



DIAGNOSTICO ESTATAL SECTORIAL DE SALUD 2017



Índice

Introducción

Marco Jurídico

I. Objetivos del Sector

- 1.1 Objetivo General
- 1.2 Objetivos Específicos
- 1.3 Misión, Visión, Valores

II. Diagnóstico de la Situación Actual de Salud

2.1 Antecedentes

2.2 Aspectos Socio-demográficos

- 2.2.1 Dispersión de la Población
- 2.2.2 Dinámica de Población
- 2.2.3 Indicadores Socioeconómicos

2.3 Daños a la Salud

- 2.3.1 Salud Pública
- 2.3.2 Morbilidad
- 2.3.3 Principales causas de Egresos Hospitalarios
- 2.3.4 Mortalidad

2.4 Respuesta Social Organizada

- 2.4.1 Infraestructura en Salud
- 2.4.2 Recursos Humanos
- 2.4.3 Servicios Otorgados
- 2.4.4 Capacidad Hospitalaria
- 2.4.5 Servicios de Protección contra Riesgos Sanitarios
- 2.4.6 Régimen Estatal de Protección Social en Salud

III. Anexos

- Relación de mapas
- Referencias
- Relación de cuadros
- Notas de la versión



Introducción

El **Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud** se considera como la investigación operativa por excelencia del Sector; se constituye como un punto de partida para el proceso de la planeación de los servicios, ya que le permite identificar las diferentes necesidades en el tema de recursos materiales, financieros y humanos.

El eje central de todo **Diagnóstico de Salud** es la epidemiología ya que constituye la base para identificar los daños existentes en la salud de la población, a través de la morbilidad y la mortalidad así como los factores que determinan el comportamiento del proceso Salud – Enfermedad.

El presente documento se integra por los siguientes apartados:

Introducción: Breve explicación acerca de lo que es el documento.

Marco Jurídico: Sustento jurídico del documento.

Objetivos del Sector: Da a conocer los alcances que el sector quiere obtener.

Diagnóstico de la situación actual de salud: Breve explicación de los antecedentes y aspectos socio - demográficos.

Daños a la Salud: Identifican los factores que determinan el comportamiento del proceso salud – enfermedad.

Respuesta Social Organizada: Documenta la infraestructura, recurso humano y servicios otorgados.

Anexos: Da la referencia bibliográfica y de donde se obtuvieron los datos del presente diagnóstico.

La elaboración de este documento es un proceso anual que concentra la información del Sector Salud (**IMSS, ISSSTE, IMSS-PROSPERA, SEDENA, Servicios de Salud de Zacatecas, Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la Secretaría de Salud del Estado**), en donde se incorporan aspectos que analizan y elevan la calidad de los Servicios de Salud.

Con ello se documenta la naturaleza y magnitud de los retos que enfrenta una sociedad, se define de manera más racional las prioridades, y se fortalece la toma de decisiones; se puede llegar a la conclusión más objetiva sobre el impacto del quehacer diario de las instituciones.

Por otra parte, facilita valorar las posibilidades y recursos de la comunidad para incorporarlas y que coadyuven a la planeación y programación de acciones locales de salud y por lo tanto en la operación de los servicios.



Marco Jurídico**Disposiciones Constitucionales**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación 5-II-1917 y sus reformas.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Zacatecas. Periódico. Suplemento del Periódico Oficial del Estado de Zacatecas 11-VII-1998 y sus reformas.

Leyes

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 7-II-1984 y sus reformas.

Ley de Salud del Estado de Zacatecas publicada en el Suplemento al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, 30-VI-2001 y sus reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación 29-XII-1976 y sus reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Zacatecas. Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado 30-XI-2016 y sus reformas.

Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación 01-IV-1970 y sus reformas.

Ley Federal de Responsabilidad Administrativa de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación el 31-XII-1982 y sus reformas.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de Zacatecas. Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado de Zacatecas 06-II-2013.

Ley del Instituto de Seguridad Social y Servicios de Los Trabajadores del Estado. Diario Oficial de la Federación el 31-III-2007 y sus reformas.

Ley de Planeación. Diario Oficial de la Federación 5-I-1983 y sus reformas.

Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Zacatecas. Publicada en el Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado de Zacatecas, el 07-V-2003.

Ley de las Entidades Públicas Paraestatales del Estado de Zacatecas. Publicada en el Suplemento al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 07-0I-1989 y sus reformas.

Ley del Servicio Civil del Estado de Zacatecas. Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 14-IX-1996 y sus reformas.

Ley General de Contabilidad Gubernamental, Diario Oficial de la Federación 31-XII-2008 y sus reformas.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Zacatecas. Publicada en el Suplemento 4 al Periódico Oficial del Estado de Zacatecas, el 2-VI-2016 y sus reformas.

Decretos

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de la Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Diario Oficial de la Federación 30-VIII-1983.



Convenios

Convenio Único de Desarrollo que suscribe el Ejecutivo Federal y el Estatal Diario Oficial de la Federación 26-IV-1991.

Reglamento

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional. Diario Oficial de la Federación 18-II-1985 – F.E.D.O.F. 10/VII/85

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Diario Oficial de la Federación 20-II-1985 – F.E.D.O.F. 26/XI/87 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación 14-V-86 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad. Diario Oficial de la Federación 26-X-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación 6-I-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. Diario Oficial de la Federación 1-I-1988.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación 29-V-1989.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Diario Oficial de la Federación 26-III-2014.

Acuerdos

Acuerdo interno que crea y establece las normas de modernización administrativa para la organización de las unidades administrativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación 22-VI-1983.

Acuerdo de coordinación para la realización del Programa sectorial concertado, denominado Promoción y Gestión para el establecimiento del Sistema Estatal de Control. Diario Oficial de la Federación 17-II-1984.

Acuerdo que crea las oficinas de quejas y denuncias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y por el que se establece el procedimiento para aplicar la Ley Federal de Responsabilidades de los Servicios Públicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y de las entidades paraestatales agrupadas en el sector salud en los términos de los artículos 50 y 51 de la ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federación 22-VI-1983.

Acuerdo Interno No. 25 por el que las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud, que se indican, deben contar con una Unidad de Planeación. Diario Oficial de la Federación 2-IV-1984.



Acuerdo Interno No. 31 por el que se establecen las normas a las que se ajustara la organización y funcionamiento de las Delegaciones Administrativas de la Secretaría de Salud y Asistencia. Diario Oficial de la Federación 17-VIII-1984.

Acuerdo Interno No. 33 por el que se desconcentran las facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas. Diario Oficial de la Federación 31-VIII-1984.

Acuerdo No. 55 por el que se integran patronatos en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación 17-III-1986.

Normatividad Secundaria

Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud de Zacatecas, publicado en el Periódico Oficial Órgano del Gobierno del Estado 07-II-2015 y sus Reformas

Manual de Organización de los Servicios de Salud de Zacatecas, publicado en el Suplemento del Periódico Oficial de Estado 14-V-2016

Otros

NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación. Modificación 15-X-2012.

NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación. 30-V-1994.

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial de la Federación. 06-I-1995.

NOM-007-SSA2-1993- Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

NOM-034-SSA2-2002- Prevención y Control de Defectos al Nacimiento.

Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preclamsia/eclampsia 2007.

Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y manejo de Hemorragia Obstétrica.

Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y manejo de Sepsis Puerperal.

Lineamiento Técnico de Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros y Recién Nacido Sano.

Lineamiento Técnico de Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel.

Lineamiento Técnico de Cesárea Segura.

Lineamiento Técnico de Tamiz Neonatal

Estrategia del Hospital Amigo del Niño y de la Madre

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Diario Oficial de la Federación 19-II-2013.

NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria. Diario Oficial de la Federación 19-XII-2012.



NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. Diario Oficial de la Federación. 07-I-2013.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación 17-II-2003.



I. Objetivos del Sector

1.1 Objetivo General

Dar a conocer al Sector Salud y a las áreas competentes información con respecto a la incidencia y prevalencia de las enfermedades más comunes en el Estado, así como los recursos físicos y humanos existentes con el fin de establecer estrategias que garanticen la calidad de los servicios que se otorgan.

1.2 Objetivos Especificos

- ✓ Fortalecer la prevención y promoción de la salud a través de la identificación de las condiciones de salud.
- ✓ Identificar áreas de oportunidad para lograr la equidad, calidad y accesibilidad de los Servicios de Salud a la población.
- ✓ Mejorar la capacitación y el desarrollo del recurso humano.
- ✓ Contribuir al fortalecimiento del Sector Salud mediante la optimización de los recursos humanos, materiales y financieros.
- ✓ Mejorar la capacidad instalada de infraestructura a través de la ubicación de las redes de servicios.



1.3 Misión, Visión y Valores

Misión

Proporcionan servicios integrados de atención a la salud de la población con dignidad, y equidad de género, a través de la implementación de políticas públicas para contribuir a la construcción de una sociedad más justa.

Visión

Ser la dependencia líder del Sector que garantice la prestación de servicios de salud con calidad y equidad de género, asegurando la igualdad de oportunidades sin discriminación al interior y exterior de la institución.

Valores

Responsabilidad, Identidad, Empatía, Calidad, Compromiso Social, Honestidad, Sentido Práctico, Humanismo, Eficiencia, Respeto, Disciplina, Tolerancia.



II. Situación Actual de Salud

2.1 Antecedentes

El propósito de la elaboración de un diagnóstico de salud es tener un estudio objetivo del nivel de salud del Estado mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada región, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. El diagnóstico de salud es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria.

Conocer la situación del proceso salud – enfermedad de cada una de las regiones del Estado, para lo cual, hay que realizar lo siguiente:

- Crear un plan o proyecto para producir mejor salud.
- Mejorar el nivel de salud de cada región.
- Ayudar a la región y dar solución a los problemas que esta presenta.

¿Cómo comenzar?

Para planificar una intervención de salud lo primero que hay que hacer es analizar y medir el estado de salud de la población. La realización de un diagnóstico de salud se parte de cero, pues apenas se va a conocer y ver qué problemas presenta el estado.

Se deben tomar en cuenta varios datos sobre el Estado de Zacatecas que nos permita conocerlo así poder determinar los problemas que presenta. Estos deben estar divididos o analizados desde el punto de vista cuantitativo y el cualitativo, ya que necesitamos los datos y cifras para registrar, pero también necesitamos del testimonio y opinión de quienes integran la comunidad. Para así facilitar el proceso de determinación de problemas.

2.2 ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Zacatecas es la octava Entidad Federativa por su tamaño; cuenta con **75,539.33** km² de superficie territorial se localiza al centro norte de la República Mexicana.

Su territorio comprende extensas llanuras semidesérticas en la zona norte, así como valles situados entre los altos sistemas montañosos; al suroeste se encuentra ubicada la Sierra Madre Occidental, limita al Norte con Coahuila, al Este con San Luis Potosí, al Sur y Sureste con Jalisco y Aguascalientes, al Suroeste con Nayarit y al Noroeste con Durango (ver mapa N° 1).

Cuenta con **58** municipios, los cuales se encuentran agrupados en **8** regiones funcionales las cuales responden a orientación territorial e intereses comunes para



aprovechar su potencialidad en cuanto a recursos naturales, humanos, equipamiento infraestructura y servicios, instituciones, etc., criterios establecidos por el **Comité de Planeación para el Desarrollo de Zacatecas (COPLADEZ)**; en aspectos de salud, los Servicios de Salud de Zacatecas han regionalizado el Estado en **7 Jurisdicciones Sanitarias (ver mapa N° 2 y 3)**.

2.2.1 DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN

Su población de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 fue de **1'492,668** habitantes, mientras que en los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 es de **1'579,209** habitantes y para el 2017 es de **1'600,412** habitantes según la proyección de población CONAPO y con una densidad de población de **21.19** hab. por km² (**ver cuadro N° 1 y 2**).

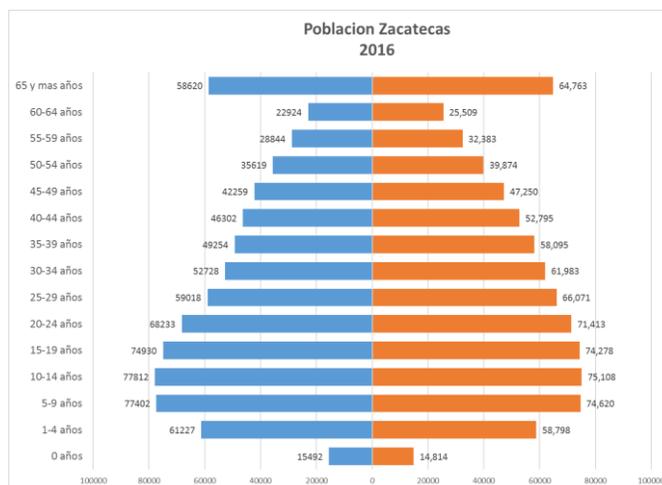
La población urbana representa el **61.43%** y la rural el **38.57%** del total, esta última teniendo un decremento con respecto a los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Sin embargo, varias Jurisdicciones Sanitarias aún presentan niveles altos de población rural como son **Ojocaliente, y Concepción del Oro (ver cuadro N° 3)**.

Los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, indican que en el Estado existen **4,672** localidades donde se destacan **3,437** menores de 100 habitantes, que representan el **73.57%**. Este hecho, representa una de las grandes limitantes para ofertar servicios de salud a esta población (**ver cuadro N° 4**).

La emigración hacia las principales ciudades del país y hacia los Estados Unidos dada por las características muy peculiares de la Entidad, por un lado, ha impreso a la entidad situaciones socioeconómicas específicas y, por otro lado, ha sostenido una tasa de crecimiento total de **0.77** para el 2016 y de **0.74** para el 2017, esto según los indicadores demográficos 2010-2030 de CONAPO, lo que representa una desaceleración en el crecimiento de la población, sobre todo en los municipios de mayor expulsión de fuerza de trabajo, y que es menor a comparación de los datos nacionales que tienen 1.03 para el 2016 y 1.00 para el 2017 (**ver cuadro N° 5**).

La permanencia de altas tasas de natalidad y la constante disminución de las tasas de mortalidad tanto en el nivel nacional como en el Estado, tuvieron como consecuencia un rejuvenecimiento de la población hasta los años setentas y ochentas, sin embargo, en las últimas décadas este fenómeno se ha detenido por lo que hoy el grueso de la población se encuentra en los grupos de edad productiva y adultos mayores (**ver cuadro N° 6 y 7**).





Fuente: Proyecciones de Población 2010-2030, CONAPO/DGIS

La esperanza de vida de los zacatecanos al nacimiento es un indicador resumen de muchos factores que inciden en el estado de salud de una comunidad, para la entidad se ha elevado del 2012 al 2016 de **71.72 a 73.03** en hombres y de **77.56 a 78.05** en mujeres observándose un alza y que repercute en una mayor demanda de servicios en programas de enfermedades crónico no transmisibles y por ende, se requiere de un mayor presupuesto para la atención de este tipo de pacientes (**ver cuadro N° 8**).

De acuerdo al indicador elaborado por CONAPO 2015, la marginación en el Estado ocupa el 14° lugar en el contexto nacional. De los 58 municipios de la entidad, 3 se clasifican en alto, 21 en medio, 29 en bajo y sólo 5 en muy bajo (**ver cuadro N° 9 y mapa N° 4**).

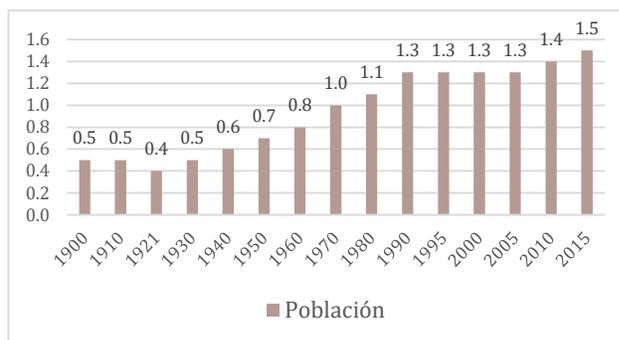
Anteriormente solo el municipio de Jiménez del Teúl perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria de Fresnillo presentaba Alto grado de marginación, actualmente los municipios de El Salvador y Mazapil ambos pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria de Concepción del Oro han sido incluidos en este rango. Los municipios con Medio Grado de Marginación son 21 entre los que están Pinos, Genaro Codina, General Panfilo Natera, Melchor Ocampo y Villa Hidalgo, donde las Jurisdicciones predominantes son las de Jalpa y Tlaltenango. Entre los municipios de la lista con Bajo Grado de Marginación son Monte Escobedo, Ojocaliente, Ciudad Cuahutemoc y Fresnillo, aquí predominan las Jurisdicciones de Tlaltenango, Ojocaliente y Jalpa. Y los municipios de Guadalupe, Morelos, Zacatecas, Calera y Jeréz presentan un nivel Muy Bajo de Grado de Marginación.

El total de población clasificada en alto grado de marginación es de **26,191**, con grado medio **322,032**; grado bajo **794,089** y por último con grado muy bajo **446,106**, estos datos según la proyección de población CONAPO 2016.

2.2.2 DINÁMICA DE POBLACIÓN



En el Estado de Zacatecas, los Censos, los Conteos de Población y las Encuestas Intecensales se han realizado desde el año 1900 hasta el 2015. En la siguiente gráfica se muestra el crecimiento de la población a través de los años y por cada evento censal.



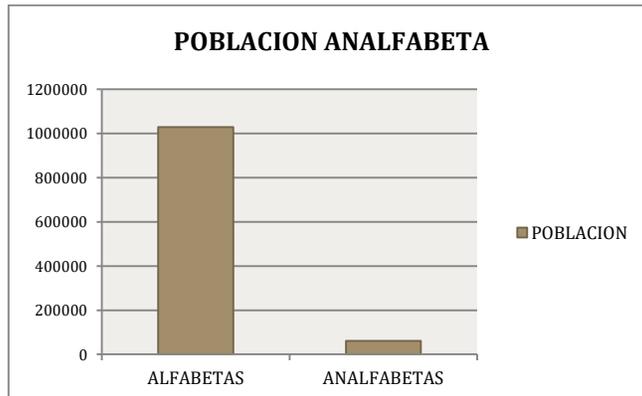
Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda 1900-2015

De 1900 a 1910 prácticamente la población se mantuvo, pero en el Censo de 1921, se registró una disminución en el número de habitantes, y a partir de 1930 y hasta la fecha se ha presentado un crecimiento constante, observando solo un ligero crecimiento en la última década.

2.2.3 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

ANALFABETISMO

Los índices de analfabetismo en el Estado de Zacatecas se encuentran relativamente bajos, se ha logrado avanzar en forma sustancial, alcanzando el **94.86** % de la población de 15 años y más de acuerdo a los datos de la Encuesta intercensal INEGI 2015, saben leer y escribir; sin embargo, es importante impulsar los programas de alfabetización para abatir el rezago aún existente que es de **4.39** % (cuadro N° 10)



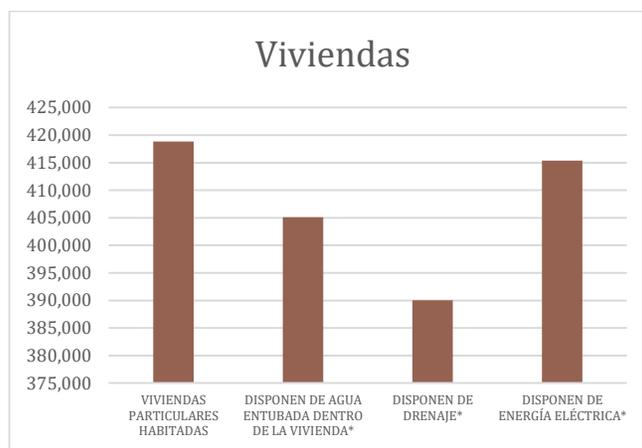
FUENTE: Encuesta Intercensal 2015, INEGI

VIVIENDA



La disponibilidad de servicios en las viviendas se asocia no sólo a los niveles de bienestar social sino también con los niveles de salud de la población.

El número de viviendas en relación a sus ocupantes refleja el promedio de personas por vivienda; para Zacatecas este es de **3.8** de acuerdo a la Encuesta Intercensal INEGI 2015, la disponibilidad en las viviendas zacatecanas de los tres servicios básicos; agua entubada, drenaje y energía eléctrica, han incrementado notablemente, aunque existe una variación significativa entre el medio urbano y el rural; de acuerdo a la fuente anterior se tiene que del total de viviendas un **96.74%** cuenta con agua entubada, un **93.14%** disponen de drenaje y un **99.20%** energía eléctrica (ver cuadro N° 11).



FUENTE: Estimaciones en base a la Encuesta Intercensal 2015, INEGI

2.3 DAÑOS A LA SALUD

2.3.1 SALUD PÚBLICA

La transición epidemiológica es el aparente cambio de los patrones de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas – degenerativas, teniendo como resultado una ganancia en la esperanza de vida poblacional. Se divide en tres etapas fundamentales:

1. Estancamiento en las tasas de morbilidad en niveles muy altos.
2. Control importante en la morbilidad, determinado por el mejoramiento de las condiciones de vida y medidas de control sanitario.
3. Enfermedades crónico – no transmisibles provocadas por el hombre, esta constituye una fase de meseta para las tasas de mortalidad, pero en niveles más bajos.



Los acelerados cambios demográficos que proporcionan el envejecimiento de las poblaciones no han dejado de manifestarse en el Estado. La pirámide poblacional empieza a dar muestra de ello, con un ensanchamiento en su cúspide al tiempo que la base se estrecha.

El incremento de la esperanza de vida, aunado a las mejores condiciones de vida de la población y al adelanto en la calidad de la atención médica, conduce al fenómeno observado de morbilidad y mortalidad en los últimos decenios.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, accidentes, trastornos circulatorios, enfermedades del metabolismo y enfermedades degenerativas, actualmente ocupan los primeros sitios.

La mayoría de las enfermedades infecciosas han declinado como causa de muerte, sin embargo, aún tienen gran importancia en cuanto a impacto sobre la demanda de servicios de salud y de producción de incapacidad, secuelas y muerte.

La distribución y la incidencia de la mortalidad en el interior de la población distan mucho de ser homogéneas. Estudiar las características de la distribución de estos problemas a través de los estratos urbano y rural, así como de los estratos socioeconómicos es indispensable.

México y por ende el Estado de Zacatecas podría estar experimentando una transición retardada, donde la combinación de las enfermedades crónicas e infecciosas persistiría por largo tiempo.

Esto reflejaría una polarización epidemiológica de la sociedad, donde los segmentos más acomodados habrían llegado al término de la transición, mientras que los grupos más pobres, seguirían presentando la patología pre - transicional, como sería la coexistencia de enfermedades infecciosas y desnutrición con enfermedades crónicas degenerativas y accidentes.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El objetivo del Programa de Vigilancia Epidemiológica es asegurar el monitoreo de los padecimientos de interés epidemiológico, con la característica de realizar análisis encaminado a dirigir acciones anticipadas para prevenir y mejorar los problemas de salud de la población de padecimientos de interés epidemiológico. Mediante los componentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica que tiene como proceso la recopilación y el análisis de la información, así como la interpretación con la finalidad de establecer acciones necesarias en el ámbito de la prevención y control de los diferentes padecimientos se



proporciona un panorama sólido que nos permite incidir, profundizar o rectificar las acciones de prevención y control ya establecidas.

Durante el año 2016 se tienen notificados en la población general 972,670 casos con una tasa 61,235.14 por cada 100 mil habitantes de la entidad en promedio el 75% de los casos corresponden a enfermedades transmisibles, Para los menores de 1 año los casos reportados 64,081 y la tasa de 211,446.58 por 100 mil menores de 1 año En cuanto a los casos notificados en población preescolar de 1 a 4 años 150,819 y su tasa de 125,656.32 por cada 100 mil habitantes de este grupo. Asimismo, se tiene el reporte por grupo etario de interés para los diferentes programas sustantivos.

Con la finalidad de documentar o descartar las enfermedades prevenibles por vacunación se estudiaron mediante sistema especial:

- Casos descartados de Sarampión y Rubeola 71
- Casos de Sx. Coqueluchoide 33
- Casos de Tos Ferina 3
- Casos de Parálisis Flácida Aguda 16 negativos a Poliomieltis
- Casos de influencias probables 2117 de las cuales se documentaron 324 casos positivos 15.3%, correspondiendo 95 H1N1 y 229 de otros tipos de influenza.
- No se documentaron casos de Síndrome de Rubeola Congénita

Otros padecimientos de interés a la población es la Hepatitis "A" notificándose para el presente año 122 casos descenso del 37% en relación al año anterior.

Las rickettsiosis padecimiento que por su trascendencia se agrega para la investigación sistematizada acumulan en sus diferentes formas 33 casos 2 de los cuales corresponden al tifo murino.

Otros padecimientos no transmisibles de interés dado la carga familiar y social que representan y que en la mayoría se pueden prevenir son los defectos de tubo neural y cráneo faciales para el presente 2016 se documentan 18 casos (8 anencefalías, 2 microcefalias, 2 espinas bífidas y 6 paladar hendido.

Lo anterior nos permite visualizar de forma general los daños a la salud que con acciones prioritarias dirigidas y de seguimiento se puede mejorar la incidencia de dichos padecimientos.

NUTRICIÓN

La nutrición se define como el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y líquidos necesarios para el buen funcionamiento, el crecimiento y una



correcta homeostasis que llevará a cabo las funciones vitales del organismo. También es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.

El sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera exponencial durante las últimas décadas, considerándolas como un problema de la Salud Pública, que lleva el riesgo de desencadenar enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias entre otras patologías y que representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, por el uso de recursos especializados y de alto costo.

Por el incremento acelerado de la población con sobrepeso y obesidad, y la aparición de enfermedades relacionadas con la nutrición, como diabetes, anemia e hipertensión se decidió realizar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC) en 2016 con el objetivo de dar seguimiento e identificación oportuna en el estado de salud y nutrición de la población y el reforzamiento y/o ajustes de las acciones necesarios para el cese y resolución de estos padecimientos.

En Zacatecas, la evaluación del estado nutricional de la población escolar de 5-11 años de edad se realizó en 3,184 individuos que representan a 15,803,940 escolares en el ámbito nacional. De acuerdo con la información en el ámbito nacional, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población en edad escolar en 2016 fue 33.2%, en 2012 esta prevalencia fue 34.4%.

La prevalencia de sobrepeso fue de 17.9% y de obesidad de 15.3% en 2016. La cifra de sobrepeso fue 1.9 puntos porcentuales menor que la observada en la ENSANUT del 2012 (19.8%), mientras que la de obesidad fue 0.7 puntos porcentuales mayor (14.6%). Las prevalencias de sobrepeso (20.6%) y de obesidad (12.2%) en niñas en 2016 son muy similares a las observadas en 2012, sobrepeso 20.2 y obesidad correspondiente a 11.8%. Las prevalencias de obesidad (18.6%); en niños en 2016 son muy similares a las observadas en 2012 (17.4%). En 2016, se observó una prevalencia mayor de obesidad en los niños 18.3% en comparación con las niñas 12.2%.

La distribución por localidad de residencia mostró una mayor prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en las localidades urbanas (34.9%) en comparación con las localidades rurales (29.0%). Sin embargo, en 2016 la prevalencia de obesidad aumentó 2.7 puntos porcentuales en localidad rural con respecto al 2012.

La evaluación del estado nutricional de la población de 12-19 años de edad se realizó en 2,581 individuos que representan a 18,492,890 adolescentes en el ámbito nacional. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población adolescente fue de 36.3%,



1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012, 34.9%. La prevalencia de sobrepeso fue de 22.4% y de obesidad de 13.9%. La prevalencia de sobrepeso (26.4%) en adolescentes de sexo femenino en 2016 es 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012 (23.7%). La prevalencia de sobrepeso (18.5%) y obesidad (15.0%) en adolescentes del sexo masculino en 2016 son muy similares a las observadas en 2012 (19.6%); obesidad (14.5%).

El sobrepeso en las mujeres fue mayor 26.4% al observado en los hombres 18.5%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 2016 en hombres fue de 33.5% y en mujeres de 39.2%. En 2012, estas cifras fueron 34.1% y 35.8%, respectivamente.

Por tipo de localidad, la prevalencia de sobrepeso fue 11.6% más alta en las localidades rurales que en las urbanas, y la prevalencia de obesidad fue 16.8% más alta en las localidades urbanas que en las rurales. En la categorización por regiones, la prevalencia de obesidad fue mayor en la región Norte.

En el año 2016 en el Estado de Zacatecas, de acuerdo con los Sistemas de Información vigentes, se encontró que hubo 8,646 ingresos a control nutricional, de acuerdo con el grupo de edad y por jurisdicción, el total de niños que ingresaron a control nutricional para seguimiento corresponde para el rango de edad menor a 6 meses el 61.5%, de 6 a 11 meses el 11%, 12 a 23 meses el 5.1%, 2 a 4 años el 10.7% del total de la población total. Se encuentra el total de niños en control nutricional con Sobrepeso y Obesidad de acuerdo a grupo de edad y jurisdicción del estado en el año 2016, hay un total de 36, 673 menores de 4 años y 662 desnutridos graves. En 2016, se lograron recuperar 997 infantes a su peso normal.

ACTIVIDAD FÍSICA

La inactividad física es considerada uno de los factores de riesgo de mortalidad más importante de México, en cuyo rubro, los cambios tecnológicos han propiciado que las personas tengan un estilo de vida más sedentario con episodios breves y ocasionales de actividad moderada o vigorosa durante el día. Las actividades laborales, el transporte y el tiempo libre se han convertido en tareas de muy baja demanda energética. Las actividades sedentarias tienen una influencia directa en el metabolismo, la salud ósea y cardiovascular.

Se obtuvo información sobre actividad física para 1,843 niños de 10-14 años, que representan a 11,257,112 individuos a nivel nacional. En total, el 17.2% de la población entre 10-14 años de edad cumple con la recomendación de actividad física de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, realizan al menos 60 minutos de actividad moderada-vigorosa los 7 días de la semana. Además, se observa que los niños son significativamente más activos (21.8%) que las niñas (12.7%). La prevalencia de tiempo



frente a pantalla de hasta 2 horas por día disminuyó ligeramente de 28.3% a 22.7% de 2006 a 2016. En 2016, únicamente el 21.0% de los niños y 24.4% cumplieron con la recomendación de la Academia Americana de Pediatría de pasar no más de 2 horas diarias frente a pantalla.

Dentro del grupo de edad de 15 a 19 años, se obtuvo información sobre actividad física para 1,419 adolescentes de 15 a 19 años, que representan a 11,370,175 adolescentes a nivel nacional. En este grupo de edad la proporción de participantes que reportaron tener actividad física suficiente, ya que realizan al menos 420 minutos por semana de actividad moderada-vigorosa, aumentó de 56.7% a 60.5% de 2012 a 2016. De acuerdo a los datos del 2016, los hombres son significativamente más activos por este criterio (69.9%) en comparación con las mujeres (51.2%).

La proporción de adolescentes con un tiempo frente a pantalla inferior a dos horas disminuyó ligeramente de 27.1% a 21.4% de 2006 a 2016, este cambio fue mayor en el grupo de las mujeres (28.6% vs. 17.4%) que el grupo de los hombres (25.7% vs. 25.3%). En 2016 no hubo diferencia en la proporción de adolescentes hombres o mujeres que pasaron hasta 2 horas diarias frente a pantalla, situación que obliga a trabajar de forma coordinada con otras áreas y dependencias para promocionar los beneficios de la actividad física.

VACUNACIÓN UNIVERSAL

El Estado de Zacatecas se encuentra ubicado como una de las diez Entidades Federativas con mejores coberturas de vacunación a nivel nacional.

La cobertura con esquema completo por grupo poblacional para el 2016 es la siguiente: En el grupo de menores de un año de edad en el año 2016, se obtuvo un logro de 89% en esquemas completos de vacunación con la participación coordinada de las instituciones que conforman el Sistema Estatal de Salud, así como por la implementación del Certificado de Nacimiento en hospitales públicos y privados; lo cual nos permite el ingreso de los recién nacidos a los censos nominales y que permite dar seguimiento al esquema vacunal.

En el grupo de un año, logramos una cobertura de 91%, en el grupo de edad de 4 años 100% y en el grupo de 6 años 92%. Otro aspecto importante es la coordinación con el programa de planificación familiar para la captación e intercambio de información con las parteras tradicionales para la incorporación e inicio de esquemas básicos de vacunación de los recién nacidos atendidos.



Para dar seguimiento a los esquemas vacúnales de los menores de ocho años se realizan acciones de fortalecimiento del uso del censo nominal, el cual permite llevar un registro de los niños con las dosis aplicadas y faltantes, identificar el domicilio de residencia habitual, lográndose así una más fácil localización geográfica de la población de riesgo.

Se cuenta además también con 55 vacunadores permanentes, de los cuales 14 se encuentran en las brigadas de vacunación que tienen la misión de llegar a las áreas más inaccesibles del Estado, y 41 están ubicados en unidades médicas de mayor complejidad. Asimismo, se dispone de apoyo extraordinario de vacunadores eventuales, para realizar las actividades de las Jornadas Intensivas de Salud y Operativos.

Para mantener altas coberturas se requiere un esfuerzo todavía mayor, así como de mayores recursos, ya que los grupos no vacunados, aunque pequeños, son de muy difícil acceso: urbanos y rurales marginados.

SEGURIDAD VIAL Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Las lesiones por accidentes son un grave problema de salud pública que requiere la atención inmediata de la sociedad mexicana. Esto debido al costo social y económico que generan.

Las lesiones por tránsito son, en su mayoría, el resultado evitable de comportamientos de riesgo, como: conducir bajo la influencia del alcohol, no usar el cinturón de seguridad y los dispositivos de retención infantil, conducir a exceso de velocidad, no usar casco al conducir motocicletas, el uso de distractores como el celular, entre otros. Se ha comprobado que dichos factores de riesgo pueden reducirse por medio de intervenciones con alta eficacia basadas en evidencia científica. Así mismo son prevenibles en su mayoría, los accidentes como ahogamientos, asfixias, caídas, quemaduras y los envenenamientos.

Los factores causantes de los accidentes son diversos y complejos. Muchas veces están intrínsecamente inmersos en el comportamiento social, por lo que resulta difícil provocar modificaciones en los hábitos y creencias de la población. Como respuesta a este problema, la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) lleva a cabo una serie de acciones tendientes a disminuir los daños a la salud que provocan las lesiones, mediante la promoción de la seguridad vial, la prevención de accidentes y la mejora en la atención a víctimas.



Principales indicadores en seguridad vial, Zacatecas 2015

Rubro	Numero
Accidentes Viales	3,183
• Carreteras Federales	498
• Zonas Urbanas y Suburbanas	2,685
Defunciones	374
• Peatones	74
• Ciclistas	2
• Motociclistas	35
• Automóviles	151
• Camionetas	96
• Carga pesada	4
• Autobús	1
• Otros y los No Especificados	11
Población	1,576,068
Parque Vehicular	403,909
Tasa de Mortalidad	23.7 x 100 mil hab.
Tasa de Accidentalidad	7.9 x 1,000 vehículos
Tasa de Letalidad	11.7 x 100 accidentes
Tasa de Motorización	256.3 x 1,000 hab.

Fuente: Perfil Estatal Zacatecas 2015, CONAPRA.

Los 5 municipios en el estado con mayor número de accidentes viales durante 2015, en orden decreciente fueron: Zacatecas, Guadalupe, Fresnillo, Rio Grande y Sombrerete; y los de mayor mortalidad por esta misma causa, también en orden decreciente fueron: Fresnillo, Zacatecas, Mazapil, Sombrerete y Pinos.



Perfil Epidemiológico Zacatecas 2015 de Lesiones Accidentales en Grupos Vulnerables

2015							
Variables		Ahogamientos	Asfixia	Caídas	Quemaduras	Envenenamiento	
Lesiones Fatales	Total	39	39	31	2	54	
	Sexo	Masculino	33	25	29	2	44
		Femenino	6	14	2	0	10
	Grupo de Edad	0-9 a	12	19	1	0	1
		10-19 a	6	1	1	0	2
		20-59 a	11	8	19	0	29
		60 y mas	9	11	10	2	21
	Lugar de Ocurrencia	Vivienda Particular	3	21	12	1	33
		Vivienda Colectiva	0	2	0	0	0
		Escuela u oficina pública	0	0	0	0	0
		Áreas Deportivas	2	0	1	0	0
		Calle o carretera	3	3	7	0	1
		Áreas comercial o de serv.	0	1	1	0	1
		Área industrial	0	0	1	0	0
		Granja	16	0	5	1	1
		Otro	14	0	1	0	3
		Se ignora	1	12	3	0	15
	Lesiones No Fatales	Total	4	20	27,490*	1,899**	5,237**
		Encuestas Nacionales de Salud + Egresos Secr. de Salud e IMSS + SIS-17P	Masculino	2	11	16,682	1,035
Femenino			2	9	10,808	864	2,535
		0-9 años	3	8	5,430	474	1,064
		10-19 años	1	3	5,680	224	949
		20-59 años	0	7	12,380	995	2,576
		60 y mas	0	2	34,000	206	648
Tasa de Mortalidad x 100,000 hab.	2.47	2.47	1.97	3.43	0.13		

* Se suman además de Encuestas Nacionales, Egresos y SIS, los datos obtenidos de Urgencias.

** Se suman además de Encuestas Nacionales, Egresos y SIS, los datos obtenidos de Urgencias y SUIVE.

Fuente: Perfil Epidemiológico Zacatecas, CONAPRA.

Durante el año 2016 se realizaron las siguientes actividades:

1. Sensibilización en Seguridad Vial

Se sensibiliza a la población en general en temas de Seguridad Vial como son el Uso de casco al Conducir Motocicleta, el uso de Cinturón de Seguridad al



Conducir, El uso de Sistemas de Retención Infantil, El Exceso de Velocidad, Alcohol y Conducción y Distractores al conducir, logrando un total de 1,078 pláticas con 28,205 asistentes.

2. Capacitación a la Sociedad Civil como Primer Respondiente
Se realizaron 35 cursos con un total de 672 personas capacitadas como primer respondiente en atención inmediata de urgencias médicas.
3. Operativos de Alcoholimetría
Se instalaron un total de 404 puntos de revisión de alcoholimetría en los municipios Prioritarios (Zacatecas, Fresnillo, Sombrerete y Rio Grande), realizándose un total de 9462 pruebas, en las que se detectaron 7,620 conductores “No Aptos para Conducir”, de los cuales fueron 6,768 Hombres y 852 Mujeres.
4. Auditorías en Seguridad Vial
Se realizaron un total de 2 Auditorías Básicas en Seguridad Vial, en el Municipio Prioritario de Zacatecas, la primera en Tránsito pesado Km 11+000, Crucero de Acceso a Colonia Colinas del Padre 1ª Sección, la cual se realizó trabajo y gestión para la implementación; la segunda se realizó en Vialidad Adolfo López Mateos Km: 8+000 al 8+300, en el tramo Ingeniería y Escuela de Minas, de la cual además del trabajo y gestión se logró realizar la implementación de las recomendaciones emitidas.
5. Campañas de Comunicación
Se realizaron 3 campañas de Prevención de Accidentes durante los periodos vacacionales de “Semana Santa”, “Verano” y “Decembrino”, durante los cuales se lograron las siguientes acciones:
 - Reproducción de 588 spots de televisión en las televisoras Televisa, TV Azteca, Grupo B15, Info TV 9, 20 TV y Megacable.
 - Se repartieron 10,914 trípticos y folletos oficiales alusivos a prevención de accidentes.
 - Se difundieron 3,539 mensajes de prevención de Accidentes y videos en Facebook y Twitter.
 - Se acudió a 13 entrevistas para difusión de campaña de prevención de accidentes en medios de comunicación como Televisa, TV Azteca, Canal 9, NTR, México Explorer, Radio Zacatecas y Stereo Zer.
 - Se difundieron mensajes de prevención de accidentes en 31 ceremonias litúrgicas.
 - Se contó con 28 puestos de socorro durante los periodos en los que se contó con 37 ambulancias, 26 médicos, 430 Técnicos en Urgencias Médicas, 28 primeros respondientes y se logró una atención a 742 turistas, de los cuales se trasladaron 160 a unidad hospitalaria.
6. Medición de Factores de Riesgo en municipios de Zacatecas y Guadalupe



Se realizaron 2 mediciones en cada municipio: Una sobre el uso de distractores en conductores (como el Celular) y otra medición sobre el uso de Sistemas de Sujeción en Ocupantes de vehículo (Cinturón de Seguridad y Sistemas de Retención Infantil)

7. Línea Basal de Factores de Riesgo en el Hogar

Se realizó estudio de Línea Basal de Factores de Riesgo en el Hogar en el municipio de Sombrerete.

8. Observatorio Estatal de Lesiones

Se reinstala y reinicia operaciones el Observatorio Estatal de Lesiones.

URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

Las urgencias epidemiológicas son aquellos eventos que tienen la capacidad potencial o real de ocasionar daños a la salud en la población de una comunidad determinada y que amerita una respuesta inmediata para limitar la diseminación de los mismos. Los factores que determinan la clasificación de un evento como una urgencia epidemiológica son su magnitud (cuantificada mediante la morbilidad) y trascendencia (evaluada por sus secuelas y/o letalidad).

En términos generales, las urgencias epidemiológicas se tienen clasificadas en las ocasionadas por las enfermedades infectocontagiosas, intoxicaciones (alimentarias o causadas por sustancias químicas) y los desastres (naturales o provocados por el hombre).

Durante el año 2016 se presentaron y atendieron 39 brotes de enfermedades en el territorio estatal, enlistándose de la manera siguiente: 11 pediculosis, 9 varicelas, 3 enfermedad mano pie boca, 3 intoxicaciones alimentarias, 2 enfermedades diarreicas agudas, 2 hepatitis "A", 1 infección asociada a la atención a la salud, 1 brucelosis, 1 enterococcus faecium, 1 dengue, 1 echerichia coli, 1 p. aeruginosa, 1 tos ferina y 1 enfermedad febril exantemática.

Además, se mantiene vigilancia permanente durante las temporadas de calor, de fenómenos hidrometeorológicos y temporada invernal, no presentándose afectaciones a la población durante estas temporadas.

En coordinación con la Dirección Estatal de Protección Civil y Bomberos se establecen 116 refugios temporales en los 58 municipios del estado, siendo validados por la Secretaría de Salud.

Se realizaron 4 reuniones del Comité Estatal para la Seguridad en Salud con el objetivo de establecer planes de acción para atender a la población de manera oportuna y



eficaz en caso de alguna contingencia durante las temporadas de fenómenos hidrometeorológicos y temporada inernal, logrando tener saldo blanco en ambas.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS

La demanda de atención para las enfermedades diarreicas agudas, en el año 2016 el total de consultas demandadas en grupo etario de menores de un año a 4 años de edad que acuden por primera vez es de 126,396 de la totalidad de estas consultas solo se reportan 8,573 que acuden por presentar enfermedad diarreica aguda.

El total de los casos presentados de enfermedad diarreica aguda, el 98% de los casos reciben un plan de hidratación A, el 1.2% el plan de hidratación B y sólo el 0.9% llegan al momento de la consulta en estado de deshidratación grave con plan de hidratación C.

Las cifras de los casos han disminuido por las actuales acciones sanitarias y políticas, tales como la vacunación anti rotavirus y anti sarampión, la ministración de megadosis de vitamina A y el uso de antiparasitarios en Semanas Nacionales de Salud a poblaciones de riesgo; la promoción de la lactancia materna, así como la terapia de hidratación oral, siendo esta una de las mejores estrategias de mayor impacto que ha permitido reducir de manera importante la mortalidad por este padecimiento. Otras de las acciones establecidas por el trabajo coordinado es la capacitación de la madre o cuidador del menor en relación a los cuidados dentro del hogar, la oportuna identificación de los signos de alarma y la promoción del suero vida oral, logrando que tenga el reconocimiento como un medicamento que ha salvado millones de vidas, en el 2016 se ha entregado un total de 147,654 sobres entregados de Vida Suero Oral en promoción.

Dentro de las estrategias están las actividades realizadas por los Comités Jurisdiccionales y Estatales para la reducción de la Mortalidad Infantil (COERMI) donde además de dictaminar los casos de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas se emplean estrategias para evitar la mortalidad por estas causas

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Actualmente el primer motivo de consultas en cualquier grupo de edad son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), para el año 2016 con un registro de 126,396 consultas de primera vez registradas en el estado, en el grupo etario del menor de 5 años, de estas 54,614 consultas fueron con motivo de presentar una IRA. Con 134,940 consultas subsecuentes en total registradas en el mismo año solo 10 597 consultas fueron subsecuentes por presentar infección respiratoria aguda. Es decir, el 43.2% de la consulta que acude primera vez es por presentar una infección respiratoria aguda



Dentro del grupo de las IRAS se encuentran las Neumonías, considerándose la forma de mayor gravedad dentro de los padecimientos que engloban las infecciones de tracto respiratorio, el total de consultas reportadas por neumonía en año 2016 en el estado de Zacatecas fueron de 262 en el grupo etario menor de 4 años, de estas el 219 fueron consultas de primera vez y 43 de manera subsecuente.

El comportamiento de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda presenta estacionalidad siendo de los factores que mayormente influyen para una mayor incidencia y severidad de la temporada invernal y circulación de diversos agentes infecciosos.

Las neumonías se encuentran entre las 10 principales causas de mortalidad posicionándose en el cuarto lugar para la población infantil en el año 2015 con una tasa de 16.4 por cada 100 000 menores de un año, asimismo los menores de cinco años la tasa corresponde a 0.8% de este grupo etario.

Como parte de las actividades que contribuyen a tener una reducción de complicaciones por este grupo de padecimientos, así como una disminución de la mortalidad especialmente en el menor de 5 años, se tienen implementada una estrategia de capacitación a la madre de la familia sobre los cuidados del hogar, así como el reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de alarma, las pertinentes acciones de vacunación, contar con esquema completo de cuadro básico y dosis de refuerzo, además de la continua capacitación del personal de salud.

Respecto a los Comités Jurisdiccionales y Estatal de Reducción de la Mortalidad Infantil (COJURMI y COERMI) cabe mencionar que cada vez se encuentran más fortalecidos, lo cual permite tener un dictamen de mayor calidad de las defunciones, además de establecer las causas preventivas específicas y estrategias que se deben realizar para la disminución de la mortalidad específica.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÓLERA

Los investigadores calculan que cada año hay en el mundo entre 1,3 y 4 millones de casos de cólera, y entre 21,000 y 143,000 defunciones por esta causa; en el Estado de Zacatecas, el número anual de Diarreas ha ido en aumento logrando ser la segunda causa de morbilidad y de demanda en la consulta médica; no se han presentado casos de cólera toxigenicos desde el año de 1997, sin embargo se mantiene la vigilancia activa de la circulación de los distintos vibrios que pueden presentarse en el ambiente, a través de la vigilancia de las enfermedades diarreicas agudas, tomando muestra con hisopo rectal al 2% de los casos registrados en el Sistema Único de información Semanal (SUIVE), encontrando positividad a *Vibrio parahaemolyticus* y *Vibrio cholerae* No O1 (no Toxigénico), así como otras enterobacterias del tipo *Escherichia coli*, *salmonella* y *shigella*, que también



ocasionan cuadros de diarrea en la población; lo que nos indica que los factores de riesgo existen latentes y que debemos seguir alertas y previniendo. Con esto afirmamos el control epidemiológico del cólera en el Estado y la ausencia de defunciones por el mismo.

Dentro de las medidas de prevención más importantes, el adecuado lavado de manos, desinfección de alimentos que se consumen crudos, buen manejo y refrigeración de los alimentos ya preparados, consumo de agua desinfectada, y saneamiento básico general en el hogar.

DIABETES

La Diabetes Mellitus es un problema de salud global, estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, indican que en 1995 había en el mundo 30 millones de personas con este padecimiento, actualmente se estima que existen cerca de 350 millones.

Todas las enfermedades son importantes, pero la diabetes y sus principales factores de riesgo son una verdadera emergencia de salud pública ya que ponen en riesgo la viabilidad del sistema de salud. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente, ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura.

La prevalencia global de la Diabetes Mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida.

La esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce hasta entre 5 y 10 años. La prevención del desarrollo de la diabetes puede ser altamente costo-efectiva, modificaciones en estilos de vida, en particular en la dieta y actividad física, así como evitar el tabaquismo, pueden retrasar la progresión de la diabetes.

La prevalencia de diabetes reportada en ENSANUT 2012, por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Zacatecas fue de 9.4%, esta prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (9.6%) que en hombres (9.2%), con una razón mujer-hombre de uno. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (13.9 y 10.4%, respectivamente), la cual aumentó en ambos sexos de 60 años o más (23.9 y 30.5% respectivamente). En los hombres hubo casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años de edad, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.7 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a



59 años y en la de 60 años o más fue 4.2 y 12.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años respectivamente.

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Zacatecas se ubicó por encima de la media nacional (9.2%), situación que es favorable si consideramos que estadísticamente el 50% de las personas que viven con Diabetes desconocen su diagnóstico.

Actualmente, en la Secretaría de Salud de Zacatecas, contamos con 21,160 pacientes con Diabetes, de los cuales 70.9 % corresponde al sexo femenino y 29.1% al masculino.

El manejo farmacológico está distribuido de la siguiente manera: Metformina 82.1%, Glibenclamida 51.4% Insulinas 22.9%, donde un solo paciente puede recibir hasta de los tres fármacos.

En estos momentos, en base a Hemoglobina Glucosilada (Prueba que nos dice el promedio de glucosa de los 3 últimos meses en pacientes con Diabetes), el 40.1% de los pacientes se encuentra en cifras de control (HbA1C <7%), en los cuales el manejo farmacológico se basa de la siguiente manera: Metformina 69.6%, Glibenclamida 38.3% e Insulinas en un 12.7%.

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incremento 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%)

Los factores que contribuyen a la aparición de HTA son la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre otros factores. En México, esta enfermedad ha sido caracterizada epidemiológicamente gracias a las encuestas nacionales de salud. Con esta información los tomadores de decisiones en salud pública pueden identificar acciones para prevenir, aumentar el diagnóstico oportuno y controlar esta patología.

En el ENSANUT 2012 se reporta que la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más en el estado de Zacatecas fue de 15.9%,. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 21.3% en mujeres y 9.8% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1:0.5. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial a partir de los



40 años (7.8% en hombres y 25.8% en mujeres), que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (32.5% en hombres y 68.9% en mujeres). En los hombres, en la población de 60 años o más tuvo una prevalencia 11.6 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres fue 19.7 veces mayor.

Al momento se tienen en tratamiento, en esta Secretaría de Salud 34,221 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, de los cuales el 71.7% corresponde al sexo femenino y 28.3% al masculino. Del total de pacientes, 11773 viven solo con Hipertensión, el resto presenta alguna comorbilidad tal como Diabetes, Dislipidemia y Obesidad.

SALUD BUCAL

La salud bucal se considera una de las áreas del cuerpo humano más afectadas consecuencia de los malos hábitos alimenticios que tiene la población, sin importar la condición socioeconómica, esto debido a que la ingesta rica en carbohidratos está al alcance desde las primeras etapas de vida del individuo, comenzando por el uso del biberón y su alto contenido de azúcar, en su inserción a la formación escolar (preescolar-escolar) siendo estas las que tienen mayor libertad de consumir estos alimentos que predisponen altamente la presencia de caries y enfermedad periodontal, y por la falta del hábito de higiene oral, una técnica de cepillado correcta, el uso de enjuague bucal y de hilo dental todo esto coadyuva a la presencia de las principales enfermedades bucales.

La prevención juega un papel muy importante, por lo tanto, tenemos el reto y la obligación de dispersar la información para crear buenos hábitos alimenticios y de higiene oral.

Durante el año 2016 las acciones que se realizaron por parte del personal del programa de salud bucal fueron 112,570 consultas de primera vez y subsecuentes, de las cuales se obturaron con amalgama 13,878 piezas dentarias, 15,921 con resina, ionómero de vidrio 16,093, odontoxesis 25,994, sesiones de salud bucal 94,215, por lo que de cada 10 pacientes que acuden a consulta dental 8 presentan caries mayormente de 1er y 2do grado y de 3er grado un 30% de los dientes con caries que resultan en extracción de órganos dentarios permanentes teniendo como consecuencia la maloclusión, mencionar por último que la prevención siempre será el mejor aliado de la salud.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR PALUDISMO

El área palúdica ocupa 14 de los 58 municipios del Estado y tiene una extensión territorial de 14,147 Km², en 2013 se detectó en Valparaíso un caso importado del Estado vecino de Jalisco.



Los municipios objeto de vigilancia epidemiológica y entomológica y con la presencia del *Anopheles* spp vector del Paludismo son:

- Jurisdicción Sanitaria N° 3 Fresnillo: Valparaíso y Jiménez del Téul.
- Jurisdicción Sanitaria N° 5 Jalpa: Tabasco, Huanusco, Jalpa, Apozol, Juchipila, Moyahua de Estrada y Mezquital del Oro.
- Jurisdicción Sanitaria N° 6 Tlaltenango: Momax, Tlaltenango, Tepechitlán, Téul de González Ortega y Monte Escobedo.

Durante el período comprendido entre 2010-2016 como parte de la vigilancia epidemiológica de tomaron y observaron 87, 449 muestras hemáticas, con un promedio anual de 12,492 laminillas.

Los objetivos del Programa Paludismo son:

Lograr el efectivo control del Paludismo en el Estado, evitar el restablecimiento de la transmisión en áreas liberadas de la endemia, continuar en cero casos de morbi-mortalidad por Paludismo, lograr para 2017 la certificación por parte de OPS de Zacatecas área geográfica libre de Paludismo.

La colindancia con Estados de Jalisco, Durango y Nayarit con focos de persistencia de transmisión y que, debido a los movimientos poblacionales de y hacia dichos estados con fines comerciales, religiosos, laborales, etc. se corre el riesgo de la reintroducción de la enfermedad, por lo que se realizan actividades intensivas de vigilancia epidemiológica y de promoción para la salud.

De continuar con la aplicación de medidas establecidas, el Paludismo pronto estará ausente del Estado, sin embargo, la realización de un programa basado en la vigilancia epidemiológica efectiva tanto de los puestos voluntarios de notificación como de las unidades de primer nivel de atención que se encuentran dentro del área, será la base para mantener los logros del Programa como hasta hoy.

DENGUE

En 2007 se presenta el primer brote de Dengue en el Estado, 66 casos de Dengue y 2 de Dengue Hemorrágico en la localidad de Estación Camacho del Municipio de Mazapil, en la Jurisdicción Sanitaria N° 7 Concepción del Oro.

Para 2009 se registraron 28 casos de Dengue y 2 de Dengue Hemorrágico importados en los municipios de Juchipila, Apozol, Juchipila y Tlaltenango.



En 2015 en el municipio de Jalpa se registra el brote más grave presentado en el Estado, se enviaron 228 muestras serológicas al LESP, de las cuales resultaron 166 positivas a Dengue no Grave.

En 2016 se vuelve a presentar otro brote en la Jurisdicción Sanitaria N° 5 Jalpa, ahora en la cabecera municipal de Juchipila, se envían 285 muestras serológicas al LESP, resultando positivas 59 a Dengue no grave.

Se realiza monitoreo entomológico 7 municipios prioritarios, 6 de la Jurisdicción Jalpa y 1 de la Jurisdicción Tlaltenango con la siembra de 580 ovitrampas, las cuales son indicativas de la presencia del Vector, así como de las acciones a tomar para su efectivo control.

En el período comprendido entre 2010- 2016 se han visitado 328,268 viviendas, se han tratado 1 126,721 depósitos con larvicida, se han eliminado 966,207 depósitos, y se descacharrizaron 1,966 toneladas y se nebulizaron 38,850 manzanas.

Los principales problemas que interfieren son:

- Dotación de insumos por parte de la Jurisdicción para dar continuidad a las acciones, p.ej. gasolina para las máquinas pesadas de volumen ultra-bajo que se debe aplicar un ciclo de 3 días continuos de nebulización y a veces solo se trabaja un día.
- Cambios culturales en la población para que asuma su responsabilidad de apoyo al Programa, eliminando cacharros que son criaderos potenciales para la cría del mosquito vector.
- Mayor compromiso por parte de las presidencias municipales para asumir corresponsablemente en las acciones del suministro del agua potable, la recolección de la basura y su destino final, apoyo en las Descacharrizaciones etc.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a la especie humana; desde 1993 es considerada por la OMS como enfermedad reemergente porque se ha asociada con comorbilidades como lo es el VIH/Sida y la Diabetes mellitus, así como la aparición de nuevas cepas de M. Tuberculosis resistentes.

La morbilidad de la Tuberculosis Pulmonar en el estado de Zacatecas ha descendido relativamente en los últimos años, en el año 2000 se presentaron 64 casos con una tasa de 4.46 por 100,000 habitantes, teniendo un comportamiento irregular, la incidencia para el año 2016 fue de 79 casos todas formas con una tasa de 4.27 por 100,000 habitantes de los



cuales 43 casos fueron de la variedad pulmonar que representa 54.4% del total de casos con una tasa de 2.70 por 100,000 habitantes.

La mortalidad por tuberculosis “toda forma” en 1983 se encontraba dentro de las primeras 20 causas en el estado con una tasa de 7.34 muertes por cada 100,000 habitantes y en 1990 la tuberculosis pulmonar ocupó el lugar Número 18 con una tasa de 4.14 defunciones por 100,000 habitantes. La Mortalidad Pulmonar ha descendido considerablemente en los últimos años en el 2001 con tasa de 1.43 por cada 100,000 habitantes. Actualmente Al cierre 2016 con 5 muertes de tuberculosis pulmonar con una tasa de 0.31 y con 9 muertes de tuberculosis todas formas con una tasa de 0.56 por 100,000 habitantes.

VIH y SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La infección por el VIH y Sida en Zacatecas es considerada problema de Salud Pública que nos obliga a continuar con los mecanismos y estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo que se utilizan hasta la fecha para la finalidad de realizar detecciones tempranas en fase de VIH, mejorando la calidad y expectativa de vida de las y los zacatecanos.

Reconociendo la enfermedad como un problema de salud pública; se requiere para su control; acciones conjuntas e innovadoras de carácter intersectorial y social, a través de una participación multidisciplinaria y activa de instituciones públicas, privadas y organizaciones civiles vinculadas a la educación, salud, trabajo, migración, derechos humanos, desarrollo social y grupos claves, incluyendo siempre a personas que viven con VIH/SIDA, con el objeto de conocer su percepción de las estrategias de salud y medir el impacto objetivo que nos permita innovar acciones de mejora a corto plazo para la garantía de atención integral a nuestros clientes internos y externos.

Contando para esto, con mecanismos adecuados de interlocución y cooperación entre instituciones y estrategias para promover la participación activa de la comunidad zacatecana.

La migración de los sectores productivos hacia la Unión Americana es un fenómeno importante en el aspecto de la proliferación de infecciones de transmisión sexual entre las cuales se encuentra el VIH y el Sida, ubicando a la población en una amplia posibilidad de adquirirlas y diseminarlas al retornar a sus comunidades, por esto es esencial continuar con estrategias específicas en el estado que nos permitan incidir con grandes resultados en la Prevención y Control del VIH y Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

De lo anterior, se deriva que el Sida es una pandemia de dimensiones catastróficas que ha afectado a todos los países del mundo, que desde su aparición en 1981 son



muchos los avances que se ha logrado en la prevención del VIH, sin embargo debemos reconocer que todavía existen múltiples resistencias entre el personal de salud y otros sectores para incorporar adecuadamente los temas relacionados con la sexualidad, para abordar a los grupos con mayores prácticas de riesgo y para trabajar de manera decidida en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil.

La Epidemiología del VIH y el Sida demanda el uso de herramientas útiles entre las que destacan la vigilancia epidemiológica basada en la notificación, estudios de los casos y seguimiento de la mortalidad por esta causa, pero también es necesaria una vigilancia que incluya los comportamientos de riesgo y la sensibilidad para detectar los factores que favorecen la vulnerabilidad de las personas y comunidades.

Para enfrentar cada uno de los retos, en el siguiente plan se adoptan las siguientes estrategias consistentes con el área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo y Programas Estatales:

- Mejorar las condiciones de salud de las y los zacatecanos.
- Abatir la desigualdad en salud.
- Garantizar un trato adecuado y digno dentro de los Servicios de Salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el sistema de salud en particular a instituciones públicas prestadoras de Servicios.

Además incorporar retos y objetivos con referencia a la necesidad de asegurar la equidad, la calidad y la protección financiera en salud de las personas y comunidades afectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, a través de campañas masivas de prevención dependiendo del autodiagnóstico previo **(En Zacatecas las estrategias deberán ser dirigidas a grupos claves; Hombres que tienen sexo con otros Hombres, Heterosexuales con múltiples parejas sexuales, población adolescente y mujeres embarazadas).**

En la ejecución del programa de Prevención y Control del VIH y Sida e ITS aún prevalece una visión médico asistencial que no incorpora en su totalidad otros elementos fundamentales, como son: el trabajo de defensa de los derechos humanos, acciones para disminuir el estigma y discriminación, planes con enfoque de género, grupos de autoayuda, servicios de apoyo comunitario y asesoría legal.

Por ello, para lograr las metas de este programa será de vital importancia incorporar al mayor número de sectores y actores, fortalecer el compromiso y cumplimiento de la normatividad vigente; establecer mecanismos de coordinación sectorial eficientes, al más alto nivel; y garantizar el cumplimiento de acuerdos y la asignación de recursos necesarios.



Se requiere además ampliar la respuesta y enfocar las acciones preventivas a las poblaciones más afectadas o con mayor vulnerabilidad: mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras y trabajadores de sexo comercial y usuarios de drogas inyectadas, poblaciones móviles, personas privadas de la libertad, así como a los contextos sociales y económicos que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH y Sida e ITS dentro del territorio zacatecano.

Se establece como estrategias clave; promover las medidas de prevención entre las personas que están más expuestas a contraer y transmitir inadvertidamente el virus, incrementar el uso correcto y adecuado del condón masculino y femenino, impulsar programas de mitigación del daño por uso de drogas inyectables, interrumpir la transmisión vertical mediante el diagnóstico adecuado y oportuno del VIH en mujeres embarazadas, aumentar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de las Infecciones de Transmisión Sexual en las y los Zacatecanos, mediante la promoción para la detección del VIH a través de la realización de Pruebas rápidas de VIH.

Este Plan Anual de Trabajo 2017 hace referencia para todos los que trabajen en la Respuesta ante el VIH y Sida; para su elaboración se tomaron en cuenta las situaciones presentadas en Zacatecas, a través de las Jurisdicciones Sanitarias, otras Instituciones, Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales, los cuales a través de una sesión o reunión del COESIDA, se equiparara y se dará a conocer a las Organizaciones de la Sociedad Civil para continuar con el “Programa para combatir y abatir el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual” en nuestro Estado, este Programa se ejecutará en el estado de Zacatecas, en los 58 municipios, haciendo énfasis en las áreas identificadas de mayor riesgo. El tiempo planteado para realizarse corresponde del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, mediante evaluaciones de manera trimestrales por parte del Responsable Estatal del Programa para planear, replantear y/o re direccionar cuando se necesario e intensificar acciones en regiones críticas para dicha enfermedad.

Zacatecas se encuentra entre los estados afectados que tienen características peculiares de tipo social, demográficas, sociopolíticas, etc. que los hacen susceptibles de manera especial, donde influye de manera agregada la migración.

Indica que el Estado de Zacatecas es la Entidad federativa con menos casos de VIH y Sida registrados en la historia de la Enfermedad en el País solo representado el 0.5 % de los casos de VIH y 0.3 % en casos de Sida registrados en México, a la semana epidemiológica 15 del presente año, tenemos un registro acumulado a través de los años de 1,469 , por lo continuaremos con las estrategias permanentes de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las personas claves, con mayor vulnerabilidad y población en general para mantener la prevalencia, morbilidad y mortalidad del VIH por debajo de los Estándares Nacionales.



Siendo las personas en edad productiva y reproductiva, es decir entre los 25 a los 45 años de edad las más afectadas por esta enfermedad, seguidas por la población joven de los 15 a los 24 años, con predominio histórico del género masculino 4:1 en relación con el género femenino.

En nuestro Estado al igual que el resto del país; la categoría de Transmisión principal es la Vía Sexual (89.52%), con mayor afectación; Heterosexuales con múltiples parejas sexuales no protegidas con personas que viven con VIH, Hombres que tienen sexo con otros Hombres, Bisexuales, Usuarios de Drogas Inyectables, personas privadas de su libertad, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, clientes de los mismos, entre otros.

En la Secretaria de Salud de Zacatecas tenemos la accesibilidad de servicios de atención del VIH, a través de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA y otras Infecciones de transmisión Sexual en los municipios de Fresnillo y Guadalupe.

Actualmente se otorga atención Integral de manera gratuita para las y los ciudadanos que lo soliciten tanto para información, prevención, sensibilización, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con factores de riesgos para VIH/SIDA o alguna Infección de Transmisión Sexual que no tengan derechohabiencia, es decir, con Seguro popular.

En caso que cuenten con algún tipo de afiliación al IMSS, ISSSTE y SEDENA, de igual forma serán atendidos de manera gratuita en cada una de estas Instituciones de salud.

Actualmente la Secretaria de Salud de Zacatecas tienen bajo su responsabilidad a 438 pacientes de los cuales hasta este momento 416 (95%) requieren de medicamentos Antirretrovirales para su control y solo 11 (2.6%) pacientes en control que por su estado inmunológico y cantidad de virus de VIH, no requiere tratamiento farmacológico, 11 menores de edad en seguimiento (No Infectados); hijos de madres con VIH (2.4%),

Siendo la adherencia al tratamiento el factor fundamental para el control virológico de las y los pacientes, es decir, con la posibilidad de tener una buena calidad y expectativa de vida de hasta 35 a 40 años con la Enfermedad.

Es importante destacar que en la población abierta es donde se ha presentado el más alto porcentaje de casos, correspondiendo a la Secretaria de Salud de Zacatecas brindar seguimiento al 80% de la población afectada por VIH y Sida en la Entidad.

Según la regionalización, las jurisdicciones Zacatecas, Ojocaliente y Fresnillo son las que presentan más casos, correspondiendo al 72.57 % del total, influyendo de manera importante el antecedente en los individuos captados como infectados de ser migrante y/o pareja de migrante a los Estados Unidos de Norteamérica, corresponde al 14.98%.



Por lo anterior este 2017, las estrategias de prevención que se realicen de manera interinstitucional a través del Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida en el Estado (COESIDA Zacatecas), deberán ir de la mano de incidir en la población enclave, vulnerable y general perciba el riesgo de la enfermedad, ya que, si no hay percepción del riesgo, no hay detección ni diagnóstico oportuno.

Se enviará a todas las Instituciones el Plan de Trabajo 2017, así como al interior de la Secretaria de Salud de Zacatecas (CAPASTIS, Hospitales Generales, Hospitales Comunitarios, Jurisdicciones), para unificar los criterios y estrategias de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH y Sida en nuestro Estado.

ZOONOSIS.

En Zacatecas existen experiencias que han permitido reducir el impacto de enfermedades Zoonoticas (Rabia, Brucelosis, Rickettsiosis) a través de inversiones específicas, cuyos costos de ejecución son razonables. Sin embargo, estas enfermedades persisten aún en determinadas áreas geográficas, representando un riesgo para la población vulnerable residente en estos lugares.

RABIA

En Zacatecas no se registran casos de rabia en humanos desde el año 1987 y solo un caso de rabia en caninos en los últimos 17 años, aun así se sigue reforzado las actividades en el Programa de Zoonosis para continuar con estos buenos resultados.

Se registran en promedio alrededor de 500 agresiones de personas por animal sospechoso de Rabia anualmente de las cuales se administra tratamiento antirrábico de forma gratuita e inmediata a no más del 28 % de los afectados.

Se sigue llevando a cabo año con año la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina y de Reforzamiento en los meses de Marzo y Septiembre respectivamente en las que se aplican en promedio más de 300,000 mil dosis para cumplir con el 100 % de la meta anual establecida y así incrementar en más de 2 millones de dosis de vacuna antirrábica aplicadas en los últimos años, invirtiendo más de 9 millones de pesos anualmente en vacuna e insumos para lograr esta meta y mantener así el control de la Rabia en nuestro Estado.

Las jornadas de esterilización canina y felina se implementaron para tener un mejor control de esta población en nuestro Estado realizando en promedio cada año más de 7,000 mil cirugías de las cuales se tiene una meta de más de 11,000 intervenciones quirúrgicas



anuales lo que nos indica que aún hay mucho por hacer en este rubro, con ello se evitara el nacimiento de alrededor de 23 mil animales callejeros, garantizando un menor número de agresiones hacia la población.

Anualmente se realiza en promedio el sacrificio humanitario de 3,000 mil animales (perros y gatos), de los cuales al 10% se les realiza extracción de encéfalos y que son enviados al Laboratorio Estatal de Salud Pública para su procesamiento, siendo así como se continúa monitoreando el virus rábico.

El Programa Estatal de Zoonosis avanza del lugar 17 en el año 2015 a obtener el **séptimo sitio a nivel nacional en la evaluación de Caminando a la Excelencia 2016**, lo cual significa un excelente logro, este avance implicado un esfuerzo extraordinario del personal operativo del programa.

BRUCELOSIS

Zacatecas es un Estado con alta incidencia de casos de Brucelosis en los Humanos y en los animales por ello estamos considerados como zona endémica de este padecimiento al registrar en promedio más de 150 casos anuales, por ello se tiene una estrecha relación intersectorial con instituciones de Salud y Ganadería para realizar acciones específicas y evitar así mayor cantidad de casos.

Los casos de brucelosis confirmados por laboratorio son atendidos de forma gratuita en nuestras unidades médicas y se les suministran el tratamiento necesario para su recuperación, siendo el grupo de edad entre los 25 a 44 años el más afectado, sobre todo en las jurisdicciones de Zacatecas, Fresnillo, Rio Grande y C. del Oro. Al año se registran en promedio 5 brotes de esta enfermedad en el Estado los cuales representan más 60% del total de casos registrados.

RICKETTSIOSIS

Esta enfermedad es considerada como re-emergente a nivel nacional, Zacatecas no es la excepción, Estados como Baja California, Sonora y Coahuila han registrado defunciones por este padecimiento realizamos una constante vigilancia epidemiológica y gracias a lo cual se han registrado casos a tiempo y se les ha dado tratamiento evitando las defunciones.

Se realizó un Operativo contra la Garrapata Café del Perro trasmisora de la Rickettsiosis donde se realizaron actividades de rociado residual “intra y peri” domiciliar, así como la ecto- desparasitación de perros que tuvieran garrapatas para evitar la infestación, esta actividad fue apoyada por nivel federal.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Al cierre del año 2016 en la Secretaría de Salud del Estado se tuvo un total de 59,839 usuarias activas. Así mismo dentro de este rubro se cuenta con 3054 usuarias activas adolescentes. Ingresando a control un total de 13,608 usuarias nuevas de Planificación Familiar. Por otro lado, 605,098 métodos anticonceptivos fueron los entregados a nivel Estatal.

Es importante mencionar que no tenemos datos del resto de las instituciones de Salud, lo que imposibilita realizar los porcentajes comparativos.

Uno de los objetivos principales de la Salud Reproductiva es el mejorar la oportunidad de integralidad en la atención prenatal, parto y puerperio, así como la promoción adecuada de la atención al recién nacido e incrementar la cobertura anticonceptiva en el postparto e intervalo intergenesico.

SALUD MATERNA Y PERINATAL

Como es de nuestro conocimiento, la Muerte Materna, es el fallecimiento de una madre por complicaciones severas durante el embarazo, parto y puerperio, pero no por causas accidentales o incidentales. Es el punto final de un curso multicausal, cuando las circunstancias adversas, de tipo biológico, culturales, sociales, económicas, geográficas y asistencia médica, se suman desfavorablemente para terminar en funesto deceso de una madre de familia.

Es un suceso trágico de alta repercusión y costo social, por el gran vacío físico, afectivo, de guía y cohesión, que ocasiona esta orfandad en el hogar. Con su consecuente desintegración familiar.

Es también un indicador médico, que manifiesta deficiencia, tanto en la cobertura universal y deficiente control de embarazadas.

Al ser un deceso de causa multifactorial, en la que participan varias circunstancias, que explican, más no justifican la Muerte Materna y que en traducción de tiempo, se consideran las tres fatales demoras que son:

Causas	Motivos	Alternativa/Solución
--------	---------	----------------------



<p>Primera Demora en decir buscar atención</p>	<p>En la decisión de acudir a una atención médica para revisión, por desconocimiento y desinformación, sobre los datos de alarma obstétrica.</p>	<p>Otorgar orientación a toda embarazada sobre los signos y síntomas de alarma y acudir de inmediato al centro de salud más cercano.</p>
<p>Segunda demora en llegar al servicio de salud</p>	<p>Tomar decisión de buscar ayuda para el traslado de la embarazada complicada, hacia una atención hospitalaria, por no haber disponibilidad de vehículo o por razones económicas.</p>	<p>Redes de atención para el cuidado de la salud materna.</p>
<p>Tercera demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece</p>	<p>De la atención médica, por deficiencias en la infraestructura, equipamiento, insumos o recurso humano. Factores que limitan la capacidad resolutive para la emergencia obstétrica.</p>	<p>Otorgar los insumos suficientes a cada unidad de salud, capacitación constante y permanente sobre la atención de la Emergencia Obstétrica al médico sobre todo al Ginecoobstetra.</p>

En los últimos 10 años, se han registrado 132 Muertes Maternas, dando así un promedio anual de 13 fallecimientos.

En nuestro Estado de Zacatecas el comportamiento de la Muerte Materna y la Razón de la Muerte Materna se ha comportado de la siguiente manera:

Años	Casos de la Muerte Materna	Razón de la Muerte Materna (Defunciones por Cada 100 mil Nacidos Vivos)
2016	7	23.22



2015	10	33.20
2014	10	32.50
2013	14	44.15
2012	10	32.05

Fuentes:

- 1) SINAVE/DGE/Salud/sistema de Muertes Maternas/información al 24 de agosto de ambos años
- 2) DGIS/Salud/SINAC/Nacimientos 2012-2016
- 3) DGIS/Bases y Estadísticas de Mortalidad Materna 2006-2013

El lugar que ocupa nuestro Estado de Zacatecas a nivel Nacional es el 29° lugar, con menor número (7) Muertes Maternas para el 2016 con una Razón de Muerte Materna de 23.22 muy por debajo de la registrada en nivel Nacional con una Razón de Muerte Materna de 37.21.

Dentro de las principales causas básicas de la Muerte Materna se encuentran:

- Hemorragia Obstétrica 3 casos
- Enfermedades hipertensión 3 casos
- Muerte Materna indirecta 1 caso

Por lo anterior considerando a la Muerte Materna como un gran problema de Salud Pública, para evitar su incidencia, es necesario, ser consiente de sus causas, magnitud y trascendencia. Con amplia capacidad profesional y sensibilidad humana, para aceptar, que estas Muertes Maternas, constituyen **un ineludible reto médico**, que a todos nos involucra y que debemos de afrontar.

En cuanto a las debilidades con la que nos hemos enfrentado, es que no se cuenta con la cultura **de la consulta Preconcepcional**, en la cual si la mujer que pretende embarazarse acudiera a dicha consulta se podrían detectar gran cantidad de factores de riesgo y por ende evitar la muerte materna al orientarse sobre el riesgo de muerte si se llegara a embarazar.

La fortaleza con la que se cuenta para la reducción de la Muerte Materna es la universalización de la atención de la Emergencia Obstétrica, en la cual cualquier mujer embarazada que acuda a cualquier institución de salud deberá ser atendida sin importar si es o no derechohabiente.

Por ello, es urgente establecer una sinergia de capacidades, experiencias y actitudes propositivas, para pensar, diseñar, elaborar, aplicar, supervisar, evaluar, corregir y enriquecer, cuantas estrategias y acciones se propongan para evitar una Muerte Materna.



Mediante las premisas: **del enfoque de riesgo, previsión de complicaciones y prevención del daño.**

Es importante señalar que es indispensable el proceso de información, educación y comunicación a la población sobre los beneficios del programa, las acciones preventivas, factores de riesgo, signos de alarma y uso.

CANCER CERVICO-UTERINO Y MAMARIO

El cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino actualmente constituyen las dos primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años. La incidencia y mortalidad por estas causas no están asociadas de manera importante con el envejecimiento de la población y la incidencia de neoplasias malignas. Sin embargo, los estilos de vida y capacidad de respuesta de los sistemas de salud marcan los distintos panoramas regionales.

En México estas neoplasias cumplen las principales características reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones para ser consideradas como un problema de salud pública.

- Magnitud: Constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad.
- Vulnerabilidad: Existen, desde la dimensión técnica, métodos, eficaces de prevención y control.
- Trascendencia: Un elevado impacto económico por años saludables perdidos.

La detección temprana del cáncer aumenta las posibilidades de cura y por tanto, disminuye la mortalidad por esta causa. Los componentes principales de la detección son: la educación para promover un diagnóstico en etapas tempranas y el tamizaje o cribado.

El programa de acción específico de prevención y control de cáncer cervico uterino y mamario 2013-2018 tiene un modelo de atención con enfoque de procesos que considera estrategias de autocuidado y el diagnóstico temprano, organizados desde la transversalización de la perspectiva de género, constituyen elementos claves para reducir la mortalidad por los cánceres de mama y cuello uterino, alineado al Plan Nacional de Desarrollo.

CANCER DE MAMA

En México desde 2006 el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. En el año 2014, se registraron 11,372 casos nuevos de cáncer de mama con una tasa de incidencia de 22.56 por 100,000 habitantes mayores de 10 años.



En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 5,974 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 17.6 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son: Chihuahua (29.9), Nuevo León (25.6), Colima (24.1), Cd. México (24.0), Sonora (22.6), Jalisco (21.8), Coahuila (21.3), y Tamaulipas (20.5).

En el Estado de Zacatecas, en 2014 se presentaron un total de 74 defunciones con una tasa correspondiente a 18 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más por arriba de la media Nacional. Incrementándose en 2015 a 88 defunciones, con una tasa de 20. Por lo que observamos una tendencia al alza.

La edad promedio de presentación de los casos de cáncer de mama es de 54.9 años, la incidencia más alta en el número de casos se registra en el grupo de 50 a 59 años con el 45% de todos los casos.

De acuerdo a la clasificación de los casos por diagnóstico histopatológico para el año 2014, el 63.38% de los casos, corresponden a C. ductal invasor, el 17.97% a C. ductal in situ, el 10.27% a tumores epiteliales, el 4% a C. lobulillar in situ y el resto de los casos de cáncer corresponden a otros tipos de tumores malignos.

En relación a las etapas clínicas de detección de los casos de cáncer de mama, para el año 2014, el 2.04% correspondieron a carcinoma in situ, el 27.61% fueron detectados en etapas tempranas, el 24.15% en etapas intermedias, el 42.19% de los casos se detectaron en etapa tardía y el 3.98% de los casos de cáncer de mama correspondieron a tumores no clasificables.

El estado se encuentra en el lugar No.27 respecto a otros Estados en Indicadores Caminando a la Excelencia.

CANCER CERVICOUTERINO

En México también desde el año 2006 el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2015, se registraron 4,005 casos nuevos de tumores malignos del cuello del uterino con una tasa de incidencia de 5.98 por 100,000 mujeres mayores de 10 años.

La distribución de los casos de Cáncer de Cuello Uterino en relación a la edad, muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años de edad, quien registra el mayor porcentaje con alrededor del 30% de todos los casos para el año 2015; la edad promedio de presentación es a los 51.3 años.



En el año 2015, la mortalidad en el grupo específico de mujeres de 25 años y más fue de 3,994 defunciones, con una tasa de 11.5 por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 58.8 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son: Colima (17.7) Chiapas (17.6), Guerrero (15.6), Veracruz (15.4), Chihuahua (15.2) y Yucatán (15.0).

En el Estado de Zacatecas se presentaron 39 defunciones en ese mismo año, con una tasa de 8.9, la cual se encuentra por debajo de la media Nacional.

La positividad por Virus de Papiloma Humano (VPH) para el año 2016 fue de 10.4, las entidades federativas que registraron el mayor índice fueron los estados de Quintana Roo, Tlaxcala y Morelos con 13.4, 12.5 y 12.4 respectivamente.

El 79.9% de los genotipos reportados de VPH corresponden a otros VPH de alto riesgo, un 7.8% a VPH 16 y un 3.8% a VPH 18, el resto fueron debidos a coinfección de estos genotipos.

En relación a la clasificación histológica, el 51.3% de los cánceres registrados, corresponden a carcinoma epidermoide invasor, un 21.7% a carcinoma epidermoide microinvasor, un 9.4% a adenocarcinoma endocervical in situ, un 5.4% a adenocarcinoma endocervical invasor, el resto se encuentran asociados a otros tipos histológicos.

En relación a la clasificación por etapas clínicas de detección del cáncer de cuello uterino en el año 2015, el 26.5% corresponden a carcinoma in situ, el 25.51% a etapas tempranas, el 17.18% a etapas intermedias, un 31.19% a etapas tardías.

El Estado se encuentra en tercer lugar en los indicadores de caminando a la excelencia al cierre del 2016.

2.3.2 MORBILIDAD

El Sector Salud y privado por normatividad utiliza el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), el cual, con los Sistemas de Apoyo como son el Estadístico y Epidemiológico, de Defunciones y el Sistema Especial para Padecimientos de Interés Epidemiológico, nos permite conocer la morbilidad del Estado.

Morbilidad por enfermedades transmisibles. - En el 2016 se registraron 868,228 casos con una tasa de 54,659 por 100,000 habitantes.

Del 2012 al 2016 las primeras causas siguen siendo las infecciones respiratorias agudas, seguidas de infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, otitis media y conjuntivitis (ver cuadro N° 28).



Morbilidad por enfermedades no transmisibles. - Con 90,925 casos registrados y tasa de 5,724 por 100,000 habitantes para 2016.

Desde el 2012 hasta el 2016 continúan en los primeros dos lugares las úlceras, gastritis y duodenitis, y las gingivitis y enfermedades periodontal, seguidas de la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus.

Morbilidad por accidentes y lesiones. - Con 13,526 casos y una tasa de 851.5 por 100,000 habitantes para 2016.

Aparecen como primeras causa de morbilidad para este año la intoxicación por picadura de alacrán, que continúa dando señales de alarma sobre todo en las zonas endémicas de Jalpa, Tlaltenango y Fresnillo, con una tasa de 280.0 (ver mapa N° 6), así como un ligero incremento de accidentes de transporte en vehículos con motor, en el 2012 fue de 936 y una tasa de 60.9 y para el 2016 son 1,880 y una tasa de 118.4, como tercera causa se encuentra las quemaduras con 1,552 y con una tasa de 97.7, la cuarta causa es la mordedura de perro con 1,364 y una tasa de 85.9, y siendo la quinta la intoxicación por ponzoña de animales 1,270 con una tasa de 80.0 y, lo que nos habla de seguir fortaleciendo la prevención de este tipo de accidentes, todas las tasas por 100,000 habitantes (ver cuadro N° 30)

Morbilidad Hospitalaria. - El segundo nivel de atención registra porcentajes de ocupación crecientes, por lo que los eventos que causan egreso hospitalario son la base de la información considerada como morbilidad hospitalaria. En primer término, aparece el parto único espontáneo con 10,198 egresos lo que representa el 24.3%, y las causas obstétricas directas, excepto el aborto y parto único espontáneo siendo 8,054 con un 19.2% (ver cuadros del N° 31)

Se presentan cuadros de morbilidad hospitalaria por sexo y causas de cada Hospital General (ver cuadros del N° 31.1 al N° 35.2)



2.3.3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

Orden	Principales Causas	Número de Egresos	%
1	Parto único espontáneo	10,198	24.3
2	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	8,054	19.2
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	3,839	9.1
4	Aborto (solo morbilidad)	2,064	4.9
5	Colelitiasis y colecistitis	1,307	3.1
6	Hernia de la cavidad abdominal	998	2.4
7	Influenza y Neumonía	916	2.2
8	Tumores Malignos	691	1.6
9	Insuficiencia renal	674	1.6
10	Enfermedades del Apéndice	653	1.6

2.3.4 MORTALIDAD

De los indicadores más relevantes para medir los daños a la salud de la población es la mortalidad ya que refleja las condiciones de vida en todos sus aspectos, así como la transición epidemiológica de las enfermedades, los avances y deficiencias en materia de salud.

Mortalidad General. - Para el año 2016 (preliminar) se presentan en el Estado 9,135 defunciones con una tasa de 575.1 por 100 mil habitantes. De las cuales 3,944 corresponden a mujeres con una tasa de 482.30 y de 5,123 hombres con tasa de 664.75 Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 670,521 defunciones y una tasa de 5.48 por 1,000 habitantes. Las mujeres presentan una tasa de 4.74 con 296,835



defunciones y los hombres con 372,177 una tasa de 6.24 por 1,000. (ver cuadro N° 17,17.1, 17.2, 17.2.1 17.3 y 17.3.1)

Continúan siendo las enfermedades del corazón la principal causa de muerte. De 2012 a 2016 (preliminar) solo se ha alterado en orden de importancia las 7 principales causas de muerte predominando las enfermedades crónicas degenerativas, accidentes y agresiones

Las enfermedades infecciosas intestinales no aparecen dentro de las 10 principales causas de muerte; sin embargo vemos que los tumores malignos aparecen en el 3er.lugar y la diabetes Mellitus y la enfermedad Cerebrovascular nos habla de los cambios en los hábitos y estilos de vida de la época actual, la desnutrición aunque para el 2016 (preliminar) no está considera entre las 10 principales causas de registro, nos permite considerar este problema en su magnitud real sobre todo en los menores de 5 años (cuadro N° 17)

En las mujeres las tres principales causas de muerte son: Enfermedades del corazón, Diabetes Mellitus y Tumores malignos y en los hombres se presentan: Enfermedades del corazón, Diabetes Mellitus y Tumores malignos, lo que nos habla de un comportamiento muy similar al que presenta la mortalidad general (ver cuadros N° 17.2 y 17.3).

Mortalidad infantil. - Para el 2016 (preliminar) se presentan en el Estado 287 defunciones y una tasa de 947.0, de las cuales 133 corresponden a las mujeres con una tasa de 897.8 y 151 a los hombres con una tasa de 974.7 todas ellas por 100 mil N.V.R. (ver cuadros N° 18.1 18.2.1 y 18.3.1)

Destacan en los primeros lugares Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, la segunda malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas seguidas Influenza y neumonía, posteriormente Infecciosas intestinales, y enfermedades del corazón. Siendo casi las mismas causas en ambos sexos con excepción de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales en los hombres, lo que nos habla que aún falta mucho por hacer en la población infantil (ver cuadro N° 18)

Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 23,959 defunciones y tasa de 10.82 por 1,000 N.V.R. Las mujeres presentan una tasa de 9.58 con 10,352 muertes y los hombres con 13,369 y una tasa de 11.81 (ver cuadros N° 18.1, 18.2.1 y 18.3.1)

Mortalidad preescolar. - Durante el año 2016 (preliminar) se registraron un total de 67 defunciones lo que representa una tasa de 0.56 por 1,000 habitantes de 1 a 4 años, de las cuales 27 corresponden a las mujeres con una tasa de 0.46 y 38 a los hombres con una tasa de 0.62 (ver cuadro N° 19.1, 19.2.1 y 19.3.1)



En esta edad es de verdadera preocupación como los accidentes ocupan el primer lugar de mortalidad preescolar, los cuales representan el 14.2% del total de las defunciones, para nuestro Estado debe ser un foco rojo en la prevención de estos, sobre todo en el hogar; a esta causa le siguen la neumonía e influenza, malformaciones congénitas y los tumores malignos como cuarta causa, lo que nos lleva a redoblar esfuerzos en los programas preventivos (ver cuadro N° 19)

Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 4,808 defunciones lo que representa una tasa de 0.54 por 1,000 habitantes de 1 a 4 años. Las mujeres presentan una tasa de 0.51 con 2,221 muertes y los hombres con 2,570 y una tasa de 0.57 (ver cuadros N° 19.1, 19.2.1 y 19.3.1)

Mortalidad Escolar. - En el 2016 (preliminar) ocurrieron 91 defunciones con tasa de 0.30 por 1,000 habitantes de 5-14 años, de las cuales 34 corresponden a las mujeres con una tasa de 0.23 y 57 a los hombres con una tasa de 0.37 (ver cuadro N° 20.1 20.2.1 y 20.3.1)

En este grupo de edad nuevamente los accidentes se presentan como primera causa, sin embargo, es preocupante la persistencia de agresiones (homicidios), malformaciones congénitas, parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos y tumores malignos como quinta causa, en este año no aparecen en los primeros cinco lugares las defunciones por anemias y la de enfermedades del corazón, pero es necesario seguir con la prevención de salud en estas edades (ver cuadro N° 20)

Se cuenta con datos de la república mexicana del mismo año con 5,629 defunciones y una tasa de 0.25 por 1,000 habitantes de 5 a 14 años. Las mujeres presentan una tasa de 0.22 con 2,392 muertes y los hombres con 3,223 y una tasa de 0.28 (ver cuadros N° 20.1, 20.2.1 y 20.3.1)

Mortalidad materna. - Presenta 7 defunciones y una Razón de 22.83 por 10,000 N.V.R., para el año 2016 (preliminar) y la república mexicana en este periodo aparece con 774 muertes y una Razón de 34.57 (ver cuadro N° 21.1)

Llama la atención de que la hemorragia y la preclamsia siguen siendo las principales causas de muerte en el 2016, lo que nos señala la necesidad de tener una mayor eficiencia en los programas de salud perinatal, así como mejorar la calidad de atención del parto en nuestros hospitales y centros de salud evitando al máximo la atención de la embarazada de riesgo en el medio rural, mejorar la capacitación de los recursos humanos y la capacidad técnico administrativa instalada en nuestras unidades (ver cuadro N° 21)



Mortalidad productiva y post productiva. - Con 3,016 y 5,670 defunciones, tasas de 2.99 y 45.95 respectivamente por 1,000 habitantes para el 2016 (preliminar). (ver cuadro N° 22.1 y 22.4.1)

Se destacan prácticamente las mismas causas de la mortalidad general, en la edad productiva predominan las agresiones (homicidios), seguida de los accidentes sobre las enfermedades crónico degenerativas; lo que resulta lógico para este grupo de edad que se ve afectado por los diferentes factores de riesgo en la vida actual, y otros factores condicionantes (ver cuadro N° 22 y 22.4)

Se presentan por sexo y causas principales estas mortalidades (ver cuadros N° 19.2, 22.3 y 22.5, 22.6)

MORTALIDAD HOSPITALARIA

En 2016 (preliminar) en los Servicios de Salud de Zacatecas se presentaron en total 764 muertes hospitalarias de las cuales 706 corresponden a Hospitales Generales y que representa el 92.41% y 58 a Comunitarios con un 7.59%; así mismo del total de mortalidad hospitalaria de los Servicios de Salud de Zacatecas, el Hospital General Zacatecas presenta 399 lo que representa el 52.23%; Hospital General Fresnillo con 194 con el 25.39%, Hospital General Jerez con 68 y el 8.90%, Hospital General Loreto con 41 con 5.37% por último, se anexa el Hospital de la Mujer Zacatecana con 4 que representa el 0.52%.

En la mortalidad del Hospital General Zacatecas en sus primeras causas se destacan los tumores malignos en primer lugar, seguido de las enfermedades del corazón y la influenza y neumonía, entre otras (ver cuadro No. 24). El Hospital General Fresnillo presenta como su primera causa la influenza y neumonía seguida de los accidentes y las enfermedades del corazón, (ver cuadro No. 25). El Hospital General de Jerez presenta las Enfermedades Pulmonares, Obstructivas, Crónicas, excepto Bronquitis, Bronquiectasia, enfisema y Asma en primer lugar, seguida, influenza y neumonía, y la tercera las enfermedades del corazón (ver cuadro No. 26), el Hospital de la Mujer Zacatecana presenta como su principal causa el embarazo, parto y puerperio (ver cuadro No. 24.3). Por último, en el Hospital General de Loreto aparece en primer lugar las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebro vasculares y en tercer lugar la insuficiencia renal (ver cuadro No. 27).

Se presentan cuadros de mortalidad hospitalaria por sexo y causa de cada Hospital General (ver cuadros No. 24.1 al 27.2)



2.4 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

2.4.1 INFRAESTRUCTURA EN SALUD

El programa de inversión 2017 presenta la propuesta de fortalecimiento en el primer nivel de atención en sus variantes de la ampliación geográfica y funcional, con la cual pretende contar con una oferta eficaz y organizada de acciones que aseguren la disponibilidad y acceso a los servicios de salud de buena calidad y acorde a las características del Estado de Zacatecas, considerando la dispersión, marginación y los centros naturales de concentración poblacional como puntos torales, requiriéndose para ello la construcción de nuevos centros de salud. Para el año que se informa se pusieron en marcha los nuevos Centros de Salud con Servicios Ampliados en Tlaltenango, el Centro de Salud urbano en la Col. González Ortega del municipio de Zacatecas, así como de la unidad médica en las localidades de Estancia de Ánimas, Villa González Ortega; Saucedá de la Borda, Vetagrande y Pozo de Gamboa; Pánuco.

El fortalecimiento al segundo nivel de atención se analiza a través de la infraestructura en salud expresada en camas censables, los Servicios de Salud cuentan con 516 camas censables, arrojando el 0.74 camas por 1,000 habitantes de responsabilidad, comparándose con el indicador ideal que es 1 cama por cada 1,000 habitantes.

Para ello se lleva a cabo la construcción del Hospital Comunitario de Sombrerete por sustitución y ampliación de 12 a 15 camas censables, además la construcción del Hospital de la Mujer en Fresnillo con una capacidad de 45 camas censables.

Con la terminación de estos dos hospitales lograremos tener 564 camas censables en los Servicios de Salud de Zacatecas, quedando el indicador en 0.81 camas por cada mil habitantes.

El Sector Salud cuenta en el 2016 con 443 unidades en el primer nivel de atención; de estas corresponden a seguridad social 68; 33 del IMSS y 35 del ISSSTE; para población sin seguridad suman 375; dependientes de los Servicios de Salud de Zacatecas son 150 y 75 Unidades Móviles y del IMSS–Prospera 150 (ver cuadro N° 36)

Así mismo se cuenta con 19 unidades de especialidades médicas de (UNEME) de atención ambulatoria y son las siguientes; Enfermedades Crónicas (4), Centros Nueva Vida (8), Hemodiálisis (1), Capasits (2), Salud Mental (2), las cuales pertenecen a los Servicios de Salud, Unidad de Urgencias (1) y Unidad de Oncología (1), y (1) Hospital de Cirugía ambulatoria dependiente del IMSS (ver cuadro No. 36.1)



Los consultorios de medicina general para población sin seguridad son 655 y para seguridad social 136 (ver cuadro N° 37)

En el segundo nivel de atención, la entidad tiene una capacidad instalada de 15 hospitales generales correspondientes a instituciones del sector público; 4 de seguridad social y 11 de población sin seguridad, incluyendo los Hospitales de la Mujer Zacatecana y Salud Mental (ver cuadro N° 38)

Los Servicios de Salud, opera con 11 hospitales comunitarios, los cuales se encuentran en lugares estratégicos para fortalecer la red prestadora de servicios (ver cuadro N° 38.1)

Los hospitales comunitarios tienen entre **12 y 15 camas censables los cuales son: con 12 camas Trancoso, Sombrerete y Tabasco, con 15 camas Calera, Ojocaliente, Valparaíso, Juan Aldama, y Villa de Cos** los cuales ofrecen las especialidades básicas de: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia, **Jalpa, Juchipila y Nochistlán** además de ser también de 15 camas cuentan con la especialidad Traumatología.

Según número de camas censables el IMSS cuenta con 235, el ISSSTE con 80, los SSZ con 516 y el IMSS-Prospera 138 (ver cuadro N° 39)

2.4.2 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos para brindar atención en las unidades médicas básicos son los médicos(as), enfermeras(os) y paramédicos.

En el 2016 en el primer nivel de atención existían 906 médicos(as); de los que corresponden 630 atienden a la población abierta y 276 a se encuentran en las instituciones que atienden a la población con seguridad social; 864 enfermeras(os) de los cuales 694 están en población abierta y 170 en seguridad social (ver cuadro N° 40).

El segundo nivel cuenta con 7,802 recursos humanos, 1,721 corresponden a médicos(as); 3,121 enfermeras(os) y 1,081 paramédicos, el resto pertenece a personal administrativo y otros los cuales 1,115 (ver cuadro N° 41)

2.4.3 SERVICIOS OTORGADOS

El primer nivel de atención la productividad en el 2016 registra: 2,799,823 consultas otorgadas en todas las unidades de salud, el 62.90% corresponde a población sin seguridad social y el 37.10% a seguridad social; el indicador de consulta por 1,000 habitantes, en el



Estatal es de 1,762.65; en seguridad social alcanzo el 1,660.40 y en población sin seguridad fue de 1,829.08 (ver cuadro N° 37)

2.4.4 CAPACIDAD HOSPITALARIA

Los Hospitales Generales en el Estado son polos de segundo nivel de atención, siendo el de Zacatecas de concentración estatal, aún para población abierta del IMSS-Prospera ya que una vez que rebasan su capacidad operativa los hospitales de campo, son referidos los pacientes a los hospitales de los Servicios de Salud de Zacatecas.

De acuerdo al indicador ideal de 1 cama por cada 1,000 habitantes, resulta el Estado de Zacatecas, deficitario, alcanzando 0.61 en promedio, lo que significa un poco más de la mitad de los requerimientos. Si se analiza este indicador en población abierta el indicador es de 0.75 por 1,000 habitantes de responsabilidad, debido sobre todo al incremento de camas en los hospitales de los Servicios de Salud en seguridad social es más bajo 0.50

De acuerdo al estudio de regionalización operativa de los Servicios de Salud de Zacatecas, para 2016, en el Estado de Zacatecas el 39.4% de la población es atendida por la seguridad social; el IMSS cubre al 28.7% y el ISSSTE al 10.7%; el 60.6% restante es población no asegurada es decir abierta, cuya responsabilidad se distribuye entre los Servicios de Salud de Zacatecas con el 43.2% y el IMSS-Prospera con un 17.4% (ver cuadro N° 40 y mapa N° 7)

El Hospital General de Zacatecas con 120 camas es el de mayor referencia de pacientes permaneciendo como hospital de concentración estatal, incluso de localidades de Estados vecinos, presenta una complejidad mayor de operación y gasto ya que cuenta con servicios y subespecialidades que lo enlazan con un tercer nivel de atención por la diversidad de patología que maneja, la ocupación acumulada al cierre del 2016 fue del 104.19%.

El Hospital General de Fresnillo con 90 camas cuenta con las especialidades básicas y además traumatología que resuelve la problemática de accidentes y violencias de aquella región. Su productividad alcanza el 96.30% de ocupación en el 2016 y alivia en gran parte la demanda de atención de la zona noreste incluyendo municipios de Estados circunvecinos.

El Hospital General de Jerez, con 30 camas ha mostrado en el 2016 un 95.41% de ocupación hospitalaria, ha ampliado su cobertura de servicio implementando la especialidad de traumatología y se perfila también como hospital de referencia de aquella región del Estado y algunos municipios de Jalisco.



El Hospital de la Mujer Zacatecana, cuenta con 60 camas, y otorga servicios de Ginecología, Obstetricia y Neonatología y es un hospital de referencia estatal, así como de localidades de Estados vecinos, las acciones que se realizan ahí son para beneficiar a la población femenina y niños menores de un año. En el 2016 su ocupación hospitalaria fue de 72.39%

El Hospital General Loreto, con 30 camas, inicio su operación en octubre de 2008 y cuenta con las especialidades básicas para atender a la región sureste del Estado. Presenta para el 2016 un incremento en su ocupación hospitalaria a 77.94%.

El indicador para Zacatecas estatal de ocupación hospitalaria es de 90.86% y en el 2016 la ocupación estatal de los hospitales generales de los Servicios de Salud fue de 93.07%.

El objetivo del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea (CETS), es contribuir a restablecer la salud de los pacientes a través de los servicios de transfusión; 4 Hospitales Generales, Hospital de la Mujer Zacatecana, 11 Hospitales Comunitarios y 45 Hospitales Privados. En la entidad, el manejo institucional y provisión de la sangre ha sido concentrado a través de 3 Bancos de Sangre; Hospital General Fresnillo, IMSS e ISSSTE, 5 puestos de sangrado de las Unidades Médicas Rurales IMSS-Prospera y el propio CETS, quien coordina a estas Unidades Médicas mencionadas, las cuales a través de convenios de intercambio de sangre y componentes sanguíneos con establecimientos públicos y privados garantizan la calidad de las unidades que se transfunden.

Las acciones más relevantes que se realizaron en el 2016 fueron la compra de una centrífuga de mesa, termómetro patrón certificado, 8 termómetros para control de red fría (refrigeradores), la adquisición de equipos de aire acondicionado tipo minisplits, compra y elaboración de material para promoción de la Donación Voluntaria; se mejoró el mobiliario para campañas de donación de sangre extramuros.

De manera anual se realiza un evento de capacitación para Hospitales y Clínicas, del sector público y privado, que cuenten con servicio de transfusión, dicho evento se realiza en el marco del Día Mundial del Donante de Sangre, y en el cual también se reconoce a los Donantes de sangre voluntarios y de repetición, y a las Instituciones y empresas que se caracterizan por su apoyo a la promoción de la Donación voluntaria.

El CETS continúa participando en la evaluación de control de calidad externa con el Programa de LICON en inmunohematología y serología, obteniendo nuevamente dos premios que son en el control externo de la calidad en Inmunohematología (Programa CECl) y por evaluación externa de la calidad en serología infecciosa (Programa EvECSt).



El control de calidad externo se realiza también con el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, como lo indica la normatividad.

En relación a los recursos de servicios auxiliares de diagnóstico, en los Servicios de Salud de Zacatecas se cuenta para el 2015 físicamente con **85** peines de laboratorio, pero operativamente son 145 incluyendo al laboratorio estatal de salud pública que sirve como unidad de referencia, así como **24** gabinetes de Rayos X, **158** salas de expulsión y **26** quirófanos.

La medicina tradicional en Zacatecas es representada por parteras tradicionales, que en el 90% se encuentran ya capacitadas, además de algunos recursos alternativos.

2.4.5 SERVICIOS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Con la creación de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios se modificó la estructura de la gestión de administración, se pasa de una administración tradicional vertical a una gestión transversal de administración por procesos.

Administración por Procesos. - En el cambio de paradigma se pretende dejar atrás el enfoque departamentalizado para avanzar a la administración por procesos que nos permita encausar programas y proyectos, que permitan resultados en favor de la protección contra riesgos sanitarios.

Se trata de contar con la evidencia y manejo de riesgos y de esta manera encaminar las acciones debidamente para el logro de nuestros objetivos; por lo que a continuación se enlistan de manera genérica las actividades que se realizan:

- Ejercer el control y vigilancia sanitaria a que deberán sujetarse las actividades, establecimientos, productos y servicios vinculados con el proceso de: alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, insumos para la salud, sustancias tóxicas o peligrosas, calidad del agua y saneamiento, servicios de atención médica y medicina transfusional y publicidad, en atención a lo establecido por la Ley General de Salud y sus Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas, así como por la Ley de Salud del Estado y el Acuerdo de Específico de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de Control y Fomento Sanitario
- Conducir el Sistema Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios
- Coordinar la integración de diagnósticos situacionales en materia de control y fomentos sanitarios en el control de riesgos sanitarios.
- Identificar, analizar, evaluar, regular, controlar, fomentar y difundir las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de riesgos sanitarios.



- Conducir en la elaboración de las disposiciones legales en materia del control sanitario de la Salubridad Local.
- Promover la participación de los sectores público, social y privado en el mejoramiento de las condiciones y calidad sanitarias de las actividades, establecimientos, productos, servicios y publicidad
- Establecer estrategias de investigación, evaluación y seguimiento de riesgos sanitarios, en coordinación con otras autoridades competentes de la Administración Pública Estatal
- Evaluar los resultados de las actividades de regulación y fomento sanitario, aplicando indicadores que realimenten el proceso de planeación y programación de actividades.

VERIFICACIÓN SANITARIA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

La integración de los Ayuntamientos Municipales en la protección contra riesgos sanitarios derivados del proceso sanitario de la carne en rastros y mataderos, en los municipios de Jerez, Nochistlán, Río Grande, Fco. R. Murguía, Villa García, Luis Moya, Guadalupe, Zacatecas y Trancoso.

Monitoreo de los productos cárnicos que se expenden en carnicerías y tiendas de autoservicio, así como de los animales sacrificados en los rastros, llevando a cabo el muestreo de 334 productos y subproductos cárnicos, para la determinación de clenbuterol

Se ha establecido la coordinación interinstitucional con los siguientes entes: UAZ, CANIRAC, SECTUR, SAGARPA, PGR, SEDAGRO y SEDUZAC, con el propósito de realizar actividades conjuntas que maximicen resultados.

Capacitación a manipuladores de alimentos, con énfasis en establecimientos de preparación de alimentos con el objetivo de prevenir riesgos a la salud por enfermedades transmitidas por alimentos. Además se realizaron 717 muestreos de alimentos (cárnicos, lácteos, productos de la pesca y alimentos preparados) los cuales son enviados al Laboratorio Estatal de Salud Pública para la determinación de microorganismos patógenos.

Durante el 2016, se llevaron a cabo 7,263 visitas de verificación sanitaria; 94 pláticas de fomento sanitario, tomando 1,393 muestras de alimentos y bebidas para su respectivo análisis microbiológico.

Respecto a la Zoonosis – Brucelosis realizamos 3 reuniones de coordinación institucional, 9 capacitaciones (curso – taller) sobre “Buenas prácticas de higiene y tratamiento térmico de la leche en la elaboración de quesos artesanales” capacitando a 170 personas dedicadas a la producción de leche y queso; se entregó material informativo



impreso (carteles y trípticos) y mandiles en establecimientos que expenden productos lácteos, productores de queso y población en general mediante 5 operativos en 9 localidades de 5 municipios del Estado.

VERIFICACIÓN SANITARIA DE INSUMOS Y SERVICIOS

Se realizaron **1,151** visitas de verificación sanitaria a establecimientos de atención médica y de asistencia social (consultorios médicos y especialistas, dentales, homeopáticos, de acupuntura, de control de peso, ambulancias, laboratorios clínicos, guarderías infantiles, centros de rehabilitación de adicciones, entre otros). De estas visitas de verificación, se dictaminaron **1,123**, se aplicaron **13** medidas de seguridad (8 aseguramientos y 5 suspensiones de trabajos y servicios).

Se realizaron **825** visitas de fomento sanitario a consultorios médicos adyacentes a farmacias, dándoles a conocer a través de una cédula, los aspectos sujetos a vigilancia sanitaria. Posteriormente, se llevaron a cabo **138** visitas de verificación dentro de las cuales se suspendieron **6** establecimientos por incumplimientos normativos.

Se realizaron un total de **96** visitas de verificación a hospitales, abarcando del sector público, social y privado.

En cuanto al proyecto de Muerte Materna, se presentaron **7** casos por ocurrencia y **3** casos más por residencia; es decir, esto últimos radicaban en San Luis Potosí, Aguascalientes y Jalisco, respectivamente; sin embargo, su fallecimiento ocurrió en el estado de Zacatecas. De los 10 casos en total se realizó la verificación sanitaria del total de establecimientos, tanto donde ocurrió el fallecimiento como en los establecimientos relacionados.

En materia de Insumos para la Salud, se llevaron a cabo un total de 1,680 visitas de verificación a farmacias y 417 balances.

VERIFICACIÓN SANITARIA Y SALUD AMBIENTAL

Respecto a la Vigilancia de la calidad del agua para uso y consumo humano a través del monitoreo de cloro residual libre se realizaron 15,174 determinaciones en los diferentes sistemas de abastecimiento de los 58 municipios. El 83% viviendas que cuentan con servicio de agua entubada, recibieron agua de calidad bacteriológica, es decir, con una reducción al riesgo de contraer enfermedades.

En el programa de prevención y control del cólera, se llevó a cabo el monitoreo de vibrión colérico en aguas residuales de centros hospitalarios, sembrando 553 hisopos de



Moore logrando el (98%), resultando el total de ellos negativos, por lo que se asegura que en nuestro estado no se han presentado casos de cólera.

Se realizó el fomento sanitario mediante la capacitación, impartiendo 200 pláticas de saneamiento básico, además en lo que refiere al uso y manejo de plaguicidas se han realizado verificación de 137 establecimientos que almacenan y comercializan estos productos.

Se refuerza la capacitación en diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones por plaguicidas con la impartición de dos cursos taller para la actualización de médicos y paramédicos del sector público, social y privado de las Jurisdicciones Sanitarias de Jalpa y Tlaltenango.

Se promociona y difunde en el estado el programa del Buen Uso y Manejo de Agroquímicos, impartiendo dos cursos de esta materia en las localidades de San José de Lourdes del municipio de Fresnillo y en la Colonia González Ortega del Municipio de Sombrerete.

Se capacitó y orientó a 3,548 jornaleros agrícolas a través de 149 pláticas de fomento sanitario coadyuvado en la disminución de intoxicaciones por plaguicidas.

Hemos incrementado la vinculación con el sector público, social y privado de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, logrando con ello un importante incremento en el cumplimiento de la normatividad sanitaria, sobre todo en materia de autorizaciones sanitarias en la modalidad de Licencias Sanitaria y Permisos de Responsable Sanitario (41 permisos y 36 licencias sanitarias), aunado a ello se llevó a cabo 36 verificaciones a este tipo de establecimientos.

Como parte del fortalecimiento del programa se realizó una reunión de capacitación al personal verificador y dictaminador que realiza funciones en materia de protección radiológica, a fin de promover la observancia de normatividad, de igual manera con apoyo de la COFEPRIS se impartió el curso denominado protección radiológica dirigido al personal ocupacionalmente expuesto POE de establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X del sector público.

EVIDENCIA Y MANEJO DE RIESGOS

Entre los programas que se encuentran a cargo del Departamento son los siguientes:

- Cambio climático (CC)
- Emergencias sanitarias
- Atención de denuncias sanitarias



El cambio climático (CC) se perfila como el problema ambiental global más serio que enfrentará el planeta durante el siglo XXI y afectará por diversos mecanismos a algunos de los determinantes más importantes de la salud, como son los alimentos, el aire y el agua. Se pronostica que el Sector Salud será impactado ante los efectos de la variación del clima, y su infraestructura sanitaria será insuficiente para atender la demanda de los servicios de salud.

Ante este panorama se ha conformado un grupo de trabajo en los Servicios de Salud de Zacatecas para evaluar y seguir de cerca la vulnerabilidad, los riesgos y los impactos sanitarios debidos al cambio climático, así como definición de estrategias y medidas para proteger la salud humana, en particular la de los grupos más vulnerables. El grupo de trabajo estará enfocado en las siguientes actividades:

- Diseñar un sistema de alerta temprana con información epidemiológica de padecimientos específicos relacionados con el Cambio Climático.
- Actualizar el marco normativo y programático del sector salud en materia de riesgos sanitarios asociados al Cambio Climático.
- Elaborar un diagnóstico de la infraestructura estratégica actual del sector salud e incorporar el enfoque de vulnerabilidad en los nuevos proyectos.

Se elaboró un diagnóstico estatal preliminar estatal en el que se analiza la evaluación de la vulnerabilidad en salud frente al cambio climático Zacatecas 2016, considerando para ello la información de fenómenos meteorológicos, *enfermedades transmitidas por vectores y diarreas*. Este diagnóstico servirá de herramienta básica para la continuidad de actividades programadas para el año 2017.

Se ha conformado un directorio de instituciones vinculadas al trabajo de cambio climático del gobierno estatal y federal, así como de instituciones educativas y organismos no gubernamentales, además, se han realizado 3 reuniones interinstitucionales con el propósito de consolidar un grupo de trabajo para la evaluación de las acciones del sector salud en materia de Cambio Climático.

DENUNCIAS SANITARIAS

Se han atendido hasta 120 denuncias sanitarias entre las que destacan establecimientos de salud, productos: medicamentos, productos de belleza; alimentos y suplementos alimenticios; bebidas alcohólicas; tabaco; plaguicidas; fuentes de radiación ionizante para uso médico; y debido a efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana; entre otras.



Se ha implementado un sistema de control a través del Centro Integral de Servicio de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios y de las siete jurisdicciones sanitarias para la recepción, registro, atención y seguimiento de las denuncias sanitarias.

ATENCIÓN A EMERGENCIAS

Se atendieron tres brotes por hepatitis "A", dos eventos de intoxicación alimentaria, se participó en los operativos de vigilancia sanitaria en las Ferias Nacionales de Fresnillo y Zacatecas, así como diversas ferias regionales; además se llevaron a cabo actividades de vigilancia sanitaria en el Festival Cultural.

Se atendió un evento por infección nosocomial en Zacatecas y se participó en las Jornadas Nacionales de lucha contra el Dengue y Chikungunya; aunado a estas actividades se activaron las Brigadas Jurisdiccionales para atender el paso del Huracán Patricia, en el periodo se distribuyeron 15 mil frascos de plata coloidal y 630 kg. de hipoclorito de calcio.

AUTORIZACIÓN SANITARIA

Se han atendido a partir de septiembre de 2016 a la fecha un total de 493 trámites, contando también con un censo sanitario de 22,319 establecimientos en las materias de Productos y Servicios, Insumos para la Salud, Servicios de Salud y Salud Ambiental.

DICTAMEN Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Se ha implantado diversas estrategias que, además de potencializar el desempeño de verificadores y dictaminadores como principal recurso de la protección contra riesgos sanitarios, que les permita optimizar y simplificar la tramitación de sus procedimientos de vigilancia sanitaria.

FOMENTO SANITARIO

Se ha impulsado una cultura para la salud, a través del diseño y desarrollo de estrategias de comunicación, difusión e información, capacitación a distancia y presencial, con medios de difusión como revistas electrónicas, páginas web, campañas de comunicación, convenios, combatiendo a la ilegalidad e incorporando nuevos programas como el SICAD y los 6 pasos de la salud con prevención, así como su participación activa durante las emergencias sanitarias.

PROGRAMAS Y PROYECTOS

- Farmacovigilancia



- Humo de Tabaco
- Rastros
- Uso ilegal del clenbuterol
- Venta de alcohol a menores
- Control microbiológico de alimentos
- Agua y hilo purificados
- Zoonosis – brucelosis
- Estrategia 5 / 15
- Control sanitario de la publicidad
- Muerte materna
- Cambio climático
- Agua de calidad micorbiológica
- Agua de calidad fisicoquímica
- Emergencias
- 6 pasos de salud con prevención
- Protección radiológica
- Estrategia bebederos
- Reducción de la exposición laboral/uso de plaguicidas
- Infecciones nosocomiales
- Control sanitario de importaciones y exportaciones

Como se ha mencionado, la meta es involucrar a la población que puede verse afectada por algún riesgo, con el propósito de que adopte conductas de protección.

FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS FEDERALES POR LA COFEPRIS

Para fortalecer la operación y las acciones de Protección contra Riesgos Sanitarios y la Red Nacional de Laboratorios recibimos recursos para el ejercicio 2016 por la cantidad de \$5'853,322.00, cabe mencionar que este presupuesto fue el único en no ser afectado por los ajustes a los presupuestos federales.

2.4.6 RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANTECEDENTES

La Reforma a la Ley General de Salud de fecha 15 de mayo de 2003 que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tuvo su origen en la necesidad de proveer



una alternativa de protección social en salud a la población que no contaba con seguridad social a través de un nuevo esquema de aseguramiento público.

El sistema es regulado y normado por la Secretaría de Salud Federal a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y operado por los Servicios de Salud Estatales con la participación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

La Reforma a la Ley General de Salud obedeció a los retos que el Sistema Nacional de Salud había identificado en el contexto nacional:

- A. Existencia de presiones financieras derivadas de las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política;
- B. La presencia de desequilibrios financieros que obstaculizan el adecuado aprovechamiento de los recursos públicos para la salud;
- C. La presencia de un bajo nivel de inversión en salud; y
- D. El destino ineficiente de los recursos para financiar los servicios de salud debido al predominio del gasto de bolsillo, distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas, falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno, y la creciente proporción del gasto público destinado a la nómina.

En éste contexto, la implementación del Sistema de Protección Social en Salud busca:

- I. Ordenar la asignación actual de los recursos;
- II. Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas;
- III. Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica;
- IV. Establecer la corresponsabilidad entre los diferentes órdenes de gobierno y con la ciudadanía;
- V. Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de Protección Social en Salud.

RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

El Seguro Popular inicio el 1° de octubre del 2002 en nuestra entidad, en ése momento como Programa de Salud Federal instrumentado por Reglas de Operación que se publicaron en los años 2002 y 2003.

En mayo de 2003 se promovió una Reforma a la Ley General de Salud a través de la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud, dejándose explicito el derecho de



todos los ciudadanos mexicanos para acceder a un esquema de protección social; el sistema inicio su vigencia el 1º de enero de año 2004.

El 18 de diciembre de 2003 el Gobierno del estado de Zacatecas suscribió el Acuerdo de Coordinación con la Secretaría de Salud para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); a partir de esa fecha, la implementación y operación del Seguro Popular fue una realidad en la entidad.

El Convenio establece las bases, compromisos y responsabilidades de la Federación y del Estado para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, en los términos que la Ley General de Salud; su Reglamento y demás disposiciones aplicables determinan.

Así mismo, el convenio establece la obligatoriedad para que el estado de Zacatecas, establezca, desarrolle, coordine y supervise las bases para la regulación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS Zacatecas).

En éste contexto, el REPSS Zacatecas fue creado como Dirección de Área de los Servicios de Salud de Zacatecas, mediante punto de acuerdo aprobado por unanimidad en la 1º Reunión Ordinaria de la Junta de Gobierno; realizada el 14 de octubre de 2005.

Así el REPSS Zacatecas es considerado como la estructura administrativa dependiente de la Secretaría de Salud, encargada de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona, debiendo realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.

En marzo del año 2015 el Gobierno del Estado suscribe un nuevo Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud; en dicho acuerdo establece el compromiso de crear el Organismo Público Descentralizado denominado Régimen Estatal de Protección Social en Salud con personalidad Jurídica y Patrimonio propios.

En agosto del 2015 se modifica la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Zacatecas y la adición al artículo 10 de la Ley de Salud del Estado en donde se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud. La cual es publicada el 29 de agosto del mismo año en el periódico oficial órgano del Gobierno del Estado de Zacatecas



Las principales funciones del REPSS Zacatecas están dirigidas a la afiliación, reafiliación, financiamiento y gestión de servicios de salud, y en las cuales el REPSS Zacatecas ha concretado acciones como las que a continuación se describen:

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La cobertura de servicios médicos que el Seguro Popular está aplicando en la entidad, lo hace a través de cuatro componentes: Catálogo Universal de Servicios de Salud [CAUSES]; Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y Seguro de Portabilidad Interestatal (SPI).

GESTIÓN MÉDICA CAUSES

El Catálogo Universal de Servicios de Salud considera 287 acciones de salud, de carácter preventivo - promocional, curativas y de rehabilitación a favor de los afiliados al sistema y 647 claves de medicamentos y otros insumos. El esquema de cobertura considera el 100% de la demanda de servicios médicos de las unidades de primer nivel de atención y el 85% de las unidades hospitalarias; lo anterior de acuerdo a los sistemas de información en salud disponibles: SIS, SUIVE y SAEH.

El CAUSES, está operando en las siete Jurisdicciones Sanitarias en las que esta subdivido el Estado en materia de salud; en los 58 municipios alcanzando una cobertura del 100% del territorio estatal; en 150 unidades de primer nivel de atención 100%; en los cuatro hospitales generales; once hospitales comunitarios y en los hospitales de especialidad como el Hospital de Salud Mental y el de la Mujer Zacatecana.

El Seguro Popular opera en la Entidad a través de una Red Institucional de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, escalonadas en servicios secuenciados de acuerdo a su capacidad humana, material y de infraestructura física instalada. La Red se articula por la interacción de las Jurisdicciones Sanitarias y las unidades hospitalarias; lo anterior en coordinación con las Direcciones de Área y la Dirección General del Organismo.

La prestación de servicios de salud a los afiliados, se está realizando en unidades de salud que han sido acreditadas en tres componentes fundamentales: Calidad, Capacidad y Seguridad de la atención médica; ello garantiza que los servicios médicos sean eficaces y oportunos y con ello se enfatiza la tutela de derechos de los afiliados al sistema.

SEGURO MÉDICO SIGLO XXI

El Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) es un programa federal que se aplica en la Entidad Federativa a partir de sus Reglas de Operación en el Diario Oficial de la Federación,



cuya última edición se publicó el 28 diciembre 2015. Su antecedente inmediato es el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación que implementó el Gobierno de la República en la Administración 2006-2012.

El objetivo del Seguro Médico Siglo XXI es el financiamiento, mediante un esquema público de aseguramiento Médico universal la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud; con lo anterior se busca alcanzar las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para una nueva generación de zacatecanos esté sana, más capacitada, preparada y activa.

El SMSXXI ofrece 149 acciones de salud específicas de este grupo de edad, agrupadas en 20 grupos específicos, se complementan con 287 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud a través de seguro Popular y con 52 intervenciones del fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de forma que en este momento se cubre el 100% de la demanda de servicios de primero y segundo nivel de atención.

El esquema de cobertura del SMSXXI se aplica en los Hospitales Generales de Estado y son: Hospital General Zacatecas, Hospital General Fresnillo, Hospital General Jerez, Hospital General Loreto y el Hospital de la Mujer, donde es posible acceder a servicios médicos de alta especialidad en la entidad.

FONDO DE PROTECCION CONTRA GASTOS CATASTROFICOS (FPGC)

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre enfermedades cuyo diagnóstico tratamiento y control implica una elevada erogación económica al paciente y/o a sus familiares que los puede llevar a condiciones de pobreza extrema. Este financiamiento permite atender problemas específicos de salud sin costo alguno para el paciente y/o sus familiares y en su caso de las instituciones de Salud, fortalecer su oferta de servicios con equipo, instrumental, servicios y personal de salud provisto de una alta especialización técnica.

Las enfermedades reconocidas son definidas y autorizadas por el Consejo de Salubridad General, en éste caso los Servicios de Salud de Zacatecas proveen servicios médicos para el diagnóstico, tratamiento y control del: Cáncer infantil, Cáncer Cervico Uterino, Cáncer de Mama, Cáncer de Testículo, Cuidados Intensivos Neonatales de Recién Nacidos y Prematuros, Malformaciones Congénitas del Aparato Digestivo, VIH/SIDA, Hemofilia en menores de 10 años, Linfoma no Hodgkin, Infarto Agudo de Miocardio en menores de 60 años y Trasplante de Córnea.



Para acceder a estas vías de financiamiento los hospitales y los Servicios de Salud de Zacatecas se sometieron gradualmente a un proceso de acreditación de sus procesos; de forma que los servicios médicos que se proporcionan respondan a los criterios de calidad, capacidad y seguridad. En su inicio la vigencia del proceso de acreditación fue de cinco años, actualmente es indefinida y la Dirección de Atención Médica de la Institución mediante procesos de supervisión garantiza el status de acreditación; a efecto de que los servicios que se proporcionan a los usuarios cumplan los estándares exigidos.

La Red de Unidades Hospitalarias acreditadas en el FPGC: Hospital General Zacatecas “Luz González Cosío”, Hospital General Fresnillo y el Hospital de la Mujer.

SEGURO DE PORTABILIDAD INTERESTATAL

La posibilidad de que el Seguro Popular opere sin barreras en el territorio nacional ya es una realidad a partir de la suscripción del Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica de Portabilidad Interestatal publicado el 4 de marzo de 2008; la firma del Convenio de Colaboración Específico y Coordinación de fecha 23 de octubre de 2009, el Convenio Modificatorio al Convenio Específico publicado el 12 de octubre del año 2013 y el Convenio de Colaboración en Materia de Prestación de Servicios de Salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud suscrito el 15 de octubre del 2015.

El esquema de cobertura interestatal aplica en tres circunstancias: cuando el paciente sea referido por el Estado de origen; en caso de Urgencia Médica y en casos de pacientes en tránsito o que se encuentran temporalmente fuera de su residencia habitual.

La cobertura de servicios considera los diagnósticos contenidos en el CAUSES vigente y se divide en los conglomerados de: salud pública, consulta de medicina general, familiar y de especialidad; odontología; urgencias, hospitalización y cirugía; la expectativa inmediata de cobertura estaría orientada a derechohabientes de los estados de Jalisco; Durango; Aguascalientes; Coahuila y de San Luis Potosí por la colindancia con el estado de Zacatecas; pudiéndose establecer también con cualesquiera entidad del país.

En éste esquema, el asegurado interestatal no paga los servicios médicos considerados en el CAUSES vigente, para lo cual debe acreditarse con su póliza de afiliación vigente e identificación oficial ante el Módulo de Afiliación y Orientación, que se encuentra ubicado en la unidad de salud.

En estado tratante atiende al paciente, integra un expediente médico administrativo de los servicios otorgados, el documento se registra en una plataforma web, se valida y



enseguida se le cobra al Estado de origen del paciente a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

El estado de Zacatecas según datos del Consejo Nacional de Población (proyección 2016) tiene una población aproximada de 1, 588, 418 habitantes, de los cuales el 39.6%, es decir, 629, 088 cuentan acceso a servicios de salud a través de algún sistema de seguridad social tipo obligatorio, esto según fuentes del propio IMSS e ISSSTE, población derechohabiente 2016; por otro lado, es a través del Seguro Popular Zacatecas que 865,031 personas en nuestra entidad actualmente cuentan con este derecho social.

Respecto al acceso a los servicios de salud y aunque los datos nacionales, estatales y regionales apuntan hacia la convergencia, ello no implica que el acceso a los servicios esté garantizado por igual en todo el territorio ni para todas las poblaciones, es decir, según la estimación del CONEVAL respecto a la medición de la pobreza en Zacatecas durante el año 2014, dice que el 52.3%, es decir, 835 mil personas se encuentran en situación de pobreza y carecen de acceso a los servicios de salud el 14.9% (232 mil personas); además que este número de personas cuentan con aproximadamente 2.5 carencias sociales, por ello, se debe buscar para esta población el acceso a los servicios de salud mediante su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) u otras formas de seguridad social tipo obligatorio.

Bajo lo anteriormente expuesto y con el objetivo de cerrar la brecha en salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud propondrá las metas anuales de afiliación consensuadas por la Dirección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud Zacatecas y la Secretaría de Salud de Zacatecas, no obstante, se realiza una propuesta de las metas anuales de acuerdo a la proyección del crecimiento poblacional INEGI 2010, CONAPO 2010 - 2030 y otros indicadores, quedando de la siguiente manera:

2017: 912,235 personas.

2018: 926,908 personas.

2019: 941,447 personas.

2020: 955,818 personas.

2021: 970,102 personas.

Con el objetivo de dar cumplimiento al acuerdo de coordinación con entidades federativas respecto a la Cobertura Universal de Salud en Zacatecas, REPSS desarrollo las siguientes acciones:

- Afiliación: incorporación al SPSS con el objetivo de lograr la proyección de Cobertura de Afiliación.



- Reafiliación: reincorporación al SPSS con el objetivo de mantener la Cobertura Universal de Salud.

De esta forma y a través de los procesos anteriormente señalados, es como se garantiza la gratuidad en la prestación del servicio y transferencia de recursos económico - financieros para la entidad federativa.

Para la consecución del logro y mantenimiento de la Cobertura Universal de Salud, el REPSS Zacatecas cuenta con la siguiente estructura normativo - operativa:

- 29 Módulos de Afiliación y Orientación.
- 8 Brigadas de Afiliación y Orientación.
- 6 Coordinadores Operativos Regionales del Seguro Popular.
- 4 Jefes de Departamento.
- 2 Subdirectores.
- 1 Dirección.

La vinculación de las acciones normativo - operativas permiten desarrollar los procesos de afiliación, reafiliación, orientación, validación y administración del padrón; las conjunciones de estos procesos hacen posible lograr y mantener la Cobertura Universal de Salud.

Lo anteriormente expuesto conlleva a redoblar los esfuerzos para consecución del objetivo del Sistema, el ofrecer la protección financiera contra gastos en salud a través de la prestación de servicios de salud con calidad.

FINANCIAMIENTO

En materia de financiamiento las acciones más relevantes del sistema están orientadas a la dotación de recursos presupuestales para garantizar la atención digna de calidad, oportuna, efectiva y gratuita de los afiliados al Seguro Popular; identificándose las acciones más sobresalientes:

1. Fortalecer el financiamiento para el pago del personal contratado por los SSZ, en hospitales y centros de salud, que estén vinculados a la atención directa de pacientes afiliados al sistema.
2. Fortalecer la operación de la Red de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud con la identificación de recursos presupuestales para el pago de servicios,



alimentos, la adquisición de insumos indispensables como; oxígeno, medicamentos, materiales de curación, dental y de laboratorio, entre otros.

3. Coadyuvar, mediante financiamiento, en la renovación y ampliación de equipo, así como en la conservación y mantenimiento de las Unidades Médicas de los SSZ.
4. Proporcionar los recursos financieros para el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico y biomédico de las Unidades Médicas de los SSZ, a efecto de otorgar una mejor atención a los usuarios.
5. Gestionar los Recursos del Seguro Médico Siglo XXI, para la atención de los niños afiliados en la Red de Prestadores de Servicios de Salud, en las vertientes de intervenciones Cubiertas y a la Cápita Adicional.
6. Gestionar los recursos del Fideicomiso para el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, para los Hospitales de los SSZ acreditados como Centros Regionales de Alta Especialidad en la atención de enfermedades específicas de alta complejidad sin costo para los afiliados al Seguro Popular.
7. Aplicar el convenio de colaboración en materia de prestación de servicios de salud a los beneficiarios del sistema de protección social en salud que celebran las secretarías de salud, los servicios estatales de salud y los organismos públicos descentralizados de las diferentes entidades.
8. Apoyar la atención médica que brindan los pasantes de enfermería y medicina en Servicio Social a través de un incentivo económico con cargo a la Aportación Solidaria Estatal.
9. Implementar el Convenio de Gestión suscrito entre el Organismo Descentralizado Servicios de Salud de Zacatecas y el Organismo Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
10. Aplicar el Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud que celebran, por una parte, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud Federal y por otra parte, el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Zacatecas.
11. Validar la asignación de recursos para el Fortalecimiento de las Acciones de Prevención y Promoción de la Salud a través del AFASPE.



12. Otorgar los recursos para la acreditación de unidades médicas, a efecto de que los servicios de salud que se proporcionen estén enmarcados en un contexto de calidad, capacidad y seguridad en la atención de los afiliados al Seguro Popular.
13. Distribuir los recursos de la Aportación líquida realizada por el Gobierno del Estado para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, misma que en 2016 fue cercana a los 50 mdp.
14. Informar de manera transparente, hacia todas las instancias, el ejercicio del gasto de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud.

PRESUPUESTO

Con respecto al presupuesto para el presente ejercicio es importante destacar la orientación de los recursos de la *Cuota Social en Beneficio a los Afiliados al Sistema, esta de acuerdo al Anexo IV del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, como sigue:

Concepto	Presupuesto 2016 (mdp)
Remuneraciones de Personal	235.06
Medicamento y Material de Curación	177.86
Caravanas de la Salud	5.31
Gasto Operativo de Unidades Medicas	98.00
Acciones de Promoción y Prevención de la Salud *	41.06
Fortalecimiento de Infraestructura Física en Salud	0.00
Pagos a Terceros por Servicios de Salud	7.41

*Nota: Este importe se encuentra comprendido por datos informativos y/o acumulables.

APARTIR DEL 2015 EL CONCEPTO ES CUOTA SOCIAL

Con respecto al presupuesto para el presente ejercicio solamente se cuenta con información de los Servicios de Salud de Zacatecas, por lo que únicamente se realiza un breve análisis del ejercicio presupuestal.

Analizando la información del ejercicio 2015 y contrastándolo con el autorizado 2016 encontramos que en el capítulo 1000 de Servicios Personales se incrementa un 1%; el capítulo 2000 de Materiales y Suministros representa al igual que el anterior se incrementa 17.57% el cual sirve para ofrecer los insumos básicos sobre todo en medicamento y material de curación; el 3000 de Servicios Generales representa tiene una disminución del 8.85 %.



El capítulo 4000, al igual que en anterior tiene una disminución del 17.05%, y en relación al ejercido el 2015, el autorizado 2016 se incrementa en un 1.62 %. (Ver cuadro N° 41).

CONVENIO DE GESTIÓN

Elaboración del Convenio de Gestión; Acuerdo entre el Titular del Organismo Descentralizado Servicios de Salud de Zacatecas y el Organismo Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud; para la prestación de Servicios de Salud Integrales a los beneficiarios del Seguro Popular.

ACUERDO DE COORDINACIÓN

Implementación del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en salud que Celebran por una parte el Ejecutivo Federal por parte de la Secretaria de Salud Federal y por otra parte el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Zacatecas.

SISTEMA DE GESTIÓN FINANCIERA TIPO GRP Y TABLEROS DE CONTROL (SAP)

Como parte de las actividades de descentralización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, y en cumplimiento a la Ley General de Contabilidad, se realizó en enero de 2016 la implementación del Sistema de Gestión Financiera Tipo GRP y Tableros de Control, bajo la misma estructura del implementado en Servicios de Salud de Zacatecas, pero de manera independiente, permitiéndole a este Régimen Estatal realizar el registro y control administrativo de todos los procesos financieros de la dependencia, de manera ordenada, automatizada y en tiempo real.

A través de este sistema, se lleva el registro pormenorizado del gasto relacionado con los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, vinculando las áreas de presupuesto, recursos materiales, servicios generales, tesorería y contabilidad, en una sola plataforma y sistema, y poniendo a disposición, de manera interrelacionada, el registro de la información desde el compromiso hasta el pago; garantizando así el cumplimiento a la Ley General de Contabilidad.

SISTEMA ORDEN ATENCIÓN

El Sistema de Orden Atención (SOA) es un sistema de información que tiene como objetivo el cruce del CAUSES con el Padrón de Afiliados del Seguro Popular, a fin de



exentar el pago de los servicios cubiertos por el CAUSES a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

El sistema fue implementado en los 4 Hospitales Generales del estado y el Hospital de la Mujer entre los años 2008 y 2010. Posteriormente, en el año 2010 se realizó la implementación en 10 hospitales comunitarios y el centro de salud de Pinos, Zac. Recientemente el Sistema se puso en funcionamiento en el Hospital de Especialidades de Salud Mental, ubicado en Calera, Zac.

El SOA ha permitido brindar una mejor atención para los afiliados ya que reduce significativamente los tiempos de espera para la obtención de los tickets que avalan la exención de pago por aquellos servicios que se derivan de las intervenciones cubiertas por el CAUSES vigente, acelerando así el proceso para la obtención de dichos servicios.

ATENCIÓN CIUDADANA

Se diseñó e implementó un sistema de información automatizado en Microsoft Access con el objeto de automatizar el registro de los trámites solicitados en el área de Gestión Médica y así brindar un mejor servicio a los afiliados a nuestro Sistema de Protección Social en Salud. Dichos trámites se clasifican en:

- a) Felicitaciones
- b) Quejas
- c) Reembolsos
- d) Sugerencias
- e) Otras peticiones

Para el desarrollo del sistema se crearon las estructuras de las bases de datos en función de las necesidades de almacenamiento de información, las cuales son controladas por formularios simples de entrada de datos incluyendo también la función para generar los informes necesarios para su análisis. Esto nos arroja un mejor control para el seguimiento de los trámites realizados en el área y agiliza el tiempo de espera en la obtención de una respuesta para él o la solicitante.



III. ANEXOS

RELACIÓN DE MAPAS

- UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTADO (MAPA No. 1)
- REGIONALIZACIÓN DE JURISDICCIONES SANITARIAS (MAPA No. 2)
- REGIONALIZACIÓN DE COPLADEZ (MAPA No. 3)
- ÍNDICE DE MARGINACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE ZACATECAS 2010 (MAPA No. 4)
- ZONAS DE RIESGO DE PALUDISMO (MAPA No. 5)
- ZONAS DE RIESGO DE ALACRÁN (MAPA No. 6)
- REGIONALIZACIÓN OPERATIVA REDESS SERVICIOS DE SALUD (MAPA No. 7)
- REGIONALIZACIÓN OPERATIVA REDESS IMSS PROPSRERA (MAPA No. 7.1)



REFERENCIAS

- CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010, INEGI
- ENCUESTA INTERCENSAL 2015, INEGI
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013 – 2018
- PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 2017 – 2021
- ANUARIO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE ZACATECAS 2015
- MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA
- SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRAFICA GEO SALUD
- DIAGNOSTICO ESTATAL SECTORIAL DE SALUD 2016



RELACIÓN DE CUADROS

- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO 2017 (CUADROS No. 1)
- DENSIDAD DE LA POBLACIÓN 2017 (CUADRO No. 2)
- POBLACIÓN URBANA Y RURAL 2017 (CUADRO No. 3)
- DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN 2017 (CUADRO No. 4)
- CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN 2013 - 2017 (CUADRO No. 5)
- NATALIDAD 2012 - 2016 (CUADRO No. 6)
- POBLACIÓN TOTAL, NATALIDAD Y FECUNDIDAD DE LAS JURISDICIONES SANITARIAS EN EL ESTADO 2016 (CUADRO No. 7)
- ESPERANZA DE VIDA POR SEXO 2012 - 2016 (CUADRO No. 8)
- GRADO DE MARGINACIÓN POR JURISDICCIÓN SEGÚN MUNICIPIO 2017 (CUADRO No. 9)
- FACTORES CONDICIONANTES POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS SEGÚN CONDICIONES DE ALFABETISMO 2017 (CUADRO No. 10)
- FACTORES CONDICIONANTES VIVIENDAS SEGÚN DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS 2017 (CUADRO No. 11)
- USUARIAS ACTIVAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MÉTODO 2016 (CUADRO No. 12)
- NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y DE 2 A 4 AÑOS BÁJO CONTROL NUTRICIONAL POR JURISDICCION 2016 (CUADRO No. 13)
- NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y DE 2 A 4 AÑOS BÁJO CONTROL NUTRICIONAL POR AÑO 2010 2016 (CUADRO No. 13.1)
- PORCENTAJE DE NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER POR JURISDICCION 2016 (CUADRO No. 14)



- PORCENTAJE DE NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER POR AÑO 2010 2016 (CUADRO No. 14.1)
- PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA POR JURISDICCION 2016 (CUADRO No. 15)
- PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA POR AÑO 2010 2016 (CUADRO No. 15.1)
- COBERTURAS VACUNALES POR TIPO DE BIOLÓGICO SEGÚN GRUPO DE EDAD 2016 (CUADRO No. 16)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 17)
- MORTALIDAD GENERAL SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 17.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL HOMBRES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 17.2)
- MORTALIDAD GENERAL HOMBRES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 17.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL MUJERES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 17.3)
- MORTALIDAD GENERAL MUJERES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 17.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 18)
- MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 18.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL HOMBRES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No.18.2)



- MORTALIDAD INFANTIL HOMBRES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 18.2. 1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL MUJERES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No.18.3)
- MORTALIDAD INFANTIL MUJERES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 18.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 19)
- MORTALIDAD PREESCOLAR SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 19.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR HOMBRES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No.19.2)
- MORTALIDAD PREESCOLAR HOMBRES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 19.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR MUJERES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No.19.3)
- MORTALIDAD PREESCOLAR MUJERES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 19.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 20)
- MORTALIDAD ESCOLAR SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 20.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR HOMBRES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 20.2)
- MORTALIDAD ESCOLAR HOMBRES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 20.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR MUJERES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 20.3)



- MORTALIDAD ESCOLAR MUJERES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 20.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 21)
- MORTALIDAD MATERNA SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 21.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22)
- MORTALIDAD PRODUCTIVA SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) CUADRO No. 22.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA HOMBRES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.2)
- MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA HOMBRES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.2.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA MUJERES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.3)
- MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA MUJERES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.3.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.4)
- MORTALIDAD POS PRODUCTIVA SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.4.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA HOMBRES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.5)
- MORTALIDAD POS PRODUCTIVA HOMBRES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.5.1)



- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA MUJERES 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.6)
- MORTALIDAD POS PRODUCTIVA MUJERES SEGÚN AÑO 2012 – 2016 (preliminar) (CUADRO No. 22.6.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA 2016 (CUADRO No. 23)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 23.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 23.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS 2016 (CUADRO No. 24)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 24.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOSPITAL GENERAL ZACATECAS EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 24.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL DE LA MUJER ZACATECANA 2016 (CUADRO No. 24.3)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO 2016 (CUADRO No. 25)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL FRESNILLO EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 25.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL FRESNILLO EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 25.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ 2016 (CUADRO No. 26)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL JEREZ EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 26.1)



- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL JEREZ EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 26.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL LORETO 2016 (CUADRO No. 27)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL LORETO EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 27.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITAL LORETO EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 27.2)
- MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 2012 – 2016 (CUADRO No. 28)
- MORBILIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2012 – 2016 (CUADRO No. 29)
- MORBILIDAD POR ACCIDENTES 2012 – 2016 (CUADRO No. 30)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA 2016 (CUADRO No. 31)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 31.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 31.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS 2016 (CUADRO No. 32)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL ZACATECAS EN HOMBRES 2016 (CUADRO 32.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL EN MUJERES 2016 (CUADRO 32.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL DE LA MUJER ZACATECANA 2016 (CUADRO No. 32.3)



- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO 2016 (CUADRO No. 33)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 33.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL FRESNILLO EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 33.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ 2016 (CUADRO No. 34)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 34.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL JEREZ EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 34.2)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL LORETO 2016 (CUADRO No. 35)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL LORETO EN HOMBRES 2016 (CUADRO No. 35.1)
- PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL GENERAL LORETO EN MUJERES 2016 (CUADRO No. 35.2)
- UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2016 (CUADRO No. 36)
- UNIDADES MEDICAS DE ESPECIALIDAD 2016 (CUADRO No. 36.1)
- CONSULTORIOS Y CONSULTAS POR HABITANTES DE RESPONSABILIDAD 2016 (CUADRO No. 37)
- UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 2016 (CUADRO No. 38)
- HOSPITALES COMUNITARIOS 2016 (CUADRO No. 38.1)
- CAPACIDAD INSTALADA Y PRODUCTIVIDAD EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN POR INSTITUCIÓN 2016 (CUADRO No. 39)



- RECURSOS HUMANOS DE PRIMER NIVEL 2016 (CUADRO No. 40)
- RECURSOS HUMANOS DE SEGUNDO NIVEL 2016 (CUADRO No. 41)
- POBLACIÓN ATENDIDA SEGÚN INSTITUCIÓN 2016 (CUADRO No. 42)
- PRESUPUESTO EJERCIDO Y AUTORIZADO POR CAPITULO 2016 - 2017 (CUADRO No. 43)

