones y agresiones infligidas, que en el período 2010-2016 tuvo un incremento de 23%, y en quinto lugar se situó la enfermedad cerebro vascular, con un decremento para este período de 7 por ciento. Cabe decir que la enfermedad cerebro vascular fue

la cuarta causa de muerte en las mujeres, con una tasa para el año 2016 de 38 casos.

En cuanto a la tasa de muertes en mujeres y hombres por hipertensión arterial, presenta un incremento de 30% en las mujeres y 44% para el hombre en el período de estudio, y ocupa el sexto y noveno lugar como causa de muerte, respectivamente, lo que significa que mueren más mujeres que hombres por esta razón.

La séptima causa de defunciones en el hombre la constituyen otras enfermedades del hígado, con una tasa de 30 en 2016; en la mujer se ubica como la quinta causa con una tasa de 16 casos; en ese mismo año murieron más hombres que mujeres por esta causa.

Otras enfermedades pulmonares en la mujer constituyen la séptima causa de muerte, y en el hombre la décima, con una tasa de 25 casos en 2016 para ambos géneros.

La octava causa de mortalidad en la mujer son otras enfermedades del corazón, que no incluye el infarto agudo de miocardio. Además, la desnutrición se presenta como novena causa de muerte en la mujer, y las bronquitis y neumonías como décima; mientras que en el hombre estos padecimientos no se incluyen dentro de las diez primeras causas.

4.3.2.2. Mortalidad por grupos de edad

En Oaxaca no existen diferencias significativas en los porcentajes de la mortalidad por grupos de edad durante el período de estudio; las defunciones con mayor porcentaje, como es de esperarse, son en el sector de población de 65 años o más.

La mortalidad en la niñez está relacionada, entre otros factores, con las condiciones de sanidad y nutrición en el hogar, la pobreza, la desigualdad social entre regiones, y con el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), más de 70% de los decesos a nivel mundial entre la población infantil se deben a: diarrea, infecciones neonatales, neumonía, parto prematuro y falta de oxígeno al nacer, situación que afecta en mayor medida a los países en desarrollo. Es importante mencionar que este indicador forma parte de los compromisos internacionales adoptados por México en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas.

En los niños menores de 1 año, la principal causa de mortalidad son otras malformaciones congénitas, y estas presentan un decremento en el período de 22%; como segunda causa de muerte de este grupo de edad en el año 2016 se encuentran las malformaciones congénitas del corazón, que denotan un incremento en el período de 2010-2016, con una tasa de 156%; y como tercera causa, la dificultad respiratoria del recién nacido.

Se observa que durante todo el período de estudio las enfermedades infecciosas y parasitarias del tubo digestivo siguen presentándose como causa de muerte en octavo lugar en la entidad y en este grupo.

Dentro de las diez principales causas de muerte en este grupo aparecen las malformaciones congénitas de las grandes arterias, que presentan un incremento de 280% para el año 2016.

Para la edad preescolar, que comprende de 1 a 4 años, las enfermedades infecciosas y parasitarias del tubo digestivo continúan como primera causa de muerte, incluso se presenta un incremento de la tasa de 6.50 en 2010 a 8.30 para 2016; las bronquitis, neumonía y otras enfermedades del aparato respiratorio causan nueve muertes por cada 100 mil habitantes en este grupo.

Los accidentes se ubican como tercera causa y presentan un decremento en las tasas de 10.52 a 6.52 por 100 mil habitantes. Al igual que en los menores de un año, en este grupo de edad las malformaciones congénitas se encuentran dentro de las diez principales causas de mortalidad, principalmente las del corazón, cuya tasa se incrementó en 48 por ciento.

Aparece como quinta causa los tumores malignos que disminuyó en 24% en el período de estudio.

Aunque las muertes por desnutrición han presentado un decremento de 67% del año 2010 al 2016, ésta se ubica como séptima causa de mortalidad en este período con 139 decesos. Por el contrario, las defunciones por otras enfermedades del corazón se han incrementado en 23 por ciento.

Con tendencia a la baja, las defunciones por otras enfermedades del corazón y pulmonares se enlistan en las diez principales causas en la entidad y en este grupo.

En Oaxaca, la mortalidad en el grupo de edad escolar ha presentado una disminución en el

período de estudio de 21% global y anual de 3.0%, aproximadamente.

Es de hacer notar que la primera causa de muerte de niños y niñas de 5 a 14 años son los accidentes, aunque con una disminución en la tasa, que pasa de 6.53 en 2010 a 4.17 en el año 2016. La segunda causa se atribuye a los tumores malignos, por los cuales se presentaron 317 decesos en el período.

Se observa en este grupo de edad que la tercera causa de mortalidad corresponde a las lesiones y agresiones infligidas, la misma que ha sufrido un incremento de 79%, con una tasa de 0.97 a 1.74, lo que es alarmante; al igual que el aumento en este grupo de edad de las lesiones y agresiones autoinfligidas (suicidios) que se incrementaron en 36 por ciento.

En el grupo de 15 a 44 años, lo mismo que en el de 5 a 14 años, es preocupante que las lesiones y agresiones infligidas y los accidentes se presenten como la primera y segunda causas de defunciones, con tasas de 34.79 y 23.72, respectivamente. Y aunque con un decremento de 16%, los tumores malignos se ubican en tercer lugar, seguido de la diabetes mellitus como cuarta causa, con incremento de seis por ciento.

La principal causa de mortalidad en las personas de 45 a 64 años en la entidad es la diabetes mellitus y se observa en el período de estudio un incremento en la tasa de 16 por ciento. La segunda causa de muerte son los tumores malignos, mismos que presentan una tendencia estable, con una tasa para el año 2016 de 120.36; igual comportamiento muestran otras enfermedades del hígado. Es notorio el incremento que tiene el infarto agudo de miocardio, causa que ha aumentado en 41% total y aproximadamente 6% anual.

Se posicionan dentro de las diez primeras causas de defunciones las lesiones y agresiones infligidas y la hipertensión arterial, que presentan un incremento en este grupo de 19% y 25%, respectivamente.

Como es previsible, en el grupo de 65 y más años se observa una alza en la tasa de mortalidad, de 4,268.28 en 2010 a 4,661.28 para 2016, principalmente por enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus, que ocupa el primer lugar, seguida del infarto agudo de miocardio y los

tumores malignos; es importante señalar que las defunciones por estas tres causas van en aumento, primordialmente el infarto agudo de miocardio, que se ha incrementado en 47%; la hipertensión arterial, que aumentó en el período 38%, es la quinta causa de muerte y otras enfermedades del hígado, que también incrementaron 9%, es la novena causa.

4.3.2.3. Mortalidad por regiones

En la entidad, la región de la Cañada es la que presenta una mayor tasa de mortalidad, de 626.33 casos, seguida de la Sierra Norte, con 614.84; en cambio, la tasa más baja la tiene la región de la Costa con una tasa de 498.24.

Al observar el comportamiento de las causas de muerte por región, tal como lo muestra la mortalidad en el estado, la diabetes mellitus es la primera causa de muerte, sobre todo en la región del Istmo, con una tasa de 112.81, seguida de la región del Papaloapan, con una tasa de 106.55, por arriba de la media estatal que es de 80.70.

Con respecto a las regiones Sierra Norte, Cañada y Sierra Sur, la primera causa de mortalidad es el infarto agudo de miocardio, con tasas de 81.66, 67.39 y 55.78, respectivamente. En la región de Valles Centrales, los tumores malignos, con una tasa de 82.67, se colocan como primera causa de mortalidad, por arriba de la tasa estatal de 65.02 casos.

Las regiones que presentan las mayores tasas de muertes por enfermedad cerebrovascular, por arriba de la media estatal de 36.14 son: Sierra Norte, Mixteca, Cañada y Sierra Sur, con tasas de 54.44, 51.74, 45.24 y 37, respectivamente.

La quinta causa de muerte a nivel estatal es la hipertensión arterial con 32.57 defunciones por 100 mil habitantes, y las regiones que presentan tasas mayores a la estatal son: Cañada (48.7), Sierra

Norte (37.6), Istmo (35.13), Valles Centrales (3.,87) y Mixteca (32.7).

Es notoria la presencia de los accidentes y las lesiones y agresiones infligidas dentro de las diez principales causas de muerte en la mayoría de las regiones oaxaqueñas. La región de la Costa es en donde más se presentan, con una tasa de mortalidad por accidentes de 23.43 y por lesiones y agresiones infligidas de 40.17, tasas por arriba de la media estatal de 19.81 y 23.41, en el mismo orden.

Otras regiones que superan la media estatal de accidentes de 19.81 son: Mixteca y Papaloapan; en lesiones y agresiones infligidas el Istmo, Sierra Sur y Papaloapan también superan la media estatal de 23.41.

Dentro de las diez principales causas de mortalidad por región aparecen otras enfermedades del hígado cuya tasa estatal es de 22.69. En esta causa la región de Valles Centrales tiene la más alta tasa, con 28.68, seguida del Papaloapan con 23.33 y la Cañada con 24.04 casos.

4.3.2.4. Mortalidad materna

Uno de los principales problemas de salud pública en Oaxaca está representado por la mortalidad materna. Entre sus principales causas se encuentran: la hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio, las causas obstétricas indirectas, las enfermedades hipertensivas del embarazo, complicaciones del parto y puerperio, los abortos, las sepsis y otras infecciones puerperales.

Al respecto, se observa una disminución de la razón de la mortalidad materna en el estado, al pasar de una razón de 90.2 defunciones de mujeres por 100 mil nacidos vivos en el año 2010, a 43.0 en 2016 por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. (Véase la tabla 3).

Tabla 3. Defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2010-2016, Oaxaca.

| Descripción | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Defunciones | 60 | 50 | 53 | 41 | 34 | 37 | 37 |
| Razón | 90.2 | 75.8 | 76.7 | 50.4 | 41.8 | 45.5 | 43.0 |

Fuente: Dirección General de Información en Salud. Cubos del SEED, Cubos de SINAC.

Por último, del 2010 a 2016 se presentaron 310 defunciones, que si bien en este rubro se dio una disminución de 41.67%, al pasar de 60 a 35 defunciones, es preocupante que aún exista un promedio de 44 fallecimientos de mujeres por esta condición al año.

RECURSOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD

4.4. Infraestructura

4.4.1. Capacidad instalada

De acuerdo a la información registrada en el Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca (Gobierno de Oaxaca/INEGI), en 2016, el Sector Salud cuenta con 1,918 unidades médicas, de las cuales 1,854 son de primer nivel de atención (96.66%), 60 de hospitalización general (3.12%) y cuatro de hospitalización especializada (0.21%).

En el tema, de 2010 a 2016 se refleja un crecimiento en el total de unidades médicas de 25.35%, de este porcentaje 25.18% corresponde a las unidades de primer nivel de atención, al pasar de 1,481 a 1,854; el 33.33% a las unidades de hospitalización general, que aumentaron de 45 a 60. El número de unidades de hospitalización especializada no tiene variación.

Además, se cuenta con unidades médicas para atención de padecimientos específicos: el Centro de Oncología y Radioterapia de Oaxaca, la Clínica de Especialidades Odontológicas, los Centros de Integración Juvenil, 42 Unidades Básicas de Rehabilitación (UBRs), 17 Unidades de Especialidades Médicas (UNEME'S) que comprenden dos Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención de Pacientes con VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (CAPASITS), siete unidades para la atención de las adicciones (Unidades de Especialidades Médicas Nueva Vida), seis unidades para atención de enfermedades crónicas, como son sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus (SORID) y dos unidades para la atención de la mujer; observándose sin embargo una capacidad instalada limitada en las regiones del estado.

De acuerdo al Catálogo CLUES, en el universo de unidades médicas están incluidas 193 unidades móviles, de las cuales pertenecen 173 a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) y 20 al IMSS, las cuales brindan atención a las localidades más dispersas que no disponen de unidad médica.

Por su parte, las casas de salud son el espacio físico proporcionado generalmente por los habitantes de la comunidad rural dispersa, siendo el primer espacio para recibir atención médica en poblaciones marginadas. El estado cuenta con 1,948 casas de salud en 306 municipios.

En cuanto a las salas de terapia intensiva, disponen de equipamiento y personal especializado médico y de enfermería en todos los turnos. En 2016 en el Sector Salud existen siete salas de terapia intensiva, de las cuales dos son de los SSO y cada una de las otras cinco corresponden al IMSS, ISSSTE, PEMEX, HNO y HRAEO.

En 2016, el número de quirófanos en la entidad es de 96. En cuanto a la disponibilidad de este recurso en el sector público, las instituciones de seguridad social tienen 27.0% y las de asistencia social 72.92%. Por institución, los Servicios de Salud de Oaxaca tiene 55.21%, el IMSS 14.58%, el IMSS Prospera 9.38%, el ISSSTE 9.38%, PEMEX 3.13% y el HNO 3.13 por ciento.

También para 2016, el Sector Salud dispone de un Centro Estatal de Transfusión Sanguínea que abastece a toda la entidad, más otros tres bancos de sangre que corresponden al IMSS, ISSSTE y PEMEX. Además, existen 32 puestos de sangrado que se localizan en 19 hospitales de la comunidad y 13 centros de salud con servicios ampliados. En 12 hospitales generales se brinda el servicio de transfusión sanguínea.

Cabe decir que esta capacidad limitada en cuanto a bancos de sangre es un obstáculo para tener una mayor cobertura y evitar los traslados innecesarios.

Es sabido que las ambulancias permiten mejorar el tiempo de traslado de los pacientes. En 2016, el sector salud cuenta con 460 ambulancias distribuidas según la siguiente tabla:

Tabla 4. Ambulancias terrestres 2016 según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | HRAEO | DIF |
|-------|------|--------|-------|---------------|-----|-----|-------|-----|
| 460 | 22 | 9 | 6 | 16 | 401 | 3 | 1 | 2 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

La cama censable se considera la unidad funcional para la prestación de servicios, por esa razón, la cantidad de camas de este tipo permite caracterizar adecuadamente el tamaño de los hospitales y funciona como insumo para valorar la productividad de estos.

Como se observa en la tabla 5, en 2016 el sector salud cuenta con 2,201 camas censables, lo que da un índice de 5.45 camas por 10 mil habitantes del estado. En la siguiente tabla se muestra la distribución de camas censables por institución:

Tabla 5. Camas censables 2016 según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | HRAEO |
|-------|------|--------|-------|---------------|-------|-----|-------|
| 2,201 | 302 | 202 | 3 | 291 | 1,250 | 60 | 66 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

3.4.2. Recursos humanos

En el año 2016, el Sector Salud de Oaxaca cuenta con una plantilla de 2,820 médicos generales, quienes son los responsables de brindar un trato directo al paciente. Considerando la población

para 2016 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) que es de 4,037,357 personas, tenemos que existe un médico general para la atención de 1,430 habitantes del estado.

Tabla 6. Médicos generales en contacto directo con el paciente 2016, según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | DIF |
|-------|------|--------|-------|---------------|-------|-----|
| 2,820 | 33 | 175 | 30 | 653 | 1,893 | 36 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

En relación con los médicos especialistas, en 2016 brindan su servicio 2,382, de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 7. Médicos especialistas en contacto directo con el paciente 2016, según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | HRAEO | DIF |
|-------|------|--------|-------|---------------|-----|-----|-------|-----|
| 2,358 | 614 | 515 | 70 | 122 | 792 | 115 | 122 | 8 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

En tanto que para el año 2016, 482 odontólogos están en contacto directo con el paciente.

Tabla 8. Odontólogos en contacto directo con el paciente 2016, según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | DIF |
|-------|------|--------|-------|---------------|-----|-----|-----|
| 482 | 23 | 21 | 3 | 84 | 326 | 4 | 21 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

También en 2016 en el Sector Salud laboran 8,964 enfermeras en las diferentes instituciones que, de acuerdo con el número de población,

representa la atención de 2.2 enfermeras para mil habitantes de la entidad.

Tabla 9. Personal de enfermería 2016, según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | HRAEO | DIF |
|-------|-------|--------|-------|---------------|-------|-----|-------|-----|
| 8,964 | 1,214 | 1,123 | 83 | 1,361 | 4,572 | 195 | 351 | 65 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

Continuando con el año 2016, existen 1,514 trabajadores de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: en las instituciones de asistencia social

999 (65.98%), mientras que de las instituciones de seguridad social son 515 (34.02%).

Tabla 10. Personal de enfermería 2016, según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | DIF |
|-------|------|--------|-------|---------------|-----|-----|-----|
| 1,514 | 310 | 175 | 30 | 126 | 803 | 31 | 39 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

Finalmente, en cuanto a los trabajadores administrativos, del año 2010 al 2016 se registró un incremento de 1,172 trabajadores con esta función (13.62%), con un mayor crecimiento en las institu-

ciones de asistencia social, de 1,162 (21.55%), en tanto las instituciones de seguridad social tuvieron 10 (0.31%). Así, en 2016 se cuenta con 9,775 trabajadores en este rubro.

Tabla 11. Personal administrativo 2016, según institución.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | HRAEO | DIF |
|-------|-------|--------|-------|---------------|-------|-----|-------|-----|
| 4,593 | 1,267 | 944 | 210 | 376 | 1,611 | 73 | 95 | 17 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

4.4.3. Egresos hospitalarios

Los egresos hospitalarios nos permiten analizar la incidencia de enfermedades, principales complicaciones y demandas de atención hospitalaria. Es el procedimiento técnico-administrativo que se realiza cuando el paciente abandona la unidad médica por mejoría de su salud. De 2010 a 2016 en

Oaxaca se registró un incremento de egresos de 6.96%, siendo el aumento en las instituciones de asistencia social de 5.39%, y de 12.07% en las de seguridad social.

En 2016 el Sector Salud del estado de Oaxaca reportó 155,063 egresos hospitalarios, como se observa en la tabla 12:

Tabla 12. Egresos hospitalarios por institución, 2016.

| Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | IMSS-Prospera | SSO | HNO | HRAEO |
|---------|--------|--------|-------|---------------|--------|-------|-------|
| 155,063 | 23,724 | 12,392 | 2,018 | 30,738 | 76,243 | 6,766 | 3,182 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

En el estado las causas principales de egresos hospitalarios son: los partos, otras causas maternas, enfermedades digestivas, fracturas, infecciones respiratorias, enfermedades del sistema genitourinario, tumores malignos, diabetes mellitus, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y enfermedades cardiovasculares.

El Hospital de la Niñez Oaxaqueña, por ejemplo, tiene como principales causas de egresos hospitalarios los tumores malignos y leucemias; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; influenza y neumonía; afecciones originadas en el período perinatal, crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y bajo peso al nacer.

Tabla 13. Redes de Servicios en operación en 2016.

| No. | Hospital Ancla | Micro redes | Unidades | Localidades | Habitantes |
|-----|---|-------------|----------|-------------|------------|
| 1 | Hospital General de Oaxaca de Juárez | 3 | 220 | 1,882 | 671,870 |
| 2 | Hospital General de San Pablo Huixtepec | 3 | 99 | 673 | 141,238 |
| 3 | Hospital General de San Juan Bautista Cuicatlán | 1 | 69 | 431 | 84,480 |
| 4 | Hospital General de Miahuatlán de Porfirio Díaz | 1 | 84 | 643 | 155,716 |
| 5 | Hospital General de Salina Cruz | 1 | 54 | 397 | 157,235 |
| 6 | Hospital General de San Juan Bautista Tuxtepec | 3 | 135 | 1,389 | 381,849 |
| 7 | Hospital General de San Pedro Pochutla | 2 | 53 | 667 | 132,088 |
| 8 | Hospital General de Santiago Pinotepa Nacional | 2 | 73 | 501 | 174,788 |
| 9 | Hospital General de Huajuapán de León | | 58 | 419 | 96,115 |
| 10 | Hospital Rural de Santa María Asunción Tlaxiaco | 2 | 102 | 971 | 128,659 |

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca, 2017.

4.4.4. Redes de Servicios

Las Redes de Servicios buscan asegurar el acceso a los servicios de salud y aplicar los estándares de la calidad rigurosa, esto a través de la articulación de todos los establecimientos de salud dependientes de las distintas instituciones de salud asentados en una región, calificados con base en su capacidad resolutoria para ofrecer una cartera de servicios específica y atender los problemas de salud de la población de su adscripción, desde la atención ambulatoria, incluyendo las unidades móviles, hasta los establecimientos de mayor actividad.

En 2016 Oaxaca cuenta con 10 redes de servicios de salud interinstitucionales implementadas con la participación de los SSO, el IMSS Prospera, el ISSSTE y el IMSS.

V. Marco Estratégico

Con la finalidad de lograr la cobertura universal de salud en Oaxaca, el Gobierno del Estado consideró necesaria la integración funcional y el fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud, garantizando a las y los oaxaqueños la protección de su salud y el acceso efectivo y con calidad a los servicios, independientemente de su ubicación geográfica, condición social o laboral. En este contexto, se plantea el desafío de armonizar la provisión de servicios con los organismos públicos descentralizados y los actores de la seguridad social presentes en la entidad, reforzando la coordinación interinstitucional, desarrollando una política de recursos humanos en salud y un plan regulador que oriente la formación de profesionales según las necesidades prioritarias del Sector.

De esta manera se visualiza un Sector Salud con especial énfasis en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible definidos por la OMS y atendiendo el perfil patológico determinado por la transición epidemiológica, sociodemográfica y tecnológica particular del estado.

Para ello se requiere del diseño, desarrollo, implementación e institucionalización de un Modelo de Atención Integral (MAI) de Salud enfocado a contribuir a la homogenización de los servicios en el Sector, así como a optimizar los recursos y la infraestructura en salud, que permitirá a su vez el fortalecimiento de la función rectora del Sistema.

Este Modelo integrará redes de atención de calidad homogénea y acreditada, a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, que constituye el eje central para la operación de las redes; sólo de este modo, la accesibilidad y la oportunidad en la atención se convertirán en mecanismos de mejora continua en el interior del Sector.

Además, el MAI es una herramienta que permitirá optimizar los recursos humanos, físicos y financieros de las instituciones del Sector Salud y surge como una opción fundamental ante la fragmentación y segmentación del Sistema. En este sentido, centra su eje de acción en cuatro estrategias:

1. Renovar la Atención Primaria a la Salud (APS).
2. Establecer, reorganizar y/o articular las Redes Integradoras de Servicios de Salud (RISS).
3. Reorganizar, reorientar y fortalecer a las Jurisdicciones Sanitarias como responsables de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).
4. Promover la participación ciudadana como verdadero agente de cambio.

Figura 2. Modelo de Atención Integrada en Salud.



Fuente: Dirección General de Servicios de Salud de Oaxaca, 2017



5.1. Alineación del Plan Estratégico Sectorial de Salud

El Sector Salud se ubica dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND 2013-2018) enmarcado en el Eje “México Incluyente”, con dos objetivos fundamentales: asegurar el acceso a los servicios de salud y ampliar el acceso a la seguridad social; mientras que en el Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca 2016-2022 (PED 2016-2022) el Sector Salud se encuentra inmerso en el Eje I: “Oaxaca Incluyente con Desarrollo Social”, que incluye tres objetivos, seis estrategias y 58 líneas de acción.

Por su lado, el Plan Estratégico Sectorial de Salud tiene los siguientes objetivos: 1) Contribuir a incrementar la esperanza de vida al nacer, garantizando el acceso universal a los servicios de salud de manera efectiva, oportuna y con calidad, mediante el aseguramiento social, público y voluntario de la población oaxaqueña, incluyendo la medicina tradicional; 2) Contribuir en la consolidación del Sistema de Salud eficiente en el estado, mediante el uso óptimo de los recursos del Sector, beneficiando a la población con infraestructura física y equipamiento adecuado, así como con recursos humanos calificados; 3) Fomentar la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en Oaxaca, de modo que se reduzca la mortalidad y morbilidad de la población, además de promover la protección contra riesgos sanitarios y daños a la salud, mediante la detección y control de factores de riesgo.

En la tabla 14 se muestra la alineación de los objetivos del Plan Estratégico Sectorial de Salud, alineados con respecto al Plan Estatal de Desarrollo (PED 2016-2022), al Plan Nacional Sectorial de Salud (PNSS) y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al año 2030.

No se omite mencionar que, con el cambio de la Administración Federal se generará un nuevo Plan Nacional de Desarrollo, lo cual implicará por parte de la Administración Estatal una revisión tanto del Plan Estatal de Desarrollo como de los planes que de él se derivan, incluido este Plan Estratégico Sectorial. Todo ello con el fin de garantizar la mayor coordinación y sinergia entre los niveles de gobierno a favor del desarrollo del estado y de la calidad de vida de su población.

Ante un financiamiento público limitado, donde la demanda por los servicios de salud se ha incrementado por el crecimiento de la población, uno de los compromisos más importantes que debe asumir el Gobierno es el uso eficiente y transparente de los recursos públicos; en este sentido, a través del MAI, se pretende lograr para Oaxaca una mejora en los estándares de los indicadores de salud y la participación comunitaria en el autocuidado de la salud, así como la portabilidad entre las instituciones del Sector, de forma tal que los tiempos de respuesta en la atención se vean reducidos al mínimo.

Es importante mencionar que este Modelo reconoce la medicina tradicional y las medicinas complementarias, también reconocidas por la OMS, como parte del catálogo de servicios que otorgan las instituciones de salud, respetando la cosmovisión de las poblaciones indígena y afro-mexicana usuarias de estas disciplinas en el estado, para así dar cumplimiento a la política pública de interculturalidad en salud establecida en el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 (PED 2016-2022), donde los servicios de salud otorgados y el personal prestador sean interculturalmente competentes y promuevan la equidad.

Tabla 14. Alineación de los objetivos del PES/PNSS 2013-2018.

| Objetivo Plan Estratégico Sectorial de Salud | Objetivo Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 | Objetivo Plan Nacional Sectorial de Salud 2013-2018 | ODS 2030 |
|--|---|--|---|
| 1. Contribuir a incrementar la esperanza de vida al nacer, garantizando el acceso universal a los servicios de salud de manera efectiva, oportuna y con calidad, mediante el aseguramiento social, público y voluntario de la población oaxaqueña, incluyendo la medicina tradicional. | 1. Garantizar el acceso universal a los Servicios de Salud de manera efectiva, oportuna y con calidad, mediante el aseguramiento social público y voluntario de la población oaxaqueña, incluyendo la medicina tradicional. | 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. | Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades |
| 2. Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población mediante acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en Oaxaca. | 2. Consolidar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en Oaxaca. | 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. | |
| 3. Contribuir en la consolidación del Sistema de Salud eficiente en el estado, mediante el uso óptimo de los recursos del Sector. | 3. Consolidar un Sistema de Salud eficiente en el estado, garantizando la disponibilidad y el uso óptimo de los recursos del Sector. | 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. | |

Fuente: Secretaría de Salud de Oaxaca, 2017.

El Plan Estratégico Sectorial de Salud contempla la participación de los Organismos Públicos del Sector: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), régimen ordinario y Prospera; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Dirección General de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO); Secretaría de Marina (SEMAR); Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Oaxaca (DIF); Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida (COESIDA); Hospital de la Niñez Oaxaqueña (HNO); Hospital Regional de Alta Especialidad del Estado de Oaxaca (HRAEO); Patrimonio de la Beneficencia Pública (PBP) y el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca (REPS), los mismos que contribuyen en las diferentes acciones planteadas de acuerdo con la regionalización operativa bajo la cual funciona el

Sistema Estatal de Salud. Los Organismos del Sector contribuyen de manera directa a la provisión de servicios de salud públicos y establecen el compromiso de dar cumplimiento al Plan Sectorial plasmado en este documento e informar de manera periódica su grado de avance.

A continuación, se presentan los programas operativos que implementarán las políticas públicas diseñadas para el Sector Salud en Oaxaca, identificando las principales estrategias y acciones que los constituyen.

5.1.1. Programa de Atención Médica

Para dar cumplimiento al objetivo 3 del PED 2016-2022, se destinan recursos al Programa de Atención Médica, ejercidos en siete subprogramas: 1) Atención médica de primer nivel, 2) Atención médica de segundo nivel, 3) Personas sin derecho-habibilidad incorporadas al Sistema de Protección

Social en Salud, 4) Servicios de salud del tercer nivel para la población infantil y adolescente, 5) Afiliados del Sistema de Protección Social en Salud con seguimiento continuo de la satisfacción de la atención médica, 6) Acciones de fortalecimiento para la acreditación de unidades médicas y 7) Desarrollo intercultural y medicina tradicional.

Es oportuno mencionar que la asignación de los recursos para el Programa de Atención Médica incluye la atención con enfoque de género e interculturalidad, dando prioridad a la atención integral de la población vulnerable y en pobreza extrema, además de acercar los servicios a las comunidades de alta marginación mediante las unidades móviles, aprovechando también el uso de Telesalud; de igual manera, se contempla la consolidación de la medicina tradicional dentro del esquema del MAI y la creación de un cuadro básico de remedios herbolarios.

En el mismo sentido será de gran importancia focalizar esfuerzos para afiliar o reafiliar al Seguro Popular a la población sin seguridad social, especialmente aquella que habita en zonas rurales y poblaciones indígenas. Para ello, el REPSS reforzará su atención mediante la capacitación de su personal y la conformación de módulos fijos de atención para zonas de gran demanda.

El objetivo de ofrecer servicios de salud con calidad se logrará mediante la acreditación de las unidades médicas de los tres niveles de atención, la incorporación de las unidades hospitalarias de los SSO al Seguro Médico Siglo XXI y al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, la conformación de un grupo gerencial para el correcto seguimiento de los comités rectores encargados de los procesos de acreditación, re-acreditación y certificación de unidades médicas, asimismo la adopción, seguimiento y aplicación de guías clínicas.

El Programa de Atención Médica incidirá principalmente sobre las siguientes metas:

- Esperanza de vida al nacer, al contribuir en su incremento de 73.43 años en 2017 a 74.20 años en 2022.
- La razón de mortalidad materna de mujeres, al reducirla de 45.85 a 42.70 defunciones maternas por cada 10 mil nacidos vivos.
- Incrementar las consultas generales por médico general o familiar en contacto con

el paciente en 72.98%, pasando de 3,150,768 en 2017 a 5,450,364 consultas en 2022.

- Incrementar el porcentaje de unidades médicas acreditadas a fin de que oferten servicios de salud que cumplan con los criterios de capacidad, seguridad y calidad establecidos de acuerdo con su capacidad resolutive.
- Mantener la cuota de personal médico y paramédico capacitado, con lo que se garantiza una atención de calidad al usuario.

5.1.2. Programa de Prevención y Promoción de la Salud

Los recursos para el Programa de Prevención y Promoción de la Salud se asignan a 12 subprogramas: 1) Promoción de la salud en entornos y comunidades, 2) Prevención y control de enfermedades no transmisibles, 3) Prevención y control de enfermedades transmisibles, 4) Prevención y promoción de la salud reproductiva para adolescentes, 5) Prevención y promoción de la salud con enfoque de género y salud reproductiva, 6) Vacunación universal, 7) Prevención, detección y control del cáncer de la mujer, 8) Prevención y promoción de la salud de la infancia y adolescentes, 9) Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector, 10) Prevención y promoción de la salud, 11) Personas beneficiadas con acciones de PROSPERA Programa de Inclusión Social (Componente Salud) y 12) Actividades preventivas y de atención a personas con VIH-SIDA.

Este Programa incorpora el fomento de actitudes y conductas saludables enfocadas en la modificación de estilos de vida a través del autocuidado, con la finalidad de prevenir y retrasar las enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones; acciones sólidas de promoción y prevención de enfermedades en coordinación y participación con autoridades municipales y comités municipales de salud, para disminuir la incidencia de enfermedades transmitidas por vector, priorizando los municipios de riesgo; el fortalecimiento de la operación de los comités intersectoriales de salud materna, cáncer, enfermedades crónico degenerativas, vectores, con corresponsabilidad de las diferentes instituciones públicas.

Otras de sus acciones contempladas son: promover acciones de prevención en materia de salud

sexual reproductiva, adicciones y embarazo de adolescentes, impulso de la planificación familiar, detección oportuna del VIH, diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para las niñas, niños y adolescentes con cáncer, prevención y promoción de la salud bucal, mejorar la salud y nutrición de infantes menores de 5 años, de mujeres embarazadas o en período de lactancia, así como incentivar la práctica de la lactancia materna y la detección oportuna de enfermedades de la mujer.

El Programa de Prevención y Promoción de la Salud incidirá principalmente sobre las siguientes metas:

- Esperanza de vida al nacer, al coadyuvar en su incremento de 73.43 años en 2017 a 74.20 en 2022.
- Contribuir para reducir la mortalidad infantil de 11.92 casos en 2017 a 10.27 en 2022 (13.84%).
- Incrementar el porcentaje de comunidades acreditadas como saludables, aumentando el promedio de consultas odontológicas por día.
- Incrementar el porcentaje de mujeres embarazadas que inician el control prenatal.
- Realizar actividades comunitarias de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.

5.1.3. Programa de Regulación y Fomento Sanitario

Al Programa de Regulación y Fomento Sanitario se le asignan recursos para dos subprogramas: 1) Fomento de la cultura de prevención de riesgos sanitarios y 2) Protección contra riesgos sanitarios.

El fomento sanitario se realiza mediante operativos interinstitucionales e intersectoriales para garantizar playas limpias; la prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral, principalmente en el control de sustancias tóxicas; y la promoción en el ámbito municipal de la aplicación de medidas en materia de saneamiento básico mediante la capacitación y sensibilización a autoridades municipales sobre la responsabilidad que les compete de clarar el agua.

La detección y control de los factores de riesgos sanitarios se lleva a cabo a través del control y vigilancia de los establecimientos que expenden alimentos, la coordinación de actividades con los sectores productivos, el manejo adecuado de

espacios destinados a sacrificios de animales y empacadoras de carnes, la supervisión de establecimientos y servicios de salud, la vigilancia sanitaria de la calidad del agua con operativos a pozos y vehículos cisternas, la vigilancia de la calidad bacteriológica del agua para uso y consumo humano y el fortalecimiento de la red de laboratorios para la oportuna atención de emergencias.

Este Programa incidirá principalmente sobre las siguientes metas:

- Esperanza de vida al nacer, al contribuir en su incremento de 73.43 años en 2017 a 74.20 en 2022.
- Coadyuvar en la reducción de la tasa de morbilidad general, de 270.27 casos en 2017 a 229.91 en 2022 (14.93%).
- Incrementar el porcentaje de municipios protegidos con agua de calidad bacteriológica, de 70% en 2016 a 90% en 2022.
- Aumentar el porcentaje de establecimientos que han recibido fomento sanitario, de 17 mil en 2016 a 18 mil en 2022.
- Incrementar el porcentaje de unidades de sangre segura obtenidas, de 16 mil a 19 mil unidades en el mismo período.

5.1.4. Programa de Fortalecimiento del Sistema de Salud

El Programa de Fortalecimiento del Sistema de Salud se integra por seis subprogramas: 1) Acciones de gestión para la atención médica, 2) Infraestructura física en salud, 3) Infraestructura de equipamiento en salud, 4) Infraestructura de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), 5) Fortalecimiento del servicio profesional de atención médica, y 6) Abastecimiento de medicamentos e insumos.

Dentro de sus acciones se contempla fortalecer la infraestructura hospitalaria de alta especialidad, con el objetivo de atender la demanda de los servicios de salud, así como aplicar el mantenimiento necesario a las instalaciones de salud, cumpliendo con los estándares para la acreditación y certificación, a partir de las condiciones óptimas de infraestructura y equipamiento.

En materia de fortalecimiento del servicio profesional de atención médica, se impulsará la for-

mación del personal médico mediante cursos y acreditaciones en temas prioritarios, alineada a las necesidades demográficas y epidemiológicas de las regiones, reforzando así la capacidad, seguridad y calidad de la atención médica. En este aspecto es de suma importancia la coordinación interinstitucional con la participación de instituciones formadoras y receptoras de recursos humanos en salud, representados en el Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud (CEIFCRHIS). De igual manera, se impulsará la actividad de los centros de investigación de la salud existentes, así como la pertinencia y relevancia de los programas de posgrado de formación de recursos humanos en investigación de la salud. También se implementarán acciones que incidan en la mejora de las competencias y habilidades gerenciales para la administración del Sistema de Salud.

A lo anterior se sumará la instrumentación de acciones para garantizar el abasto de medicamentos e insumos para la salud, con el fin de asegurar el suministro oportuno para la atención de la población en las unidades médicas, incrementar el abasto de acuerdo con las necesidades locales y promover el uso racional de la prescripción de medicamentos; además, será de gran relevancia vigilar la eficiencia en el gasto asignado a este rubro, que se verá fortalecida con el fomento de la compra coordinada de medicamentos e insumos entre la Federación y el Gobierno del Estado.

En materia de infraestructura de TICs, se integrará un Sistema Universal de Información en Salud que permitirá eficientar y homologar el uso de la información en los distintos procesos, lo que implica fortalecer las unidades médicas garantizando que cuenten con el servicio de internet.

Este Programa de Fortalecimiento del Sistema de Salud incidirá sobre las siguientes metas:

- Esperanza de vida al nacer, al contribuir en su incremento de 73.43 años en 2017 a 74.20 en 2022.
- Incrementar el porcentaje de unidades médicas acreditadas en relación con el total de unidades de salud programadas, al ir aumentando de manera gradual dichas acreditaciones.

- Aumentar el porcentaje de unidades de primer nivel que cuentan con los medicamentos de acuerdo a la demanda epidemiológica local, al pasar de 756 en 2017 a 2,980 unidades en 2022, con un incremento de 294 por ciento.
- Incrementar el porcentaje de servicios profesionales de atención médica fortalecidos, al pasar de 3,091 servicios en 2017 a 12,364 en 2022 (300%).
- Aumentar el porcentaje de infraestructuras en salud rehabilitadas, al pasar de 21 a 25 (19.04%) en el mismo periodo mencionado.
- Mantener la formación de especialistas en 1,226 personas.

5.2. Alineación Pacto por la Primera Infancia con el Plan Estratégico Sectorial de Salud

La Primera Infancia, que comprende de los 0 a los 5 años de edad, es una de las etapas cruciales en la vida de los seres humanos debido a que este período es crítico para la estructuración cerebral, la formación de la inteligencia, la personalidad, el auto-cuidado, la salud futura y el comportamiento social. Por tanto, para un gobierno transformador es de suma importancia desarrollar políticas públicas que atiendan a este sector de la población.

El Pacto por la Primera Infancia es la única iniciativa ciudadana que, promovida por más de 350 organizaciones de la sociedad civil, junto con instituciones académicas y fundaciones de empresas, compromete a todos los actores de la sociedad a priorizar los derechos de la niñez temprana y así solucionar, desde raíz, las problemáticas de impacto social que impiden el crecimiento de México.

En este contexto, el Gobierno de Estado de Oaxaca se ha comprometido a dar cobertura a los 10 Compromisos del Pacto. A continuación, se presentan las estrategias y/o acciones que contribuyen al cumplimiento de las metas del citado Pacto, así como las unidades responsables de garantizar su cumplimiento.

Tabla 15. Estrategias y acciones del Pacto por la Primera Infancia a cargo del Sector Salud.

| Pacto por la Primera Infancia Compromiso | PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL | | | |
|---|--|--|--|-----|
| | Estrategias | Acción | UR Responsable de la Acción | |
| 1. Alcanzar una prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad de 44%. | a) Dar cumplimiento a la normatividad en materia de lactancia materna para lograr el cambio de comportamiento, a través de consejería y grupos de apoyo para fomentar la LM entre mujeres embarazadas y madres de niños menores de 6 meses; basada en investigación formativa y enfocada principalmente al abordaje de las principales barreras de la lactancia materna exclusiva. | Certificación de Hospitales del Niño y de la Niña. | SSO | |
| | | Promover la creación de bancos de leche humana en unidades hospitalarias. | SSO | |
| | | Apoyo alimentario a mujeres embarazadas, madres lactando y mujeres en edad fértil. | DIF | |
| | | Suplemento alimenticio a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. | PROSPERA | |
| | | Supervisión capacitante para proceso de nominación y renominación a unidades de primer nivel y segundo nivel ("Unidad y Hospital Amigo del Niño y la Niña"), respectivamente. | SSO | |
| | | Promoción de la lactancia materna a través de los Comités DIF Municipales. | DIF | |
| | b) Desarrollar e implementar un plan integral de capacitación que mejore las habilidades del personal de salud para promover, proteger y apoyar la lactancia materna; basado en evidencia y centrado en el abordaje de las barreras a la lactancia materna exclusiva. | Formación de instructores en lactancia materna. | SSO | |
| | | Capacitación a personal de salud, médicos y paramédicos de primer nivel de atención. | SSO | |
| | | "Capacitación integrada a madres de menores de un año" para el personal de salud, en el cual se incluye el tema de lactancia materna. | SSO | |
| | | Utilizar la plataforma de Prospera para capacitación en la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN) http://esian.inspvirtual.mx | SSO | |
| | c) Desarrollar e implementar campañas de comunicación masiva para fomentar la lactancia materna entre la población en general; basada en investigación formativa y enfocada principalmente al abordaje de las barreras hacia la lactancia materna exclusiva. | Implementar campañas de radio, internet y televisión. | SSO | |
| | | Diseño y distribución de trípticos y carteles alusivos a la lactancia materna en español y lengua materna. | SSO | |
| | 2. Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años a 13.7%. | a) Implementar, en coordinación con la Federación, los municipios y las organizaciones de la sociedad civil, una estrategia de suplementación universal con hierro y otros micronutrientes y desparasitantes a mujeres embarazadas, en período de lactancia y niños de los 0 a 24 meses, y hasta los 5 años en zonas de alta vulnerabilidad. | Ministración de hierro y ácido fólico durante el embarazo. | SSO |
| | | | "Capacitación en atención integrada al menor de cinco años" al personal de salud de las unidades de primer nivel, a través del Centro Estatal de Capacitación. | SSO |
| Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de desnutrición de acuerdo a la normatividad. | | | SSO/DIF | |
| Desparasitación intestinal con enfoque de riesgo. | | | SSO | |

| Pacto por la Primera Infancia Compromiso | PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL | | |
|--|--|--|-----------------------------|
| | Estrategias | Acción | UR Responsable de la Acción |
| | | Orientación alimentaria para la recuperación nutricional. | SSO/DIF |
| | | Ministración de vitaminas y minerales. | SSO |
| | | Distribución de leche en polvo a los menores de cinco años no escolarizados. | DIF |
| | | Talleres comunitarios para la promoción de la lactancia materna a través de los Centros de Atención y Desarrollo Infantil (CADi). | DIF |
| | b) Acompañar todos los programas alimentarios de una estrategia para el cambio de comportamiento, que considere higiene y disposición de excretas, lactancia materna, alimentación complementaria, uso adecuado de suplementos y promoción de estilos de vida saludables. | Atención en cocinas comunitarias. | DIF |
| | | Talleres comunitarios para el mejoramiento de la alimentación, saneamiento e higiene. | SSO/PROSPERA/DIF |
| | | Suplemento alimenticio a menores de cinco años en áreas rural y urbana beneficiarios del Programa. | PROSPERA |
| | c) Implementar, en coordinación con las organizaciones de la sociedad civil, protocolos para el diagnóstico, monitoreo y vigilancia permanente de los indicadores del estado de nutrición en menores de 5 años, para asegurar el tratamiento oportuno de niños en situación de riesgo y la focalización y mejora continua de las estrategias nutricionales del estado. | Talleres comunitarios para promoción de la lactancia materna a través de los Centros de Atención y Desarrollo Infantil (CADi), realizados en coordinación con la UNICEF. | DIF |
| | | | |
| | d) Impulsar, en coordinación con el sector privado y social, proyectos de purificación y potabilización de agua para uso doméstico. | Promoción en el ámbito municipal de la aplicación de medidas en materia de saneamiento básico, mediante la capacitación y sensibilización a autoridades municipales. | CEA |
| 3. Reducir la prevalencia de anemia en menores de 5 años a 14.4%. | a) Implementar, en coordinación con la Federación, los municipios y las organizaciones de la sociedad civil, una estrategia de suplementación universal con hierro y otros micronutrientes y desparasitantes a mujeres embarazadas y en período de lactancia, y a niños de los 0 a 24 meses y hasta de 5 años en zonas de alta vulnerabilidad. | Distribución de micronutrientes a menores de cinco años y mujeres embarazadas. | SSO/PROSPERA |
| | | Orientación alimentaria para la prevención de la anemia. | SSO/DIF |
| 4. Asegurar que al menos 80% de los niños y niñas sean evaluados en su desarrollo al menos dos veces entre el nacimiento y los 60 meses de | a) En colaboración con las autoridades federales, establecer y estandarizar el proceso de evaluación, consejería, referencia y tratamiento entre | Aplicación de las estrategias de evaluación del neurodesarrollo y estimulación temprana marcadas en el Lineamiento de Desarrollo Infantil Temprano de CeNSIA. | SSO |

| Pacto por la Primera Infancia Compromiso | PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL | | | |
|--|---|--|---|---|
| | Estrategias | Acción | UR Responsable de la Acción | |
| edad; y referidos en caso de necesitar atención. | los diferentes prestadores de servicios de salud, cuidado, asistencia, alimentación y Educación Inicial de orden federal y estatal y de los ámbitos público y privado, teniendo como eje a los niños y las niñas. | Establecer una coordinación interinstitucional para la referencia y atención integral del menor con problemas de desarrollo. | SSO/DIF/REPSS/HOSPITAL DE LA NIÑEZ/CRIT | |
| | | b) Implementar estrategias de capacitación continua para prestadores de servicios de salud, cuidado, asistencia, alimentación y Educación Inicial, centradas en promover los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para evaluar y promover el desarrollo infantil temprano. | Capacitación al personal de salud para la aplicación de la Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI). | SSO/PROSPERA/DIF |
| | | c) Utilizar los mecanismos de gobernanza previstos en las leyes estatales para asegurar una adecuada coordinación y articulación entre los prestadores de servicios de salud, cuidado, asistencia, alimentación y Educación Inicial de orden federal y estatal y de los ámbitos público y privado, con el propósito de asegurar la evaluación, referencia y tratamiento de todos los niños y niñas menores de 5 años bajo su atención. | Referencia al Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CEREDI) o a un centro con capacidad de respuesta a los niños, cuyo resultado de la Prueba EDI sea riesgo de retraso en el desarrollo. | SSO |
| | 5. Lograr que 60% de la población menor de 3 años tenga acceso a Programas de Estimulación Oportuna, Educación Inicial o prácticas de crianza de calidad para padres/cuidadores. | a) Ampliar la oferta de servicios disponibles de Educación Inicial y estimulación de niñas y niños de 0 a 3 años, en todas sus modalidades. | Implementación de un plan piloto de talleres de estimulación temprana y prácticas de crianza del Componente Educativo Comunitario del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (CEC-PRADI) en Centros de Salud. | SSO/PROSPERA/CRIT/CREE/HOSPITAL DE LA NIÑEZ |
| | | | Realizar capacitación al personal de las Unidades Básicas de Rehabilitación y Centros de Atención y Desarrollo Infantil. | DIF |
| | | | Aplicar normas de calidad para los servicios de Educación Inicial, estimulación y prácticas de crianza para padres y cuidadores de niñas y niños de 0 a 3 años, en todas sus modalidades. | SSO/DIF |
| | | b) Implementar una campaña de comunicación masiva dirigida a madres, padres y cuidadores de niñas y niños de 0 a 3 años, basada en investigación formativa, con pertinencia cultural y enfocada en comunicar la importancia del desarrollo | Implementar campañas de radio, internet y televisión. | SSO |
| | | | Capacitación a padres de niños menores de 3 años a través de los talleristas. | DIF |
| | | | | |
| | | | | |

| PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| Pacto por la Primera Infancia Compromiso | Estrategias | Acción | UR Responsable de la Acción |
| | infantil temprano, las prácticas de crianza que mejor lo promueven y los servicios públicos que se ofertan. | | |
| 7. Reducir la tasa de mortalidad por homicidio en menores de 4 años a menos de dos por cada 100 mil habitantes y disminuir en al menos 10% el número de casos de maltrato infantil en menores de 5 años. | a) Diseñar e implementar protocolos de identificación rápida de indicios de maltrato en clínicas, guarderías, escuelas y visitas domiciliarias, y capacitar a todos los prestadores de servicios de salud, cuidado y educación en la implementación de estos protocolos. | Recibir la referencia en el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género. | DIF |
| | | Capacitar al personal médico para identificar y referenciar casos de posible abuso sexual infantil. | SSO |
| 8. Disminuir en al menos 15% el número de casos de abuso sexual infantil en menores de 5 años. | a) Desarrollar e impartir una oferta de talleres de auto-cuidado para niñas y niños, y de sensibilización para padres y cuidadores, orientados a prevenir los casos de abuso sexual infantil. | Capacitar al personal médico para identificar y referenciar casos de posible abuso sexual infantil. | SSO |
| | | Recibir la referencia en el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género. | DIF |

Fuente: Dirección de Prevención y Promoción de la Salud (SSO), Sistema Estatal DIF Oaxaca, Régimen Estatal de Protección Social de Oaxaca, Hospital de la Niñez Oaxaqueña.

Con la implementación de estas estrategias y acciones se contribuye a la ejecución de la política transversal de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) del estado de Oaxaca, impulsado por el Sistema de Protección Integral de los Dere-

chos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Oaxaca (SIPINNA), el cual coordina el seguimiento para el cumplimiento de los 10 Compromisos del Pacto por la Infancia por las dependencias responsables de cada una de las metas.

VI. Marco Programático y Presupuestal

El PED 2016-2022 y los planes de él derivados, implican una nueva estructuración del uso de los recursos públicos, que asegure tanto la orientación estratégica del gasto corriente y de la inversión pública como su articulación temporal. Por ello, se presentan a continuación los elementos del nuevo marco programático y presupuestal del Sector, a través de la nueva Estructura Programática y el Marco Plurianual del Gasto con carácter indicativo.

6.1. Estructura Programática

Como resultado de la revisión de la estructura programática recibida de la Administración anterior y del análisis de las necesidades derivadas del PED 2016-2022, se procedió al ajuste, modificación, eliminación y creación de los programas, subprogramas, proyectos y actividades, dando como

resultado una nueva Estructura Programática.

Enseguida se presentan los Programas Presupuestales alineados con los objetivos del PED 2016-2022 a los que dan cobertura y que son la base de la nueva Estructura Programática Presupuestal. Además, se indican las Unidades Responsables del Gasto correspondientes a cada programa.

Es importante resaltar que cada año la Estructura Programática referida se somete a revisión y se hacen ajustes a sus programas, subprogramas y actividades, con fundamento en las evaluaciones de diseño y desempeño realizadas, al tratarse de instrumentos dinámicos y, por consiguiente, susceptibles de mejora continua.

El Sector Salud cubre tres objetivos del Plan Estatal, los cuales son atendidos actualmente por cuatro Programas Presupuestarios.

Tabla 16. Alineación Objetivos PED-Programas Presupuestarios.

| No. | OBJETIVO PED 2016-2022 | No. | PROGRAMA 2018 | UR |
|-------|--|-----|---------------------------------------|------------|
| 1.201 | Garantizar el acceso universal a los servicios de salud de manera efectiva, oportuna y con calidad, mediante el aseguramiento social público y voluntario de la población oaxaqueña, incluyendo la medicina tradicional. | 159 | Atención médica. | 540 |
| | | | | 517 |
| | | | | 523 |
| | | | | 553 |
| 1.202 | Consolidar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en Oaxaca. | 169 | Prevención y promoción de la salud. | 540 |
| | | | | 523 |
| | | | | 553 |
| | | | | 112 |
| 1.202 | Consolidar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en Oaxaca. | 175 | Regulación y fomento sanitario. | 540 |
| | | | | 523 |
| 1.203 | Consolidar un Sistema de Salud eficiente en el estado, garantizando la disponibilidad y el uso óptimo de los recursos del Sector. | 164 | Fortalecimiento del Sistema de Salud. | 540 553 |

Unidades Responsables (UR):

- 112 Secretaría de Asuntos Indígenas
- 517 Consejo Estatal de Prevención y Control del Sida
- 523 Hospital de la Niñez Oaxaqueña
- 540 Servicios de Salud del Estado de Oaxaca
- 553 Régimen Estatal de Protección Social en Salud

El instrumento base para documentar de forma completa y actualizada este rubro es la Ficha de Programa correspondiente a cada uno de los programas presupuestales. Estas Fichas se encuentran publicadas para consulta en el apartado "Cumplimiento al Artículo 37 Fracción I de la Ley Estatal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria" de la página oficial de la Secretaría de

Finanzas, ubicada en el sitio www.finanzasooaxaca.gob.mx/transparenciapresupuestaria/marco_programatico.html

6.2. Marco Plurianual del Gasto con carácter indicativo

Se ha llevado a cabo una proyección sexenal de la inversión pública del Sector Salud, la cual tiene carácter indicativo, al depender de las condiciones sociales, políticas, económicas, financieras y presupuestales futuras, tanto del ámbito local y nacional como internacional, que difícilmente puede anticiparse con certeza. Se presenta en seguida dicha proyección desglosada por año, sabiendo que estará sometida a ajustes ulteriores.

Tabla 17. Marco Plurianual del Gasto con Caracter Indicativo

| Sector /Año | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Sector: Salud | \$603,152,312.67 | \$606,168,074.24 | \$609,198,914.61 | \$612,244,909.18 | \$615,306,133.73 |

VII. Marco de Resultados

Con la finalidad de verificar al avance en el cumplimiento de los objetivos y metas de este plan, se ofrece a continuación una matriz con los indicadores clave para medir el desempeño del sector en función del enfoque establecido en el PED y de las estrategias y acciones definidas en los programas sectoriales. Dichos indicadores son de impacto,

resultado y producto, de modo que cubran los niveles estratégicos y de gestión. Además, cada indicador tiene asignadas metas anuales, las cuales son de carácter indicativo y susceptibles de ajustes, derivados tanto de las evaluaciones y disposición presupuestal, como de la incidencia de factores externos no previsible o difícilmente controlables.

Tabla 18. Indicadores de Impacto el Sector Salud

| INDICADOR | METAS ANUALES | | | | | | Sentido esperado |
|---|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | |
| Porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud | 43.55 | 43.98 | 43.99 | 44 | 44.01 | 43.8 | Descendente |
| Tasa de morbilidad | 30,983.55 | 30,499.67 | 30,183.51 | 29,879.24 | 29,585.22 | 29,299.88 | Descendente |
| Tasa de mortalidad infantil | 12.04 | 11.57 | 11.2 | 10.87 | 10.56 | 10.26 | Descendente |
| Subíndice de Salud del Índice de Desarrollo Humano (SI) | 0.81 | 0.81 | 0.81 | 0.82 | 0.82 | 0.82 | Ascendente |
| Razón de mortalidad materna | 46.30 | 45.23 | 44.25 | 43.29 | 42.33 | 41.37 | Descendente |

Fuente: Servicios de salud de Oaxaca.

Tabla 19. Indicadores de Resultados del Sector Salud

| INDICADOR | METAS ANUALES | | | | | | Sentido esperado |
|--|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | |
| Razón del número de muertes maternas de mujeres sin seguridad social. | 47.38 | 43.12 | 41.46 | 38.25 | 35.04 | 33.58 | Descendente |
| Tasa de defunciones de personas menores de 18 años | 0.08 | 0.08 | 0.08 | 0.08 | 0.08 | 0.08 | Descendente |
| Número de establecimientos verificados y dictaminados dentro de norma. | 10,770 | 11,700 | 12,285 | 12,899 | 13,544 | 14,220 | Ascendente |

Fuente: Servicio de Salud de Oaxaca, Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca, Hospital de la Niñez Oaxaqueña, Sistema Estatal DIF Oaxaca.

Tabla 20. Indicadores de Productos del Sector Salud

| INDICADOR | METAS ANUALES | | | | | | Sentido esperado |
|--|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | |
| Consultas generales otorgadas en el primer nivel de atención | 3,135,683 | 2,854,375 | 4,246,242 | 4,309,936 | 4,374,585 | 4,440,203 | Ascendente |
| Número total de egresos hospitalarios en unidades médicas | 78,000 | 80,000 | 82,000 | 84,000 | 86,000 | 88,000 | Ascendente |
| Número de niños y adolescentes atendidos en el tercer nivel | 60,000 | 57,000 | 57,000 | 57,000 | 57,000 | 57,000 | Descendente |
| Mantenimiento del padrón de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud | 2,607,811 | 2,607,811 | 2,607,811 | 2,607,811 | 2,607,811 | 2,607,811 | Ascendente |
| Tasa de defunciones por VIH-SIDA | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | Descendente |
| Seguimiento continuo de la satisfacción de la atención médica otorgada a los afiliados del SPSS (encuestas de satisfacción del usuario). | 2,305 | 2,305 | 2,305 | 2,305 | 2,305 | 2,305 | Ascendente |
| Acreditación de unidades hospitalarias en CAUSES | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | Ascendente |
| Recursos programados para la construcción de infraestructura en salud (rehabilitación, ampliación) | \$30,000,000 | \$30,000,000 | \$30,000,000 | \$30,000,000 | \$30,000,000 | \$30,000,000 | Ascendente |
| Unidades médicas en salud equipadas | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | Ascendente |
| Número de unidades médicas conectadas a la Red de Comunicaciones y Tecnologías de la Información. | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | Ascendente |
| Número de recetas surtidas con medicamentos | 2,201,563 | 2,004,056 | 2,981,286 | 3,026,005 | 3,071,395 | 3,117,466 | Ascendente |
| Número de comunidades acreditadas como saludables | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | Ascendente |
| Tasa de defunciones por enfermedad de riesgo cardiovascular | 37.40 | 37.10 | 36.90 | 36.60 | 36.40 | 36.10 | Descendente |
| Tasa de defunciones por tuberculosis | 0.488 | 0.529 | 0.570 | 0.611 | 0.652 | 0.693 | Descendente |
| Número de acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva | 4,002 | 3,041 | 3,041 | 3,041 | 3,041 | 3,041 | Ascendente |
| Número de mujeres embarazadas que inician el control prenatal en el primer trimestre de embarazo | 26,462 | 26,329 | 26,250 | 26,200 | 26,100 | 26,000 | Ascendente |
| Primeras dosis aplicadas de biológicos (1ª. dosis de triple viral SRP + 4ª. dosis de pentavalente acelular + 3ª. dosis de neumococo conjugada) | 31,800 | 31,800 | 33,513 | 33,513 | 33,513 | 33,513 | Ascendente |
| Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años | 13.10 | 12.46 | 11.68 | 10.92 | 10.11 | 9.57 | Descendente |
| Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años | 16.30 | 15.84 | 15.28 | 14.67 | 14.21 | 13.71 | Descendente |
| Número de personas con detección positiva de dengue y chikunguya. | 202 | 202 | 202 | 202 | 202 | 202 | Descendente |
| Número de unidades médicas fortalecidas (habilitación de consultorios de medicina tradicional) | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Ascendente |
| Número de establecimientos con fomento sanitario | 17,950 | 18,000 | 18,900 | 19,845 | 20,837 | 21,878 | Ascendente |
| Número de unidades de sangre segura obtenidas | 24,000 | 24,000 | 20,000 | 20,500 | 21,000 | 21,500 | Ascendente |

Fuente: Servicio de Salud de Oaxaca, Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca, Consejo Estatal para la Prevención y Control del SIDA, Hospital de la Niñez Oaxaqueña, Sistema Estatal DIF Oaxaca.



VIII. Seguimiento y Evaluación

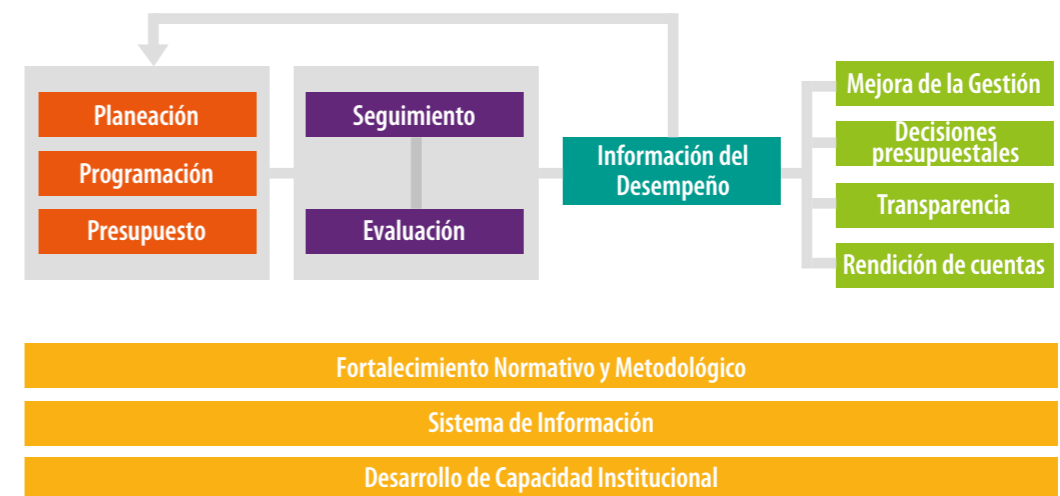


En alineación y fortalecimiento del modelo de implementación del Sistema de Evaluación del Desempeño establecido en el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, el monitoreo y la evaluación de este Plan Estratégico Sectorial se realizará a través de la información derivada de las etapas de Planeación, Programación y Presupuestación, asimismo, de los componentes transversales de Fortalecimiento Normativo y Metodológico, Homologación y Vinculación de los Sistemas de Información y el fortalecimiento del desarrollo de la capacidad institucional, como se muestran en el siguiente esquema.

esta última la institución competente para realizar los ajustes presupuestales que se requieran.

Las dependencias responsables del Sector establecerán las estrategias necesarias para la generación y sistematización de la información estadística y geográfica oportuna, de fácil acceso y disponible, así como su armonización y articulación con el Sistema Integral de Evaluación del Desempeño del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 (SIED-PED) y al Sistema Estatal de Finanzas Públicas de Oaxaca (SEFIP).

Más adelante, como resultado de las metas alcanzadas, en el marco de las sesiones del Subcomité Sec-



Monitoreo

Con el fin de verificar el avance en el cumplimiento de los objetivos y estrategias sectoriales, las dependencias ejecutoras del Sector darán seguimiento al comportamiento de los indicadores establecidos en el Marco de Resultados, en coordinación con la Instancia Técnica de Evaluación y la Secretaría de Finanzas en el ámbito de sus competencias, siendo

torial se realizarán análisis conjuntos, los cuales tendrán el objetivo de revisar los hallazgos de la gestión, identificar las necesidades de coordinación, logística o metodologías durante el ejercicio presupuestal, los cuales estarán orientados a la mejora continua.

Cabe decir que la información y los análisis derivados del seguimiento sectorial serán el principal insumo del informe de gobierno que el

C. Gobernador del Estado debe rendir al Honorable Congreso del Estado anualmente.

Evaluación

Con el objetivo de mejorar el diseño y los resultados de las políticas sectoriales, la Instancia Técnica de Evaluación (ITE), mediante una valoración objetiva causal entre la intervención sectorial y sus efectos, y teniendo como base los principios de verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas, podrá realizar por sí misma o a través de terceros, evaluaciones a este Plan Sectorial o a sus programas. Estas evaluaciones serán incluidas en el Programa Anual de Evaluación que la ITE está facultada para implementar, conforme con los Lineamientos Generales para el Monitoreo y Evaluación de los Programas Estatales del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca vigentes.

Los criterios para la priorización y selección de los planes o programas a evaluarse serán, entre otros: 1) El monto de los recursos públicos asignados; 2) El tamaño, características y la situación de riesgo de la población objetivo; 3) La importancia estratégica para el Sector y sus vulnerabilidades; 4) El carácter innovador de las acciones; y 5) El potencial de réplica de las lecciones derivadas de la evaluación.

Las evaluaciones deberán ser públicas y entregarse a la Secretaría de Finanzas, a la Coordinación General del COPLADE, a la dependencia coordinadora del Sector y a las dependencias evaluadas, para la toma de decisiones presupuestales y de rediseño de las políticas públicas de que se trate.

Por su parte, las dependencias evaluadas deberán utilizar los resultados de los informes en cumplimiento del Mecanismo de Atención a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de los informes y evaluaciones a los programas estatales. Con ello, las dependencias evaluadas identificarán, seleccionarán y priorizarán los Aspectos Susceptibles de Mejora, a efecto de establecer planes de trabajo orientados a la mejora del desempeño de los programas del Sector.

Sistema Integral de Evaluación del Desempeño del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 (SIED-PED)

El Sistema Integral de Evaluación del Desempeño del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 (SIED-PED) es una plataforma que integra la información del desempeño derivada del monitoreo y la evaluación, la cual servirá como insumo para la mejora de la gestión y toma de decisiones presupuestales.

Mediante el SIED-PED se podrán monitorear los indicadores estratégicos del Sector. Éstos, a su vez se encuentran vinculados a los Indicadores de Gestión establecidos en las Matrices de Indicadores para Resultados de los programas presupuestales y proveen información sobre el avance del Plan Estratégico Sectorial (programas y subprogramas) por medio de la comparación de los avances logrados con respecto a las metas propuestas.

En materia de evaluación, el SIED-PED pondrá a disposición los ejercicios de evaluación del sector, desde la emisión del Programa Anual de Evaluación hasta la formulación y seguimiento sobre la atención de los Aspectos Susceptibles de Mejora.

IX. Conclusiones

En el estado de Oaxaca, aunque la esperanza de vida es menor a la media nacional, su estructura poblacional muestra una tendencia sostenida hacia el envejecimiento, que, aunado a los cambios del panorama epidemiológico de la entidad, conduce a un incremento de las enfermedades crónico degenerativas, de los accidentes y violencias con las discapacidades que de ellas se derivan.

En resumen, las principales causas de morbilidad atendidas siguen representadas por las enfermedades infecciosas tales como: infecciones respiratorias agudas, intestinales, de vías urinarias y conjuntivitis, que en suma representan más del 78% de la demanda de los servicios de la consulta ambulatoria en el Estado.

En relación a las enfermedades crónico degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, han presentado un incremento importante en los últimos 10 años y de acuerdo con las normas técnicas nacionales, en la Entidad aún se tiene una baja cobertura en cuanto a la prevención y detección, lo que dificulta el control de estos padecimientos, con la presencia temprana de sus complicaciones y los consecuentes incrementos en los costos de su atención y en la calidad de vida de los pacientes.

Respecto a las principales causas de mortalidad en el Estado, la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades del corazón son los padecimientos que causan el mayor número de decesos.

En cuanto a las tasas y razones de la mortalidad materna e infantil que tienen una relación directa con los sistemas de salud, estas han mantenido un comportamiento constante en los últimos diez años, lo que indica que se requiere un cambio en las políticas de salud para su control y reducción, y

así alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por la ONU.

Considerando la transición demográfica y epidemiológica en el Estado, así como la asignación presupuestal para atender las complicaciones de las enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, a través de la coordinación interinstitucional, se deben establecer acciones de salud que permitan disminuir las principales causas de mortalidad.

En cuanto a los indicadores de cobertura óptima, las instituciones de salud cuentan con recursos insuficientes para brindar la atención necesaria y adecuada que el nuevo panorama epidemiológico requiere, como se observó en los correspondientes rubros, resaltan la insuficiencia de consultorios de medicina general y el número de camas por 1000 habitantes, entre otros.

En ese contexto, lograr la cobertura universal de salud en Oaxaca es una tarea compleja debido a su diversidad geográfica, cultural y económica, expresadas en la existencia de un gran número de comunidades de menos de mil habitantes, una circunstancia que obstaculiza la distribución de los recursos y que se reflejan en el desequilibrio de la atención.

Los retos en salud exigen soluciones a las necesidades y expectativas de la población, enmarcadas en una cultura que condiciona sus costumbres y estilo de vida, por lo que para ampliar la cobertura y mejorar los resultados de los programas, se hará un uso racional de los recursos humanos y financieros de forma óptima y transparente.

El Sistema Estatal de Salud enfrenta el reto de realizar acciones concretas que incidan en el mejor desempeño de la atención médica, a través del diseño y aplicación ordenada y sistemática de políticas públicas del sector conjuntamente con los gobiernos en sus diferentes niveles, que garanticen

una atención con calidad en beneficio de la salud de los oaxaqueños.

En este sentido, se impulsará la gestoría para disponer de recursos humanos, físicos y financieros, acordes a las necesidades que la población demande para la atención de la salud. Para ello, también se fortalecerá una mayor coordinación interinstitucional del Sistema, lo que deberá coadyuvar al incremento de la esperanza de vida.

En materia de protección social en salud, se fortalecerá el padrón de beneficiarios, con el ingreso de todas aquellas familias que no cuenten con seguridad social, de tal forma que las personas afiliadas vean satisfechas, de manera integral, sus necesidades de salud a través de servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

Con la finalidad de brindar una atención médica digna a la población, se contempla el

mejoramiento de la infraestructura física, concluir las obras en proceso, priorizar la sustitución de la infraestructura obsoleta por obras nuevas y construir las unidades médicas requeridas para la atención de la población.

Para elevar la calidad de atención a los pacientes, es necesario invertir en la capacitación de recursos humanos, equipamiento, mejoramiento de la infraestructura y en el abasto oportuno y suficiente de medicamentos y así lograr las condiciones para la acreditación de la mayoría de las unidades médicas.

Con estas acciones se pretende fortalecer el Sistema Estatal de Salud con la finalidad de proporcionar servicios médicos que garanticen el acceso universal a los servicios de salud, con calidad y sentido humanístico.

Siglas y abreviaturas

APS Atención Primaria a la Salud

BID Banco Interamericano de Desarrollo

CAPASITS Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual

CAUSES Catálogo Universal de Servicios de Salud

CDN Certificados de Necesidad

CEAMO Comisión Estatal de Arbitraje Médico

CEIFCRHIS Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CESSA Centro de Salud y Servicios Ampliados

CETS Centro Estatal de Transfusión Sanguínea

CLUES Clave Única de Establecimiento de Salud

CMIS Control Maestro de Infraestructura en Salud

CNPSS Comisión Nacional de Protección Social en Salud

COESIDA Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida

CONAPO Consejo Nacional de Población

COPLADE Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Oaxaca.

COPLAMAR Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

CREE Centro de Rehabilitación y Educación Especial

DGIS Dirección General de Información en Salud

DIF Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

DOF Diario Oficial de la Federación

EIC Encuesta Inter Censal

ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FASSA Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

GpR Gestión para Resultados

HNO Hospital de la Niñez Oaxaqueña

HRAEO Hospital Regional de Alta Especialidad del Estado de Oaxaca

IDH Índice de Desarrollo Humano

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IOAM Instituto Oaxaqueño de Atención al Migrante

ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

de los Trabajadores del Estado

ITE Instancia Técnica de Evaluación

ITS Infecciones de Transmisión Sexual

LEP Ley Estatal de Planeación

LESPO Laboratorio Estatal de Salud Pública de Oaxaca

LFPRH Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

MAI Modelo de Atención Integral

MIR Matriz de Indicadores para Resultados

MML Metodología del Marco Lógico

NNA Niñas, Niños y Adolescentes

NOM Norma Oficial Mexicana

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS Organización Mundial de la Salud

ONU Organización de las Naciones Unidas

PBP Patrimonio de la Beneficencia Pública

PbR Presupuesto basado en Resultados

PEA Población Económicamente Activa.

PED Plan Estatal de Desarrollo

PEMEX Petróleos Mexicanos

PES Planes Estratégicos Sectoriales.

PIB Producto Interno Bruto

PMI Plan Maestro de Infraestructura

PND Plan Nacional de Desarrollo.

PNEA Población No Económicamente Activa

PNSS Plan Nacional Sectorial de Salud.

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

POA Programa Operativo Anual

POE Periódico Oficial del Estado.

PROVAC Programa de Vacunación Universal

REPSSEO Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca

RISS Redes Integradoras de Servicios de Salud

SAEH Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios

SEDENA Secretaría de la Defensa Nacional

SEED Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones

SEFIP Sistema Estatal de Finanzas Públicas de Oaxaca.

SEMAR Secretaría de Marina
SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIC Sistema de Información de Enfermedades Crónicas
SICAM Sistema de Información de Cáncer de la Mujer
SICECA Sistema de Información de Adicciones
SIED Sistema Integral de Evaluación del Desempeño.
SILOS Sistemas Locales de Salud
SINAC Subsistema de Información Sobre Nacimientos
SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINERHIAS Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SIPINNA Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Oaxaca.

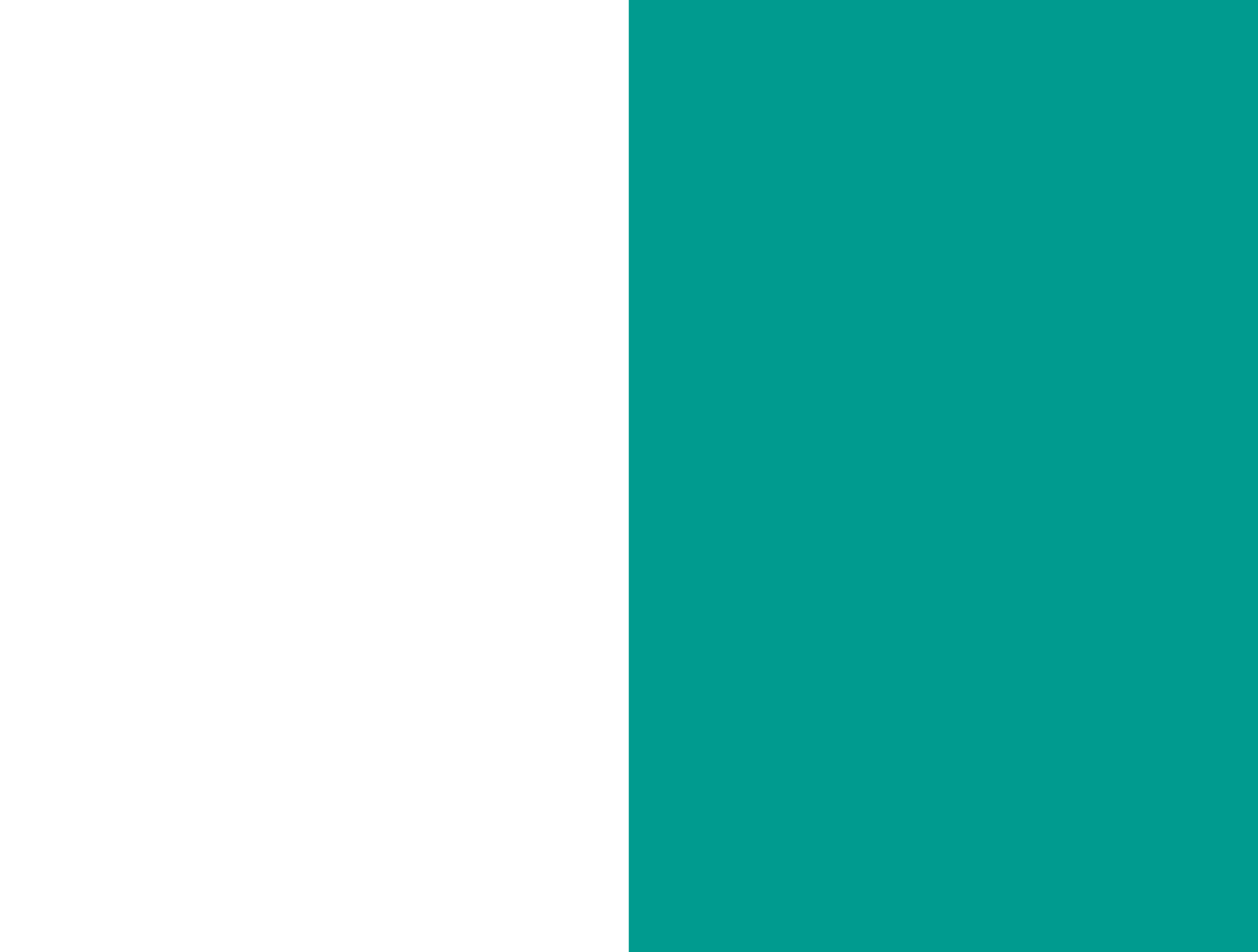
SIVEGA Sistema de Información de Grupos de Ayuda Mutuos
SORID sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.
SP Seguro Popular
SSA Secretaría de Salud
SSO Dirección General Servicios de Salud de Oaxaca
SUIVE Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.
SWIPSS Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud
TICs Tecnologías de la Información y Comunicación
UBR Unidad Básica de Rehabilitación
UIES Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria
UNEME Unidades de Especialidades Médicas
UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Tablas

Tabla 1. Población usuaria de servicios médicos por Institución del Sector Salud 2016.
Tabla 2. Morbilidad por demanda de atención del estado de Oaxaca, 2010-2016.
Tabla 3. Defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2010-2016, Oaxaca.
Tabla 4. Ambulancias terrestres 2016 según institución.
Tabla 5. Camas censables 2016 según institución.
Tabla 6. Médicos generales en contacto directo con el paciente 2016, según institución.
Tabla 7. Médicos especialistas en contacto directo con el paciente 2016, según institución.
Tabla 8. Odontólogos en contacto directo con el paciente 2016, según institución.
Tabla 9. Personal de enfermería 2016, según institución.
Tabla 10. Personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento 2016, según institución
Tabla 11. Personal administrativo 2016, según institución
Tabla 12. Egresos hospitalarios por institución, 2016
Tabla 13. Redes de Servicios en operación en 2016
Tabla 14. Alineación de los objetivos del PES/PNSS 2013-2028
Tabla 15. Estrategias y acciones del Pacto por la Primera Infancia a cargo del Sector Salud
Tabla 16. Alineación Objetivos PED-Programas Presupuestarios.
Tabla 17. Marco Plurianual del Gasto con Carácter Indicativo
Tabla 18. Indicadores de Impacto del Sector Salud
Tabla 19. Indicadores de Resultados del Sector Salud
Tabla 20. Indicadores de Productos del Sector Salud

Figuras

Figura 1. Estructura demográfica por edad.
Figura 2. Modelo de Atención Integrada en Salud.



Oaxaca
JUNTOS CONSTRUIMOS EL CAMBIO



Gobierno del Estado