SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE CHIAPAS

Programa Estatal de Salud

2019-2024

CHIAPAS de Corazón

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE CHIAPAS

Programa Estatal de Salud

2019-2024

CHIAPAS

GOBIERNO DEL ESTADO

Directorio

Dr. Rutilio Escandón Cadenas
Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas

Dr. José Manuel Cruz Castellanos
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas

Dra. Leticia Guadalupe Montoya Liévano
Encargada del Despacho del Secretario de Salud

Dr. Víctor de Dios Gómez
Secretario Técnico

Dr. Limber García Zapata
Secretario Particular

L.A.E. Deliamaría González Flandez
Directora del Instituto de Protección Social y Beneficencia Pública del Estado de Chiapas

Dr. Ariosto Coutiño Niño
Director de Atención Médica

Dr. Hermilo Domínguez Zárate
Director de Salud Pública

Dr. Manuel Ignacio Ortega Molina
Director General del Centro Estatal de Trasplantes

Dr. Rafael de Jesús Domínguez Cortés
Director de Planeación y Desarrollo

Dra. Candelaria Margarita Aguilar Ruiz
Directora de Protección Contra Riesgos Sanitarios

I.B. Daninnzza Desireé Campuzano Malfavaun
Dirección de Infraestructura en Salud

Lic. Samuel Silván Olan
Director de Administración y Finanzas

Dra. Norma Esther Sánchez Pérez
Coordinadora de la Unidad de Gestión de Calidad

Colaboradores

Dr. Freddy Humberto Juárez Ruíz
Subdirección de Servicios Médicos Primarios

Dr. Francisco Arturo Mariscal Ochoa
Subdirección de Atención Hospitalaria

Mtra. Marianna Lazos Salgado
Subdirección de Educación y Enseñanza en Salud

Dra. Diana Iris Sánchez Díaz
Subdirección de Caravanas de la Salud

Dra. Amanda López Mendoza
Subdirección de Programas Preventivos

Dra. Rosa del Carmen Ochoa Tapia
Subdirección de Salud de la Mujer

Dra. Leticia Jarquin Estrada
Subdirección de Epidemiología

Dr. Oscar Edgardo Sarmiento Macías
Subdirección de Planeación en Salud

Dra. Alejandra Martínez Meneses
Subdirección de Programación, Organización y Presupuesto

Ing. Domingo Calcáneo Zapata
Subdirección de Conservación y Mantenimiento

Arq. Julio César Farrera Esponda
Subdirección de Infraestructura en Salud

Biol. Oscar Palomeque Cisneros
Subdirección de Salud Ambiental

Lic. Diana Mabel Mazariegos Gutiérrez
Subdirección de Control Sanitario

Ing. Lizbeth Joanny Pérez Bravo
Coordinación Intersectorial

Diseño Editorial
L.D.G. Cristian Laguna Cruz

APAS
DEL ESTADO

CHIAPAS
GOBIERNO DEL ESTADO

Carta de presentación del C. Gobernador

En nuestro estado, la protección de la salud es todavía una aspiración que está lejos de cumplirse, por lo cual como premisa fundamental de este gobierno está la instrumentación de las políticas públicas para hacer válido el objetivo general del Artículo 4to Constitucional para promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, siempre orientadas a la atención del individuo, la familia, la comunidad y el estado, que permitan la equidad, la inclusión, la diversidad cultural y el respeto al medio ambiente; impulsando la participación de los diferentes actores sociales, organismos gubernamentales y no gubernamentales, profesionistas, instituciones educativas, asociaciones culturales y la población en general, en las mismas condiciones y oportunidades, respetando sus capacidades y eliminando la discriminación política, raza, género, religión y clase social, que bajo los principios de honestidad y transparencia permitan el uso racional de los recursos. El Gobierno del Estado precisa disminuir las brechas de inequidad social y acceso a los servicios de salud provocados por la fragmentación del sector salud, al caminar rotundamente en un sistema de salud que privilegie la consolidación de la atención primaria a la salud, con la prestación de servicios en unidades de salud dignas, equipadas, con personal de salud capacitado y con la disponibilidad de medicamentos e insumos; así como la participación ciudadana en el autocuidado de la salud, como parte de una cultura de prevención, donde el gobierno sea el responsable de promover el desarrollo y la comunidad de trabajar activamente en la búsqueda del progreso.

Chiapas vive hoy la cuarta transformación histórica, con grandes retos en materia de salud, que se lograrán con el trabajo decidido del gobierno y de la población en general. Los retos trazados en el Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024 encuentran respuesta en las áreas de oportunidad planteadas en el Programa Estatal de Salud 2019-2024.

Dr. Rutilio Escandón Cadenas
Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas

CHIAPAS de Corazón

Probizal
Novima

SECRETARÍA
DE SALUD
GOBIERNO DE CHIAPAS

Carta de presentación del Secretario de Salud

En la presente administración existen grandes retos en materia de salud, al ocupar el estado los primeros lugares en la morbimortalidad materno-infantil, unidades de salud funcionando de manera indigna y sin brindar la atención adecuada, por la falta de medicamentos y de personal de salud en las zonas más vulnerables. La inequidad en el acceso efectivo de la población a los servicios de salud incluyendo a la población migrante. El incremento acelerado de las enfermedades crónico-degenerativas de los últimos años, producto de la vida sedentaria y malos hábitos higiénico-dietéticos en la población provocan un reto primordial y complejo hacia la prevención de la salud como la creación de una alianza de corresponsabilidad compartida entre el gobierno y el pueblo, que nos permita garantizar una calidad de vida saludable mediante un sistema universal de salud que resuelva la desigualdad entre quienes tienen seguridad social y los que carecen de ella.

Dentro del Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024 se atiende indudablemente el sentir de la población en materia de salud, con un alto sentido de responsabilidad, pertenencia y participación social con igualdad y equidad, competencia técnica, calidad en la atención y trato no discriminatorio, lo cual genera el compromiso para el Sistema Estatal de Salud de otorgar servicios de calidad, que hagan patente el objetivo general del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024: el de hacer efectivo el 4to Constitucional a toda la población, donde toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Como lo establece el Plan de Gobierno, en Chiapas es imperante la planeación y la programación en materia de salud con enfoques específicos para la satisfacción de las necesidades de salud, jerarquizando las prioridades y el establecimiento de las soluciones de mayor impacto social.

Nuestro principal reto como sector será la garantía del acceso a los servicios de salud de la población para lograr mayores niveles de salud para todos los chiapanecos. Para ello establecimos, con carácter prioritario, las demandas de los usuarios y la política pública en salud con siguientes acciones:

I. Consolidar el autocuidado de la salud por parte de la población, al reforzar las acciones en materia de promoción y prevención de salud.

II. Garantizar la atención de la salud, al mejorar sustancialmente el acceso efectivo a los servicios de salud, disminuyendo con ello las brechas de inequidad, a través de la vinculación de la salud con el desarrollo comunitario y la protección financiera en salud, para acercar los servicios a la población.

III. Brindar a las familias chiapanecas servicios médicos de manera equitativa, oportunos, con calidad y capacidad instalada mediante el desarrollo de una adecuada cultura organizacional.

IV. Capacitación al talento humano a través del desarrollo continuo de sus aptitudes y habilidades para contar con servidores públicos sensibles, innovadores y comprometidos.

V. Dotar efectivamente a las unidades de salud con medicamentos e insumos con la instrumentación de un modelo regional de abasto.

En este sentido, el Programa Estatal de Salud 2019-2024 está conformado como el documento que integra los objetivos y estrategias operativas encaminadas a la cuarta trasformación y alcanzar los niveles de salud que la población del estado de Chiapas se merece; respondiendo a las necesidades y expectativas de la población en un entorno de inclusión social, equidad, honestidad, legitimidad, responsabilidad, justicia e igualdad; todo ello a través del uso transparente y eficiente de los recursos.

El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.

Dr. José Manuel Cruz Castellanos
Secretario Estatal de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas

Contenido

INTRODUCCIÓN.....21

Marco Legal.....23
Marco Conceptual.....24
Diagnóstico.....25
Población.....26
Entorno y Factores Condicionantes.....27

CAPÍTULO 1. ATENCIÓN MÉDICA.....31

1.1 Cirugías de corta estancia realizadas del 2013 al 2018.....33
1.2 Programa de Cirugía ambulatoria “Chiapas de corazón”.....33
1.3 Fortalecimiento a la Atención Médica (unidades móviles).....33
1.4 Abasto de medicamentos e insumos.....35
1.5 Educación y enseñanza en salud.....38
1.5.1 Capacitación para el desarrollo.....38
1.5.2 Enlace académico para el desarrollo e investigación en salud.....38
1.5.3 Comité estatal de bioética.....39
1.6 Centro estatal de la transfusión sanguínea y banco de sangre Dr. Domingo Chanona Rodríguez.....39
1.7 Unidades médicas móviles interantes (CONVOY).....42
1.8 Primer nivel de Atención.....44
1.9 Cartera de servicios por tipología.....45
1.9.1 Casas de salud.....45
1.9.2 Centro de salud micro regional.....45
1.9.3 Centro de salud con servicios ampliados.....46
1.10 Segundo nivel de Atención.....46
1.10.1 Hospital básico comunitario.....47

1.10.2 Hospital de la mujer.....47
1.10.3 Hospital general.....48
1.11 Red de abasto.....48
1.12 Programa de prevención del suicidio en jóvenes y población de alto riesgo.....50
1.13 Trabajo social.....51
1.14 Coordinación estatal de interculturalidad.....53
1.15 Atención a la salud de los pueblos indígenas y afromexicanos.....54

CAPÍTULO 2. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....57

2.1 Comités de la Calidad en salud.....58
2.2 Acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.....59
2.3 Sistema de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno.....60
2.4 Aval ciudadano.....60

CAPÍTULO 3. SALUD PÚBLICA.....63

3.1.1 Mortalidad infantil (menores de 1 año) en el Estado de Chiapas, periodo 2012-2017....65
3.1.2 Mortalidad infantil (1- 4 años) en el Estado de Chiapas periodo 2012-2017.....66
3.1.3 Mortalidad general en el estado de Chiapas periodo 2012-2017.....67
3.1.4 Transición epidemiológica de la morbilidad en el estado de Chiapas.....69
3.2 Salud y migración.....70
3.3 Entornos y comunidades saludables.....72
3.4 Promoción de la salud y determinantes sociales.....72
3.5 Alimentación y actividad física.....72
3.6 Desarrollo integral de los pueblos indígenas.....73
3.7 Salud materna y perinatal.....73
3.7.1 Morbilidad materna.....75
3.7.2 Mortalidad perinatal.....76
3.7.3 Mortalidad perinatal.....77
3.8 Planificación familiar y anticoncepción.....81
3.9 Cáncer de la mujer.....82
3.9.1 Cáncer de cuello uterino.....84
3.9.2 Morbilidad del cáncer de cuello uterino.....85
3.9.3 Cobertura de citología y VPH por jurisdicción sanitaria.....86
3.9.4 Cáncer de mama.....87
3.10 Violencia familiar y de género.....89
3.11 Igualdad de género en salud.....91
3.12 Prevención y atención integral del VIH/SIDA e ITS.....94

3.13 Segunda vial y prevención de accidentes y lesiones.....95
3.14 Salud bucal.....97
3.14.1 Prevención, detención y control de los problemas de la salud bucal.....97
3.15 Programa de atención a la salud de la infancia y adolescencia.....99
3.16 Programa de atención a la salud del adulto y del adulto mayor.....106
3.16.1 Obesidad y riesgo cardiovascular.....106
3.17 Diabetes mellitus.....107
3.18 Envejecimiento.....108
3.19 Programa de prevención y control de tuberculosis y microbacteriosis.....109
3.19.1 Prevención y control de la tuberculosis.....109
3.20 Prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.....111
3.21 Programa de prevención y control de la rabia y otras zoonosis.....111
3.21.1 Prevención y control de la rabia humana.....111
3.21.2 Prevención y control de la brucelosis.....112
3.22 Enfermedades del rezago.....113
3.22.1 Prevención y control de las leishmaniasis.....113
3.22.2 Prevención y control de tracoma.....114
3.22.3 Prevención y control de chagas.....116
3.22.4 Prevención y control de paludismo.....117
3.22.5 Programa de eliminación de oncocercosis.....119
3.22.6 Prevención y control de lepra.....121
3.22.7 Programa de prevención y control de las arbovirosis.....121
3.23 Urgencias epidemiológicas y desastres.....122
3.24 Programa de prevención y control de las adicciones.....124

CAPÍTULO 4. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.....129

CAPÍTULO 5. PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.....133

5.1 Calidad del agua para uso y consumo humano.....135
5.1.1 Agua de calidad fisicoquímica.....135
5.1.2 Monitoreo ambiental de Vibrio cólera.....136
5.2 Riesgo ocupacional por exposición a plaguicidas.....136
5.3 Marea roja “Florecimientos al gales nocivos (FAN)”.....138
5.4 Programa mexicano de sanidad de moluscos bivalvos.....139
5.5 Agua de mar para uso recreativo con contacto primario.....140
5.6 Clenbuterol.....141
5.7 Zoonosis y brucelosis.....141
5.8 Denuncias sanitarias.....143

5.9 Marca Chiapas México original.....143
5.10 Farmacovigilancia.....144
5.11 Manejo y dispensación de medicamentos (MYDMF).....145
5.12 6 pasos de la salud con prevención.....147
5.13 Programa México sano (PROMESA).....147
5.14 Riesgo Ocupacional por exposición radiología.....148
5.15 Humo de tabaco.....148
5.16 Inocuidad de alimentos.....149
5.17 Sal yodada fluorurada.....150
5.18 Harinas de trigo fortificadas.....151
5.19 Vigilancia sanitaria.....151
5.20 Verificación sanitaria.....153
5.21 Control sanitario de bebidas alcohólicas.....153
5.22 Muerte materna.....154
5.23 Regulación y vigilancia de sangre segura.....155
5.24 Infecciones nosocomiales.....156
5.25 Atención de emergencias sanitarias.....157
5.26 Atención a migrantes.....157
5.27 Cambio climático.....158
5.28 Control sanitario de la publicidad.....158
5.29 Ventanilla de trámites.....159

CAPÍTULO 6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL.....161

CAPÍTULO 7. INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA.....171

CAPÍTULO 8. INFRAESTRUCTURA EN SALUD.....179

CAPÍTULO 9. INSTITUTO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y BENEFICIENCIA PÚBLICA DEL ESTADO.....185

9.1 Programas aplicados.....188

INDICADORES.....193

Legado en materia de salud.....218

Juntos
por la SALUD

Introducción

Programa Estatal de Salud 2019-2024

Marco Legal

El Programa estatal de Salud está fundamentado en lo dispuesto por la normatividad siguiente:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, que garantiza el derecho a la protección de la salud de los mexicanos y sus familias, lo que obliga a los integrantes de la Federación a hacer efectivo este derecho con cobertura, calidad y seguridad, a través de políticas públicas eficaces y el establecimiento de acciones y procedimientos financieros y administrativos, que lo sustenten.

- El derecho a la salud debe ser otorgado de manera universal y gratuita a todos los mexicanos, sin distingos de raza, sexo, religión o condición laboral, en el marco de una Política Integral de Seguridad Social y mediante un Seguro Universal de Salud. (México, 2013).

- Artículo13, en el que se establece que la entidad tiene una población pluricultural, por lo que protegerá y promoverá el desarrollo de la cultura, lenguas, usos, costumbres, tradiciones y formas de organización social, política y económica de los chiapanecos, garantizando a éstos el acceso pleno a la justicia y a los servicios de salud. (Chiapas, 2008).

- Ley General de Salud, artículo13 inciso A, fracción II e inciso B fracciones II, III y IV la cual establece que el Sistema Nacional de Salud debe planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, y procurar su participación programática en el primero; asimismo, formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. (México, 2013).

- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Chiapas, artículo 39, el cual establece, entre otras atribuciones, que al titular de la Secretaría de Salud le corresponde:

Proponer al Ejecutivo del Estado la política de salud para a Entidad ejecutando y observando las disposiciones federales.

Consolidar en coordinación con las autoridades de la materia, las acciones de descentralización que permitan acercar y mejorar los servicios de salud a la población de la entidad.

Elaborar los programas, conforme a las disposiciones legales, operando, supervisando y evaluando las acciones que de estos se derive, en beneficio de los habitantes del estado.

Modernizar y mejorar el Sistema Estatal de Salud y cooperar en la consolidación del Sistema Nacional, en coordinación con las instancias federales. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2012).

- Ley de Salud del Estado de Chiapas, en sus artículos 1, 2 y 3 ordena:
El acceso a todos los chiapanecos a los servicios de salud proporcionados por el Estado de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y la constitución Política del Estado de Chiapas, para ello el Estado deberá:

- Propiciar el bienestar físico y mental de sus habitantes, para contribuir al desarrollo pleno de sus capacidades.

- Propiciar la prolongación y el mejoramiento de la vida humana.

- Fomentar actitudes solidarias y responsables en la población para la búsqueda de protección, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

- Ofrecer los servicios de salud y asistencia social, a fin de satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

- Informar y difundir los servicios que prestan las instituciones de salud, para su adecuado aprovechamiento y

- Favorecer el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

- El Programa estatal de Salud 2019-2024 se articula con el Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024 de fecha 7 de mayo del 2019 y la Política Nacional de Salud, con las tres prioridades en salud:

    - Atención Primaria a la Salud

    - Autocuidado de la Salud de la población

    - Cobertura Universal de los Servicios de Salud

- Reglamento Interior del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Chiapas (COPLADE), artículo 8º, fracción IV. En donde se establece que el COPLADE, para su funcionamiento, estará integrado en lo general por los subcomités sectoriales que, por sus funciones específicas, contribuyan al desarrollo socioeconómico del estado. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2007).

- Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de Chiapas del 8 de diciembre del 2000 en su artículo 7° establece:

Las unidades Administrativas del Instituto participarán de manera coordinada en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de trabajo que establezca el Director General, quien para tal efecto podrá contar además con coordinaciones, comisiones internas, asesoría y el apoyo técnico que requiera administrativamente para el cumplimiento del objeto del Instituto.

Marco Conceptual

La corrupción como práctica administrativa regular ha sido destructiva y perniciosa siendo esta el principal inhibidor del crecimiento económico del país. Las prácticas corruptas dañaron severamente la capacidad de las instituciones para desempeñar sus tareas legales para atender las necesidades de la población y garantizar los derechos de los ciudadanos.

La administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Como en otros terrenos, el desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal.

El resultado: en un periodo en el que proliferaron los dispensarios, clínicas y hospitales privados de todas las categorías, incluso los de gran lujo, los establecimientos públicos han sido librados al saqueo de la corrupción, la indolencia burocrática y el estrechamiento presupuestal. Es casi normativo el que los pacientes de los hospitales del Estado tengan que llevar sus propios materiales de curación y que se vean obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, tanto por la saturación de los quirófanos como por descomposturas o faltantes de equipo.

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional. a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano (Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024).

El programa Estatal de Salud 2019-2024 tiene como objetivos prioritarios fortalecer la capacidad resolutiva en atención primaria de la salud, consolidar el autocuidado de la salud de la población y mejorar la cobertura universal de los servicios de salud en la población.

Eestablece sus estrategias en un marco de acciones integrales e incluyentes que permitan elevar la calidad de los servicios y hacer eficiente el uso de los recursos humanos y materiales; utilizando de manera eficiente la capacidad instalada en los diferentes niveles de atención, asegurando el abasto de los recursos materiales e insumos; así como el fortalecimiento de forma planeada y eficiente de la infraestructura de los servicios; la asignación idónea del personal de salud con énfasis de intervención en la promoción de la salud y la participación comunitaria que deben traducirse en una cultura del autocuidado.

Diagnóstico

Las determinantes socioeconómicas del país han condicionado la existencia de más de 52.4 millones de mexicanos en pobreza patrimonial y alimentaria, así como un proceso de concentración urbana con amplias áreas de marginalidad social. (CONEVAL, 2008-2018).

El número de personas en situación de pobreza en el estado de Chiapas, pasó de 4 millones 113,950 a 4 millones 174,596 entre 2016-2018. El porcentaje de la población en situación de pobreza en el estado de Chiapas pasó de 77.1% a 76.4% entre 2016-2018. El número de personas en situación de pobreza extrema en el estado de Chiapas pasó de 1.4 de personas a 1.6 millones entre 2016-2018. Los indicadores de carencia social Y 4 174.6 población en situación de Pobreza (CONEVAL, 2008-2018).

En los últimos lustros, México ha evolucionado hacia un proceso de transición demográfica caracterizado por envejecimiento poblacional de 10%, aunado a la transición epidemiológica con incremento de los padecimientos crónico degenerativos y neoplásicos, así como enfermedades infecto-contagiosas de alto impacto en salud pública; mismas que se harán referencia y análisis de la situación actual de cada una de ellas en los apartados de Salud Pública comprendidos en este Plan Estatal 2019-2024.

La forma de enfermar y de morir en una población está determinada por diversos procesos de cambio; entre los más importantes están las denominadas transiciones demográficas, de riesgos, tecnológica y epidemiológica.

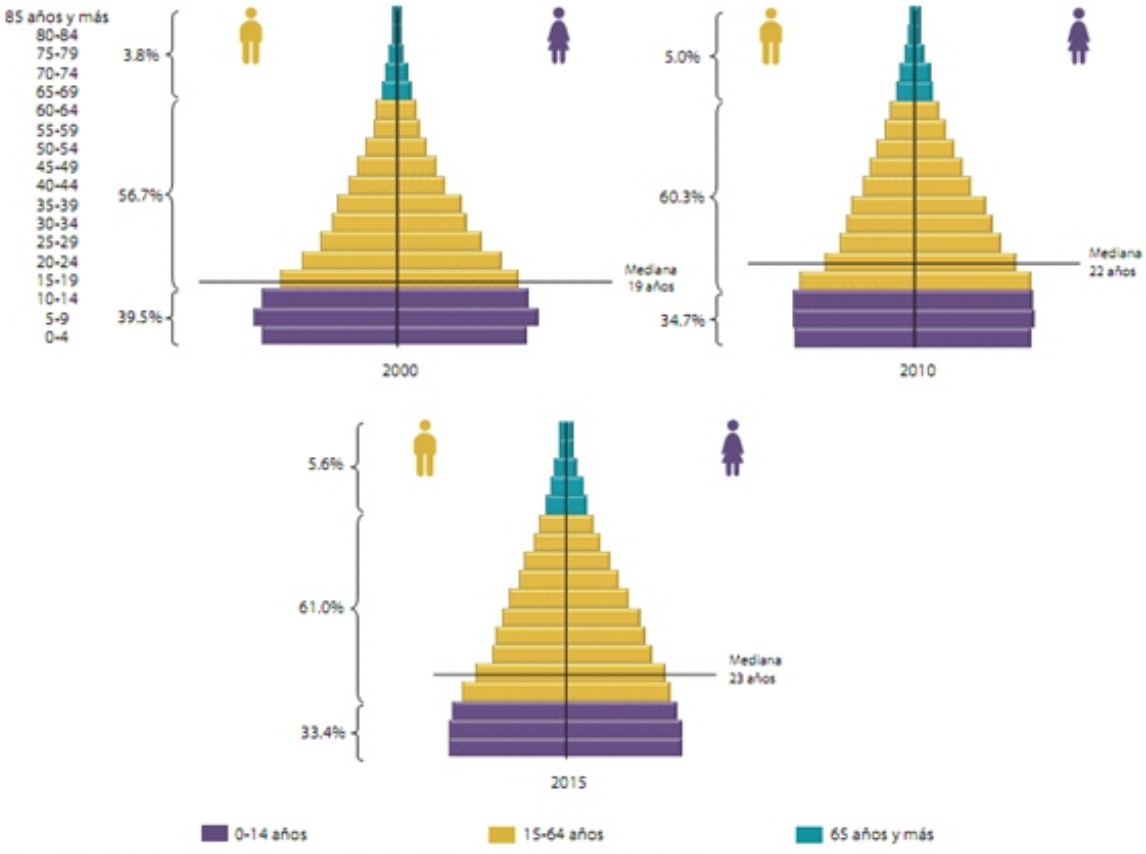
Población

En el ámbito demográfico, Chiapas no es ajeno al comportamiento poblacional que nuestro país experimenta y que sigue dos grandes vertientes:

Por una parte, la transición demográfica derivada de la disminución de la mortalidad general e infantil, que junto con una tasa global de fecundidad en rápido descenso, ha propiciado cambios en la estructura poblacional, con el envejecimiento gradual de sus habitantes; siendo este último grupo el que mayores atenciones requiere, por ser más susceptible a desarrollar padecimientos crónico -degenerativos, cuya atención es más compleja y, por ende, costosa para cualquier sistema de salud y para cualquier forma de gobierno (gráfica 1).

La otra vertiente se relaciona, directamente, con la distribución geográfica de la población. Existe una marcada tendencia a la urbanización, a expensas de la migración interna, lo que origina la existencia de núcleos poblacionales en áreas que concentran la planta económica y productiva del estado; pero que, simultáneamente, demandan y saturan los servicios y generan riesgos para la salud (gráfica 1).

Con la información que proviene de la Encuesta Intercensal 2015, se estima que en Chiapas residen 5 217 908 personas, 51.8% son mujeres y 48.2% hombres.



Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010; Encuesta Intercensal 2015.

Gráfica 1. Estructura de la población, 2000, 2010 y 2015.

Entorno y Factores Condicionantes

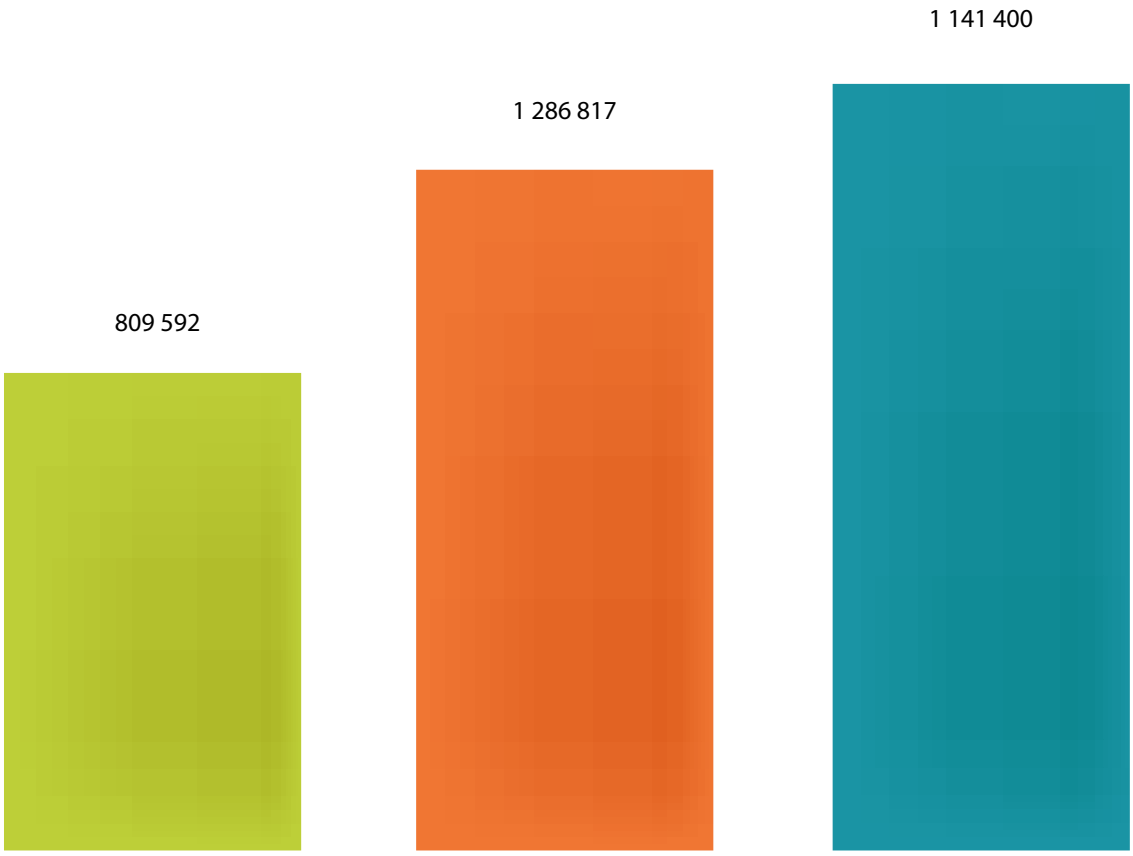
Al revisar el comportamiento de la tasa de crecimiento promedio anual de la población, en el periodo de 1990 a 2000 fue de 2.1 por ciento; baja 0.1 puntos porcentuales del 2000 al 2010, y siguió descendiendo entre el 2010 y 2015 donde se estimó una tasa de 1.8 por ciento.

Los indicadores que se generan con la información de la Encuesta Intercensal muestran las transformaciones que acompañan el proceso de transición demográfica de la sociedad de Chiapas y específicamente el descenso de la fecundidad. Es el caso del promedio de hijos nacidos vivos, indicador de la fecundidad, que muestra una disminución, al pasar de 2.4 para el total de las mujeres de 15 a 49 años, en el año 2000, hasta llegar a 2 hijos en 2015.

La disminución es perceptible en casi todos los grupos de edad y es más acentuado entre aquellas mujeres que se encuentran en la etapa final de su periodo reproductivo, es decir, aquellas entre los 45 y 49 años. Las mujeres de este grupo de edad tienen 1.5 hijos menos en el 2015 de los que tenían en 2000, es decir, hubo una reducción de 28.3% en la fecundidad medida por el número promedio de hijos nacidos vivos y es producto de la disminución acumulada a lo largo de todo el periodo reproductivo.

El número de personas de 5 años y más que habla alguna lengua indígena era de 809.6 mil en el año 2000 y de 1.1 millones en el 2010.

En Chiapas, para el 2015, se estiman 1.3 millones de hablantes de lengua indígena, representando 27.8% de la población de 5 años y más.



Gráfica 2. Población de 5 años y más hablante de lengua indígena, 2000, 2010 y 2015.

Las lenguas indígenas más destacadas/habladas en el estado de Chiapas son: Tzeltal, Tzotzil, Chol y Zoque.

En el año 2000, el porcentaje de personas de 5 años y más hablantes de lengua indígena que no hablan español fue de 36.5%, este porcentaje tiende a disminuir: bajó a 32.5 en 2010 y a 27.1% en 2015. En contraste, la proporción de hablantes de lengua indígena que también hablan español, se ha incrementado.

La población hablante de lengua indígena reside principalmente en localidades con menos de 2 500 habitantes, en las cuales viven 78 de cada 100 hablantes de lengua indígena. Las proporciones más altas de hablantes de lengua indígena de 3 años y más corresponden a los municipios de Santiago el Pinar, San Juan Cancuc, Chalchihuitán y Mitontic, donde prácticamente toda su población habla lengua indígena. De los municipios de la entidad, 45 registran porcentajes por arriba del valor estatal (27.9%) destacándose los municipios de Ocosingo, San Cristóbal de las Casas, Chilón, Chamula, Tila, Las margaritas, Salto de Agua, Palenque, Oxchuc, Tenejapa, Zinacantán,Tumbalá, Chenalhó y Yajalón.

En Chiapas existen 55 municipios considerados como de alta marginación, los cuales coinciden con los que concentran mayor cantidad de población indígena.

La tasa de analfabetismo es un indicador relacionado con condiciones básicas en el nivel de bienestar de la población. Una persona analfabeta se encuentra al margen del desarrollo de una sociedad.

Esta condición se refiere a la población de 15 años y más que no sabe leer ni escribir. Debido al incremento de la cobertura de la educación básica y a las acciones establecidas para erradicar el analfabetismo entre la población de la entidad, la tasa de analfabetismo para Chiapas disminuyó ocho puntos porcentuales entre 2000 y 2015. En 2000 el 22.9% de las personas de este grupo de edad no sabían leer ni escribir y en 2015 este indicador se redujo al 14.8 por ciento, el más alto del país.

Capítulo 1
Atención Médica

Programa Estatal de Salud 2019-2024

Aespire

1.1 Cirugías de corta estancia realizadas del 2013 al 2018

Cirugías de corta estancia realizadas del 2013-2018			
Año	Numero de campañas	Numero de cirugías	Numero de especialidades
2012	45	4,433	7
2013	30	3,559	7
2014	73	9,675	7
2015	32	2,457	7
2016	37	2,757	7
2017	32	1,944	7
2018	29	2,333	7

1.2 Programa de Cirugía ambulatoria “Chiapas de Corazón”

El principal objetivo de este programa es elevar los niveles de Bienestar y Calidad de vida de la población más necesitada, mediante la Atención Médico Quirúrgica de Alta Especialidad, carente de Seguridad Social, a fin de abatir el Rezago Quirúrgico en el Estado de Chiapas.

Es un programa de alto contenido social institucionalizado por y para el bienestar del pueblo. Este proyecto ha privilegiado a los que menos tienen, a los ancianos, los niños, las mujeres, los marginados; ellos han participado no solo como beneficiarios, pues en buena medida han promovido el programa y han sido factor fundamental para su institucionalización.

En el desarrollo de este programa se han contemplado las siguientes especialidades:

- ✓ Cirugía General
- ✓ Angiología
- ✓ Ginecología
- ✓ Proctología
- ✓ Oftalmología
- ✓ Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

A través de las siguientes Organizaciones y Fundaciones:

- ✓ IMSS
- ✓ ISSSTE
- ✓ ISSTECH
- ✓ DIF Estatal y Municipal
- ✓ Instituto de Protección Social y Beneficencia Publica

- ✓ Operación Smile México A.C
- ✓ Ministerio Medico Internacional
- ✓ Instituto de La Visión
- ✓ Hospital Park Suiza
- ✓ Harvest Evangelistic Association
- ✓ Fundación Mgas (Equipo ruso del Instituto Ulzibat)
- ✓ Fundación Cinépolis
- ✓ Asociación Mexicana de Cirugía General
- ✓ Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica
- ✓ Asociación Mexicana de Colon Y Recto
- ✓ Academia Mexicana de Cirugía
- ✓ Asociación Mexicana de Angiología
- ✓ Asociación Mexicana de Cirugía De Labio y Paladar Hendido
- ✓ Instituto Nacional de Rehabilitación
- ✓ H. Ayuntamiento Municipal
- ✓ Programa Humanitario Italiano “Misión Chiapas”

Acciones:

- ✓ Contribuir a elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida de la Población en condiciones de dispersión y marginación.
- ✓ Promover el desarrollo y participación organizada del personal médico y paramédico especializado, a nivel Local, Estatal, Nacional e Internacional, en lo relativo a cirugía a fin de fomentar el aprendizaje continuo de médicos locales.
- ✓ Lograr la optimización y utilización de los recursos humanos, infraestructura e insumos en beneficio de la población usuaria.
- ✓ Lograr la formación e implementación de los equipos quirúrgicos itinerantes institucionales en los Hospitales Básicos Comunitarios y dependientes del Instituto de Salud del estado de Chiapas.
- ✓ Descentralizar la Atención Quirúrgica del Estado para desahogar hospitales de segundo nivel de atención, atendiendo patologías sin necesidad de traslados.
- ✓ Disminuir el gasto por paciente-día cama, evitando hospitalización innecesaria, reduciendo las complicaciones.

1.3 Fortalecimiento a la atención médica (unidades móviles)

El objetivo general del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, es el de contribuir al aseguramiento del acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el otorgamiento de servicios de atención primaria a la salud a través de las 85 unidades médicas móviles, por medio de la transferencia de recursos presupuestarios federales a las entidades federativas, y dentro de sus objetivos específicos, se encuentra como uno de los más importantes, el de contribuir con las entidades federativas para que cuenten con UMM equipadas de conformidad con la tipología correspondiente y su respectivo personal capacitado, conforme a las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2019.

El Programa en Chiapas cuenta con 85 unidades móviles, de las cuales 69 son tipo “0”, 7 unidades tipo “1”, 5 unidades tipo “2” y 5 unidades tipo “3”.

Este Programa se alinea directamente con el Anexo 5 del Manual de Programación y Presupuesto 2019, en específico con la Directriz 2 “Bienestar social e igualdad”; priorizando a los grupos vulnerables, quienes sufren por carencias, olvido, y abandono; en especial a los pueblos indígenas de México.

Se constituye como una manifestación de la política de salud del Gobierno de la República para resolver las graves limitaciones de cobertura de servicios de salud que aún prevalecen en las localidades con población menor a 2,500 personas y sin acceso a servicios de salud, por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población.

Se reforzará durante este periodo; la capacitación de los recursos humanos con el objetivo de mejorar los conocimientos, habilidades, actitudes y conductas, mismos que se vean reflejados en la calidad del servicio y la atención de las personas; fortaleciéndose los temas en materia de Derechos Humanos, interculturalidad, contraloría social, paquete garantizado de servicios de salud, salud reproductiva, combate de conato de incendios, control del niño sano, así como el control nutricional de los menores de 5 años; se fortalecerá el diagnóstico oportuno y manejo de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y obesidad; embarazo y puerperio; promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, vacunación, adicciones y salud bucal.

Adicionalmente se considerarán los siguientes temas: Reglas de Operación, manejo del equipo médico instalado en la UMM, Leyes y Normas Oficiales Mexicanas en salud que sean aplicables, lectura crítica de guías de práctica clínica, mantenimiento vehicular, ultrasonografía, electrocardiografía, manejo de expediente clínico, lineamientos y manuales del Programa entre otros.

1.4 Abasto de Medicamentos e Insumos

La política actual del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 establece como principal elemento dentro del rubro de desarrollo social “Garantizar y proteger el derecho a la salud en igualdad de condiciones para todos los mexicanos”.

El Proyecto de Nación 2019-2024 reconoce la salud como eje fundamental y contempla como uno de sus objetivos; fortalecer el Sistema Público de Salud (SPS) en su conjunto para lograr un enfoque no sólo curativo sino también preventivo e integral, así como mejorar la eficiencia de su operación.

Con base al Proyecto de Nación en salud, se busca lograr una cobertura universal donde los medicamentos y los servicios públicos en consultorios, clínicas y hospitales, desde el primer nivel de atención hasta la medicina especializada; sean accesibles y gratuitos para reducir las desigualdades en salud y detener el aumento de las enfermedades crónicas, así como el gasto de bolsillo en salud de la población en general.

La corrupción y la falta de rendición de cuentas dificultan evaluar; el desvío de recursos afecta gravemente la calidad y eficiencia de los servicios en la insatisfacción de la población, particularmente los largos tiempos de espera para recibir atención especializada, así como la falta de medicamentos y otros insumos que deberían ser entregados gratuita y oportunamente.

Por ello se garantizará una mayor racionalidad y optimización de los recursos, así como la vigilancia en el estricto cumplimiento de la normatividad en materia de control y evaluación apegándose a los criterios de transparencia, honradez, eficacia y productividad.

Los sistemas de información no son integrales y no siempre son facilitadores de la toma de decisiones. La falta de un sistema único de información de medicamentos, provoca un desperdicio nacional del recurso para esos insumos, y una disparidad en los precios de compra al no contar cada entidad con la información que permita comparar la situación del mercado de la salud.

El Instituto de Salud del Estado de Chiapas, consciente de la responsabilidad de proporcionar los servicios de salud que le demande la población de la entidad, requiere de un sistema integral de abasto y suministro de medicamentos y material de curación a las diferentes unidades aplicativas que le permitan un abasto suficiente, oportuno, bajo en costos y accesible para los usuarios y trabajadores de la salud, “principal objetivo”.

Es por ello que atender el tema de abasto tiene como principal finalidad establecer, delimitar y conjuntar esfuerzos en cada una de las funciones y responsabilidades de los diferentes actores de las unidades médicas y administrativas del Instituto de Salud, que intervienen en los procesos para el abasto y distribución de medicamentos y material de curación a las diferentes unidades aplicativas, con el propósito de mejorar y agilizar el sistema actual.

El abasto de medicamentos y material de curación considera varios aspectos que es muy importante señalar, dentro de los cuales destaca identificar las principales problemáticas que muestra la cadena de abasto de medicamentos y material de curación en las redes de servicios de salud hospitalarios, esto tomando en cuenta la relación que guardan con la metodología de servicio subrogado y el modelo tradicional.

Por ello en la búsqueda de la mejora del suministro de medicamentos y material de curación es importante definir las responsabilidades de todos los involucrados en la cadena de abasto. Actualmente todos los eslabones que forman parte en garantizar y asegurar el abasto de los insumos en tiempos precisos y en cantidades necesarias; se fortalecen a través de las estrategias que tienen como objetivo impulsar los mecanismos en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez" y con ello erradicar a través de la mejora continua los siguientes aspectos:

- ✓ Metodología inconsistente
- ✓ Insuficiencia presupuestal
- ✓ Distribución Insuficiente
- ✓ Asignación errónea
- ✓ Consumos promedio mal definidos
- ✓ Controles inadecuados
- ✓ Difusión lenta del cuadro básico
- ✓ Selección inadecuada de proveedores
- ✓ Niveles de inventario erróneos
- ✓ Falta de visibilidad a punto consumo

Para este efecto es de carácter indispensable tomar en consideración los siguientes objetivos para el esquema de operatividad de la metodología del abasto.

1. Coordinar y efectuar la planeación de la demanda en coordinación con las direcciones sustantivas, y en base a los métodos de cuantificación de necesidades de medicamentos y material de curación de las unidades de Primer y Segundo Nivel.

2. Diseñar la propuesta de los términos de referencia para efectos de integrar a las bases de licitación en materia de adquisición, suministro y distribución de los medicamentos y material de curación.

3. Integrar las necesidades de medicamentos y material de curación, en base a los métodos de cuantificación y en estricto apego a las fuentes de financiamiento por cada proyecto.

4. Vigilar y Supervisar en coordinación con las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, que las empresas prestadoras del servicio atiendan en tiempo y forma los requerimientos de los insumos médicos requeridos, y en cumplimiento al contrato de suministro de servicios para garantizar la atención integral de la salud del paciente.

5. Promover un sistema de gestión de información integral en tiempo real para mejorar la disponibilidad de información logística para la cuantificación precisa y oportuna, la adquisición y distribución adecuada, e informar a los tomadores de decisión.

6. Verificar en base a los reportes generados por las unidades médicas y a las actas de sesión de la comisión de insumos, que se apliquen las políticas y procedimientos establecidos para la adquisición, suministro y resguardo de los medicamentos, material de curación y sustancias químicas.

7. Promover la oficialización de la implementación de un sistema de información como una de las herramientas de seguimiento y control institucional, para garantizar la eficiencia y eficacia en todas las operaciones relacionadas con el abasto, suministro y almacenamiento de los medicamentos, material de curación y sustancias químicas.

8. Diseñar métodos para estandarizar los procesos de análisis de los consumos de medicamentos y material de curación.

9. Capacitación constante en las metodologías de trabajo que permitan obtener catálogos únicos de consumos promedios, así como por la tipología de la unidad médica.

10. Proponer y promover acuerdos para fortalecer los mecanismos de planeación, programación, presupuestación, fortalecimiento del control interno, auto evaluación y desarrollo administrativo.

1.5 Educación y Enseñanza en salud

1.5.1 Capacitación para el desarrollo

El Departamento de Educación en Salud para el Desarrollo oferta espacios clínicos a las distintas instituciones educativas del Estado para la realización de prácticas clínicas, Internado de Pregrado y Servicio Social.

Contribuye al proceso de enseñanza-aprendizaje de los prestadores de servicio social de medicina y carreras afines a la salud ejecutando los contenidos temáticos y programas académicos vinculados a los procesos de formación en el ámbito clínico en coordinación con las instituciones educativas y de salud a fin de consolidar la formación del recurso humano en formación en salud con alta capacidad resolutiva.

1.5.2 Enlace académico para el desarrollo e investigación en salud

El Departamento de Enlace Académico para el Desarrollo e Investigación en Salud, participa en la planeación de la enseñanza de las carreras de la salud y vigila que la calidad de la Enseñanza de las Carreras para la Salud sea el apropiado para la población del Estado de Chiapas, a través

de la Comisión Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud (CEIFCRHIS).

1.5.3 Comité estatal de bioética

El Comité Estatal de Bioética supervisa el cumplimiento de las disposiciones aplicables en materia de bioética a nivel intersectorial, analiza la información de problemáticas de interés bioético con la finalidad de generar material de apoyo que auxilien la conformación de políticas públicas en salud, asimismo, brinda asesoría e información bioética a la sociedad, a las instituciones estatales públicas y privadas de salud, de enseñanza superior, jurisdicciones sanitarias y otras afines dentro del marco de sus respectivas competencias.

1.6 Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y Banco de Sangre Dr. Domingo Chanona Rodríguez

Se busca alcanzar la eficacia y eficiencia del SGC del BSDDCR y PS's con apego a las Normas Oficiales Mexicanas e Internacionales que evalúan el cumplimiento de requisitos de calidad de la sangre y sus productos; así como implementar el SGC en todos los puestos de sangrado pertenecientes a la red estatal de sangre y promover el desarrollo profesional y humano.

- Establecer políticas y estrategias para incrementar la seguridad sanguínea impulsando la Donación Voluntaria Altruista de Sangre.

- Realizar los estudios de laboratorio y pruebas de escrutinio al total de las unidades captadas.

- Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a la totalidad de puesto y servicios de sangre que integran la Red.

- Establecer el Sistema Estatal de Hemovigilancia.

- Promover la Regionalización de los Servicios de Sangre en el Estado de Chiapas.

- Fomentar la sustitución del esquema de reposición de sangre por la donación voluntaria altruista, en todo el Sistema Estatal de Salud.

- Impulsar a los servicios de sangre, a adoptar lineamientos de atención a los donantes que faciliten la atención expedita y de calidad.

- Exhortar a las instituciones que conforman el Sistema Estatal de Salud al desarrollo de campañas y colectas externas.

- Fomentar el incremento del parque vehicular para el trasporte de personal e insumos en las colectas externas.

- Convocar a las instituciones que conforman el Sistema Estatal de Salud al registro de donantes.

La Red de Sangre Estatal cuenta con: Banco Estatal, 13 servicios de sangre y 3 servicios de transfusión hospitalario

1. Hospital de la Mujer, San Cristóbal de las Casas, Chiapas. (servicios de sangre del 1 al 13).
2. Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
3. Hospital General Bicentenario, Villaflores, Chiapas.
4. Hospital General Juan C. Corzo, Tonalá Chiapas.
5. Hospital de la Mujer, Comitán, Chiapas.
6. Hospital General María Ignacia Gandulfo, Comitán, Chiapas.
7. Hospital General, Huixtla, Chiapas.
8. Hospital General, Palenque, Chiapas.
9. Hospital General, Tapachula, Chiapas.
10. Hospital Regional de Alta Especialidad Cd Salud, Tapachula, Chiapas.
11. Hospital Básico Comunitario, Ocosingo, Chiapas.
12. Hospital General, Pichucalco, Chiapas.
13. Hospital General, Yajalón, Chiapas.
14. Hospital General Reforma, Chiapas (Proyecto de apertura 2019) (Servicios de Transfusión).
15. Hospital Chiapas Nos Une Dr. Gilberto Gómez Maza, Tuxtla Gutiérrez.
16. Hospital Regional General Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez.

Tipo de atención que ofrecen

El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y Banco de Sangre Dr. Domingo Chanona Rodríguez, además de extraer sangre total, fraccionarlas en concentrados eritrocitarios, plasma

fresco congelado, concentrados plaquetarios, extracción de aféresis plaquetaria; realiza los estudios serológicos de las unidades extraídas por el banco y de los 13 servicios de sangre, para que una vez estudiadas y liberadas realiza la distribución de los diferentes hemocomponentes dependiendo de las necesidades de cada uno de los hospitales que integran la Red de Sangre Estatal, así como también otorga hemocomponentes a los Hospitales Básicos comunitarios, del régimen IMSS, ISSSTE, ISSTECH, SEDENA, Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) y algunos hospitales privados que tengan convenio de colaboración con este Centro o con la Red de Sangre Estatal.

Con el objetivo de mantener el abasto necesario para cubrir las urgencias transfusionales, así como las Urgencias Obstétricas, y al mismo tiempo atender cirugías programadas.

El día 29 de Junio año en curso hacen entrega oficial a este Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea Banco de Sangre Dr. Domingo Chanona Rodríguez, el certificado ISO9001:2015 por parte del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C. con esto reforzar nuestra Política de Calidad la cual a la letra dice “EL CETS-BSDDCR Y PUESTOS DE SANGRE DE LA RED ESTATAL, TIENEN UN FIRME COMPROMISO CON LOS USUARIOS DE SATISFACER PLENAMENTE SUS REQUERIMIENTOS Y EXPECTATIVAS, MEDIANTE ACCIONES CONDUCENTES, PARA LOGRAR LA DISPONIBILIDAD, SEGURIDAD, CALIDAD Y USO RACIONAL DE LA SANGRE Y LOS COMPONENTES SANGUÍNEO. PARA ELLO GARANTIZAMOS IMPULSAR UNA CULTURA DE CALIDAD BASADA EN LA NORMA ISO 9001-2015, FORTALECIENDO NUESTRA INFRAESTRUCTURA, DESARROLLANDO EL CAPITAL HUMANO, FORTALECIENDO EL MONITOREO Y LA VERTIFICACI0N DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO REALIZADO A LOS DONANTES DE SANGRE Y EL FIRME COMPROMISO DE MEJORA CONTINUA Y SEGURIDAD DE NUESTRAS OPERACIONES”.

1.7 Unidades Médicas Móviles Itinerantes (CONVOY)

El objetivo de las unidades medica móviles itinerantes es dignificar la calidad de vida de los habitantes en diferentes puntos de esta geografía, ofreciendo acciones para mejorar la salud de sus pobladores más vulnerables, a través de la prevención y detección de patologías, sin costo para el beneficiario.

Las unidades médicas móviles, tienen la capacidad para integrarse a la red de servicios de salud del Estado, llevando infraestructura, personal y equipo médico especializado, de forma segura y gratuita, a las diferentes localidades que se asignen, con el fin de garantizar la detección oportuna de patologías en hombres, mujeres, niños y adultos mayores.

Todos los procedimientos a los que sometan los pacientes en las unidades médicas móviles, serán de manera voluntaria, entregando los estudios médicos y resultados de cada especialidad a las autoridades de salud y al paciente. Se brinda atención en 59 municipios con un total de 1,757,842 habitantes.

Cada Convoy incluye 8 vehículos con:

- Consultas Médicas
- Laboratorio Clínico
- Radiología e imagen (Mastografía y Tele de tórax)
- Densitometría, Ultrasonido (pélvico, obstétrico y mama), y
- Electrocardiograma
- Salud Dental
- Prevención para la Mujer (Exploración de mama)
- Farmacia
- Ambulancia de Traslado

Y las unidades de apoyo siguientes:

- Perifoneo
- Utilitario
- Carga

Prestando los servicios:

- Unidad de Consultas Médicas
- Laboratorio Clínico
- Radiología e Imagen (Mastografía y Tele de tórax)

- Salud Dental
- Prevención para la Mujer
- Farmacia
- Ambulancia

Atendiendo padecimientos como: Diabetes Mellitus tipo 2, Neuropatía Diabética, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Pesquisas osteoporosis, Colitis, Gastritis, Infecciones de vías urinarias, Vaginosis, Faringoamigdalitis, Rinitis alérgica, Dermatosis, Fiebre, Parasitosis, Micosis, Cefalea, Artralgias, Disnea, Parasitosis, Amenorrea entre otras.

1.8 Primer nivel de Atención

El Estado cuenta con una red de unidades de primer nivel de atención que permite resolver las necesidades de atención básicas más frecuentes, es la puerta de entrada al sistema de salud permitiendo un adecuado acceso a la población, brindando atención oportuna, eficaz, equitativa y de calidad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, para lo cual se cuenta de acuerdo con su tipología con un cuadro básico estatal de medicamentos, material de curación, cartera de auxiliares de diagnóstico, equipo médico, instrumental y servicios generales.

La red cuenta de 440 centros de salud, 29 centros de salud con servicios ampliados, 18 centros de salud con hospitalización y 375 casas de salud; distribuidos en diez jurisdicciones sanitarias.

Las cuales desarrollan acciones encaminadas al autocuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El primer nivel de atención es la parte esencial para lograr el acceso efectivo y la cobertura universal de los servicios de salud.

Acciones de impacto:

1. Brindar atención médica a través de la consulta externa general, con el fin de contribuir a mejorar y restaurar la salud de las personas usuarias de los servicios de salud.

2. Otorgar asistencia sanitaria para la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por los profesionales de la medicina.

3. Contribuir en la disminución de los altos índices de morbilidad y mortalidad en los grupos vulnerables, mediante el seguimiento puntual y oportuno en los menores de 5 años, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, adultos mayores y enfermos crónicos degenerativos.

4. Contribuir a la prevención y disminución de la desnutrición en niños menores de 5 años y en mujeres embarazadas.

5. Promover la salud, mediante intervenciones preventivas, curativas y paliativas, dirigidas a los individuos, la familia, las comunidades y el medio ambiente.

1.9 Cartera de Servicios por tipología:

1.9.1 Casas de salud

La casa de salud es un punto vital de la red de servicios de salud con diversas y variadas características de ubicación, régimen de propiedad y tipo de inmuebles, proporcionado generalmente por los habitantes de la comunidad rural dispersa; como resultado de una solución de ellos para coadyuvar al acceso a los servicios básicos de salud.

Es el primer nodo en la red de servicios de salud para estas localidades y sirve de enlace con centros de salud Microregionales más cercanos.

CARTERA DE SERVICIOS

- Vigilancia Epidemiológica
- Embarazo
- Puerperio
- Recién nacido
- Desarrollo y crecimiento del niño
- Capacitación y educación en salud por medio de talleres comunitarios
- Participa en los programas de detección de cáncer, vacunación y planificación familiar
- Aplicación de inyecciones y suministro de antibióticos
- Apoya programas de distribución de componentes nutricionales
- Censo de embarazadas y en general de la población
- Primeros auxilios
- Orientación nutricional
- Guarda equipo e instrumental para las brigadas móviles
- Llevan el levantamiento y control de cartillas y del censo
- Taller comunitario para capacitación y orientación nutricional
- Curaciones sencillas

1.9.2 Centro de Salud Micro regional

Establecimiento de atención médica ubicado en localidades rurales y urbanas para ofrecer atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad: promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico temprano de enfermedades.

CARTERA DE SERVICIOS

- Vigilancia Epidemiológica
- Curaciones
- Atención Médica Antirrábica
- Estimulación Temprana
- Control y detección del VIH Sida, Sífilis, Diabetes y Glucosa (por medio de tiras reactivas)
- Implantación de programas preventivos de los servicios de salud (D.O.C.)
- Consulta externa
- Padecimientos emergentes
- Sala de usos múltiples por cada 3,000 habitantes
- Laboratorio básico (para química sanguínea y fraccionar)
- Ultrasonido (si cuenta con ginecólogo)
- Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y rehidratación

1.9.3 Centro de Salud con Servicios Ampliados

Unidad médica diseñada para ofrecer atención primaria a la salud integral con alta capacidad resolutiva. Adicionalmente a los servicios de consulta externa del centro de salud, se brindan servicios de especialidades que demanda la población como: estomatología, psicología, salud mental, atención obstétrica y nutrición. Ofrece también servicios diagnósticos de laboratorio e Imagenología. Puede ofrecer servicios quirúrgicos de baja complejidad que no requieren de hospitalización.

CARTERA DE SERVICIOS

- Consultorios de Medicina Familiar
- Epidemiología
- Consultorio de Estomatología
- Consultorio de Inmunizaciones
- Consultorio de Salud Mental
- Consultorio de Ginecología
- “Módulo Mater” (vigilancia embarazo de alto riesgo)
- Ultrasonido
- Laboratorio clínico
- Rayos X, estudios simples
- Farmacia
- Almacén general
- Servicios generales
- Sala de Expulsión

1.10 Segundo Nivel de Atención

Contamos con la Red Hospitalaria conformada por 12 Hospitales Generales, 3 Hospitales de la Mujer y 23 Hospitales Básicos Comunitarios, que se encuentran vinculados para otorgar una atención médica especializada con calidad a la población. Gracias a la coordinación y funcionamiento de la red hospitalaria se brinda servicios de medicina interna, cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría entre otras especialidades; así como, área de hospitalización, laboratorio clínico, estudios de gabinete e Imagenología y servicio de transfusión sanguínea. El Estado cuenta con 1,118 camas censables y 786 camas no censables.

1.10.1 Hospital Básico Comunitario

El Hospital Básico Comunitario representa el espacio de salud donde se resuelve gran parte de los problemas de salud que requieren internamiento. Su relación dentro del sistema de redes debe garantizar fácil acceso a un hospital con mayor capacidad resolutiva para canalizar a los pacientes que así lo requieran.

Establecimiento que ofrece servicios de especialidades básicas a la red de servicios de salud. Tiene alta capacidad resolutiva en medicina familiar, urgencias y padecimientos de alta prevalencia que requieren de servicios de medicina interna, cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría. Cuenta con área de hospitalización, laboratorio clínico, estudios de gabinete e Imagenología, área de telemedicina y servicio de transfusión sanguínea.

Del análisis de cada red se determina qué unidades deben equiparse con cuidados intensivos para neonatos y adultos.

1.10.2 Hospital de la Mujer

El Hospital de la Mujer, es una unidad de salud cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención del binomio madre-hijo y disminuir la mortalidad materna y perinatal, a través de la atención integral del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido, alojamiento conjunto, lactancia materna, inmunizaciones, aplicación de método de planificación familiar post-evento obstétrico.

Brindar asistencia obstétrica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio inmediato y pediátrica del recién nacido.

Fomentar el alojamiento conjunto y la lactancia materna.

Aplicar toxoide tetánico a la embarazada para iniciar y/o completar esquemas, Sabin y BCG al recién nacido.

Contribuir con las áreas de planificación familiar promocionando métodos anticonceptivos, ligando dichas acciones al evento reproductivo y haciendo énfasis en la aplicación del dispositivo intrauterino, post-parto, transcesárea o post-aborto.

Fomentar el uso de planificación a la mujer, independientemente del estado grávido, puerperal o intervalo temporales y/o definitivos. Con el objetivo de fomentar el embarazo con responsabilidad.

Proporciona consultas ginecológicas, obstétricas y de ginecología oncológica a mujeres de todo el país (no proporciona servicio de pediatría) las 24 horas de los dos 365 días al año.

1.10.3 Hospital General

El Hospital General es un establecimiento de atención médica ubicado en localidades urbanas. Ofrece servicios de diagnóstico y tratamiento de especialidades básicas. Cuenta con consulta externa y hospitalización, así como con laboratorio clínico y de patología, servicios de Imagenología, urgencias y transfusión sanguínea las 24 horas de los 365 días del año. Los hospitales generales, además, participan en la formación de recursos humanos.

La capacidad resolutiva y de atención se tipifica según su tamaño, esto depende del número de camas censables que va desde 30 a 180 camas. Hospitales de 30 camas, es de gran importancia para resolver los problemas de salud, otorga servicio a la población local y a los centros de salud de su área de influencia.

De 60 camas este hospital cuenta con mayor capacidad resolutiva. Brinda servicio a la población de la localidad donde se ubican, los centros de salud y los hospitales básico comunitarios.

El Hospital General de 90 camas, cuenta con mayor capacidad y recursos para responder a problemas de salud de mayor complejidad. Otorga servicio a la población de la localidad donde se ubica, los centros de salud y los hospitales de 30 y 60 camas de su zona de influencia.

El Hospital General de 120 camas es el centro de atención para la salud de mayor capacidad resolutiva dentro del sistema estatal. Se ubica en centros urbanos y de concentración y al contar con más especialidades médicas, brinda servicio a la población de la localidad donde se ubica, los centros de salud y los hospitales de 30, 60 y 90 camas del Estado.

Los Hospitales de 180 camas se establecen cuando la población del Estado o de la localidad lo requiere. Estas unidades representan la mayor capacidad resolutiva del sistema y brinda servicio a la población de la localidad donde se ubica, los centros de salud y los hospitales de 30, 60 90 y 120 camas del Estado.

1.11 Red de Abasto

Tiene como objetivo garantizar a la población el suministro de medicamentos y material de curación, así mismo la herramienta necesaria al profesional de salud para la atención de los pacientes en la prestación de los servicios médicos.

Acciones:

- Analizar la existencia actual de las claves de mayor demanda en unidades médicas tanto de primer nivel y red hospitalaria de acuerdo al consumo diario, mensual, promedio histórico y reciente.
- Identificar las necesidades de adquisición.
- Adquirir los insumos en tiempo oportuno y a menor precio.
- Recepcionar los insumos adquiridos en almacenes de forma regionalizada.
- Integrar una logística eficiente en la distribución de los insumos.
- Establecer controles para el uso racional de los insumos.

Con la finalidad de garantizar el abasto oportuno de los medicamentos y material de curación a la población más alejada de las zonas urbanas, se ha implementado la estrategia de ubicar siete almacenes regionales en diferentes puntos del Estado:

Primer Nivel (Jurisdicciones):

- Tuxtla Gutiérrez
- San Cristóbal
- Comitán
- Palenque
- Tapachula

Hospitales:

Tuxtla Gutiérrez

Tapachula

Programa U013 “Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral” tiene por objeto garantizar el acceso y continuidad en la prestación de servicios de salud con calidad que demanda la población en condiciones de vulnerabilidad y sin seguridad social, preferentemente en regiones, municipios y localidades con bajo Índice de Desarrollo Humano y de alta o muy alta marginación, a través del fortalecimiento de las redes de servicios de salud del primer nivel de atención y de hospitales comunitarios de los Servicios de Salud en las 32 entidades federativas, incluyendo a los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CEREDI), que presten servicios a la población objetivo.

Con el programa U013 se fortaleció la red de servicios de salud con la contratación de personal en municipios y localidades con bajo IDH, y de alta o muy alta marginación, con las categorías siguientes:

- Médicos generales;
- Médicos especialistas;
- Psicólogos;
- Licenciados en Ciencias de la Nutrición, y
- Personal de enfermería general y auxiliar de enfermería.

En lo relativo al mantenimiento y conservación de equipo e inmuebles, así como a las acciones de dignificación y obra pública de la infraestructura física en salud, se deberán priorizar las acciones necesarias para lograr la acreditación de unidades de primer nivel de atención de la red de servicios de salud; previa autorización por parte de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la DGPLADES y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que permita el acceso y prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, en condiciones de vulnerabilidad.

Por otra parte, el programa, garantizan el derecho a la salud con atención médica y medicamentos gratuitos en favor de la población sin seguridad social por esta razón se realizará la compra de medicamentos y material de curación, a unidades particularmente ubicadas en los segmentos socioeconómicos con alta y muy alta marginación.

1.12 Programa de Prevención del Suicidio de Jóvenes y Población de Alto Riesgo

Es una estrategia fundamental del plan de trabajo de salud mental, siendo uno de sus principales retos, y como tal se ha proyectado a ese nivel a través de las Jurisdicciones Sanitarias y de los Hospitales Generales, desde el ámbito de la salud es ir identificando y tener las herramientas para la intervención ante la conducta suicida, teniendo claro que entra en juego la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas.

El principal reto es unificar criterios con las diversas instituciones y asociaciones civiles que conforman la mesa técnica de prevención del suicidio, para la continuidad de la campaña permanente de prevención en todo el estado, para el bienestar de la población, ante el panorama que denota esta problemática de salud pública, donde se hace evidente el fortalecimiento constante para la prevención del mismo.

1.13 Trabajo Social

Objetivo general

Retomar las funciones propias del trabajador social con la finalidad de mejorar la atención del usuario, para establecer una valoración diagnóstica y el plan de intervención con el paciente; fortaleciendo el liderazgo de las áreas de trabajo Social y buscando una coordinación con las redes de servicios en el Estado de Chiapas.

Estrategias

1. Impulsar una nueva organización, para reorganizar las funciones del personal de trabajo social, con miras a mejorar la calidad de vida de la población.

Actividades:

- Programa de trabajo.
- Coordinación con cuerpo de Gobierno.
- Reorganizar las funciones de trabajo social.
- Implementación de reportes de incidencias de los servicios de la unidad.
- Reunión con Jefas de Trabajo Social de las Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales Regionales y Hospitales Básicos Comunitarios.

I. Participar en actividades de planificación y organización de la Red de Servicios.

Actividades:

- Integración del comité de referencia y contrarreferencia Estatal
- Establecer coordinación y convenios de trabajo, interinstitucionales con las unidades de capacidad resolutiva.
- Establecer coordinación con los Jefes de Trabajo Social Jurisdiccionales y de Hospitales Generales, para la Referencia y contrarreferencia de pacientes
- Establecer enlace con la coordinación de las Unidades Móviles y las Caravanas de Salud, para unificar criterios de referencia.
- Establecer coordinación del personal de trabajo social de las unidades de primer y segundo nivel para eficientar el control de contrarreferencia y seguimiento de pacientes embarazadas y en puerperio.

II. Innovar citas vía internet, al segundo nivel de atención con la finalidad de brindar una mejor atención al usuario.

Actividades:

- En coordinación con el área de informática realizar un programa, en el cual se puedan solicitar las citas vía internet, (evitando con esto la conglomeración de personas en los Hospitales Generales, ya que aproximadamente el 50% son foráneos, en la mayoría de los casos gran parte de los usuarios vienen únicamente a solicitar una cita).
- Realizar campañas de promoción e información sobre la nueva dinámica de citas vía internet.

III. Innovar una herramienta vía internet, para todas las unidades con la finalidad de reforzar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes para dar seguimiento de caso.

Actividades:

- Integrar una unidad equipada con tecnologías de la información, y telecomunicaciones que gestione pro activamente al usuario a través de la red de servicios de salud.
- Identificar la capacidad instalada para resolver urgencias en las unidades médicas.

- Facilitar el acceso a los servicios de salud a la población sin discriminación y que satisfagan de manera integral sus necesidades.
- Alertar a las unidades médicas ante la urgencia en curso.
- Dar seguimiento activo a la referencia y Contrarreferencia.

IV. Planificar y desarrollar programas de atención comunitaria.

Actividades:

- Planificar y desarrollar un programa de cuidados integrales de atención familiar; dándole un enfoque de la atención hacia un grado de independencia, tanto del paciente y la familia; fomentando el autocuidado, dirigido al primer nivel de atención.
- Desarrollar un proyecto para la implementación de albergues de uso exclusivo de familiares con pacientes hospitalizados.

V. Seguimiento de sasos que envían las autoridades donde incluyen apoyos de material y estudios de diagnóstico.

Actividades:

- Llevar a cabo el registro y seguimiento de casos de apoyos de personas que solicitan apoyo, con escasos
- Realizar el trámite por medio de oficio a la coordinación administrativa.
- Contactar al familiar o paciente para el seguimiento de caso.
- Análisis de casos

VI. Capacitación continua de los jefes de Trabajo Social jurisdiccional y de Hospitales Generales; para el desarrollo de habilidades y mejora en los servicios que presta al usuario.

Actividades:

- Elaborar un proyecto de capacitación continua para el personal de trabajo social de las Unidades de la Secretaría de Salud.
- Capacitación constante del personal de trabajo social para mejorar la atención de los usuarios.
- Capacitación y motivación del personal de trabajo social, para que realice investigación.
- Fomentar la motivación constante para la profesionalización del personal de Trabajo Social.

VII. Participar en convenios de colaboración con las diferentes universidades de Trabajo Social, para homologar las prácticas del Servicio Social.

Actividades:

- Establecer coordinación con la Subdirección de enseñanza para apegarse a los lineamientos.
- Formar el comité de evaluación de los Planes y Programas de las Escuelas de la carrera de trabajo social.

VIII. Evaluación.

El proceso de evaluación será el medio para supervisar las actividades; pretende tomar en cuenta la información recolectada en la supervisión y el alcance de la utilidad del presente programa de trabajo, así como la utilización de instrumentos de evaluación como indicadores del grado de aceptación y utilidad de las actividades programadas.

La evaluación es un procedimiento de aprendizaje; será continuo y permanente, la cual se evaluará mediante la supervisión presencial y documental incluyendo los avances de las metas programadas.

1.14 Coordinación Estatal de Interculturalidad

“La interculturalidad toma relevancia ante la oportunidad de la transformación de los servicios de salud con la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I) que plantea la 4ª Transformación en el Programa de Salud del Nuevo Gobierno. Contribuye promoviendo personal de salud con competencias interculturales para avanzar hacia una atención a la salud segura, equitativa y eficiente, apoyando la atención culturalmente adecuada, el trato a las personas con dignidad y sin discriminación, fortalecida con la participación social y comunitaria.

Promueve mecanismos para la interrelación eficiente del personal de salud con los grupos de la población en su diversidad y especificidad, con espacios y equipamiento suficiente como prioridades en la atención a las regiones más vulnerables, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos y de género.

Ejes de acción

- Implantación de las Políticas Interculturales en Salud.
- Sensibilización y Capacitación en Interculturalidad en Salud.
- Lineamientos interculturales en la operación de los Programas de Salud.
- Servicios de Unidades de Salud Interculturalmente competentes.
- Acreditación de Unidades de Salud con elementos interculturales.

Política de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención
Implantación de nuevos modelos:

- Fortalecimiento de la Salud, con comida, ejercicio y buen humor.
- Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro.
- Homeopatía.
- Acupuntura.
- Herbolaria.

1.15 Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos:

Conformación del Grupo Estatal Interinstitucional de Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos

- Acceso a los Servicios de Salud.
- Trato con dignidad.
- Visibilidad.
- Empoderamiento.
- Entornos Saludables: Casa, comida, agua, basura, plaguicidas.
- Inclusión de la Medicina y Partería tradicional indígena.

Posicionamiento de las Políticas Interculturales de respeto a la Dignidad y Derechos Humanos de las personas, contribuyendo a dar respuesta a los compromisos nacionales e internacionales en el tema.

- Sensibilización y Capacitación en Derechos Humanos en sus diferentes elementos.
- Recomendaciones de la CNDH, CEDH.

Tu opinión cuenta
Quejas, Sugerencias y Felicitaciones
Buzón de Atención al Usuario
Sistema Unificado de Gestión
SALUD
CHIAPAS
Expresa tu opinión
BUZÓN DE FELICITACIONES, SUGERENCIAS O QUEJAS
SUG (SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN)

Capítulo 2

Unidad de Gestión de la Calidad

2.1 Comités de Calidad en Salud

La falta de mecanismos de identificación, medición y análisis de los problemas que se suscitan en el establecimiento de salud son factores que influyen en la ausencia de acciones para incrementar la seguridad, ante esto la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, derivado de la atribución señalada en el Artículo 18 fracción II del Reglamento de la Secretaría de Salud, emite los Lineamientos Técnico operativos para el funcionamiento del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) con el propósito fundamental de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en los establecimientos de salud.

Estos lineamientos constituyen una actualización y sustitución de la Instrucción 171/2009 “Composición y Funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en las unidades prestadoras de salud” y se emiten para facilitar la integración, operatividad y funcionamiento del mismo en los establecimientos de Salud.

El COCASEP se conceptualiza como: Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente.

De manera más explícita la creación de los COCASEP en los establecimientos de Salud, están destinados a contar con espacios para compartir hallazgos, aprender de los mejores y lograr el máximo de visibilidad en la preocupación de los directivos y profesionales a favor de la calidad.

En este sentido, se crea el comité como una instancia que coordine y analice acciones en el ámbito de calidad de las unidades de salud, que favorezca la buena práctica profesional, la difusión de avances en calidad técnica de los servicios médicos y de enfermería, así como la orientación a los usuarios, a favor de la calidad y el trabajo permanente de revisión y mejora continua. Los COCASEP son los órganos responsables de llevar a cabo las estrategias para establecer mejoras de calidad en las unidades de salud.

Estrategias

La estrategia consistirá en la aplicación de las cedulas de autoevaluación obligatoria, instruida por el Director General del Instituto de Salud a fin de darles seguimiento a las áreas de oportunidad desde la Unidad de Gestión de la Calidad en Oficinas Centrales del ISA.

El seguimiento puntual desde la Unidad de Gestión de la Calidad permitirá fortalecer a las unidades cuyos liderazgos no estén considerando esta figura como la herramienta de mejora de la calidad organizacional. A través de la comunicación con el Director General del Instituto de Salud en cuanto a liderazgos directamente bajo su línea de mando cuya implementación de Comités de Calidad en Salud no esté operando conforme lo establece el Lineamiento, y esto también para los establecimientos dependientes en su jerarquía de una jefatura jurisdiccional.

Avances del periodo 2013-2018

Al cierre del periodo 2013-2018 se tiene registro de 8 de 10 jurisdicciones sanitarias con COCASEP instalado y sesionando, de 12 de 15 Hospitales Generales con igual operatividad y de 11 de 87 establecimientos de tipologías varias con igual funcionamiento, lo que nos demuestra un importante rango de unidades por implementar esta figura organizacional.

2.2 Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica

La protección de la salud implica una serie de elementos y acciones necesarios para atenuar las brechas sociales. La salud pública y la atención médica deben constituirse en los elementos fundamentales para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con tres condiciones esenciales: universalidad, equidad y calidad.

En el contexto de la calidad, los mecanismos de evaluación para acreditar los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se encuentran fundamentados en los artículos 77 Bis 9 de la Ley General de Salud y del 23 al 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Con base en esto, la acreditación se constituye como el procedimiento de evaluación externa de la calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación a los establecimientos para la atención médica, a efecto de constatar que cumplen satisfactoriamente con criterios de capacidad, calidad y seguridad para el paciente, necesarios para proporcionar los servicios definidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico Siglo XXI del Sistema de Protección Social en Salud.

A enero del 2019 el Directorio DGIS de Establecimientos y Servicios de Atención Médica registra para el Instituto de Salud del Estado de Chiapas un universo de 560 unidades con tipología Acreditable, de las cuales 469 tienen Acreditación CAUSES vigente.

Este es entonces nuestra línea basal, de la cual se desprende conforme a los Lineamientos del Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Salud el hecho de que todos estos establecimientos con tipología acreditable habrán de ser evaluados por re acreditación en un momento hasta el 2024, ya que la vigencia de la Acreditación es de 5 años, siendo que algunos habrán de ser evaluados hasta en 2 ocasiones durante este periodo de tiempo.

Estrategias

Habremos de hacer una alineación con la estrategia nacional, la cual está basada en la Mejora continua, entendiéndose esta como el Método para la gestión de la calidad que se apoya en el aseguramiento de la misma, haciendo hincapié en los sistemas y procesos de organización, en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan mejorar los procesos, y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aun cuando se han satisfecho los estándares, patrones o normas más altas.

Cada establecimiento cuya tipología sea igual o mayor a 5 núcleos básicos, así como las jurisdicciones sanitarias, habrán de apegarse al Lineamiento de Comités de Calidad en Salud, el cual establece los procedimientos de elaboración de los Planes de Mejora continua por unidad, lo cual permitirá mantener la mejora continua y por consiguiente la acreditación en los niveles propuestos.

Avances 2013-2018

Del universo de establecimientos de Atención Médica que actualmente tiene dictamen de Acreditación CAUSES vigente se tuvo un avance de 376 unidades con dictamen de re acreditación vigente en el periodo pasado, teniendo el resto hasta completar 469 dictamen de Acreditación

vigente aún, lo que nos da como resultado que actualmente el 83.75% de los establecimientos de Atención Médica del ISA tienen dictamen de acreditación CAUSES vigente.

Avances de esta nueva Administración 2019

En inicios de esta nueva administración; se dio la tarea del trabajo coordinado lográndose en el mes de Junio la certificación de los Hospitales del Estado: Hospital de la Mujer de San Cristóbal las Casas, Hospital General de Tapachula, Hospital Dr. Gilberto Gómez Maza y Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Hospital de Reforma, Hospital de Yajalón, Hospital Bicentenario de Villaflores y el Hospital de Pichucalco; alcanzando con ello la certificación del 100 % de sus hospitales.

2.3 Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato adecuado y Digno

La aplicación de esta encuesta en los Establecimientos de Atención Médica del Sector Salud, se realiza, por un lado, por el personal perteneciente a la institución (Monitor Institucional) y en forma paralela por el Aval Ciudadano.

Una vez capturados los resultados, en el “Sistema para la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD)”, tanto del monitor institucional como de los avales ciudadanos se puede cotejar y en su caso, avalar o no al establecimiento de atención médica en trato adecuado y digno. Este ejercicio permitirá tener un comparativo entre los resultados encontrados por el Monitor Institucional y por otro lado los del Aval Ciudadano.

El monitoreo institucional es la comprobación por parte del personal del Establecimiento de Atención Médica, de la satisfacción de los usuarios en términos de calidad percibida y organización de los servicios a través de las preguntas de la “Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno”, las cuales están orientadas en dos dimensiones: la Calidad Interpersonal (calidad percibida) y la Calidad en las Organizaciones (organización de los servicios) en seis dominios.

Estrategias

A través de los Comités de Calidad en Salud se gestionarán los resultados obtenidos, de tal forma que se integren al Plan de Mejora Continua del Establecimiento o Jurisdicción Sanitaria según sea el caso.

Avances del Indicador periodo 2013-2018

Al cierre del 2018 se tuvieron resultados del 80% de Satisfacción.

2.4 Aval ciudadano

El Aval Ciudadano se origina en la necesidad de dar respuesta a la pregunta de ¿cómo recuperar la confianza de la ciudadanía si la población no confía en sus instituciones?

Fue así como se diseñó este mecanismo que faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, a visitar unidades de salud para avalar las acciones en favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo, y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad.

Los Avales Ciudadanos no son trabajadores del Sector Salud, pero sí son personas comprometidas con su sociedad, que dedican parte de su tiempo y esfuerzo de manera individual o grupal, comprobando la existencia de algunos avances o retrocesos en los servicios de salud y aportan sugerencias y opiniones para mejorarlos.

Mecanismos como el Aval Ciudadano representan una oportunidad más amplia (aunque incompleta) para abordar distintos aspectos de la gestión del servicio público, la determinación de prioridades, la evaluación de la eficiencia de los servicios de salud y, en su futuro cercano, la fiscalización de los recursos financieros aplicados en los programas de salud, como lo marca el Programa Nacional de Salud sea una realidad para todos los mexicanos y el derecho a la participación democrática se amplíe a la mayor expresión colectiva.

Cuando la población participa y las acciones responden a planteamientos y demandas reales que se formulan, es posible observar una mayor eficiencia de los sistemas de salud. Paulatinamente el propio trabajo de los integrantes del Aval Ciudadano, su interés y sus experiencias han permitido consolidar su funcionamiento y sus actividades, cada vez con perspectivas más amplias en cuanto a su participación coordinada con las instituciones de salud, para adquirir el compromiso mutuo de lograr avances sustantivos en la calidad de los servicios de salud.

Estrategias

1. Realizar encuestas a los usuarios de las unidades médicas y a los profesionales de la salud, para conocer la opinión de los usuarios en relación a la calidad percibida. Su misión es escuchar a los pacientes y a las familias.

2. Difundir los Derechos Generales de los Pacientes, promoviendo su exigibilidad y su tutela, procurando que las organizaciones de salud.

3. Realizar propuestas de mejora y establecer compromisos como los responsables de la unidad médica y su personal, para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso y efectuar el seguimiento de los compromisos hasta lograr su cumplimiento.

4. Solicitar y recibir información sobre los proyectos de calidad y seguridad de los pacientes que se desarrollan en la unidad médica.

5. Participar en el Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS) y en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten a la participación ciudadana en salud.

Avances del periodo 2013-2018

El reporte de cierre del 2018 se tiene un registro de 489 establecimientos de Atención Médica con avales instalados. No se ha logrado aún obtener evidencia de participación activa en el comité de Calidad y Seguridad del Paciente en aquellos establecimientos donde aplique la conformación del mismo.

Asimismo, no se tiene un grado óptimo de participación de todos los avales instalados, en lo que refiere a las actividades descritas en los lineamientos para los avales.

STUI
C15-900

Capítulo 3
Salud Pública

Programa Estatal de Salud 2019-2024

NO GRITO
NO CORRO
NO EMPUJO
TRANSPORT STRETCHER

3.1.1 Mortalidad Infantil (Menores de 1 año) en el Estado de Chiapas. Periodo 2012-2017

El decremento que presenta la mortalidad infantil de los años 90 a la fecha, se debe al fortalecimiento en los servicios de agua potable y servicios sanitarios, a una mejor nutrición infantil y materna, así como a las altas coberturas de vacunación. Se calcula que los hijos de madres que no han completado su educación primaria, presentan riesgo de morir en el primer año de vida un 50% más alto que los hijos de madres con niveles educativos mayores.

Dentro de las variables de conducta reproductiva que están estrechamente asociadas a la mortalidad en menores de 1 año, destacan la edad de la madre, el número de hijos y el intervalo intergenésico. La probabilidad de morir antes de cumplir un año de vida es mayor cuando las madres son menores de 18 años o mayores de 33, tienen más de tres hijos o presentan intervalos entre partos menores de 23 meses.

Núm	Principales causas	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa
1	Asfixia y trauma al nacimiento.	347	3.05	364	3.21	398	3.52	408	3.61	372	3.30	847	7.52
2	Malformaciones congénitas del corazón	134	1.18	123	1.09	133	1.18	132	1.17	127	1.13	273	2.42
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	120	1.6	117	1.03	167	1.48	182	1.61	177	1.57	119	1.06
4	Enfermedades infecciosas intestinales	97	0.87	85	0.75	93	0.82	93	0.82	101	0.90	73	0.65
5	Bajo peso al nacimiento y prematurez	39	0.34	45	0.40	49	0.43	31	0.27	48	0.43		
6	Desnutrición calórico proteica	37	0.33	39	0.34	21	0.19	22	0.19	21	0.19	26	0.23
7	Enfermedad cerebrovascular	16	0.14	14	0.12	10	0.09	10	0.09			9	0.08
8	Nefritis y nefrosis	14	0.12					10	0.09	9	0.08	7	0.06
9	Anemia	9	0.08										
10	Asma	9	0.08										
	Defectos de la pared abdominal			12	0.11								
	Anencefalia y malformaciones similares			10	0.09								
	Epilepsia			9	0.08								
	Infecciones respiratorias agudas altas					9	0.08					14	0.12
	Asma					10	0.09						
	Anemia					8	0.07			13	0.12		
	Anencefalia y malformaciones similares							11	0.10	8	0.07		
	Síndrome de Down							11	0.10				
	Cirrosis y otras enfermedades del hígado									6	0.05		
	Septicemia											27	0.24
	Enfermedades del corazón											16	0.14

Mortalidad Infantil (Menores de 1 año) en el Estado de Chiapas. Periodo 2012-2017. Fuente: INEGI/ 2012- 2017. Proyecciones de Población CONAPO. Tasa por 1,000 Nacimientos proyectados.

La erradicación de la poliomielitis, la eliminación de la difteria, del sarampión, tétanos neonatal, tosferina y las formas graves de tuberculosis, deben continuarse, por lo que serán prioridad las actividades tendientes a mantener los niveles altos de cobertura de vacunación.

La asfixia y trauma al nacimiento persiste como causa principal de años anteriores y en el periodo del 2012 al 2017 presentándose el mayor número de estas defunciones en los menores de 7 días de nacidos. Las asfixia y trauma al nacimiento, malformaciones congénitas del corazón, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades infecciosas intestinales, bajo peso al nacimiento/ prematuros, y desnutrición calórico proteica son las principales causas de defunción en este grupo de edad.

En el año 2012 se registraron un total de 1,522 defunciones con una tasa de 13.30 por 1,000 nacidos vivos proyectados, ocupando por tasa el 10° lugar a nivel nacional. En el año 2013, las defunciones fueron 1390 con una tasa de 12.26, con el 13° lugar a nivel nacional por tasa. En el 2014 se identificaron 1,479 defunciones con una tasa de 13.08, quedando en el 7 lugar a nivel nacional.

Para l 2015 se tiene el registro de 1,515 y tasa de 13.42, con el 7 lugar nacional. En el 2016 se identificaron 1507 defunciones con tasa de 13.36 ocupando el 5° lugar a nivel nacional. Y para el 2017 se tienen 1588 defunciones con una tasa de 14.09; ocupando el segundo lugar a nivel nacional; de estas defunciones el 43% (711 defunciones), ocurrieron en el periodo de Mortalidad temprana que corresponde a los 7 primeros días del nacimiento; 288 en mortalidad tardía que representa el 18%. Los niños que fallecen el primer mes de vida son el 61% del total de las defunciones en menores de 1 año.

Fortaleciendo las unidades de cuidados intensivos, se puede tener impacto en la mortalidad en este periodo de vida.

Las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas aún producen un número importante de muertes en la entidad y dado que las medidas preventivas están al alcance de toda la población, debe continuarse concediéndoles la prioridad de los más recientes años, para crear en la comunidad una verdadera cultura de salud familiar y consolidar el control de este grupo de padecimientos.

3.1.2 Mortalidad Infantil (1- 4 años) en el Estado de Chiapas Periodo 2012-2017

En el Estado de Chiapas, se tiene una orografía accidentada, elevada dispersión poblacional así como usos y costumbres que dificultan la aceptación de los servicios; sin embargo con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, proyectos de agua potable, verificación de la cloración de agua para consumo humano, capacitación a las madres de los menores de 5 años sobre el manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar, esquemas de vacunación completo, planes de reforzamiento de cobertura en los municipios de menor índice de desarrollo humano, la garantía de universalidad, gratuidad y accesibilidad en todo el territorio chiapaneco, se ha mejorado significativamente las condiciones de salud, de este grupo de edad.

En el año 2012 se registraron 491defunciones, con una tasa de 109.62 por 100,000 niños de 1 a 4 años de edad ocupando por tasa el primer lugar a nivel nacional. En el año 2013 se tienen 486 defunciones con tasa de 109.0 permaneciendo en el primer lugar a nivel nacional.

En el año 2014 se identificaron 543 defunciones en este grupo de edad con tasa de 122.32 y persistiendo en el primer lugar a nivel nacional. Para el 2015 se registraron 566 defunciones con tasa de 127.21 y primer lugar a nivel nacional.

Núm	Principales causas	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	76	16.97	62	13.91	84	18.92	102	23.05	159	36.0	122	2.77
2	Enfermedades infecciosas intestinales.	75	16.74	67	45.03	90	20.27	111	25.09	104	23.55	55	1.25
3	Desnutrición calórica proteica.	23	5.13	23	5.16	31	6.98	18	4.07	11	2.49	28	0.63
4	Malformaciones congénitas del corazón.	20	4.47	36	8.07	31	6.98	30	6.78	24	5.43	31	0.79
5	Leucemia	19	4.24	15	3.36	24	5.41	22	4.97	12	2.79	14	0.32
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	16	3.57	16	3.59	13	2.93	7	1.58			6	0.14
7	Epilepsia.	8	1.79	7	1.57	8	1.80	9	2.03	10	2.26	8	0.18
8	Nefritis y Nefrosis	7	1.56					11	2.49	8	1.81	6	0.14
9	Asma	6	1.34	8	1.79	9	2.03			9	2.04	7	0.16
10	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	6	1.34	7	1.57	7	1.58	11	2.49	7	1.58		
	Caídas accidentales			6	1.35								
	Anemia					10	2.25	7	1.58	11	2.49	10	0.23

Mortalidad Infantil (1-4 años) en el Estado de Chiapas Periodo 2012-2017. Fuente: INEGI/ 2012- 2017. Proyecciones de Población CONAPO. Tasa por 1,000 niños de 1 a 4 años de edad.

En el año 2016 se tiene 598 defunciones y tasa de 135.39 ocupando el primer lugar en la nación. Y para el 2017 se registraron 545 defunciones con una tasa de 12.40 ubicándonos en el primer lugar a nivel nacional.

Las principales causas en este grupo de edad son las infecciones respiratorias agudas bajas y las enfermedades infecciosas intestinales. Las leucemias se encuentran dentro de las 10 principales causas; en este periodo comprendido del 2012 al 2017 el mayor número de defunciones por esta patología fueron los años 2014 y 2015.

La anemia como causa de defunción se empezó a identificar dentro de las 10 principales causas a partir del año 2014, manteniéndose hasta el 2017. Para abatir esta causa, es necesario orientar desde los primeros años de vida a una alimentación balanceada con nutrientes esenciales que permitan el desarrollo óptimo de los niños.

En este grupo de edad se identifican los Ahogamiento y sumersión accidentales, peatón lesionado en accidente de vehículo de motor y caídas accidentales como causas primordiales de defunción.

3.1.3 Mortalidad General en el Estado de Chiapas Periodo 2012-2017

En el siglo pasado uno de cada 5 niños mexicanos, moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años de edad. Hoy más del 50% de los recién nacidos alcanzan su primer año de vida y la mayoría de las mujeres pueden llegar a vivir 80 años. El descenso de la mortalidad general es significativo al paso de los años; pasó de las 9.6 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 5.05 por 1,000 habitantes en el año 2015.

La esperanza de vida al nacimiento, en 20 años de 1990 a 2010, ha cambiado de 66.7 a 72.0 años promedio, es decir, aproximadamente una ganancia de 5.3 años de vida promedio adicionales.

Respecto a la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, también se observó una disminución al pasar de 8.8 años en 1990 a 6.2 años en 2010. Los hombres y mujeres de la entidad cuentan en 2010 con una esperanza de vida de 69.0 y 75.1 años al nacimiento, respectivamente.

Núm	Principales causas	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
		núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa
1	Diabetes mellitus	2,506	49.62	2,586	50.52	2,918	56.26	3,423	65.17	3,543	66.6	2,682	51.06
2	Enfermedad Isquémica del corazón	1,967	38.95	2,130	41.61	2,387	46.02	2,682	51.06	2,850	53.6	3,423	65.17
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1,466	29.03	1,477	28.85	1,656	31.93	1,871	35.62	1,918	36.1	1,179	22.45
4	Enfermedad cerebrovascular	1,008	19.96	1,070	20.90	1,114	21.48	1,179	22.45	1,139	21.4	991	18.87
5	Nefritis y Nefrosis	759	15.03	721	14.08	741	14.29	864	16.45	769	14.5	544	10.36
6	Infecciones respiratorias agudas bajas.	743	14.71	717	14.01	1,014	19.55	991	18.87	1,065	20.0	864	16.45
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	609	12.06	686	13.40	727	14.02	734	13.97	721	13.6	514	9.79
8	Enfermedades hipertensivas.	508	10.06	606	11.84	701	13.52	781	14.87	653	12.3	710	13.20
9	Enfermedades infecciosas intestinales	436	8.63	445	8.69	488	9.41	514	9.79	505	9.5	525	10.35
10	Agresiones (homicidios)	399	7.90	478	9.34	462	8.91	544	10.36	544	10.2	734	13.97

Mortalidad General en el Estado de Chiapas Periodo 2012-2017. Fuente: INEGI/ 2012- 2017.
Proyecciones de Población CONAPO. Tasa por 100,000 habitantes.

La transición epidemiológica cambio completamente, de ser las enfermedades trasmisibles las principales causas de defunción en 1950 como el Paludismo y las enfermedades prevenibles por vacunación: Sarampión, Tosferina, etc. a las enfermedades NO trasmisibles en 65 años de diferencia.

Las enfermedades no trasmisibles ya tienen el mayor peso porcentual en la Carga Global de Enfermedad (CGE), se observa en el período de 1990 a 2017 que el número de defunciones por las Enfermedades Transmisibles disminuyó en un 61.1%, en tanto que las Enfermedades No Transmisibles dentro de las que se encuentran las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y enfermedades del hígado, han aumentado en 97%. Las causas violentas como los accidentes, las lesiones intencionales y no intencionales han incrementado en un 17.1%

En el estado la Diabetes Mellitus se ubica en la primera causa de defunción, seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades isquémicas del hígado y enfermedad cerebrovascular.

En el año 2012 se registraron 22,411 defunciones con una tasa por 100,000 habitantes de 443.73 ocupando a nivel nacional el 28° lugar, para el 2013 se tienen 23,121 defunciones y tasa de 451.65 ocupando el 29° lugar nacional. En el año 2014 se registraron 24,568 defunciones y tasa de 473.68 y el 24 lugar nacional. En el 2015 se tienen 26,519 defunciones y tasa de 504.85 en la nación ocupamos el 21° lugar. Para el 2016 existen 26,575 defunciones y tasa de 499.7, a nivel nacional el 27° lugar y en el 2017 se registraron 26,519 con tasa de 504.85 ocupando el 23° lugar a nivel nacional.

Acciones: Se continuará fomentando el autocuidado de la salud para lograr mitigar las enfermedades no trasmisibles y lograr una vejez con calidad de vida aceptable.

3.1.4 Transición epidemiológica de la morbilidad en el Estado de Chiapas

Núm	Principales causas	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
		núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa	núm	tasa
1	Infecciones respiratorias agudas.	579,842	11,326.8	664,703	12,815.8	616,096	11,728.8	561,868	10,565.4	624,533	11,603.9	590,652	10,847.1
2	Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas	169,540	3,311.8	166,764	3,213.5	179,811	3,423.1	163,906	3,078.3	218,771	4,064.8	216,718	3,980.0
3	Infecciones de vías urinarias	119,440	2,333.1	126,564	2,440.2	135,561	2,580.7	129,715	2,439.1	150,892	2,803.6	145,067	2,664.1
4	Ulceras gastritis y duodenitis	55,082	1,075.9	62,908	1,212.9	61,889	1,178.2	53,199	1,000.3	54,697	1,016.2	51872	952.6
5	Amebiasis intestinal	26,287	513.5	25,405	489.6	25,782	490.8	21,896	411.7	22,711	421.9	22,853	419.7
6	Paratifoidea y otras salmonelosis	19,588	382.6	20,368	393.2	20,331	387.0	20,874	392.5	22,282	414.0	20,578	377.9
7	Otitis media aguda	19,490	380.7	20,032	386.2	20,138	383.3	17,856	335.7	28,096	522.0	24,160	443.7
8	Gingivitis y enfermedad periodontal	15,672	306.1	19,646	378.7	25,585	487.0	22,622	425.3	25,914	481.4	25,877	475.2
9	Candidiasis urogenital	15,667	306.0										
10	Conjuntivitis	14,286	279.0					20,645	388.2	30,551	567.6	16,748	307.6
	Vulvovaginitis			14,944	288.1					23,046	428.2	24,002	440.8
	Hipertensión arterial			14,489	279.3								
	Síndrome febril					38,131	725.9	17,217	323.7				
	Enfermedad por virus Chikungunya					28,506	542.6						

Principales causas de la consulta externa periodo 2013-2018. Fuente: Plataforma de SUIVE 2012- 2017. Anuarios de Morbilidad DGE/INEGI.

La transición epidemiológica representa el cambio en el perfil de la salud de una población, caracterizada esencialmente por un desplazamiento de las enfermedades infecto-contagiosas por los padecimientos crónicos degenerativos y las lesiones por causa externa, como principales causas de salud, discapacidad y muerte a la transición demográfica y la transición epidemiológica siguieron varios planteamientos que definen los cambios como transiciones: transición de estilos de vida, transición de la atención sanitaria, transición tecnológica, transición ecológica.

Chiapas atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica al igual que todo el país, lo cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad.

Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes en el Estado acentuando la inequidad social.

Se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir, esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables.

En el Estado las patologías que demandan consultan en todo el sector salud son las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades gastrointestinales, salmonelas y amebiasis como principales causas.

En los últimos años las enfermedades no trasmisibles se ubican dentro de las 10 principales causas de demanda de consulta.

En el año 2015, el Estado de Chiapas cursa con la nueva enfermedad de arbovirosis Chikungunya; ubicándose en ese año dentro de las principales causas de demanda de consulta.

En los datos estadísticos epidemiológicos en el año 2013 se tienen 1,176,351 consultas registradas en el sector salud; con una tasa de 22,979.25 por 100.000 habitantes, según la Plataforma del SUIVE/DGE/INEGI. En el 2014 se identificaron 1,304,426 con tasa de 25,150.06; en el 2015 se registraron 1,350,191 consultas en todos los grupos de edad con tasa de 25,704.17; en el 2016 y 2017 se tienen 1,205,751 y 1,349,115 con tasa de 22,673.18 y 25,066.78 respectivamente. En el año 2018 se tienen 1, 283,410 con tasa de 23,569.4

El promedio de demanda de consulta en el periodo del 2102 al 2018 es de 1,278,207.

3.2 Salud y Migración

Chiapas es la Frontera Sur de la República Mexicana, dentro de su territorio 19 de sus municipios son fronterizos colindando con Guatemala, los principales pasos fronterizos de Centroamérica a México se ubican en Chiapas. Los asentamientos humanos fronterizos de Guatemala más poblados son limítrofes con Chiapas.

Existen más de 200 puntos ciegos en donde el flujo migratorio es continuo. Los grupos más vulnerables son los niños y las mujeres en edad productiva.

Las enfermedades registradas en este grupo de personas son las mismas que el resto del estado; incrementándose un mayor número de casos en los municipios fronterizos de patologías

Núm.	Principales causas	2018		2019	
1	Enfermedad respiratoria aguda.	2805	97.91	11037	74.48
2	Dermatomicosis	555	19.37	4248	28.67
3	Enfermedad diarreica aguda	465	16.23	2886	19.47
4	Conjuntivitis	396	13.82	1062	7.17
5	Infección vías urinarias	294	10.26	1059	7.15
6	Parasitosis	165	5.76	693	4.68
7	Gingivitis y enfermedades periodontal	84	2.93	303	2.04
8	Ulceras gastritis y duodenitis	75	2.62	235	1.59
9	Otitis media aguda	36	1.26	165	1.11
10	Traumatismos	24	0.84	41	0.28

Principales causas de la consulta a migrantes.

trasmisibles como Tuberculosis, VIH/SIDA, y enfermedades producidas por arbovirosis, entre otras. En la frontera ocurre el 25% de las muertes maternas registradas en el Estado.

A finales del año 2018 se incrementó el flujo de migrantes al estado de Chiapas originarios de diferentes nacionalidades, ingresando en caravanas y registrándose 3 de mayor número de personas, una en el mes de octubre del 2018 y 2 en este año 2019.

Diariamente se identifican personas migrantes a los cuales se les brinda la atención medica que se requiera. En este año 2019 se tiene el registro de más de 40,000 consultas otorgadas en diferentes lugares como albergues, refugios temporales, Instituto Nacional de Migración entre otras.

En este mismo periodo a la población migrante se otorgaron más de 16,000 consultas psicológicas, se aplicaron 8,500 dosis de vacunas; como prevención de la deshidratación se otorgaron 40,000 sobres de Vida Suero Oral y se atendieron 343 embarazadas en diferentes periodos de gestación.

En materia de prevención de enfermedades trasmisibles como VIH/SIDA y otras enfermedades de trasmisión sexual se otorgaron 24,000 preservativos y se realizaron más de 1000 pruebas rápidas.

En todos los individuos se realizó investigación epidemiológica, en busca de patologías propias de la nación de origen y de acuerdo a definiciones operacionales se realizó pruebas de laboratorio para identificación oportuna de enfermedades trasmisibles. Se logró un control epidemiológico que permitió que el resto de la población de la nación no tuviera ningún riesgo de enfermedades trasmisibles.

Acciones: Se continua con la vigilancia epidemiológica activa y pasiva, otorgando los servicios necesarios que demanda la población migrante, incluyendo la hospitalización que por su padecimiento requiera de una atención especializada.

3.3 Entornos y Comunidades Saludables

Objetivo general

Propiciar y fortalecer la promoción de la salud desde los municipios, basada en la participación de los diferentes sectores de la población: público, privado y social, a través de acciones enfocadas en contribuir para la generación de hábitos saludables a favor de una mejor calidad de vida de la población.

Líneas de acción:

1. Fomentar la certificación de comunidades y entornos que favorezcan la salud.
2. Alentar la participación de los municipios de alta y muy alta marginación y los de menor índice de desarrollo humano en proyectos de promoción de la salud.

3.4 Promoción de la Salud y Determinantes Sociales

Objetivo general

Realizar la entrega de los servicios de promoción de la salud, con enfoque de determinantes de la salud.

Líneas de acción:

1. Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea adecuada para la población migrante.

2. Promover la entrega de servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural y lingüística.

3. Promover que la entrega de servicios de promoción de la salud sea pertinente para la población escolar

3.5 Alimentación y Actividad Física Objetivo general

Promover una alimentación correcta y una mayor actividad física bajo el principio de concientización tanto del personal de salud como de la población involucrada en la adopción de estilos de vida saludables.

Líneas de acción:

1. La promoción la alimentación correcta y consumo de agua simple potable en toda la población.

2. La promoción de la práctica de actividad física en diferentes entornos.

3. La implementación de campañas educativas para promover estilos de vida saludable dirigida a la población en general.

4. La promoción de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria correcta.

5. El fomento del rescate de la cultura alimentaria tradicional

6. El Fortalecimiento de las competencias del personal de salud en alimentación correcta, actividad física y lactancia materna.

7. La supervisión y evaluación las actividades derivadas del Programa a nivel nacional, estatal y jurisdiccional.

3.6 Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas

Objetivo general

Contribuir a mejorar la salud de hombres y mujeres Indígenas de todas las edades a través de la Incorporación de la perspectiva de género en programas y acciones de promoción de la Salud, con pleno respeto a los derechos humanos, el combate a la discriminación y desigualdad de género.

Líneas de acción:

1. Visitas con acciones de promoción y con enfoque intercultural.
2. Procesos de capacitación con enfoque intercultural.
3. Reuniones con personal institucional y comunitario.
4. Reuniones con personal institucional y comunitario

3.7 Salud materna y perinatal

Objetivo General

- Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
- Contribuir a reducir morbilidad y mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, Priorizando grupos de alta marginación, adolescentes y de riesgo.

Líneas de acción:

1. La Vigilancia de la salud materno-fetal con intervenciones que reducen o mitigan los factores de riesgo, así como el manejo oportuno y adecuado de las complicaciones por las mujeres en edad fértil.

2. El trabajo conjunto con el segundo nivel para el fortalecimiento de las unidades resolutivas de las emergencias obstétricas.

3. Mejorar el acceso a los servicios de salud principalmente por los grupos de mujeres vulnerables, es necesario mejorar la vinculación entre los servicios de primer y segundo nivel.

4. Incrementar la prevención del embarazo en adolescentes y el retraso en la vida sexual activa.

5. Fortalecer la calidad del control prenatal e iniciar con la valoración de la etapa preconcepcional.

6. Instrumentar la capacitación y actualización continua del personal directamente involucrado.

7. Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de la Mortalidad Materna (BIRMM)

8. Promover la atención y valoración integral de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer su sano crecimiento y desarrollo.

9. Fortalecer el conocimiento médico y paramédico en reanimación neonatal para favorecer la supervivencia de los recién nacidos.

3.7.1 Morbilidad Materna

Variable	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio de consultas	3,9	3,8	4,0	4,0	4,2	4,4
Oportunidad prenatal	27,9%	28,4%	30,1%	31,5%	33,4%	35,1%
Promedio de consultas a adolescentes	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7	3,9

En el periodo 2013- 2018 ha incrementado la captación de las embarazadas en el primer trimestre de la gestación pasando del 27.9% al 35.1% para el 2018, lo que se ve reflejado en el número de consultas que se otorgaron durante ese año con un promedio de 4.4 consultas por embarazada.

Año	PRODUCTIVIDAD OBST.				TOTAL, DE EVENTOS
	Parto eutócico	Parto distócico	Cesárea	Legrado obstétrico	
2013	31,591	250	17,867	4,911	54,619
2014	30,820	241	18,580	4,493	54,134
2015	31,576	230	18,128	4,349	54,283
2016	27,228	80	15,409	4,313	47,030
2017	22,345	140	11,003	3,149	36,637
2018*	20,407	125	9,894	3,091	33,517

Eventos Obstétricos 2013 – 2018. Fuente: SAEH/ SEUL, 2018* preliminar corte 12 de junio del 2018.

En el periodo 2013 -2018 el número de embarazos en adolescentes incremento en el 2015 manteniéndose así hasta el 2018, lo que refleja el incremento en el promedio de consultas en este grupo de edad.

En el análisis que se realiza de forma diaria de la morbilidad materna grave hospitalaria en el 2017 se encontró que el diagnostico con el mayor número causa de ingreso hospitalario es la Hipertensión inducida por el Embarazo con 250 casos, seguido por la Hemorragia del embarazo, parto y puerperio con 112 de un total de 515 pacientes ingresadas al censo de morbilidad. Los hospitales con mayor número de pacientes embarazadas graves en el año 2017 son el Hospital Pascacio Gamboa, Hospital de las Culturas y el Hospital General Tapachula.

De un total de 515 pacientes atendidas en los diferentes hospitales del estado el grupo etario de mayor concurrencia es de 15 a 20 años con 145 casos y 21 a 25 años con 114 casos.

En el 2018 se registraron a 455 pacientes con morbilidad materna severa o grave, de las cuales el 54% presentaron como complicación obstétrica el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo y el 27% Hemorragia obstétrica.

Los hospitales que concentran el mayor número de pacientes obstétricas graves fueron el Hospital Pascacio Gamboa, Hospital de las Culturas y Hospital General de Tapachula, esto debido a que cuentan con Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA).

El grupo etario que predomino fue de 15 a 20 años con 135 casos y 21 a 25 años con 110, siendo estos rangos de edad más de la mitad del total de casos. El porcentaje de APEO de las pacientes con morbilidad materna Grave fue del 3%.

3.7.2 Mortalidad Perinatal

Desde el momento del parto los abordajes preventivos de la muerte perinatal se mueven de intervenciones obstétricas hacia las pediátricas. La muerte perinatal/neonatal de los niños de mayor peso y mayor edad son más relacionados al cuidado del recién nacido o neonato y forman parte de la mortalidad infantil. Durante el periodo 2012-2017, la mortalidad neonatal, estuvo dentro de un promedio de 72.78 sin embargo la tendencia al pasar de los años nos muestra un avance irregular.

En México según datos publicados en la Dirección General de Información en Salud, cifras oficiales 2017 de INEGI/SSA las defunciones por muerte neonatal se registraron 15939 defunciones con una tasa de 72.07 por cada diez mil nacidos esperados, en Chiapas tuvo una tasa de mortalidad perinatal del 89.80 lo que lo ubica en el 4 lugar a nivel nacional como el estado con mayores casos de muerte perinatal.

Clasificación de muerte perinatal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Neonatal temprana	518	548	558	549	555	587	577	711
Neonatal tardía	208	218	252	211	235	249	245	288
Total	726	766	810	760	790	836	822	999
Tasa mortalidad Neonatal	64.19	68.19	72.30	68.02	70.84	75.06	73.86	89.80

Muertes Neonatales en Chiapas, del 2012 a 2017. Fuente: Dirección General de Información en Salud, cifras oficiales de INEGI/SSA. Tasa por 10´000 recién nacidos esperados.

A nivel nacional la primera causa de muerte lo ocupa asfixia y trauma al nacimiento, otras causas perinatales el segundo y bajo peso al nacimiento el tercer lugar. El análisis realizado a los datos del año 2017 en Chiapas mostró que el 71.17% de estas muertes ocurren en la etapa Neonatal temprana, con un promedio del 70.73% esto nos indica que la mayor parte de las muertes perinatales y a donde se deben de realizar las acciones correspondientes para las disminución de las defunciones es en esta etapa; por esta razón dentro de las intervenciones y los indicadores que se exponen se hace hincapié en la vigilancia de la letalidad especifica hospitalaria neonatal el cual comprende de las causas principales de defunción hospitalaria los cuales son:

Asfixia y trauma al nacimiento

- Infecciones especificas del periodo perinatal
- Bajo peso al nacimiento
- Malformaciones Congénitas

En los hospitales de la secretaria de salud se han registrado muertes neonatales de las principales causas agrupadas de muertes neonatales sujetas a vigilancia epidemiológica en este sentido se tiene la tasa de letalidad:

Variable	Letalidad
Bajo peso al nacimiento	22.79
Asfixia y trauma al nacimiento	7.72
Malformaciones Congénitas	48.5
Infecciones especificas del periodo perinatal	8.73

Del total de defunciones para el año 2017 el 72% corresponden por lugar de residencia a las jurisdicciones sanitarias Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, San Cristóbal, Palenque y Comitán.

Dentro de los aspectos que se consideraron para las diferentes intervenciones en cada una de las etapas tanto en neonatal temprana como neonatal tardía, se toman en cuenta el peso al nacimiento y la edad de la muerte materna a continuación se muestra el cuadro y posterior las acciones o intervenciones a realizar en cada una de ellas; la secretaria de salud en el estado de Chiapas para el año 2017 se realizan diversas acciones en el cuidado materno que involucran en el binomio y que repercute en la salud y/o enfermedad del neonato (<28 días).

3.7.3 Morbilidad Perinatal

En el periodo de 5 años se han registrado 447,773 nacimientos, en hospitales de la Secretaría de Salud, en el periodo del 2012 al 2016. En promedio de forma anual se registran 89,555 nacimientos.

2012	2013	2014	2015	2016
88,385	91,189	93,982	86,982	87,225

Recién nacidos registrados en Chiapas, periodo 2012-2016. Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de nacidos vivos registrados SINAC.

Del total de nacimientos registrados en Chiapas (447,773) en el periodo de 5 años, 249,792 nacimientos ocurrieron en hospitales de la Secretaría de Salud, lo que representan un 55.78%. Únicamente se cuenta con 3 hospitales de la mujer, en todo el Estado los cuales en el periodo de cinco años han registrado el 43.40% del total de nacimientos.

A partir del 2015, se ha presentado un incremento del 26.7% de nacimientos en hospitales con respecto al año previo. Los hospitales que han registrado más de 30,000 nacimientos en el periodo de cinco años son:

- Hospital de la mujer de Comitán
- Hospital General Tapachula
- Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez.

Recién nacidos atendidos en hospitales de la SSA con bajo peso al nacer, periodo 2012-2016, de los 249,792 nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud en el periodo de 5 años, se han se han presentado 27,714 recién nacidos con bajo peso al nacer (500grs a 2499grs), lo que representa el 11.09%. Los 3 hospitales de la mujer en el Estado registran el 79.07% de recién nacidos con bajo peso al nacer en el periodo de cinco años.

De los 31 hospitales en donde han ocurrido nacimientos en el periodo del 2012 al 2016, en 12 de ellos se han registrado más de 5,000 nacimientos, de los cuales:

- 6 hospitales están por arriba del indicador ideal nacional que es menor a 4%
- Los hospitales de la mujer registran un porcentaje mayor a 10%.

Recién nacidos prematuros atendidos en hospitales de la SSA. Periodo 2012-2016, de los 249,792 nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud en el periodo de 5 años, se han se han presentado 15,786 recién nacidos prematuros, lo que representa el 6.31%. Los 3 hospitales de la mujer en el Estado registran el 60.76% de recién nacidos prematuros en el periodo de cinco años.

Recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer, en hospitales de la SSA periodo 2012-2016, de los 249,792 nacimientos registrados en hospitales de la Secretaría de Salud en el periodo de 5 años, se han presentado 9,881 recién nacidos prematuro (21SDG a 36SDG) con bajo peso al nacer (500grs a 2499grs), lo que representa el 3.95%. 27 hospitales de los 31 nosocomios que han registrado nacimientos, presentan casos de recién nacidos prematuros. Los 3 hospitales de la mujer del Estado registran el 65.04% de recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer en el periodo de cinco años.

Acciones Tamiz Metabólico Neonatal: El tamiz neonatal es una **estrategia de salud pública** que permite identificar los casos sospechosos de enfermedad, antes de que se manifiesten, con la finalidad de **otorgar tratamiento adecuado y oportuno** con lo que se previenen secuelas como el retraso psicomotor o la muerte.

Se presenta cuadro en donde se muestra la meta de los recién nacidos a tamizar 2016-2018, así como los niños tamizados y a las patologías a los que resultaron sospechosos y confirmados.

Tamiz Metabólico Neonatal	2016	2017	2018
Meta recién nacidos a Tamizar	52,280	53,210	54,087
Niños Tamizados	33,728	38,350	43,394
Logro %	64.51	72.07	80.22
Sospechosos	187	216	628
Casos confirmados	4	19	164
Hipotiroidismo Congénico	1	4	44
Galactosemia	3	8	4
Hiperplasia Suprarrenal Congénica	0	5	3
Fenilcetonuria	0	2	0
Deficiencia de Glucosa 6 Fosfato	0	0	68
Fibrosis Quistica	0	0	1
En tratamiento			56

Fuente: CUBO DEL SIS 2017 Y SINBA:

Se han implementado diversas estrategias para lograr los objetivos en la prevención y control de los defectos del nacimiento en el año 2016 se trabajó de la mano de dos empresas prestadoras de servicio Tamizmas Yucatán y Tamizando Mas Chiapas.

Durante el 2017, únicamente se realizó el procesamiento de pruebas de tamiz metabólico a través de la empresa subrogada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Teniendo un logro del 72.07%

Durante el año 2018 se realizó el procesamiento con ambos proveedores logrando el 80.22% de cobertura.

En México la mortalidad materna ha venido descendiendo paulatinamente, del 2013 a 2017 se presentó una reducción del 18.6%, en el año 2015 hubo una reducción del 11% con respecto al 2014. En relación a las metas planteadas por el PAE (Programa de Acción Especifico 2013-

2018), en lo que va del periodo 2013 al 2018, no se ha podido alcanzar tales metas. Para el cierre 2017, hubo una disminución en la RMM paso del 34.7 para el 2016 al 35.4 para el 2017; lo que representa una disminución del 1.3%.

Jurisdicción Sanitaria	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	MM	RMM	MM	RMM	MM	RMM	MM	RMM	MM	RMM	MM	RMM
Tuxtla	10	40.0	17	67.4	16	62.9	11	42.9	12	46.4	14	53.7
San Cristóbal	12	72.0	17	102.9	17	103.7	14	86.1	6	37.2	17	106.0
Comitán	6	49.7	6	49.5	5	41.1	6	49.1	5	40.7	8	64.9
Villaflores	2	38.7	3	58.2	2	38.8	1	19.4	6	116.3	2	38.7
Pichucalco	5	48.6	6	58.6	8	78.6	6	59.3	8	79.4	4	39.9
Palenque	5	56.1	4	45.3	4	45.6	5	57.5	7	80.9	8	92.8
Tapachula	11	70.4	9	57.4	8	50.9	8	50.7	9	56.8	11	69.2
Tonalá	2	61.8	1	31.0	1	31.0	2	62.1	2	62.1	2	62.1
Ocosingo	5	49.0	7	69.5	11	110.7	9	91.8	11	113.7	9	94.2
Motozintla	4	88.5	7	156.6	5	113.1	3	68.5	1	23.1	3	69.8
Total Estatal	62	55.5	77	69.0	77	69.1	65	58.4	67	60.2	78	70.1

Razón de muerte Materna. Fuente: Defunciones en Cubos dinámicos 2013-2018 / Cubos dinámicos estimaciones de población CONAPO 2013-2018 corte 11 de junio del 2019.

La tendencia de la mortalidad materna en el estado se encuentra por arriba de la media nacional, del periodo 2013 al 2018 el año con menor RMM fue el 2013 con 55.5 presentando un incremento para el 2015. En el periodo 2016 en relación con el año 2017 la razón de muerte materna de 58.4 paso a 60.2 esto con la diferencia de 2 muertes maternas para razón, observando un importante incremento para el cierre 2018 con una RMM de 70.1, permaneciendo en el primer lugar a Nivel Nacional. Al cierre de la Semana epidemiológica 22 del 2019 el Estado ocupa el 3er lugar por RMM 52.83 con 26 Muertes Maternas, en comparación con el 2018 al cierre de la misma semana ocupando el 1er lugar por RMM 67.63 con 33 MM.

Las Jurisdicciones Sanitarias que concentran el mayor número de defunciones en un periodo de 14 años son: San Cristóbal 19%, Tuxtla Gutiérrez 18% y Tapachula 13%, estas tres Jurisdicciones Sanitarias concentran el 50% del total de las defunciones en todo este período.

Durante el 2017 las Jurisdicciones Sanitarias de Tuxtla Gutiérrez, Palenque y Tapachula, registran el 45.9% de las defunciones ocurridas en todo el estado y en el periodo enero – noviembre 2018 las Jurisdicciones Sanitarias de Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal y Tapachula, registran el 59.3% de las defunciones ocurridas en el estado. Para el cierre del 2018 las Jurisdicciones Sanitarias rebasaron el número de muertes maternas con respecto al cierre del 2017 fueron Tuxtla, San Cristóbal, Comitán, Tapachula, Tonalá y Motozintla.

Los municipios que registran mayor número de MM son: Tuxtla Gutiérrez, Ocosingo, Chilón, Palenque, Margaritas, Huixtla y Villaflores. Además 36 municipios han registrado al menos una Muerte Materna.

Las principales causas de defunción en el Estado en el 2017 fueron Hemorragia Obstétrica 27%, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo 27% y Sepsis 21%, afectando principalmente a los grupos de edad de 20 a 34 años, de las muertes ocurridas el 64% se presentaron durante el puerperio por lo que se fortalecieron las acciones enfocadas para incrementar las consultas prenatales durante el primer trimestre del embarazo por el primer nivel de atención y la vigilancia del puerperio a nivel hospitalario.

Ante este escenario, resulta imperioso redoblar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios, mejorando su organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materna y perinatal de Chiapas y reducir las disparidades sociales que persisten en esta materia.

3.8 Planificación Familiar y Anticoncepción

Objetivo General

Garantizar a toda la población del Estado de Chiapas, el acceso universal a la información, orientación, servicios de alta calidad con opciones múltiples de métodos anticonceptivos modernos seguros y confiables para todas las fases de la vida reproductiva que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número de hijos e hijas, con especial énfasis en los grupos vulnerables de la población.

Líneas de acción:

1. Favorecer el acceso efectivo a servicios de calidad de planificación familiar y anticoncepción.

Análisis:

La población de Chiapas muestra hoy profundas transformaciones que afectan su crecimiento y su estructura por edad, el aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos son responsables directos de estos cambios, entre otros factores.

Se estima que la población del Estado, asciende para el 2019 a 5,507,440 habitantes (Fuente: indicadores demográficos básicos CONAPO proyecciones 2010-2030).

Con respecto a la reducción de la fecundidad, la tasa global se proyecta para el presente 2019 en 2.33 hijos por mujer a nivel estatal, así también la tasa bruta de natalidad se proyecta en 20.44 y la de crecimiento natural en 1.49 (Fuente: indicadores demográficos básicos CONAPO proyecciones 2010-2030).

El número de hijos que procrea una mujer está estrechamente ligado a la edad de la primera unión, la descendencia tiende a aumentar conforme el inicio de la vida marital es más anticipada.

En Chiapas la nupcialidad es a más temprana edad que en el resto del país, apreciándose un alto porcentaje de mujeres que se encuentran unidas antes de cumplir 16 años de edad, concentrándose entre los 16 y 19 años de edad para el mayor porcentaje de mujeres, por lo que antes de cumplir 20 años, seis de cada diez chiapanecas viven en unión o matrimonio, siendo frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre; el nacimiento del primer hijo(a), al igual que la unión o matrimonio, constituye un acontecimiento que marca el tránsito a la edad adulta, así mismo cerca del 30% de las chiapanecas inicia la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad y en relación al período proto genésico, la mayor parte de la mujeres tuvo su primer hijo(a) durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio; así también se estima que antes del 1er. Aniversario de la pareja una de cada tres chiapanecas ya tuvo a su primer hijo.

Periodo 2013-2018:

Las acciones de planificación familiar y anticoncepción están orientadas a mujeres y hombres en edad reproductiva, de las cuales en el periodo de 2013 a 2018 se obtuvo un incremento de 44, 951 usuarias (os) activas (as) de métodos anticonceptivos.

Año	Usuarias activas de métodos anticonceptivos
2013	125,671
2014	142,884
2015	163,075
2016	168,646
2017	177,598
2018	170,622

3.9 Cáncer de la mujer

Objetivo general

Disminuir el ritmo del crecimiento de la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino y de mama a través de la oferta de servicios óptimos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud.

Líneas de acción:

1. La promoción de estilos de vida saludables para la prevención del cáncer de la mujer.

2. Fomentar el conocimiento en la población para la identificación de signos y síntomas de cáncer de mama y de cuello uterino.

3. Impulsar las acciones de detección de cáncer del cuello uterino y cáncer de mama.

4. Fomentar acciones de prevención y detección de cáncer del cuello uterino y de mama en grupos en situación de desventaja social.

5. Promover acciones que aseguren la calidad del tamizaje de cáncer del cuello uterino y cáncer de mama.

6. Instrumentar acciones para el seguimiento y evaluación diagnóstica de los casos sospechosos identificados en las estrategias de tamizaje.

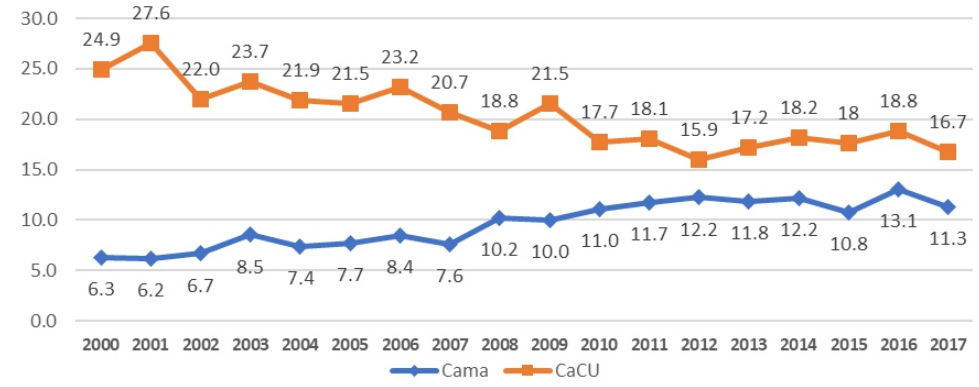
7. Promover acciones para asegurar el tratamiento oportuno y de calidad de los casos diagnosticados.

8. Promover la evaluación periódica de las acciones de tamizaje entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad el cáncer en todas sus formas constituye una de las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo, entre los diferentes tipos de cáncer, el más frecuente es el carcinoma cérvico uterino, y el cáncer de la glándula mamaria, aunque existen marcadas variaciones de acuerdo al área geográfica de que se trate.

En México el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino actualmente constituyen entre las cinco primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años. La incidencia y mortalidad por estas neoplasias, se asocian de manera importante a la transición demográfica, ya que existe una relación directa entre el envejecimiento poblacional 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.

Ello implica instrumentar estrategias y prácticas integrales, que conviertan a la promoción, prevención y tamizaje en herramientas contra la desigualdad social y la inequidad de género en problemas de salud.



Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino y de Mama Chiapas, 2000-2017. Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud con base en las defunciones de INEGI/SS de 1990-2017, se seleccionó el código C50 y C53. Tasa de defunción por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Chiapas, durante el periodo de 2000 a 2017, la mortalidad por Cáncer de Mama presento un incremento del 79.36%, a lo largo de 16 años. Esto es atribuible al precario servicio de atención a los casos de cáncer de mama, aunado a esto que la promoción y educación para la salud no impactan, lo que deriva en una pobre participación de la sociedad organizada.

Para cáncer de cuello uterino en el mismo periodo presenta una reducción de 32.93%. Estas patologías se perfilan como problemas de salud pública.

3.9.1 Cáncer de cuello uterino

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible y con mayor respuesta al tratamiento cuando se detecta en etapas iníciales, ya que toma entre 10 y 20 años su desarrollo.

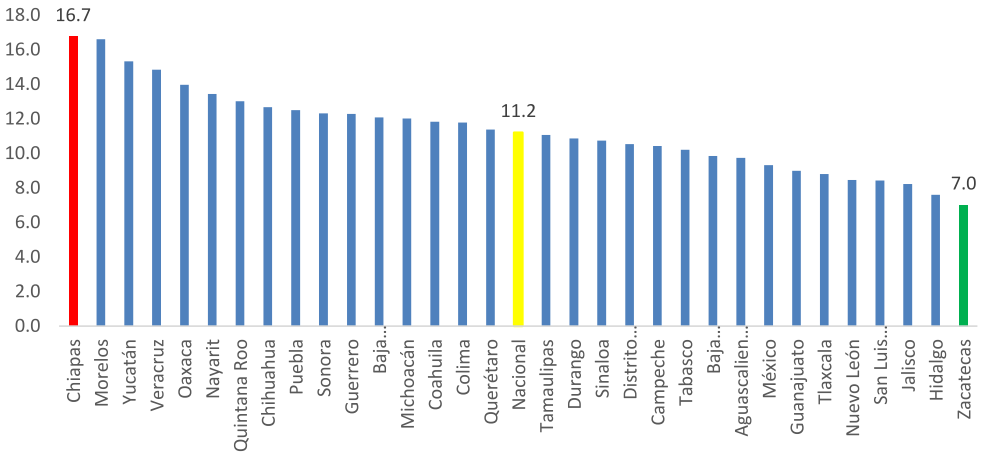
- El cáncer de cuello uterino (CCU) es considerado un problema de salud pública, en México desde el año 2006, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

- En el año 2016, se registraron 4,050 casos nuevos de tumores malignos del cuello uterino, con una tasa de incidencia de 11.4 casos por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años.

- La distribución de los casos en México muestra un incremento a partir de los 35 años de edad, siendo el grupo de 50 a 59 años quien registra el mayor porcentaje con alrededor del 30% de todos los casos.

- El virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para su desarrollo.

- La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad del cérvix para su estudio, permiten tener tiempo y herramientas para detectarlo oportunamente, que lo hace ser una neoplasia 100% prevenible.



Tasa de Defunciones por Entidad Federativa de Cáncer de Cuello Uterino 2017. Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud con base en las defunciones de INEGI/SS de 1990-2017, se seleccionó el código C53.Tasa de defunción por 100,000 mujeres de 25 años y más.

En Chiapas se considera al cáncer de la mujer como problema de salud pública ubicándose en primer lugar el cáncer de cuello uterino y en 4° lugar el cáncer de mama debe promover el cambio del énfasis dirigido a la “enfermedad”, para enfocarse en la “salud”, partiendo del carácter multicausal de tales neoplasias y evaluando sus aspectos patológicos en relación orgánica con sus determinantes sociales.

Chiapas se ubica en el 1° Lugar Nacional seguido por Morelos, Yucatán, Veracruz y Oaxaca con la tasa de mortalidad de 16.68 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.

La media nacional es de 11.2 el estado con la tasa más baja es Zacatecas con 7.0

Metodología de estandarización de riesgo Municipal por Cáncer Cérvico Uterino Mediana & Repetidor de defunciones 2010-2016.

002 ACALA	074 REFORMA	030 CHICOMUSELO	087 SUCHIATE
012 BERRIOZABAL	091 TAPILULA	034 FRONTERA COMALAPA	089 TAPACHULA
017 CINTALAPA	065 PALENQUE	041 LA INDEPENDENCIA	102 TUXTLA CHICO
027 CHIAPA DE CORZO	109 YAJALON	099 LA TRINITARIA	103 TUZANTAN
046 JIQUIPILAS	003 ACAPETAHUA	008 ANGEL ALBINO CORZO	105 UNION JUAREZ
061 OCOZOCOAUTLA	015 CACAHOATAN	107 VILLA CORZO	009 ARRIAGA
086 SUCHIAPA	032 ESCUINTLA	108 VILLAFLORES	069 PIJIJIAPAN
101 TUXTLA GUTIERREZ	037 HUEHUETAN	014 EL BOSQUE	097 TONALA
106 VENUSTIANO CARRANZA	040 HUIXTLA	039 HUITIUPAN	031 CHILON
064 OXCHUC	051 MAPASTEPEC	048 JUAREZ	059 OCOSINGO
075 LAS ROSAS	054 MAZATAN	062 OSTUACAN	011 BELLA VISTA
078 SAN CRISTOBAL DE LAS C.	055 METAPA	068 PICHUCALCO	057 MOTOZINTLA
019 COMITAN	071 VILLA COMALTITLAN	072 PUEBLO NUEVO SOLISTAHUA	080 SILTEPEC

52 Municipios de Alto Riesgo. Fuente: DGIS/Cubos datos oficiales/INEGI/SSA.

Jurisdiccional: Para el año 2017 el promedio de defunciones por año son 226.Tapachula, Tonalá, Villaflores y Tuxtla Gutiérrez son las jurisdicciones que registran una tasa por arriba de la media estatal. Tapachula, Tuxtla Gutiérrez, Comitán y Villaflores concentran el 70% de las defunciones del estado.

3.9.2 Morbilidad del cáncer de cuello uterino

Año	Análisis de tamizaje de citologías					
	Total de muestras tomadas	Total de casos positivos	Prevalencia	Total. de muestras tomadas 25 a 34 años	Total de casos positivos	Prevalencia
2013	70,567	3,165	4.49	37,033	1176	3.18
2014	60,127	2,384	3.96	29,038	849	2.92
2015	55,559	1,755	3.16	26,441	583	2.20
2016	39,201	1,620	4.13	19,269	601	3.12
2017	43,197	1,944	4.50	19,565	707	3.61
2018	39,383	1,277	3.24	15,166	436	2.87

Morbilidad del cáncer de cuello uterino. Fuente: SICAM-CACU.

La morbilidad en cáncer del cuello uterino según la positividad que presentan las citologías realizadas en el periodo 2013 al 2018.

- ✓ El programa de detección en Unidades de Salud y durante las campañas capta principalmente a las mujeres consideradas como subsecuentes lo que representa el 60%, dejando desprotegidas aquellas mujeres que nunca se han realizado alguna prueba de tamizaje.

- ✓ La positividad de las citologías realizadas se mantiene en un promedio de 3.24 en el total de citologías realizadas en relación a la del grupo blanco mujeres de 25 a 34 años 2.67. lo que demuestra que las lesiones premalignas se presentan más frecuentemente en las mujeres de 35 años y más.

- ✓ El análisis de la cobertura de citología exfoliaría en mujeres de 25 a 34 años el 80% de las jurisdicciones presenta cobertura precaria menos del 59.9% de cobertura en el periodo de 2015-2017.

- ✓ 102 municipios correspondiente el 85.7% del estado están con la misma cobertura precaria. De estas las jurisdicciones sanitarias de Comitán, Palenque, Tapachula, Tonalá y Motozintla el 100% de sus municipios están en esta situación.

✓ El análisis de la cobertura de Captura de híbridos para VPH en mujeres de 35 a 64 años el 70% de las jurisdicciones.

✓ Presenta cobertura precaria menos del 59.9% de cobertura en el periodo de 2014-2017.

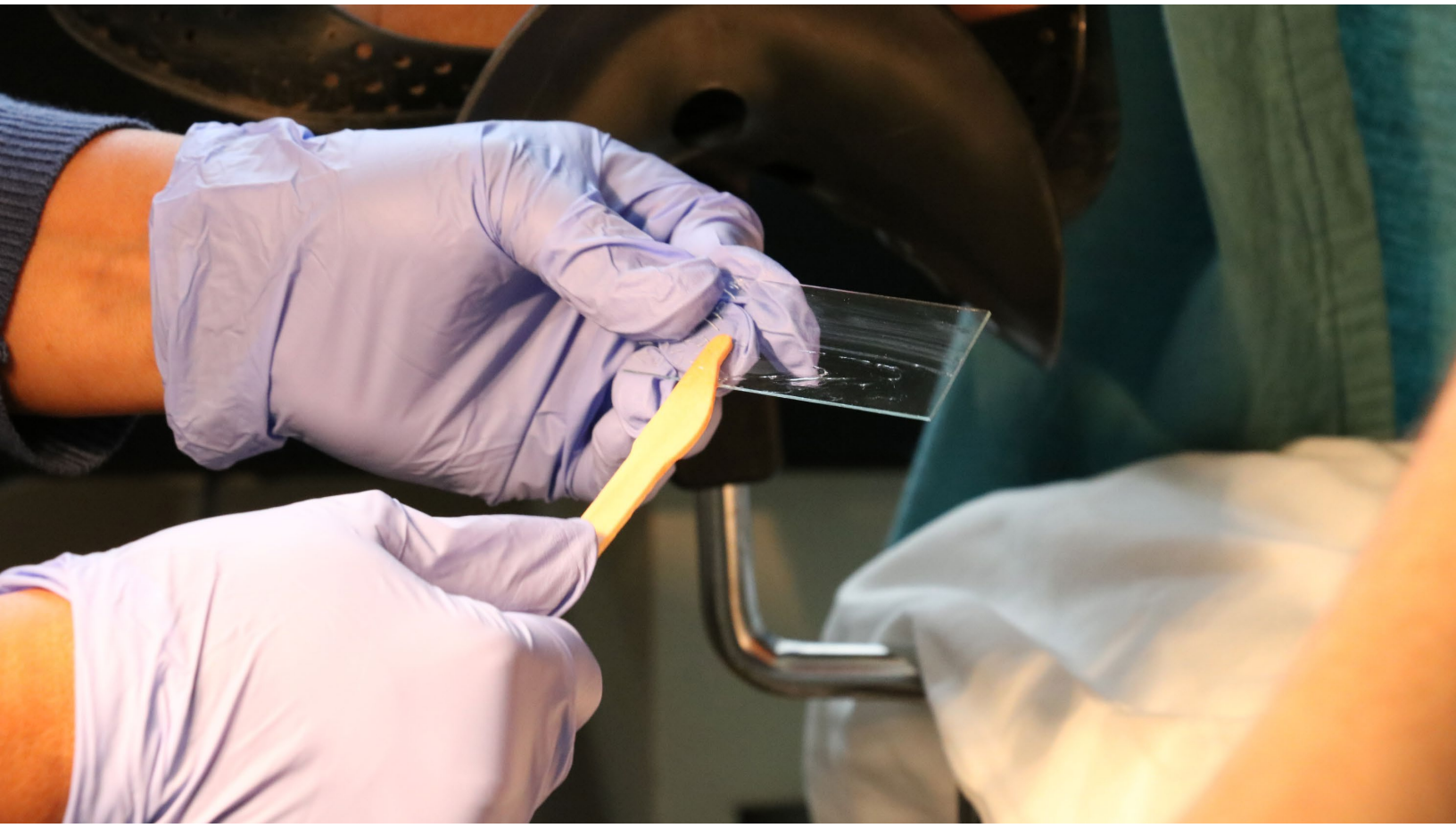
✓ 83 municipios correspondiente el 69.74% del estado están con cobertura precaria.

3.9.3 Cobertura de citología y VPH por Jurisdicción Sanitaria

✓ En el grupo de 35 a 64 años la positividad de las pruebas de captura de híbridos del VPH paso de 5.85 a 10.90, logrando del 2008 al 2012 una cobertura del 58.56% de las mujeres de 35 a 64 años de responsabilidad institucional.

✓ Para el periodo del 2013 al 2017 hemos alcanzado el 56.7%. es importante comentar que además se ha fortalecido el seguimiento de los casos positivos a través de la citología complementaria y las colposcopias.

✓ En este sentido se han realizado la confirmación diagnóstica por histopatología en un total de 535 biopsias de 1,281colposcopias realizadas en estos 10 años una cobertura del 42%.



3.9.4 Cáncer de mama

Panorama Nacional

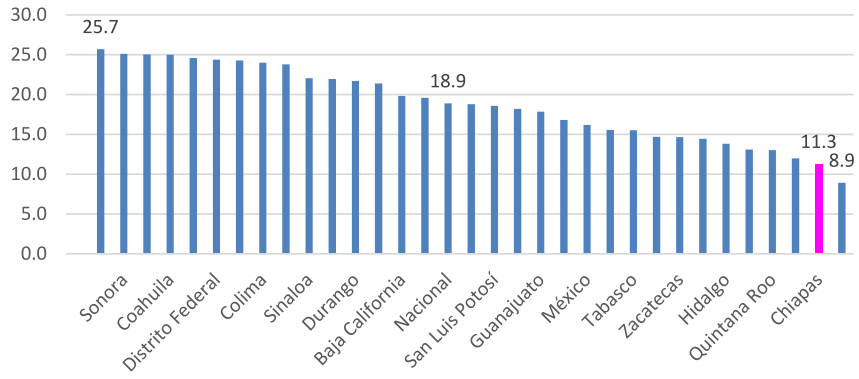
El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel nacional, la tendencia en este periodo es ascendente, podemos observar que para 2014, 2015 y 2012 se presentan las tasas más elevadas con 17,59, 17,40 y 17,15 con 5,974 y 6,024 y 5,583 defunciones respectivamente, es importante mencionar que la mortalidad más alta por esta causa se observa en las entidades con mayor desarrollo económico al norte del país y su significado como problema de salud pública es de alta trascendencia debido al incremento gradual pero sostenido, y al elevado costo de su atención.

- ✓ Ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres.
- ✓ El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 69 años (edad de riesgo).
- ✓ El cáncer de mama es una de las enfermedades que no hacen distinción entre la población de países desarrollados y en desarrollo; y es el que tiene mayor presencia en las mujeres a nivel mundial.

Panorama Estatal

Chiapas se ubica en el 31° Lugar Nacional con una tasa de 11.3 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.

Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo y Guerrero son los 5 últimos lugares a nivel nacional. La media nacional es de 18.9 el estado con la tasa más alta es Chihuahua con 25.7.



Tasa de defunciones por entidad federativa de cáncer de mama 2017. Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud con base en las defunciones de INEGI/SS de 1990-2017, se seleccionó el código C53. Tasa de defunción por 100,000 mujeres de 25 años y más.

- Ocupa el 4° lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres.
- El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 a los 69 años (edad de riesgo).
- El cáncer de mama es una de las enfermedades que no hacen distinción entre la población femenina.
- Se presenta en los municipios más desarrollo económico o en donde las mujeres posponen la maternidad o no otorgan la lactancia materna exclusiva.

Panorama Jurisdiccional

- El promedio de defunciones al año es de 154 defunciones en mujeres de 25 años y más.

- Las Jurisdicciones Sanitarias de Tonalá y Tapachula registran las tasas por arriba de la media nacional (18.7) con 25.90 y 18.72 respectivamente.

- Tuxtla Gutiérrez (15.57), Villaflores (15.11) son las jurisdicciones que registran las tasas por arriba de la media estatal.

- Tuxtla, Tapachula, Comitán y Tonala concentran el 72% de las defunciones.

017 Cintalapa	078 San Cristóbal de Las Casas	035 Frontera Hidalgo	087 Suchiate
046 Jiquipilas	019 Comitán	003 Acapetahua	009 Arriaga
061 Ocozocoautla	034 Frontera Comalapa	051 Mapastepec	097 Tonalá
101 Tuxtla Gutiérrez	052 Las Margaritas	089 Tapachula	069 Pijijiapan
027 Chiapa De Corzo	099 La Trinitaria	102 Tuxtla Chico	059 Ocosingo
002 Acala	108 Villaflores	015 Cacahoatan	031 Chilón
012 Berriozábal	008 Ángel Albino Corzo	001 Acacoyagua	057 Motozintla
079 San Fernando	074 Reforma	037 Huehuetán	
086 Suchiapa	065 Palenque	040 Huixtla	

34 municipios de Alto Riesgo. Fuente: DGIS/Cubos datos oficiales/INEGI/SSA-Metodología de estandarización de riesgo Municipal por Cáncer Cérvico Uterino Mediana & Repetidor de defunciones 2010-2016.

El tamizaje a través de mastografía a mujeres de 40 a 69 años (Clínicas de la Mujer y JS). Se está avanzando y se ofertan la toma de mastografía a este grupo etareo con 13 Mastógrafos distribuidos en todo el estado:

Funcionales	En Proceso
1. Cintalapa	9.- Tuxtla Gutiérrez (Hosp. Pascacio)
2. San Cristóbal de Las Casas	10.- Frontera Comalapa
3. Comitán	11.-Ocosingo
4. Villaflores	12.-Huixtla
5. Palenque	13.-Unidad Móvil Estacionaria (Motozintla)
6. Pichucalco	
7. Tapachula	
8. Pijijiapan	

Fuente SICAM. CAMA e informe paralelo a noviembre 2018 información parcial.

✓ La referencia para estudios complementario de BIRADS 4 y 5 para la atención clínica de mama, en donde son atendidas por medico Ginecólogo-Oncólogo exclusivo para patología mamaria en el Hospital Chiapas Nos Une “Dr. Gilberto de Jesús Gómez Maza.

✓ Referencia para estudios complementario de BIRADS 0, 4 y 5 para la atención clínica de mama, registrando las actividades en el SICAM. (Hospital Gómez Maza y Clínicas de la Mujer para el 2018.

Total de mastografías_____3,125
BIRADs 4_____26
BIRADs 5_____8

✓ Asegurar que la atención de usuarias inicie tratamiento entes de las 9 semanas después del tamizaje (exploración clínica de mama y mastografía) Hospital Chiapas Nos Une “Dr. Gilberto de Jesús Gómez Maza, Centro oncológico Tapachula, Ciudad Salud y 12 Clínicas de la Mujer.

3.10 Violencia Familiar y de Género

Objetivo General

Reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres, así como impulsar acciones de promoción para la prevención de acciones violentas, desde la perspectiva de género.

Líneas de acción:

1. Fomentar en las Instituciones del SNS la detección oportuna de la violencia familiar y de género.

2. Reforzar la atención esencial en salud para las personas que viven violencia sexual.

3. Fortalecer la atención especializada en el SNS a las mujeres que viven violencia.

4. Contribuir a la atención de las mujeres que viven violencia extrema.

5. Promover la generación de información vinculada a los daños a la salud por violencia para la toma de decisiones.

6. Promover la difusión del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Análisis

En el Estado de Chiapas, inició oficialmente a desarrollar acciones en los Servicios de Salud en el año 2007, siendo durante el segundo semestre de 2008 cuando se inauguran seis Servicios Especializados para la Atención Integral de las Mujeres en el Hospital General “Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Hospital General “Ma. Ignacia Gandulfo” de Comitán, Hospital General de Villaflores, Palenque y Huixtla.

En el año 2009, se apertura Servicios en los Hospitales Generales de Tapachula, Pichucalco y Tonalá. En el año 2010 se apertura los Servicios Especializados en el Hospital Básico Comunitario de Larrainzar, Hospital General de Yajalón y Centro de Salud de Acala.

En el año 2015, se apertura los Servicios Especializados en el Hospital Básico Comunitario de Cintalapa, Hospital de la Mujer de Comitán, Hospitales Básicos comunitarios de Salto de Agua, Santo Domingo y Ocosingo. En el año 2018, se logra consolidar este servicio en el Centro Médico “Chiapas nos Une”.

Dentro de las estrategias del Programa se realizan actividades de prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género, las cuales están dirigidas principalmente a mujeres

de 15 años y más de la población de responsabilidad de la Secretaria de Salud y con riesgo de presentar algún grado de violencia familiar.

La forma extrema de los daños a la salud en las mujeres es la violencia feminicidio que se encuentra definida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el artículo 21 como “la forma extrema de violencia de género contra las mujeres producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres”.

En este sentido es solicitada en el 2014 la alerta de género y declarada en el estado en 2016 la Alerta de Violencia de Género en 7 municipios siendo Tuxtla Gutiérrez, Chiapas de Corzo, Tonalá, Tapachula, Villaflores, Comitán y San Cristóbal de las Casas; sumándose 17 municipios en la zona de los altos con acciones específicas.

Es por ello que la Secretaria de Salud mediante el programa de Violencia Familiar y de Género ha realizado acciones para la detección, prevención y atención de las mujeres víctimas de violencia; entre ellas:

Durante el periodo 2013 – 2018, se han aplicado 340,897 herramientas de detección de violencia familiar y/o de género, siendo en el año de 2013 el pico máximo donde se aplicaron 101,078 herramientas con un declive en los años 2014 y 2015 con 18,892 y 25,111 respectivamente, nuevamente para el año 2016 un alza de 84,453, manteniéndose para el año 2017 con 57,681 y 2018 con 53,682

Prevalencia:

Durante el periodo 2012 – 2018, se detectaron 13,674 casos positivos de violencia familiar y/o de género, mismos que fueron referidos para su atención integral a los Servicios Especializados.

Atención especializada:

El total de atención otorgada en el período 2013- 2018 fue de 10,886 personas víctimas de violencia, apuntalando el año 2013 con 4,877 atenciones, nuevamente un declive para los años 2014 con 595 y 2015 con 494, para el año 2016 un incremento importante con 3,283 2017 no se midió este indicador, y para el 2018 se realizaron 1637 atenciones especializadas.

Usuarias referidas:

Con respecto a las usuarias que fueron referidas durante el periodo correspondiente al período 2013- 2018 fueron de 4,305 víctimas de violencia, apuntalando el año 2013 con 2,118 referencias, nuevamente un declive para los años 2014 con 403 y 2015 con 308, para el año 2016 y 2017 no se midió este indicador, y para el 2018 se realizaron 1,476 referencias.

3.11 Igualdad de Género en Salud

Objetivo general

Avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género; con la finalidad de reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y los hombres determinado por los roles, estereotipos y relaciones desiguales de género.

Líneas de acción:

Fomentar que las acciones de prevención de enfermedad y promoción de la salud de los principales problemas de enfermedad, discapacidad y muerte, integren el enfoque de género.

1. Favorecer las acciones de incorporación de la perspectiva de género en las jurisdicciones sanitarias del estado y dar seguimiento a través del personal responsable en cada una de ellas.

2. Favorecer la corresponsabilidad al interior de las familias y con las instituciones en la atención domiciliaria con perspectiva de género a pacientes crónico-discapacitados.

3. Dotar al personal de salud de elementos para la incorporación de la perspectiva de género en los programas prioritarios.

4. Promover la incorporación de la perspectiva de género en los indicadores de los programas prioritarios en salud.

5. Impulsar la no discriminación por sexo como parte de los criterios de acreditación de unidades de salud y favorecer la incorporación del enfoque de género en el Proyecto de Seguridad del Paciente.
6. Dotar de elementos técnicos y sensibilizar sobre la perspectiva de género a los coordinadores estatales de los programas prioritarios en salud y personal responsable del programa Equidad de Género de cada jurisdicción sanitaria.

7. Asegurar que los contenidos de los productos y campañas de Promoción Educativa en Salud incluyan el enfoque de género y no promuevan estereotipos y patrones socioculturales en detrimento de la salud de mujeres ni de hombres.

8. Realizar encuentros juveniles en las diez jurisdicciones sanitarias del instituto de salud del estado de Chiapas.

9. Conformar grupos de reflexión para hombres en las diez jurisdicciones sanitarias del instituto de salud del estado de Chiapas.

10. Realizar reuniones periódicas con la finalidad de articular acciones y coordinarse en la ejecución de las mismas.

Análisis

Es pertinente revisar la situación epidemiológica y conocer las tendencias y diferentes causas de daños a la salud para mujeres y hombres de diversos grupos de edad en nuestro país.

En México, la esperanza de vida se ha incrementado de forma notable: en 1930 las personas vivían 34 años en promedio; 40 años después, 61 y hacia el 2000, 74 años. 22 en 2013 este indicador fue de 75 años y al desagregarse por sexo se observaron 77 para las mujeres y 72 para los hombres. Al ser más elevada la esperanza de vida para ellas, constituyen la mayoría de la población de personas adultas mayores. Las mujeres viven más tiempo sin compañía, pues tienden a casarse con hombres mayores, o permanecer solteras, y son más longevas. Además, si vivieron asumiendo roles tradicionales, tienen mayores posibilidades de vivir en pobreza y con deficiente calidad de vida.

Es importante colocar la mirada en la diabetes mellitus, enfermedad crónica no transmisible con una base biológica fundamental, pero relacionada con el estilo de vida de cada persona y, por lo tanto, vinculada con los roles de género, en la cual las mujeres presentan una tasa mayor (70.8) a la de los varones (68.7).

Los estereotipos de masculinidad se evidencian en los accidentes como cuarto lugar entre las causas de mortalidad de los hombres (49.5), muchos de los cuales están relacionados con su mayor exposición a riesgos laborales, aunque los accidentes de tráfico de vehículos de motor contribuyen con una tasa de 23.1 y se deben a conductas peligrosas vinculadas con el consumo de alcohol, mismo que provoca casi la mitad de muertes por enfermedades del hígado, así como las derivadas de agresiones. En el caso de las mujeres, las muertes se vinculan con enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado, pulmonares obstructivas crónicas y accidentes, entre los cuales aquellos ocurridos en tránsito constituyen una tasa de 5.8, cuatro veces menor que la de los hombres.

Para las políticas de salud pública es fundamental analizar la mortalidad por grupos de edad y sexo, pues señalan la necesidad de contar con medidas específicas de prevención. En el grupo de 15 a 24 años mueren tres veces más hombres que mujeres y entre las primeras cinco causas de muerte para ambos sexos se encuentran las relacionadas con la socialización y la conducta, y por ello evitables: accidentes en vehículo, agresiones, lesiones autoinfligidas intencionalmente, y embarazo, parto y puerperio, en el caso de las mujeres, y para los hombres, agresiones, acci-

dentes -en particular en vehículos de motor-, lesiones autoinfligidas y enfermedades derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Respecto al rezago epidemiológico, es decir, la existencia injustificada de muertes por enfermedades que son prevenibles, las enfermedades diarreicas agudas representan la quinta causa de muerte en niñas y niños menores de un año, y la quinta causa en la edad escolar.

Es indispensable mencionar que los accidentes ocupan la primera causa de muerte en niñas y niños de 5 a 14 años. Otras enfermedades que están relacionadas con la pobreza, con ambientes poco favorables y falta de acceso a servicios de salud preventivos y curativos, es la desnutrición y otras deficiencias nutricionales. Las tasas de mortalidad más altas por este tipo de enfermedades se presentan en el sur de nuestro país.

México enfrenta desafíos, pues las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas reproductivos e infantiles se ubican en uno de los extremos del panorama epidemiológico y en el otro están las enfermedades no transmisibles, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, lesiones y accidentes, alteraciones a la salud asociadas a los desequilibrios ambientales, trastornos de la conducta y violencia.

En los últimos años se elevaron los niveles promedio de salud en el país, pero la distribución del progreso entre áreas geográficas y grupos sociales sigue siendo desigual.

Las personas de escasos recursos presentan mayor riesgo de morir en edades tempranas y viven problemas para los que existen soluciones probadas y de bajo costo. Además, persisten desigualdades en las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios entre la población indígena, en particular para las mujeres, quienes enfrentan triple marginación: por su condición de género, clase y etnicida.

3.12 Prevención y atención integral del VIH/SIDA e ITS

Objetivo General

Desarrollar iniciativas para la mejora continua en la prevención, atención integral, vigilancia epidemiológica e investigación en la respuesta al VIH e ITS basados en los lineamientos internacionales, regionales y nacionales para ser un organismo institucional con liderazgo en la respuesta al VIH e ITS.

Líneas de acción:

1. La prevención y participación Social
2. La atención integral
3. El desarrollo de un plan de vigilancia epidemiológica
4. La planeación e investigación operativa

Análisis

Chiapas se ubica por arriba de la media nacional en la prevalencia de VIH (16.8 casos por 100,000 hab) con un registro total de 8,030 personas con VIH que actualmente se encuentran con vida en su evolución dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud estatal desde 1986 al cuarto trimestre del 2018.

- 4.5 de los casos de VIH o sida para 2018 se diagnosticaron en jóvenes de 20 a 29 años de edad.

- 24% del total de casos registrados de VIH o sida para el año 2018 corresponden al grupo de edad entre 25 a 29 años, el más elevado en incidencia o nuevos casos (233).

- 21% de casos de VIH o sida se registra en el grupo de 20 a 24 años representa el segundo con más incidencia (205).

- 89% de las personas con diagnóstico de VIH o sida se encontraba en edad reproductiva.

En 2014 el Instituto de Salud implementó la Estrategia Estatal para la Prevención de la Transmisión Materna Infantil del VIH y sífilis congénita, basado en los lineamientos de la OPS/OMS. Durante los últimos tres años ha ocupado el primer lugar en el país en el registro de embarazadas con VIH. La Jurisdicción Sanitaria No. I y No. VII son las que concentran más del 69% del total de los casos.

En promedio 83% de los casos de transmisión vertical de VIH y sida en Chiapas entre 2015-2018 corresponden a niños y niñas con diagnostico tardío de la infección.

En Chiapas a través de la Secretaría de Salud se han diagnosticado y actualmente se mantienen en atención médica integral a través de los 2 Centros Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e ITS (CAPASITS) y 14 Servicios de Atención Intrahospitalarios (SAIH) a más de 4,818 personas con VIH quienes reciben tratamiento antirretroviral así como los servicios de estudios de laboratorio como carga viral y conteo de linfocitos CD4 por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud o Seguro Popular.

3.13 Seguridad vial y prevención de accidentes y lesiones

Objetivo general

Reducir el número de muertes causadas por accidentes de tráfico de vehículo de motor en el Estado de Chiapas particularmente en la población de 15 a 29 años de edad, mediante la promoción de la seguridad vial, la prevención de accidentes y la mejora en la atención a víctimas.

Líneas de acción:

1. Fortalecer y modernizar el marco jurídico y regulatorio en materia de seguridad vial.
2. Mejorar la oportunidad y la calidad en la atención a víctimas.
3. Capacitación a primeros respondientes.
4. Sensibilización en seguridad vial.
5. Controles de alcoholimetría.
6. Medición de factores de riesgo.

7. Análisis de información a través del observatorio estatal de lesiones.

8. Auditorías de seguridad vial.

La tasa de mortalidad por vehículos de motor es de 13.78 defunciones por cada cien mil habitantes.

En Chiapas los accidentes son más letales (19.6 defunciones por cada 100 accidentes) en comparación con la nacional la cual es de 4.3.

En el Estado los accidentes de tráfico por vehículo de motor ocupan el octavo lugar, y el primer lugar en la clasificación por accidentes.

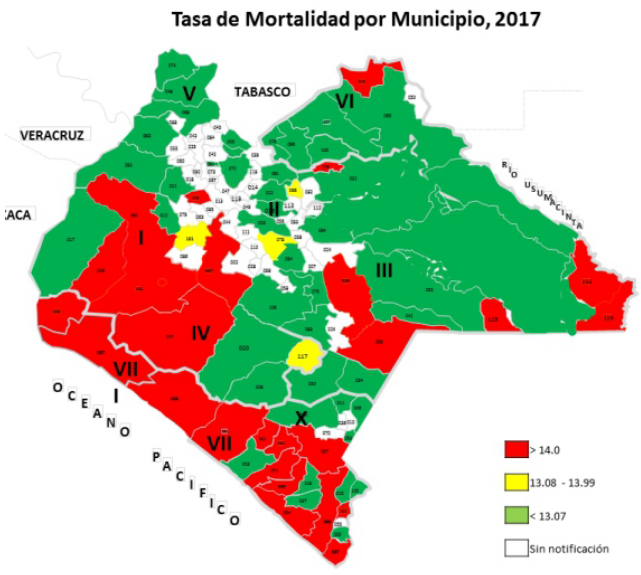
El grupo de edad con mayor número de lesionados es de 15 a 29 años y de 20 a 39 años las defunciones, siendo cuatro veces más afectados los hombres que las mujeres (4:1); con 22 mujeres embarazadas lesionadas en estos eventos el 86% de ellas en el tercer trimestre de embarazo.

En los meses de diciembre, abril y enero son más frecuente los accidentes; 9.8%, 9.4% y 8.9% respectivamente; siendo los días domingos y sábados los más recurrentes.

En 74 municipios de Chiapas se presentaron defunciones por accidentes de vehículo de motor en el año 2017, con ocurrencia de uno en 20 municipios, dos en nueve y tres en ocho.

Los 11 municipios con mayor número de defunciones por accidentes de vehículo de motor son: Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Comitán de Domínguez, San Cristóbal de Las Casas, Motozintla, Ocozocoautla de Espinosa, Villaflores, Catazajá, Tonalá, Arriaga y Chiapa de Corzo; con un aculado de 347 defunciones que representa el 57.19% (358).

La atención pre-hospitalaria cubre menos del 20% de los lesionados en accidentes por vehículo de motor.



Principales indicadores en seguridad vial, 2017

Rubro		Cifra
Accidentes viales:	3,172	
Carreteras federales		**456**
Zonas urbanas y suburbanas		**2,716**
Heridos		**1,136**
Egresos hospitalarios		**1,926**
Defunciones		**626**
Peatones		
Ciclistas		
Motociclistas		
Vehículos ligeros (Automóviles/Camionetas)		
Vehículos pesados (Carga pesada/Autobuses)		
Otros		
NE		
Población		5,647,532
Parque vehicular		851,853
Tasa de mortalidad	13.78	x 100 mil hab.
Tasa de accidentalidad	7.09	x 1,000 vehículos
Tasa de letalidad	19.67	x 100 accidentes
Tasa de motorización	175.50	x 1000 habitantes

Fuente: Base de defunciones INEGI-SS; SEED 2017. Base de Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas del INEGI, 2017. Principales indicadores de siniestralidad en carreteras federales de la Policía Federal, 2017. SS/DGIS, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2017. Proyecciones de la población de México 20102050 del CONAPO.
[1]En cuanto al número de defunciones por tipo de usuario de la vía pública, para el análisis de las cifras de 2016 se utilizó un método de redistribución (imputación múltiple) diferente al que se utilizaba con anterioridad distribución porcentual) para aquellas víctimas mortales de las cuales se desconocía el tipo de usuario al que pertenecían (No Especificado).

Tasa de mortalidad por municipio, 2017. Fuente: Base de defunciones INEGI-SS; SEED 2016. Base de Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas del INEGI, 2016. Principales indicadores de siniestralidad en carreteras federales de la Policía Federal, 2016. SS/DGIS, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios 2016. Proyecciones de la población de México 20102050 del CONAPO.

3.14 Salud Bucal

3.14.1Prevención, detección y control de los problemas de salud bucal

Objetivo General

Promover y prevenir las enfermedades bucales, así como otorgar atención curativo-asistencial con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio con capacidad resolutiva y atención especial a grupos vulnerables, para mantener la salud integral en la población del estado de Chiapas.

Líneas de acción:

1. Definir e implementar los recursos necesarios para los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica institucionales.

2. La coordinación de acciones con los sectores público, social y privado, para la prevención y promoción de la salud bucal.

3. Coadyuvar a disminuir la incidencia y prevalencia de caries dental en los diferentes grupos de riesgo.

4. Fortalecer la atención curativo asistencial a fin de mejorar la salud bucal de la población con énfasis en los grupos vulnerables.

5. Promover la ampliación de cobertura de la atención estomatológica.

6. La unificación de criterios de promoción, prevención y control de las enfermedades bucales con el sector salud, educativo y gremio odontológico.

7. Establecer mecanismos de control y seguimiento en la aplicación de acciones y actividades del Programa para el logro de metas.

8. Validar la correcta programación y aplicación de recursos financieros destinados para el desarrollo de las actividades del Programa.

Análisis

De acuerdo al reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales la prevalencia de caries severa en dentición temprana alcanzó en el periodo 2013-2018 un 40% esta variable predice el futuro de desarrollo de caries en dentición permanente.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prevalencia de Caries Severa en la infancia temprana en niños de 3 a 5 años	34,4	42,1	40,0	38,5	43,9	40,5
Prevalencia de caries dental en niños y adolescentes de 2 a 19 años	78,3	78,2	78,0	76,5	80,0	76,2
Prevalencia de caries dental en adultos de 20 a 99 años	97,3	96,0	93,5	94,3	96,0	95,4
ÍNDICE DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO	77,3	77,2	78,4	75,8	79,0	78,7
Proporción de adultos mayores (60 años y más) que no tienen una boca funcional	27,9	38,1	39,0	33,1	38,5	33,0
Prevalencia de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 99 años	48,7	44,1	37,3	36,4	35,5	39,7

De acuerdo con los resultados del SIVEPAB 20013-2018 , 77,8 % de la población de 2 a 19 años de edad, que acude a los servicios de salud en el estado de Chiapas tiene caries dental y el 95,4% de los adultos de 20 a 99 años de edad que acuden a los servicios de salud tienen caries dental como consecuencia las necesidades de tratamiento son del orden del 79 % y el rezago en materia de atención dental es significativo .Como consecuencia de la alta prevalencia de caries el 35% adulto mayor de (60 años y más) no tiene una boca funcional (se considera boca funcional que cuente mínimo con 20 dientes presentes). Como segunda causa de perdida dental en el adulto de 20-99 años es la enfermedad periodontal obteniendo en el mismo periodo el 40 % de prevalencia lo que significa que únicamente el 60 % tiene un periodonto sano.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio de dientes temporales afectados por caries dental (ceod) en niños de 5 a 9 años de edad.	5,11	4,50	4,13	4,44	4,78	4,62
Promedio de dientes permanentes afectados por caries dental (CPOD) en niños de 10 a 14 años de edad por entidad federativa y año.	3,13	3,07	2,90	2,46	2,75	2,71

De acuerdo con los resultados del SIVEPAB 20013-2018, de la población que acude a los servicios de salud en el estado de Chiapas, e l promedio de dientes temporales afectados por caries dental en niños de 5a 9 años de edad es de 4.5 y el promedio de dientes permanentes afectados por caries dental en niños de 10 a 14 años de edad 2,8, este índice tiende a incrementar de acuerdo a la edad, así como el índice de necesidades de tratamiento.

3.15 Programa de atención a la salud de la infancia y adolescencia

Objetivo General

Coordinar estrategias enfocadas a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil mediante estrategias estructuradas para prevenir los principales problemas de salud pública, fomentando la igualdad y equidad de oportunidades en este grupo etario.

Objetivos Específicos

1. Fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y adolescencia mediante acciones coordinadas en los niveles administrativos estatal y jurisdiccional.

2. Ejecutar las actividades enfocadas a la prevención del maltrato infantil para propiciar una cultura con enfoque de derechos y equidad de género.

3. Efectuar acciones de rectoría del Programa de Atención a la Infancia con transparencia, equidad de género y orientadas a poblaciones vulnerables, a través de la supervisión y del programa a nivel jurisdiccional y local.

4. Fortalecer el Modelo de Atención Integrada en la Infancia en el primer nivel de atención mediante la capacitación al personal de salud.
5. Realizar acciones preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque a las áreas de mayor marginación.

6. Implementar acciones con enfoque preventivo que optimice el desarrollo en la primera infancia y la detección oportuna de riesgos, a través de la estimulación temprana a niñas y niños menores de 5 años en el primer nivel de atención.

7. Implementar acciones para la prevención de accidentes en el hogar en los menores de 10 años.

8. Desarrollar acciones integrales para la salud de las y los adolescentes con enfoque de género, mediante la prevención y promoción a la salud, con el propósito de disminuir los factores de riesgo a fin de promover el autocuidado, respetando la interculturalidad de las y los adolescentes.

9. Realizar acciones preventivas para la detección temprana del cáncer en la infancia y adolescencia.

Estrategias y líneas de acción

Estrategia 1

Implementar acciones de detección, prevención, vigilancia y control de la nutrición en niños y adolescentes menores de diecinueve años.

Líneas de acción:

- Monitoreo y seguimiento nutricional: Seguimiento Nutricional a niños y adolescentes menores de 19 años identificados en riesgo por deficiencia o exceso nutricional y/o patologías agregadas.

- Lactancia Materna y Alimentación Complementaria: Promover la Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses y crear grupos de apoyo.

- Practicar la Alimentación perceptiva con alimentos propios de la región aplicando los principios de cuidado psico-social.

- Orientación Alimentaria: Promover cambio de conductas que conlleven a un entorno saludable y buenas prácticas de higiene a nivel familiar y comunitario.

- Fomentar en centros educativos de nivel básico y medio, prácticas adecuadas de alimentación saludable y actividad física.

- Estructurar modelo de atención en escuelas de nivel primaria para concientizar a docentes, cooperativas escolares, padres de familia y estudiantes en aspectos relacionados con Alimentación, Nutrición y Salud.

- Rehabilitación Nutricional: Aprovechar las fuentes locales de hierro, Vitamina A y C para la preparación de platillos culturalmente aceptados.

- Elaboración de Plan Nutricional individualizado de acuerdo a la edad de la población con riesgo nutricional.

- Instruir a la madre de familia sobre la planeación de una dieta correcta y adecuada a las necesidades requeridas por los niños menores de 5 años y de 5 a 9 años detectados con déficit o exceso nutricional.

- Realizar capacitaciones interactivas para la preparación de platillos con alta densidad energética empleando alimentos propios de la región culturalmente aceptados; considerando los requerimientos dietéticos de la población a rehabilitar.

- Capacitación y Actualización continua: Realizar capacitaciones con responsables del Programa (Lic. en Nutrición) sobre aspectos técnicos relacionados con la operatividad del Programa, enfatizando la atención nutricional de la población menor de 19 años.

- Concertación de Apoyos Alimentarios: Coordinación Interinstitucional con dependencias a fines en materia de Asistencia Social Alimentaria para complementar la alimentación de la población detectada con déficit nutricional.

- Vinculación Institucional: Fortalecer la coordinación intra-institucional con el Programa Prospera y áreas afines que converjan en acciones relacionadas con la atención, prevención y recuperación nutricional de la población menor de 19 años.

- Establecer coordinación con Secretaría de Educación para implementar modelo de atención en centros educativos.

- Realizar visitas domiciliarias focalizadas a la población infantil detectada con déficit o exceso nutricional y/o con patologías agregadas para evaluar evolución nutricional.

- Supervisar las acciones de SNA en Jurisdicciones focalizadas y verificar en unidades médicas el seguimiento nutricional a población Adolescente.

Estrategia 2

Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención y dar orientación a las madres, padres o cuidadores de los menores de diez años de edad acerca de la prevención del maltrato infantil en el ámbito familiar.

Líneas de acción:

- Capacitar al personal de salud acerca de las características y tipos de maltrato infantil.

- Capacitar al personal de salud acerca de los factores de riesgo para el maltrato infantil.

- Capacitar al personal de salud acerca de los signos y síntomas de sospecha de maltrato infantil.

- Informar a madres, padres y cuidadores del menor de diez años acerca de la prevención del maltrato infantil.

- Generar competencias en las madres, padres y cuidadores del menor de diez años para brindar una crianza positiva de sus hijos.

- Orientar a las madres, padres y cuidadores del menor de diez años acerca de los factores protectores contra el maltrato infantil.

- Orientar a las madres, padres y cuidadores del menor de diez años acerca de las necesidades de sus hijos (alimentación, higiene, educación, estimulación, salud, etc.).

Estrategia 3

Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento del Programa de Salud de la Infancia.

Líneas de acción:

- Mejorar el registro de información de las actividades de los componentes de infancia (Hoja diaria, SUIVE, SINBA, Formatos primarios).

- Evaluación trimestral de los indicadores del programa infancia por cada jurisdicción sanitaria.

- Supervisión y capacitación en servicio por parte del nivel estatal y jurisdiccional de los componentes de Salud de la Infancia.

- Vigilar el funcionamiento de las actividades del Comité de Estrategias para la Reducción de Mortalidad en la Infancia (COERMI) estatal y jurisdiccional.

Estrategia 4

Fortalecer el Modelo de Atención Integrada en la Infancia en el primer nivel de atención.

Líneas de acción:

- Capacitación al personal de salud en contacto con pacientes, en Atención Integrada por el Centro Estatal de Capacitación (C.E.C) a cada una de las jurisdicciones sanitarias.

- Réplica de los cursos en cascada por parte de las Jurisdicciones Sanitarias con envío de la información a nivel estatal a través del Centro Estatal de Capacitación (CEC).

- Implementación de capacitación en atención integrada a distancia.

- Capacitación de las jurisdicciones sanitarias al personal de salud en Atención Integrada de municipios repetidores de mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias en menores de 5 años.

Estrategia 5

Fortalecer las actividades sectoriales que permitan reducir las enfermedades prevenibles por vacunación.

Líneas de acción:

- Fortalecer las acciones del Programa Permanente de Vacunación Universal en todas las unidades de 1, 2 y 3er nivel de atención los 365 días del año en cumplimiento de la Norma Oficial mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

- Garantizar las acciones intensivas del Programa de Vacunación Universal, a través de las Semanas Nacionales de Salud con la realización de las actividades de vacunación intensiva y actividades adicionales como: Otorgamiento de sobres de suero oral a las madres y/o cuidadores de los menores de 5 años para prevenir la deshidratación, información a las madres y/o cuidadores de los menores de 5 años sobre la prevención de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, cuidados en el hogar y reconocimiento de signos de alarma, ministración de megadosis de vitamina A, a niños de 6 a 60 meses y desparasitación intestinal a niños y adolescentes de 2 a 14 años.

- Realizar las actividades de capacitación y supervisión del PVU.

- Fortalecer la estrategia de comunicación social para la promoción de la corresponsabilidad de la población.

- Intensificar las acciones intersectoriales para la participación activa de los actores sociales.

Estrategia 6

Evaluar el desarrollo de los menores de 5 años con la prueba de tamizaje EDI, dentro de la consulta de niño sano.

Líneas de acción:

- Realizar la referencia correspondiente en caso de que el resultado de prueba EDI sea riesgo de retraso en el desarrollo.

- Realizar talleres de estimulación temprana a los menores de 5 años que hayan sido evaluados en el desarrollo y obtenido un resultado verde o amarillo, bajo el Componente Educativo Comunitario del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (CEC-PRADI).

Estrategia 7

Promover acciones de prevención de accidentes en el hogar en el menor de diez años.

Líneas de acción:

- Incrementar el nivel de conocimientos sobre la prevención de accidentes en la comunidad.

- Promover acciones encaminadas a obtener un medio ambiente más seguro.

- Realizar plan de medios para reforzar la prevención de accidentes en los menores de 10 años.

Estrategia 8

Realizar acciones de Prevención y Promoción de la salud de la Adolescencia.

Líneas de acción:

- Implementar acciones de prevención vigilancia y control de la nutrición en la infancia y la adolescencia.

- Implementar acciones para la prevención de la violencia en adolescentes, con equidad de género y enfoque de derechos.

- Realizar acciones de promoción de estilos de vida saludables en la adolescencia.

Estrategia 9

Realizar acciones para la detección oportuna del Cáncer en la Infancia y Adolescencia en el 1er Nivel de Atención.

Líneas de acción:

- Dar cumplimiento a la operación y funcionamiento de los Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia (COECIA).

- Capacitar, promover y difundir contenidos en materia de cáncer en la infancia y adolescencia al personal de salud y población en general.

- Coadyuvar en el fortalecimiento de los sistemas de información en salud relacionados al cáncer en la infancia y adolescencia.

Análisis

La ENSANUT 2012, reflejo que la baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, continúa siendo un grave problema de salud pública en el Estado de Chiapas; la prevalencia fue de 31.4%, muy por arriba del promedio nacional (13.6%). Situación que se agrava en las zonas rurales, en las que uno de cada dos niños (44.2%) padece desnutrición crónica. Por otra parte, más del 11% de los menores de cinco años de edad de localidades urbanas tuvieron sobrepeso, cifra que se ubicó arriba del promedio nacional (9.7%); en lo referente a los hallazgos sobre las prácticas de alimentación en el menor de 1 año, los resultados revelaron que la lactancia materna tuvo un desempeño pobre y la alimentación complementaria tendió a ser más temprana de lo recomendable, de calidad y frecuencia insatisfactorias.

En relación, al grupo escolar, las mediciones de peso y talla mostraron que 22% de los escolares presentó exceso de peso; actualmente el Registro Nacional de Peso y Talla (RNPT) 2016 realizada en niños y niñas que cursaban del 1º al 6º grado de primaria, reflejo una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 29.5% cifra preocupante, dada las graves consecuencias para la salud que acarrea el exceso de peso, visualizadas en los registros de mortalidad en este sector de la población.

En relación al grupo adolescente de 10 a 19 años la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC), a nivel nacional reflejo que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población adolescente fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia registrada en 2012 (34.9%), los datos desagregados relacionados con la prevalencia de sobrepeso fue de 22.4% y de obesidad de 13.9%; en 2012, estas cifras fueron 34.1% y 35.8%, respectivamente.

En relación, con la diversidad dietética a nivel nacional, se identificó que una elevada proporción de adolescentes consumen grupos no recomendables para su consumo cotidiano como las bebidas no lácteas endulzadas consumidas por poco más del 80% de los adolescentes, casi el 60% consume botanas, dulces y postres; la mitad de la población de este grupo de edad consume cereales dulces, la tercera parte consume bebidas lácteas endulzadas, y alrededor de 1 de cada 5 adolescentes consumen carnes procesadas y comida rápida y antojitos mexicanos.

Estos resultados dan un panorama general de la situación de salud de la población Infantil y Adolescente del Estado de Chiapas, lo que permite identificar fortalezas y debilidades en su atención. Enfocando mayor vigilancia en las acciones dirigidas a la Lactancia Materna Exclusiva, Alimentación complementaria, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, así como, en los problemas de malnutrición por déficit o exceso; encaminando con ello, acciones que incidan en la prevención de enfermedades, promoción y protección a la salud.

3.16 Programa de atención a la salud del adulto y del adulto mayor

3.16.1 Obesidad y Riesgo Cardiovascular

Objetivo general

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

Líneas de acción:

1. Impulsar la prevención de obesidad y riesgo cardiovascular, para abordar en conjunto las ECNT y sus determinantes.

2. Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos, recursos humanos, para la atención integral de la obesidad y riesgo cardiovascular.

3. Realizar acciones que contribuyan a la adopción de conductas saludables en la población.

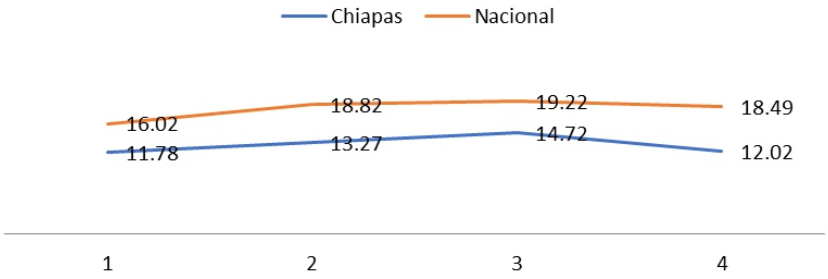
4. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Análisis

La Prevalencia nacional de hipertensión fue de 15.9% y estatal de 11.6%, afecta 1.5 mujeres por cada varón.

La Tasa de incidencia de hipertensión 642.98 a nivel nacional y 527.40 a nivel estatal. En 2017 se presentaron 13,250 casoss nuevos.

Mortalidad por enfermedad hipertensiva en 2016 fue de 12.02 a nivel estatal y de 18.49 a nivel nacional.



Tasa de mortalidad por hipertension 2013-2016.
Prevalencia de obesidad nacional 24% y estatal 16%.1.

3.17 Diabetes Mellitus

Objetivo general

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la población mexicana, así como elevar la calidad de vida y el número de años de vida saludable de las personas que presentan este padecimiento, mediante intervenciones costo-efectivo, dirigido a los determinantes y entornos.

Líneas de acción:

1. Impulsar la prevención de diabetes mellitus y riesgos específicos, enfocados a grupos poblacionales con perspectiva de género para elevar su impacto mediante acciones coordinadas.

2. Consolidar la atención integral a la población con diabetes mellitus en las unidades del primer nivel de atención.

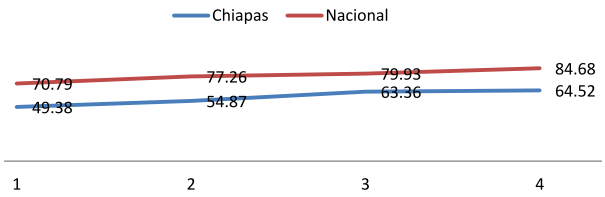
3. Proporcionar las herramientas para la capacitación al personal de salud que permita una mejora de competencias para la atención de la diabetes mellitus.

4. Promover en las unidades de primer nivel de atención el abasto suficiente y oportuno de insumos y medicamentos para la atención de la diabetes mellitus.

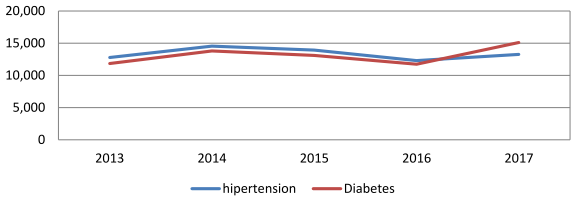
Análisis del programa

De acuerdo a ENSANUT 2012, la prevalencia de diabetes nacional 9.4% y estatal 5.6%, afecta 1.4 mujeres por cada hombre.[1]

En 2016 la Tasa de mortalidad por diabetes en Chiapas fue de 64.52%, y el promedio nacional era de 84.68%[3]. En 2017 se presentaron 15,094 casos nuevos.



Tasa de mortalidad por diabetes 2013-2016.
Muertes por cada 100 mil hab.
Fuente: http://oment.uanl.mx/indicadores-por-estado/



Numero de casos nuevos de Hipertension y diabetes 2013- 2017. Fuente: SUAVE 2013-2018.

3.18 Envejecimiento

Objetivo general

Desarrollar un diagnostico situacional de los adultos mayores para implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable en México, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

Línea de acción:

1. Analizar y evaluar los datos provenientes de los sistemas de información en salud.

Análisis

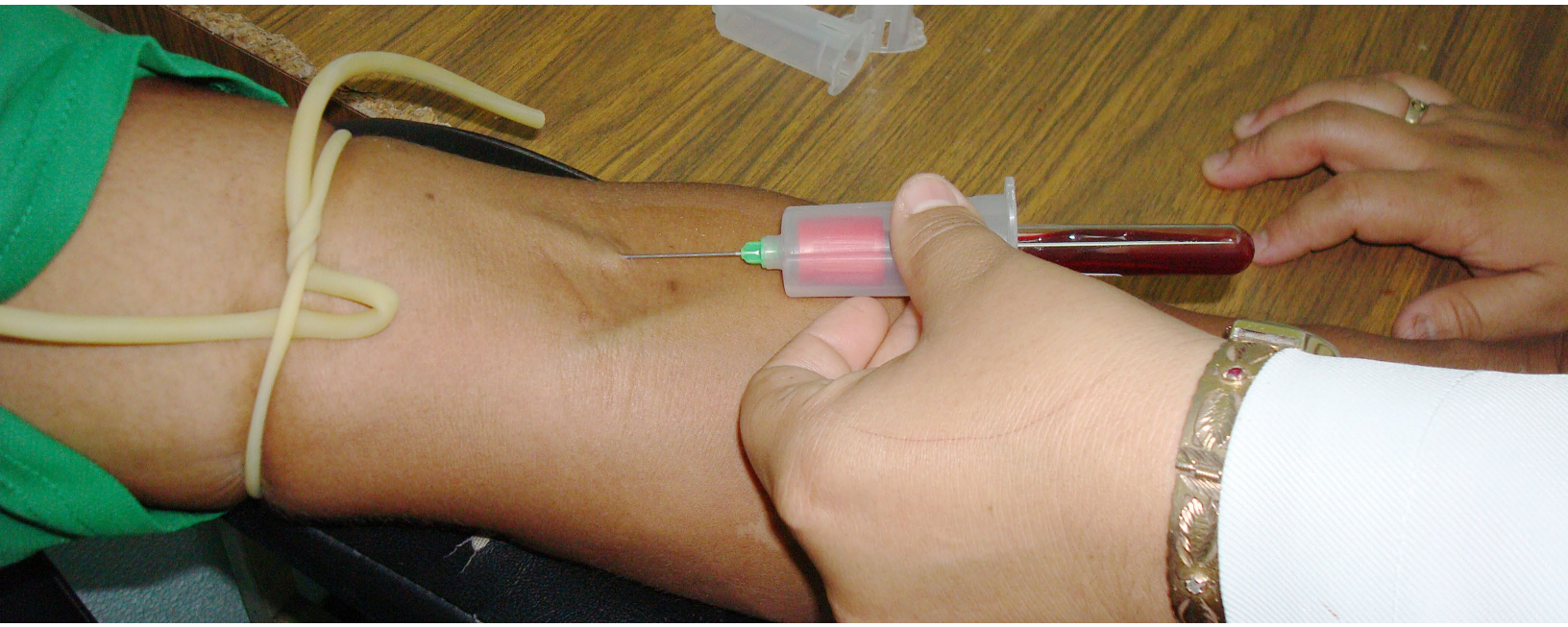
De acuerdo al CONAPO, en el 2016 el número de adultos mayores estimado en Chiapas fue de 426,491 de los cuales 51.47% son mujeres (219,518) y el 48.53% hombres (206,973).

3.19 Programa de prevención y control de tuberculosis y microbacteriosis

3.19.1 Prevención y control de la tuberculosis

Objetivo General

Llevar a cabo acciones de promoción, prevención, tratamiento y vigilancia de la tuberculosis, reduciendo los riesgos de enfermar y morir por esta causa en la población chiapaneca. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades ODS no. 3.



Líneas de acción:

1. Dar a conocer la normatividad vigente, lineamientos, criterios y procedimientos para la vigilancia, prevención y control de la tuberculosis en México.

2. Realizar capacitación para responsables jurisdiccionales y personal operativo en todas los componentes del programa de TB.

3. Fortalecer las capacidades técnicas, humanísticas y organización comunitaria de la Red TAES, para la adherencia terapéutica.

4. Fomentar entre la población, la detección de sintomáticos respiratorios, para el diagnóstico y tratamiento oportunos.

5. Mantener activo el Comité Estatal en Fármaco resistencia, para la atención homogénea con fármacos de segunda línea.

6. Promover la actualización continua del personal, para la detección oportuna el diagnóstico y tratamiento integral de personas con tuberculosis resiste.

7. Incorporar métodos modernos y de probada eficiencia para el diagnóstico de la Tuberculosis-Multifarmaco Farmacorresistente (ADA).

8. Asegurar la adquisición de fármacos de segunda línea, necesarios para el tratamiento de las personas con tuberculosis resistente.

9. Fortalecer la vigilancia epidemiológica del patrón de resistencia antimicrobiana en el estado.

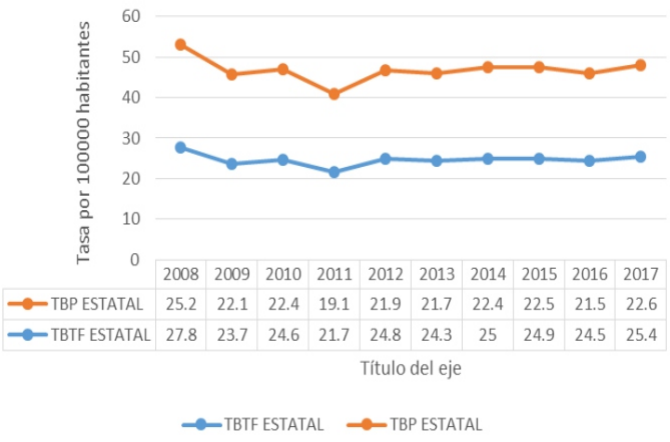
10. Instrumentar plan de Control de Infecciones por tuberculosis en establecimientos de salud.

Análisis

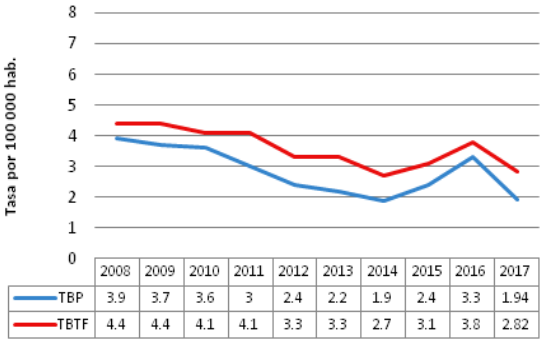
El estado de Chiapas ha tenido en los últimos años una meseta en el número de casos nuevos, se realiza la búsqueda de pacientes sintomáticos para el diagnóstico oportuno de Tuberculosis y con ello incidir en la disminución de la mortalidad.

La mortalidad por Tuberculosis en el estado los últimos 5 años ha sido fluctuante, sin embargo, en el 2017 se logró la disminución de 15% de las defunciones con respecto al año previo. En 2018, se tuvieron 335 casos nuevos (20.2%) asociados a Diabetes Mellitus y 77 casos (5.5%) asociados a VIH.

CHIAPAS 2013-2018 CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS POR AÑO						
JURISDICCIóN SANITARIA	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
TUXTLA	250	285	264	279	265	349
SAN CRISTóBAL	80	91	86	88	80	100
COMITÁN	69	65	63	77	89	66
VILLAFLORES	45	47	52	39	46	45
PICHUCALCO	88	100	87	90	95	98
PALENQUE	80	85	107	58	85	70
TAPACHULA	481	476	481	527	480	467
TONALÁ	61	43	57	61	68	65
OCOSINGO	61	68	79	62	105	80
MOTOZINTLA	30	35	31	52	52	32
TOTAL	**1245**	**1295**	**1307**	**1333**	**1365**	**1372**



Incidencia de Tuberculosis Todas las Formas y Tuberculosis Pulmonar 2008-2017. Fuente: SINAVE- Registro de casos nuevos 2013 -2018. Información oficial al cierre de la semana epidemiológica 52-2018/SINAVE. Plataforma Única de Información. Módulo de Tuberculosis.



Mortalidad por Tuberculosis Todas las Formas y Tuberculosis Pulmonar 2008-2017. Fuente: SEED-Registro de defunciones 2013 -2018. Información oficial al cierre de la semana.

CHIAPAS 2013-2018 DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS POR AÑO					
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
CHIAPAS	127	164	137	185	157

Fuente: SEED- Registro de defunciones 2013 -2018. Información oficial al cierre de la semana epidemiológica 52-2018.

3.20 Prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza

Objetivo General

Implementar las estrategias necesarias para transitar de un esquema fundamentalmente reactivo, a uno de carácter preventivo en el tema de la prevención y control de las ER e influenza, para evitar su aparición, hacer detección precoz y oportuna, limitar el daño y controlar adecuadamente la evolución natural de la enfermedad, sus complicaciones, secuelas permanentes o defunciones que ocasionan.

Líneas de acción:

1. Instrumentar la fase de implementación y de expansión a nivel estatal.

2. Establecer acuerdos interinstitucionales durante y después del proceso de implementación del Programa.

3. Realizar diagnóstico situacional sobre las ER e Influenza en los servicios de salud que incluya recursos humanos, financieros y materiales para el abordaje y atención de la ER e Influenza.

3.21 Programa de prevención y control de la rabia y otras zoonosis

3.21.1 Prevención y control de la rabia humana

Objetivo General

Disminuir el riesgo de transmisión de rabia de perro a perro y de perro a hombre en todo el estado de Chiapas.

Líneas de acción:

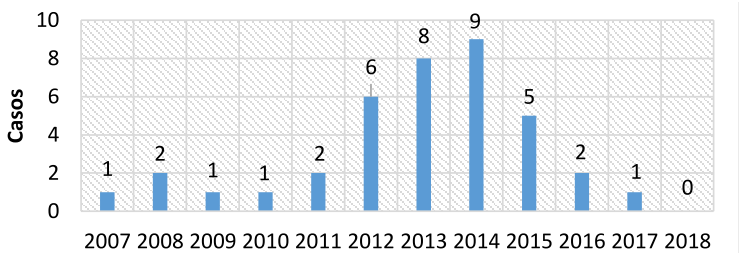
1. Barrido de vacunación antirrábica canina y felina casa a casa en todas las Jurisdicciones Sanitarias.

2. Se dará énfasis a las Jurisdicciones Sanitarias Fronterizas (México-Guatemala).

Análisis

En el estado de Chiapas desde el 2007 ha presentado de forma continua casos de rabia canina reportado 38 casos. De los cuales, 21 fueron en la Jurisdicción Sanitaria I de Tuxtla Gutiérrez (55.0%); en la Jurisdicción Sanitaria II de San Cristóbal de las Casas 10 casos (26.31%), la

Jurisdicción V de Pichucalco, 5 casos (13.15%), 1 (2.6%) caso para la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula y finalmente 1 caso (2.6%) en la Jurisdicción Sanitaria IV de Villaflores. Sin presentar casos en la Capital de Chiapas, desde el operativo de vacunación antirrábica canina y felina del 2014.



Rabia canina 2007-2018.

3.21.2 Prevención y control de la brucelosis

Objetivo General

Contribuir en la mejora de la atención de pacientes con brucelosis para brindar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Líneas de acción:

1. La homologación de los criterios diagnósticos en las jurisdicciones sanitarias.

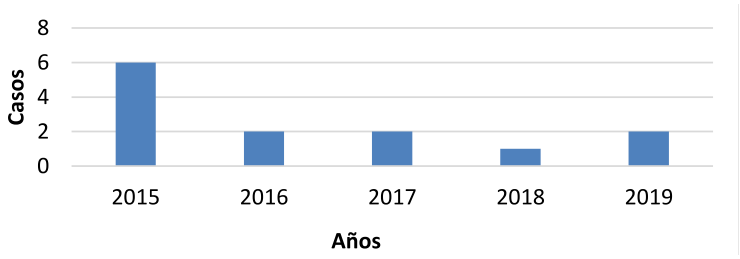
2. Fortalecer la instrumentación de los procedimientos en la prevención y control de la brucelosis.

3. Aplicar la normatividad vigente en pacientes con brucelosis.

4. Evaluar la información disponible en los sistemas de notificación de brucelosis.

Análisis del programa

El estado de Sonora se encuentra libre de Brucelosis causada por especies lisas y el 30.75% del territorio nacional está reconocido en fase de Erradicación (reconocidos en fase de erradicación los estados de Baja California Sur, Campeche, Colima, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo y Yucatán así como las regiones A de Aguascalientes, A de Baja California, A de Chiapas, A, A1 y A2 de Guanajuato, Huasteca y A2 de Hidalgo, y A1 y A2 de Puebla).



Casos Brucelosis Chiapas.

3.22 Enfermedades del rezago

3.22.1 Prevención y control de las Leishmaniasis

Objetivos Generales

1. Proporcionar atención médica de calidad mediante detección, diagnóstico y tratamiento etiológico oportunos, y seguimiento adecuado de los casos.

2. Reducir la aparición de casos nuevos mediante medidas de protección individual y familiar.

Líneas de acción:

1. Promover la caracterización de los focos de transmisión intradomiciliar y extradomiciliar para toma de decisiones.

2. Fortalecer la vigilancia en instituciones del Sistema Nacional de Salud en áreas endémicas.

3. Actualizar el catálogo de distribución de flebótomos y su etología para toma de decisiones.

4. Promover el empleo de pruebas diagnósticas de campo para tamizaje.

5. Confirmar casos probables por métodos parasitológicos, inmunológicos o moleculares.

6. Administrar tratamiento etiológico exclusivamente a casos confirmados por laboratorio.

7. Informar a la comunidad las medidas de protección adecuadas de acuerdo a la caracterización del foco de transmisión.

8. Informar al Sector Turismo las áreas endémicas de riesgo para el turismo ecológico.

Análisis

La Leishmaniosis es causada por parásitos del género Leishmania transmitidos por el piquete de moscas de la familia Phlebotominae. Es una enfermedad con amplio espectro clínico e importante epidemiología.

La enfermedad tiene tres formas clínicas.

- Leishmaniosis visceral (también conocida como kala azar): es mortal si no se trata.

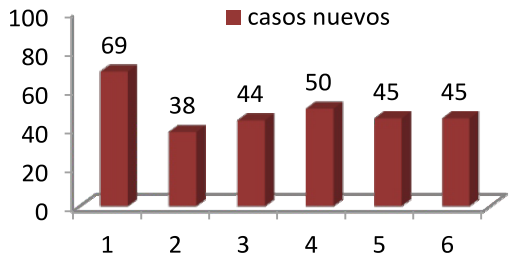
- Leishmaniosis cutánea: es la forma más común de leishmaniosis.

- Leishmaniosis mucocutánea: conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta.

En el estado de Chiapas en los años 2013 y 2014 se presentó mayor incidencia en las regiones Mezcalapa, Norte y meseta comiteca tojolabal perteneciente a la Jurisdicción de Tuxtla Gutiérrez, Pichucalco y Comitán.

Continuando en el 2017 y 2018 con estas mismas zonas como nuestro foco de atención, sin embargo, la parte norte del estado compuesta por los municipios de Ixtacomitán, Reforma y Pichucalco presenta la mayor incidencia en casos de Leishmaniasis cutánea.

Se ha intervenido con rociado en las localidades en zonas endémicas para disminuir la presencia de la Lutzomyia, disminuyendo la interacción del vector con poblaciones en riesgo. Con ello se ha disminuido los casos, además que el programa de vectores no hace búsqueda intencionada.



Número de casos positivos (2013-2018).

3.22.2 Prevención y control de tracoma

Objetivo General

Seguimiento de la implementación de la Estrategia SAFE durante el proceso de post validación en la Eliminación del Tracoma como problema de Salud Pública en México.

Líneas de acción:

1. Micro regionalización de los municipios endémicos con abordaje escalonado.

2. Aplicación de Acciones Básicas, basado en la estrategia SAFE propuesta por el comité de expertos de la OMS, que incluyen:

- ✓ Detección (Vigilancia Epidemiológica Activa) Búsqueda de casos, identificación, reporte y seguimiento.
- ✓ Atención Médica (tratamiento antibiótico y cirugía correctiva de Triquiasis).
- ✓ Promoción de Higiene facial
- ✓ Promoción del desarrollo ambiental

Análisis

Actualmente, Chiapas cumple con los indicadores para la eliminación del Tracoma como causa de ceguera en el mundo, en los cuales intervienen los siguientes:

1. Cero casos nuevos de ceguera por tracoma.

2. Menos del 1% de casos con Triquiasis tracomatosa, por localidad.

3. Prevalencia de Tracoma en fase activa (Tracoma folicular/ Tracoma Intenso) menor al 5% en niños de 1 a 9 años de edad.

En agosto del 2015, se implementó en las X Jurisdicciones sanitarias con el Protocolo de investigación denominado “Prevalencia de Tracoma Folicular en niños menores de 10 años, en municipios no conocidos con Tracoma en el estado de Chiapas”. Se continúa con la Vigilancia Epidemiológica Post-Validación en los municipios endémicos en Chiapas.

✓ Durante el 2017 detectaron tan solo 3 casos de Tracoma folicular en el municipio de Tenejapa, como parte de la Vigilancia Epidemiológica.

✓ En el 2018 se tiene detectado 1 caso de Tracoma folicular en el municipio de San Juan Cancuc y 1 en el municipio de Oxchuc, lo cual no representa un problema de Salud Pública.

✓ El programa actualmente se encuentra en fase de Vigilancia Epidemiológica Post-Validación en los 6 municipios endémicos que lo conforman en Chiapas.

3.22.3 Prevención y control de Chagas

Objetivo General

Eliminar la trasmisión intradomiciliaria de la enfermedad de Chagas en una localidad con al menos un caso agudo.

Líneas de acción:

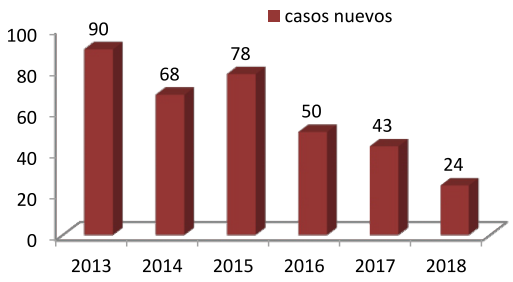
1. Estratificación de riesgo.
2. Líneas de acción
3. Realizar serologías a menores de 5 años.
4. Seleccionar áreas prioritarias de intervención.
5. Actualizar el catálogo de distribución de triatominos en áreas prioritarias.
6. Control químico del vector.
7. Líneas de acción:

8. Aplicar rociado residual de forma intra domiciliar, en dos ocasiones (2 ciclos) por localidad confirmada como positiva.

9. Realizar encuestas entomológicas iniciales y posteriores al rociado residual intradomiciliar.

Análisis

La Tripanosomiasis Americana, también llamada enfermedad de Chagas, es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo Trypanosoma cruzi, se transmite a los seres humanos principalmente por las heces de insectos Triatominos conocidos como chinches o con otros nombres.



Número de casos positivos (2013-2018).

En el estado de Chiapas en los años 2013 y 2014 tuvimos mayor incidencia en las regiones maya, Selva Lacandona y metropolitana perteneciente a la Jurisdicción de Palenque, Ocosingo y Tuxtla Gutiérrez, respectivamente todos casos crónicos. Continuando con estas mismas zonas como nuestro foco de atención para los siguientes años.

Tenemos ubicado como zonas endémicas localidades del municipio de Palenque y Salto de Agua, como es Arimatea, Estrella de Belén.

Se ha intervenido con rociado en las localidades en zonas endémicas para disminuir la presencia del Triatomino, disminuyendo la interacción del vector con poblaciones en riesgo. Con ello se ha disminuido los casos, además que el programa de vectores no hace búsqueda intencionada.

En el 2017 se implementa la Ruta Inversa en el estado, siendo en la localidad positiva de Benito Juárez, municipio de Copainalá, la primera en ser tamizada con una muestra poblacional de 75 menores de 15 años 11 meses y 7 embarazadas. Dando como resultado de la intervención cero casos.

En el 2018 se intervino las localidades de Ocotal Linda vista municipio de Parral de la Jurisdicción No. IV, Villaflores. Tamizando a 50 menores de 15 años 11 meses y 2 embarazadas. Con cero casos positivos.

En la Jurisdicción No. III de Comitán se intervino la localidad de Reforma Agraria, municipio de La Trinitaria, tamizando a 112 menores de 15 años 11 meses y 2 embrazadas. Con cero casos positivos.

3.22.4 Prevención y control de paludismo

Objetivo General

Eliminar la transmisión de Paludismo en las áreas activas y evitar la reintroducción de paludismo en áreas libres de transmisión en el estado de Chiapas.

Líneas de acción:

1. Fortalecer la coordinación multisectorial en apoyo a los distintos componentes establecidos en este Plan.

2. Implementar la estrategia de DTIR en 7 días a partir de que se identifica como caso probable.

3. Reforzar las acciones de vigilancia activa en las 10 Jurisdicciones del estado. Fortalecer la vigilancia pasiva, con la finalidad de garantizar la identificación de casos probables y la clasificación de los mismos, en las diferentes regiones del estado.

4. Garantizar el traslado de la muestra desde su toma hasta la llegada al laboratorio en 24 horas.

5. Asegurar el resultado del diagnóstico en máximo 24 horas en focos.

6. activos y residuales y 48 horas para focos eliminados desde su llegada al laboratorio.

7. Mantener la competencia técnica en la red de microscopía a través de la capacitación, supervisión y evaluación.

8. Generar información epidemiológica de calidad que oriente las acciones de control.

9. Definir los focos palúdicos en periodo máximo de 7 días.

10. Involucrar la participación comunitaria en el autocuidado de su salud y comunal con las acciones EMHCA´s.

11. Realizar la búsqueda reactiva de los casos en un periodo no mayor de 7 días a partir del resultado positivo.

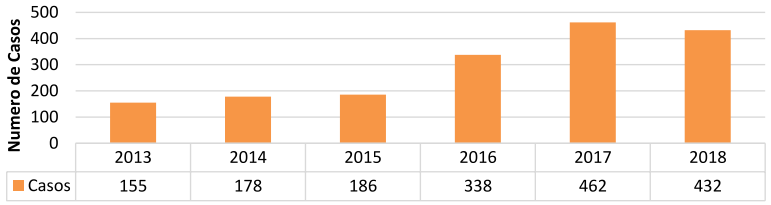
12. Garantizar el inicio de tratamiento de manera oportuna en 24 horas a partir del resultado.

13. Fortalecer las acciones de vigilancia entomológica, prevención y control vectorial, en un término de 7 días.

Análisis

El paludismo es una enfermedad parasitaria potencialmente mortal, causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles.

La malaria o paludismo es todavía un problema importante de salud pública en el mundo, de acuerdo con el último reporte mundial sobre Malaria, la OMS estima que 3.2 mil millones de personas se encuentran en riesgo de infección y de sufrir la enfermedad en 97 países (una probabilidad de >1 en 1000 de contraer malaria en un año), con una mortalidad de alrededor de 500 000/año.



Chiapas ha sido históricamente un sitio endémico para la enfermedad, teniendo 155 casos en el año 2013 sin embargo, a partir del año 2016 se observa un repunte de los casos.

En el estado de Chiapas, se han identificado al menos 12 especies de Anopheles; de los cuales, 3 representan un riego de transmisión de Plasmodium sp., el An. Albimanus, An. pseudopunctipennis y An. Vestitipennis.

El Plan de eliminación está encaminado a disminuir el número de casos de Paludismo en el estado teniendo como principal estrategia la identificación oportuna y con ello iniciar tratamientos de manera inmediata que den como resultado el cortar cadenas de transmisión y por ende la reducción de la incidencia.

En el estado se han identificado los siguientes focos palúdicos:

- 18 focos Activos
- 24 focos Residuales
- 18 focos Eliminados

Los cuales se trabajarán en 3 etapas:

I. Etapa para la eliminación: dentro de la cual se encuentran incluidos los 18 focos activos.

II. Etapa para prevenir el restablecimiento: se incluyen 24 focos residuales.

III. Etapa posteliminación: comprenden 18 focos eliminados.

Para la realización de las actividades y estrategias del plan de eliminación del paludismo se realizó un diagrama de proceso para los casos de paludismo, involucrando los diferentes componentes que participaran en el proceso para la atención de focos, independientemente de la etapa que se esté atendiendo.

3.22.5 Programa de eliminación de Oncocercosis

Objetivo General

Eliminar la transmisión de la enfermedad de Oncocercosis en el foco sur del estado de Chiapas, mediante la administración de tratamientos a personas elegibles y la extirpación de nódulos o masas sospechosas.

Líneas de acción:

1. Dentro de las actividades del Programa de la Eliminación de la Oncocercosis, se clasifican según el número de enfermos en relación a su población para identificar localidades hiperendemicas, mesoendemicas e hipoendemicas para aplicar dos o cuatro rondas de tratamientos, y realizar acciones de participación comunitaria para fomentar entornos saludables.

2. Dentro de esas actividades se levantan los censos para conocer la población en riesgo y la elegible a tratar, previendo anticipadamente el tratamiento para la población flotante o migrante, para ministrar tratamientos profilácticos.

3. A las localidades donde se presenta incremento de renuencia al tratamiento, se refuerzan con actividades lúdicas con el personal capacitado en las jurisdicciones. Esta estrategia de fortalecer participación comunitaria, se continuará realizando en el foco norte para mantener a esas comunidades en entornos saludables y mantener a la población el cambio de cultura sobre el auto cuidado de su salud.

4. Se realiza la extirpación quirúrgica a los portadores de nódulos, detectándose primeramente a la exploración física de la población en riesgo del área endémica, para enviarlos al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) para su confirmación mediante estudios histopatológico.

Análisis

- Para el Foco Norte de Chiapas: en 2007, fue último año de tratamiento con Mectizan, para 2010 concluyó la Vigilancia Epidemiológica y a partir de 2011 se declara eliminada la Oncocercosis.

- En el Foco Sur de Chiapas: En 2012 Siguiendo criterios de la OMS, se inicia la Vigilancia Epidemiológica Post Tratamiento (VEPT), con duración de 3 años (2012-2014), ante una posible recrudescencia. Para 2014, Se concluye la VEPT con los ultimo estudios entomológicos realizados que permiten concluir que la transmisión de la Oncocercosis ha sido interrumpida, en este año la secretaria de Salud de México, envía a la OMS/OPS la solicitud para la verificación que confirme que ya no existe Oncocercosis en los tres focos de México.

- Para este 2015, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Secretaria de Salud Federal realizaron la visita a Chiapas (01 al 10 de junio 2015), mediante la misión para la verificación de México como un país libre de Oncocercosis.

El 29 de septiembre del 2015, en el 54º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, Estados Unidos; la Dra. Margaret Chang, Directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entregó la Certificación de Eliminación de la Oncocercosis en México, a la Dra. Mercedes Juan López, Secretaria de Salud Federal.

Este documento certifica a México como una Nación libre de Oncocercosis, convirtiéndose en el tercer país de la región de las Américas en alcanzar este logro.

Actualmente la situación epidemiológica se ha mantenido estable sin ningún caso positivo a Oncocercoma, realizando visitas periódicas a las localidades endémicas.

3.22.6 Prevención y control de lepra

Objetivo General

Fortalecer las acciones para la detección y diagnóstico oportuno de los pacientes con lepra y garantizar el tratamiento, seguimiento, control y vigilancia.

Líneas de acción:

- Atención médica integral
- Infraestructura y equipamiento
- Capacitación y desarrollo tecnológico
- Vigilancia epidemiológica

Análisis

El estado de Chiapas se ha caracterizado por realizar búsquedas constantes de casos nuevos de lepra, debido a lo anterior durante 2013 el estado registró 8 casos nuevos, se mantuvo una tendencia a la baja en años posteriores, pero debido a la vigilancia constante y activa de detección, se tuvo como resultado que al cierre del año pasado se registraran 7 casos nuevos, es importante mencionar que a pesar del aumento de la incidencia, la tasa se ha mantenido en menos de 1 caso por cada 10 mil habitantes, cifra por debajo del indicador que marca la OMS/OPS.

La búsqueda intencionada de casos entre los contactos y el apoyo con jornadas dermatológicas ha sido la herramienta para la identificación oportuna de casos nuevos.

CHIAPAS 2013-2018 CASOS REGISTRADOS POR AÑOS						
JURIDICIÓN SANITARIA	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
TUXTLA		2				2
COMITÁN	4					1
VILLAFLORES	1	1				
PALENQUE			1			
TAPACHULA	1	1		1		1
TONALÁ	2					2
OCOSINGO			2			1
SCLC				1		
TOTAL	**8**	**4**	**3**	**2**	**0**	**7**

Fuente: SUAVE- Registro de casos nuevos 2013 -2018.
Información oficial al cierre de la semana epidemiológica 52-2018 /SUAVE.
Plataforma Única de Información. Módulo de Lepra (PUI-Lp).

3.22.7 Programa de prevención y control de las arbovirosis

Objetivo General

Disminuir la incidencia de casos e interrumpir la cadena de transmisión activa por arbovirosis.

Líneas de acción:

1. Vigilancia Entomológica
2. Prevención y control
3. Unidad de investigación entomología y de bioensayos del estado de Chiapas

3.23 Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Objetivo general

Proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por una emergencia en salud, a través de la aplicación de medidas preventivas, de control y mitigación de riesgos

Líneas de acción:

1. Mantener la organización y coordinación intra e intersectorial para la atención oportuna de urgencias epidemiológicas y desastres.

2. Fortalecer la capacidad de respuesta para enfermedades emergentes y reemergentes y ante eventos epidemiológicos de importancia internacional.

3. Capacitar al personal de salud en la preparación y respuesta ante emergencias en salud en las 10 jurisdicciones sanitarias.

4. Mantener las reservas estratégicas estatales de suministros para la atención de urgencias epidemiológicas y desastres.

5. Atender con oportunidad las urgencias epidemiológicas y desastres, según la normatividad vigente.

Análisis

Chiapas, sin duda es uno de los estados con mayores riesgos para la ocurrencia de desastres de origen natural, y dadas las condiciones que prevalecen en los ámbitos económicos y sociales, aún mantiene la ocurrencia relativa de brotes de enfermedades, sobre todo de varicela, hepatitis A, intoxicaciones por consumo de alimentos en malas condiciones sanitarias, dengue o diarreas, siendo estos últimos los más recurrentes.

En cuanto a las urgencias epidemiológicas, podemos recalcar el riesgo que representa las originadas por enfermedades emergentes y reemergentes, que pueden tener catastróficos resultados.

Con respecto a los desastres es necesario mencionar la situación que presenta nuestro Estado con relación a los riesgos de ocurrencia de este tipo de eventos, con posibilidad de afectación a la salud de la población. El estado de Chiapas se encuentra comprendido entre una de las

regiones de más alta actividad sísmica que existe en el país, junto con Oaxaca y Guerrero, experimentan con cierta frecuencia movimientos sísmicos.

En relación a los volcanes que han existido en las últimas épocas geológicas en el territorio Chiapanecos, actualmente se tienen dos con potencial de riesgo, el Chichonal ubicado en el noroeste del estado de Chiapas, en una región montañosa que comprende los municipios de Francisco León y Chapultenango y El volcán Tacana localizado a 10 km de Unión de Juárez, en la frontera con Guatemala. Es por ello que se requiere llevar a cabo un monitoreo permanente de este tipo de riesgos.

La ubicación del Estado en una región intertropical, lo hace sujeto a los embates de fenómenos hidrometeorológicos (Tormentas Tropicales, Ciclones, huracanes etc.) que se generan en el océano Pacífico afectando a las zonas costeras de Chiapas; las lluvias intensas que estos fenómenos originan pueden causar inundaciones y deslaves. De los 25 ciclones que en promedio llegan cada año a los mares cercanos al país, cuatro o cinco suelen impactar las costas chiapanecas penetrando en el territorio causando daños importantes por lluvia y viento.

Por su situación geográfica, Las lluvias tropicales han ocasionado frecuentes desbordamientos de ríos, arroyos y grandes movimientos de tierra en zonas rurales y urbanas.

En el año 2010 se presentaron declaratoria de desastre en 15 municipios del estado de Chiapas, por afectaciones provocadas por las ondas y depresiones tropicales (onda tropical 23,24 y 25, DT II-E y DT-Matthew).

2013, Huracán Bárbara y la Tormenta tropical Manuel, afectaron directamente al estado poniendo en riesgo a la población, obligando aplicar medidas de prevención y control para la mitigación de riesgos.

Frentes Fríos/Sismos y Terremotos:

La temporada invernal representa un riesgo para el estado, se identificaron con apoyo del sistema de Protección Civil del Estado las regiones vulnerables a bajas temperaturas.

Nuestro estado está incluido dentro de las áreas sísmicas más importantes del continente. El litoral del Pacífico chiapaneco se considera de máximo riesgo para fenómenos telúricos; persisten volcanes activos que ponen en riesgo a un sector importante de la población de la Costa y del Norte de la entidad (Tacana y Chichonal).

Considerando esta problemática, tanto en el aspecto de vulnerabilidad del estado, a sufrir eventos con daños y riesgos a la salud de la población, también deben considerarse las dificultades para la organización e implementación de los componentes de atención establecidos en el Programa, en donde las limitaciones en la coordinación a los diferentes niveles de atención dificultan una adecuada organización, activación, seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas ante los daños y riesgos a la salud originados por las contingencias.

3.24 Programa de prevención y control de las adicciones

Objetivo General

Disminuir el uso, abuso y la dependencia de las drogas, así como el impacto de las enfermedades y las lesiones que ocasionan en individuos, familias y comunidades, a través de la consolidación de políticas públicas orientadas a coordinar un esfuerzo estatal efectivo para la prevención de las adicciones en Chiapas, mediante la gestión de compromisos interinstitucionales y una amplia participación de la sociedad en la adecuación y aplicación de leyes y normas, así como en el consenso de políticas nacionales e internacionales en la materia.

Líneas de acción:

Tabaquismo

1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud.

2. Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los centros de salud y hospitales actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal.

3. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones.

4. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones UNEME-CAPA.

5. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

Alcohol y Alcoholismo

1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud.

2. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones.

3. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad UNEME-CAPA.

4. Operar a nivel nacional un sistema integral para la prevención de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas promoción, detección temprana y canalización.

5. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

Farmacodependencia

1. Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud.

2. Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la prevención, detección, orientación y consejería en adicciones.

3. Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad UNEME-CAPA.

4. Operar a nivel nacional un sistema integral para la prevención de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas y de detección temprana.

5. Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

Análisis

Chiapas cuenta con una población total de 5 millones, 228 mil, 711 habitantes (INEGI 2015), Según la Proyección de Población (CONAPO 2018), 48.6% son hombres y 51.4% son mujeres que representa el 51.08% del total de la población.

Según la Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y drogas (ENCODAT) 2016- 2017, refiere para Chiapas que 252 mil chiapanecos son fumadores actuales (39 mil mujeres, 213 mil hombres), de los cuales 44 mil fuman diariamente y 208 mil fuman de forma ocasional.

Es el estado con la prevalencia de consumo de tabaco más baja de todo el país (promedio nacional 17.6%, CHIS 7.6%), es el segundo estado con menor exposición al HTSM en el hogar (promedio nacional 14.1%, CHIS 7.1%). Es la entidad con la prevalencia más baja de exposición al HTSM en el trabajo (promedio nacional 15.2%, CHIS 9.3%).

Es el estado con la mayor exposición al HTSM en los restaurantes y el tercero en el transporte público. Ocupa el primer lugar en cuanto a los intentos de cesación en el último año (promedio nacional 56.1%, CHIS 70.8%).

Es el estado que reportó el mejor funcionamiento de advertencias sanitarias según el indicador “las advertencias sanitarias evitaron fumar un cigarro en el último mes”.

Es el estado que reporta la menor exposición a publicidad de cigarros en tiendas e internet (promedio nacional 37.6% y 17.6%, CHIS 26.7% y 9.6% respectivamente).

Es el cuarto lugar con la mayor prevalencia en compra de cigarros sueltos.

Según la ENCODAT el consumo excesivo de alcohol en adolescentes durante el último año (2016) se duplico de 4.3% en el 2011 a 8.3% en el 2016, en mujeres adolescentes tuvo un incremento de más de tres veces de 2.2% en el 2011 a 7.7% en el 2016, el patrón de consumo en adolescentes es de forma excesiva y grandes cantidades en poco tiempo, la tolerancia al alcohol en general es de 8.7 copas, la mujer necesita 6.3 copas para emborracharse y el hombre 10.2 copas.

La cerveza es la bebida de mayor preferencia en los jóvenes y existe una baja percepción de riesgo esto ocasionado por la amplia aceptación social del consumo de alcohol de nuestra población. La edad promedio de inicio de consumo es de 10 a 12 años.

En la población total creció el consumo de cualquier droga, drogas ilegales y mariguana tanto para alguna vez (de 7.8% a 10.3%, de 7.2% a 9.9% y de 6% a 8.6% respectivamente) como para el último año (de 1.8% a 2.9%, 1.5% a 2.7% y de 1.2% a 2.1%) respectivamente), mientras que el consumo de crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetaminas se mantiene sin cambios estadísticamente significativos.

En hombres incrementaron las mismas sustancias para alguna vez (cualquier droga de 13% a 16.2%, drogas ilegales de 12.5% a 15.8% y marihuana de 10.6% a 14%) y para último año (cualquier droga de 3% a 4.6%, drogas ilegales de 2.6% a 4.4% y marihuana de 2.2% a 3.5%). Sin embargo, es relevante hacer notar que proporcionalmente, el crecimiento es mucho más evidente en las mujeres, pues el consumo de marihuana alguna vez duplicó (de 1.6% a 3.7%) y de ultimo año se triplico (de 0.3% a 0.9%) al igual que el de cualquier droga y drogas ilegales último año (de 0.7% a 1.3% y de 0.4% a 1.1% respectivamente).

Por otro lado, la prevalencia de dependencia a drogas en el último año en la población es de 0.6% (1.1% en hombres y 0.2% en mujeres). Se debe observar que los hombres de 18 a 34 años tienen una prevalencia 6.6 veces mayor que las mujeres de esa misma edad (2% y 0.3% respectivamente).

La media en la edad de inicio del consumo de drogas ha disminuido en el transcurso del tiempo (20.6% años en 2002, 18.7% en 2008, 18.8% en 2011 y 17.8% en 2016.

Capítulo 4

Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos

El 21 de mayo del 2014 se crea el Centro Estatal de Trasplantes del estado de Chiapas, cuyo objeto principal es promover, apoyar y coordinar las acciones de donación y trasplante de órganos y tejidos que realizan las instituciones de salud estatal en los sectores público, social y privado, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por padecimientos que son susceptibles de ser corregidos por este procedimiento, para el año 2015 se realizó la firma del convenio celebrado entre el Centro Estatal de Trasplantes y la Secretaría para el Desarrollo Sustentable de los Pueblos Indígenas, realizándose las “Primeras Jornadas Médicas de donación de Órganos en Chiapas”.

Durante el ejercicio 2016 Se firma un convenio de cooperación y colaboración con los hospitales formando así una red intrahospitalaria, gracias a esta Red, se realizaron los primeros 4 trasplantes de órganos, dos de ellos de donante cadavérico beneficiando a 2 niños y un trasplante de donador vivo relacionado.

Para nuestro siguiente ejercicio 2017 se realizaron 5 trasplantes de riñón, de los cuales 4 se llevaron a cabo en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Tapachula para mejorar la vida de los 4 beneficiados de 24, 27, 31 y 59 años; y en un joven de 14 años de edad derechohabiente del Hospital de Especialidades Vida Mejor (ISSTECH) realizando el trasplante en el Hospital de Especialidades Pediátricas.

En agosto del 2018, por primera vez en nuestro estado se realizó una procuración multiorgánica que permitió salvar un gran número de vidas tanto en Chiapas como a nivel nacional, gracias a la decisión de un joven de 19 años y su familia por decir sí a la donación altruista de órganos -donador cadavérico-. Bajo la coordinación permanente del *CEETRAECH*, y en un trabajo en conjunto con el IMSS y el *CRAE,* se benefició a dos menores de 11 y 17 años de edad con un trasplante renal efectuado en el Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez.

Adicionalmente con relación a la procuración de los órganos y tejido, estos fueron asignados en apego a las urgencias nacionales emitidas por el *CENATRA,* destinándose las dos córneas al *Centro Médico Nacional Siglo XXI* del IMSS; el hígado al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición *Salvador Zubirán*, el corazón al *Centro Médico La Raza* del IMSS, y el tejido óseo al Banco de Tejidos del Estado de México, lo que significó el beneficio de más de siete personas en los distintos puntos del país que se encontraban en la lista de espera nacional.

En ese sentido y no menos importante en este mismo periodo se presentó la segunda procuración multiorgánica, la cual es de gran trascendencia, toda vez que permitió beneficiar a pacientes que se encontraban en lista de espera. En el caso de Chiapas, se benefició a una mujer de 37 años de edad con un trasplante renal efectuado en el *Hospital Regional de Alta Especialidad* Ciudad Salud Tapachula. De manera institucional y nuevamente en apego a las urgencias nacionales emitidas por el *CENATRA,* se decidió el proceder de los órganos del donador cadavérico, siendo corneas y tejido óseo al Banco de Tejidos del Estado de México; hígado al *Centro Médico Nacional 20 de noviembre* del ISSSTE -resguardo de procuración- y el receptor es el *Centro Médico Siglo XXI* del IMSS y por último un riñón fue trasladado al *Centro Médico Nacional 20 de noviembre* del ISSSTE.

Del año 2013 al 2018, se han efectuado un total de 62 trasplantes, siendo estos 42 de córnea y 20 de riñón, lo cual permitió beneficiar a 62 personas.

Con estos resultados logramos que la cultura de la donación y trasplantes de órganos sea una realidad en la entidad, gracias al trabajo del personal administrativo, médico y psicológico del *CEETRAECH*; así como de médicos y legistas de las instituciones médicas y legales de Chiapas, que trabajan para tener las bases legales, de transparencia y médicas que permiten que la decisión de la familia de un donador se transforme en vida para los chiapanecos.

Así mismo el 26 de diciembre del 2018 se publica en el periódico oficial tomo III que el Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas, se crea en lo sucesivo el Centro, como Órgano Administrativo Desconcentrado, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud.

Capítulo 5

Protección contra Riesgos Sanitarios

5.1 Calidad del Agua para Uso y Consumo Humano

Objetivo General

Proteger a la población de los riesgos sanitarios al disminuir los índices de enfermedades gastrointestinales de origen hídrico transmitidas por el agua de consumo humano en el Estado, mediante acciones que permitan asegurar que la población cuente con agua de calidad bacteriológica y fisicoquímica para uso y consumo humano; mediante acciones preventivas de vigilancia sanitaria, monitoreo y muestreo del agua suministrada.

Estrategias

✓ Dar continuidad al programa de trabajo Interinstitucional del Grupo Técnico Agua de Calidad (GTAC) integrado por el ISECH, CONAGUA e INESA, y Presidentes Municipales que asegure la continuidad en la desinfección del agua para uso y consumo humano.

✓ Vigilar los niveles de cloro en sistemas formales de abastecimiento (SFA) mediante los monitoreos de cloro libre residual, a través de la vigilancia de los puntos georreferenciados establecidos en el Estado; con la finalidad de obtener información del 100% de la cobertura jurisdiccional.

✓ Efectuar el programa de muestreo microbiológico, fisicoquímico y de los niveles de flúor del agua suministrada por SFA, considerando en los dos primeros, iniciar la propuesta de muestreo bajo vigilancia de los puntos georreferenciados.

✓ Iniciar campañas de comunicación de riesgos en localidades que tengan elevada incidencia diarreica o limitado saneamiento básico comunitario y/o domiciliario.

✓ Ejecutar el sistema de información por Internet en las jurisdicciones sanitarias para el reporte estatal y nacional, mediante la captura y reporte semanal.

5.1.1 Agua de Calidad Fisicoquímica

Objetivo General

El objetivo de los presentes lineamientos es proteger la salud de la población, a través de la vigilancia de la calidad de agua, para evitar la exposición a contaminantes químicos presentes en el agua de consumo con concentraciones que exceden los límites permisibles establecidos en la MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, Salud ambiental.

Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.

Estrategias

✓ Como primera etapa, realizar diagnóstico de contaminantes cuyo origen es de fuentes naturales y que por sobreexplotación del recurso agua, así como por la disolución de

minerales se encuentra en el agua señalándose principalmente plaguicidas organoclorados como prioritarios por el riesgo que representan a la salud de la población.

✓ Establecer un programa de monitoreo priorizando en poblaciones con mayor concentración poblacional.

✓ En una segunda etapa el diagnóstico debe ampliarse a otros contaminantes que se encuentren presentes en las fuentes de abastecimiento como metales, plaguicidas, hidrocarburos y sales, de acuerdo al tipo de región geográfica y a las actividades agrícolas o industriales que se desarrollen.

5.1.2 Monitoreo ambiental de vibrio colera

Objetivo General

Evitar la diseminación de ***Vibrio cholerae*** en el Estado de Chiapas, mediante el monitoreo ambiental, el reforzamiento de las acciones de desinfección de agua y de aquellas acciones que involucren el control sanitario y saneamiento básico.

Estrategias

✓ Se establecen con fines de vigilancia los puntos centinelas georeferenciados en cada Jurisdicción para la vigilancia de la bacteria en al ambiente con fines de prevenir la salud.

✓ Se efectúan actividades permanentes de capacitación y fomento para sensibilización a las autoridades municipales, DTM y responsables de los organismos operadores sobre los beneficios de la desinfección de agua.

✓ El monitoreo ambiental se realizara por medio de la siembra de Hisopos de Moore y de Spira en puntos centinelas.

✓ Las muestras se efectuaran tanto en aguas blancas como en aguas negras.

✓ La cobertura del monitoreo abarcara Unidades de Atención Médica públicos y privados, mercados, puestos ambulantes de expendios de alimentos, ríos, afluentes, redes domiciliarias, pozos artesianos y lagunas.

5.2 Riesgo Ocupacional por exposición a Plaguicidas

Objetivo General

Implementar acciones eficientes de control sanitario para prevenir daños a la salud y al medio ambiente por el uso de agroquímicos, y poder reducir riesgos a la población expuesta por agroquímicos en los 123 municipios del Estado de Chiapas, durante el periodo de enero a diciembre de 2019.

Estrategias

✓ Actualizar el padrón de establecimientos relacionados con el proceso de agroquímicos. conocer la existencia de nuevos establecimientos a fin de regularlos, además de identificar aquellos que ya no existen.

✓ Se realizará verificaciones sanitarias a los establecimientos relacionados con la venta de agroquímicos en cuanto sean recibidas en la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, serán remitidas para su dictamen correspondiente.

✓ Promover entre los usuarios durante las acciones de capacitación sobre el buen uso y manejo de agroquímicos (BUMA), la técnica de Triple Lavado de los envases que hayan contenido estos productos.

✓ Distribuir entre la población usuaria material de difusión (playeras, sombreros, cilindros de agua, etc.) a jornaleros agrícolas.

✓ Capacitar a médicos y enfermeras sobre el "Diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones por usos de agroquímicos" para poder reportar intoxicaciones.

5.3 Marea roja “florecimientos algales nocivos (fan)”

Objetivo General

Definir las acciones tendientes a proteger la salud pública, mediante el muestreo de moluscos para la detección de biotoxinas marinas, el muestreo de agua de mar para la identificación, clasificación y cuantificación de especies fitoplanctónicas toxicas, a fin de poder implantar acciones preventivas de manera oportuna y prevenir los casos de intoxicación en seres humanos.

Estrategias

- ✓ Mantener un monitoreo periódico del fitoplancton tóxico en agua de mar y biotoxinas marinas en moluscos bivalvos.
- ✓ Generar calendario de monitoreos aéreos en temporadas de mayor riesgo (estiaje/ lluvias) en Coordinación con Protección Civil.
- ✓ Mantener un monitoreo periódico vía satelital de las concentraciones de clorofila como indicador del contenido de biomasa en el agua costera del estado de Chiapas.

✓ Promover la capacitación continua del personal médico para la atención de intoxicaciones alimentarias ocasionadas por biotoxinas de origen marino.

✓ Establecer un mecanismo eficiente de información con la Dirección de Salud Pública, para el seguimiento puntual de los casos de intoxicación reportados por el sistema oficial durante un fenómeno de marea roja, para el establecimiento de acciones de fomento sanitario.

✓ Incorporar difusión del proyecto mediante spots y entrevistas en radio.

✓ Gestionar una participación activa de las dependencias involucradas en el monitoreo.

✓ Procurar el incremento de puntos de monitoreo a través de la participación de las Universidades en Chiapas.

✓ Promover la validación de laboratorios Universitarios Regionales.

✓ Relacionar los análisis con variables ambientales condicionantes para el fitoplancton (patrones de corrientes marinas, temperatura, salinidad por ejemplo).

✓ Concertaciones con los Gobiernos Municipales de la región Istmo-Costa y Soconusco del estado de Chiapas para obtener los apoyos logísticos necesarios en caso de contingencias por fenómenos de marea roja.

5.4 Programa mexicano de sanidad de moluscos bivalvos

Objetivo General

Proteger a la población de riesgos microbiológicos y químicos potencialmente presentes en moluscos bivalvos, a través de la clasificación y vigilancia sanitaria de las áreas de cosecha.

Estrategias

✓ Fortalecer los recursos humanos y económicos del proyecto “Moluscos Bivalvos” en la entidad.

✓ Identificar las áreas de cosecha (bancos silvestres) de moluscos bivalvos destinadas al consumo humano que existen en el litoral costero del estado de Chiapas y las especies ahí presentes.

✓ Evaluar y clasificar las áreas de cosecha de moluscos bivalvos identificadas en el litoral costero de la entidad.

✓ Concluir con la aplicación de la medida, resultado de la clasificación obtenida a través del estudio sanitario del área denominada “Escolleras”.

✓ Regular la movilización de moluscos bivalvos dentro del territorio estatal, para garantizar el seguimiento y trazabilidad del producto desde su origen hasta los procesadores ubicados en el Estado donde se recibe y comercializa.

5.5 Agua de mar para uso recreativo con contacto primario

Objetivo General

Proteger la salud de la población bañista estableciendo criterios de clasificación de playas de acuerdo a los niveles de enterococos fecales presentes en el agua salada.

Estrategias

✓ Cumplir con los muestreos y análisis de agua salada en las playas de mayor afluencia turística de la entidad, esto a fin de determinar la presencia y concentración de enterococos fecales como indicador de contaminación bacteriológica.

✓ Informar a los Comités Locales de Playas Limpias sobre la calidad microbiológica del agua de sus playas.

✓ Proponer alternativas de solución para los problemas de contaminación en las playas turísticas del estado, en coordinación con las dependencias competentes.

5.6 Clenbuterol

Objetivo General

Proteger la salud de la población del estado de Chiapas, de la intoxicación derivado del consumo de carne de bovino con residuos de clenbuterol.

Estrategias

- ✓ Vigilancia sanitaria en establecimientos con venta de carne de res para detección de clenbuterol.
- ✓ Análisis y sistematización de la información obtenida de la vigilancia sanitaria del clembuterol.
- ✓ Comunicación de riesgos derivada del consumo de carne con clenbuterol.
- ✓ Capacitación a tablajeros, carniceros y público en general en riesgos por consumo de carne con clenbuterol.
- ✓ Coordinación entre dependencias involucradas en el tema del "Uso Ilegal del clenbuterol.

5.7 Zoonosis y bruselosis

Objetivo General

Reducir la exposición de la población en el estado de Chiapas a ***Brucelosis***, y otras enfermedades que se originan por el consumo de productos lácteos contaminados, mediante el desarrollo de acciones de coordinación, vinculación, concertación, difusión y capacitación.

Estrategias

- ✓ Establecer un mecanismo eficiente de información con Salud pública, para el seguimiento de los nuevos casos de Brucelosis reportados por el sistema oficial, para el establecimiento de acciones de fomento sanitario.
- ✓ Establecimiento de un esquema eficiente de flujo de información, para el seguimiento a la campaña contra la Tuberculosis y Brucelosis Bovina en el estado de Chiapas, para orientar las acciones de fomento sanitario en las zonas de riesgo.
- ✓ Mantener vinculación y coordinación con la Secretaría del Campo, SAGARPA, COMITÉ BOVINOS LECHE DE CHIAPAS A.C. para la gestión de créditos, equipamiento o paquetes tecnológicos a procesadores de leche (queseros) del estado de Chiapas.
- ✓ Seguimiento puntual a los resultados de los muestreos practicados a productos lácteos, contemplado en el proyecto Alimentos potencialmente peligrosos.

✓ Dar continuidad al Modelo de Auditoría Sanitaria, para aplicación a las Plantas elaboradoras de lácteos que ingresaron solicitud.

✓ Concertaciones con fundación PRODUCE CHIAPAS A.C. para promover la investigación del sector lácteo, así como facilitar la transferencia de tecnología del proceso de Pasteurización y con universidades para la asignación de pasantes y/o tesistas al proyecto y para las Queserías.

✓ Vinculación permanente con las organizaciones del sector lácteo como la Cámara Nacional de la Industria de la Leche, sección Chiapas, Marca Colectiva Queso Chiapas, Marca Colectiva Queso Bola, Grupo el Coitán, Grupo Yayahuita y Grupo de Cotijeros.

✓ Acercamiento con el Comité Estatal del Sistema Producto Bovinos Leche del Estado de Chiapas A.C. para Gestión de la inocuidad en el sector primario (producción de leche) y en procesadores (queseros).

✓ Establecer la meta anual de capacitaciones a productores artesanales e industriales de quesos en el estado de Chiapas, en Técnicas de Pasteurización Lenta, Buenas Prácticas de Higiene, Etiquetado de Productos Lácteos Buenas Prácticas de Ordeño y Calidad de Leche.

✓ Establecer el plan anual de muestreo de fosfatasa libre residual para regular el cumplimiento del etiquetado.

✓ Vinculación y comunicación permanente con los líderes jurisdiccionales del proyecto, para seguimiento y apoyo de las acciones realizadas.

✓ Promover la participación de los líderes del proyecto en cursos de capacitación.

✓ Difundir spots de radio, mensajes, trípticos y carteles en municipios prioritarios, sobre el riesgo en el consumo de productos lácteos contaminados por Brucella abortus y otros patógenos propios de los productos lácteos.

5.8 Denuncias sanitarias

Objetivo General

Proteger la salud de la población por peligros relacionados a prácticas humanas, industriales, comerciales, agrícolas y pecuarias, que generan riesgos a la salud humana y al ambiente.

Estrategias

- ✓ Establecer un mecanismo eficiente para la atención de la denuncia sanitaria.
- ✓ Mantener vinculación y coordinación con las diferentes dependencias de gobierno para el adecuado seguimiento y remisión de la denuncia sanitaria.
- ✓ Mantener informado al denunciante sobre el trámite de su denuncia.

5.9 Marca Chiapas México original

Objetivo General

Determinar la calidad sanitaria de los Alimentos, bebidas alcohólicas, no alcohólicas y suplementos alimenticios aspirantes a ostentar el sello Distintivo Marca Chiapas con base a un Marco legal sanitario.

Estrategias

- ✓ Establecer un mecanismo eficiente de información por vía oficial con la Marca Chiapas de la Secretaría de Economía, para el seguimiento de productos aspirantes y los diversos acuerdos.
- ✓ Establecimiento de un mecanismo eficiente de comunicación con la Secretaría de Economía, Secretaría del Campo e Instituto del Café, quienes remiten solicitudes de evaluación de alimentos procesados, bebidas alcohólicas, no alcohólicas, suplementos alimenticios y Café.
- ✓ Mantener vigentes los criterios para alimentos y café y remitirlos a las ventanillas especializadas y universal.
- ✓ Integrar, revisar y en su caso actualizar los procedimientos normalizados de operación de cada ventanilla especializada e instancia evaluadora, a fin de dar certeza a los proceso de evaluación de los productos aspirantes.
- ✓ Elaborar en coordinación con la Secretaría de Economía, el plan anual de capacitaciones en materia de Buenas Prácticas de Higiene y Etiquetado de productos, estableciendo fechas, sedes y compromisos de cada parte.

✓ Gestionar y acordar anualmente con el LESP el plan de muestreo de la Marca Chiapas.

✓ Establecer un mecanismo eficiente de comunicación con el LESP para recibir en tiempo y forma los resultados de las muestras de productos aspirantes.

✓ Elaboración de dictámenes sanitarios de establecimientos, productos y etiquetas aspirantes al sello distintivo.

✓ Elaboración de propuestas de productos candidatos a ostentar el sello distintivo.

✓ Seguimiento de empresas en proceso de certificación y establecimiento de asesoramiento.

✓ Elaborar anualmente el presupuesto operativo del proyecto.

✓ Promover con los superiores jerárquicos la asignación de recursos económicos para garantizar la operatividad del proyecto.

5.10 Farmacovigilancia

Objetivo General

Captar, y reunir en forma sistemática la información sobre sospechas de Reacciones Adversas de los Medicamentos, dispositivos médicos y ESAVI (Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización) en el Estado y remitirlas al Centro Nacional de Farmacovigilancia. Según lo marca la NOM-220-SSA1-2015 **Instalación y Operación de la Farmacovigilancia**.

Estrategias

✓ Establecer como meta para el Año 2016, con 150 notificaciones de sospechas de Reacciones Adversas. Meta Nacional.

✓ Continuar con el impulso a la capacitación.

✓ de todos los agentes participantes en la farmacovigilancia, Tecnovigilancia y ESAVI.

✓ Establecer las bases que contribuyan el desarrollo de buenas prácticas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y ESAVI.

✓ Dar continuidad a la difusión y fomento del programa de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y ESAVI.

✓ Estimular el reporte de notificaciones de sospechas de reacción adversa, ESAVI e incidentes adversos con calidad.

✓ Impulsar el reporte de notificaciones de sospechas de Reacciones Adversas en línea, a través de la página web de COFEPRIS.

✓ Evaluar la información contenida en la base de datos del Centro Nacional de Farmacovigilancia.

✓ Tomar las medidas administrativas adecuadas para prevenir los riesgos identificados con el uso de medicamentos.

✓ Elaborar comunicados o medidas administrativas basadas en la evaluación de riesgos.

✓ Involucrar en el programa a enfermería y profesionales de la salud, que por su perfil y actividades ayudarían a motivar la creación y fortalecimiento de la cultura del reporte de sospechas de reacciones adversas de los medicamentos.

✓ Capacitar a los próximos profesionales de la salud, en la importancia del Reporte de las Reacciones Adversas.

✓ Vinculación con las diferentes organizaciones de Médicos en el Estado para difundir mejor la Farmacovigilancia.

✓ Firma del acta constitutiva del centro estatal de Farmacovigilancia por parte del secretario de Salud.

✓ Formación de las Unidades Hospitalarias.

✓ Formación del Comité de Farmacovigilancia Hospitalaria.

✓ Formación del comité de Farmacovigilancia en Chiapas.

5.11 Manejo y dispensación de medicamentos (MYDMF)

Objetivo General

Capacitar a los empleados de farmacias para uniformar su desempeño y lograr un adecuado nivel de responsabilidad en el Manejo y Dispensación de Medicamentos, con énfasis en el manejo de los medicamentos genéricos intercambiables y el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente.

Estrategias

✓ COFEPRIS ajustó el acta de verificación para que sea obligatorio.

✓ Se impondrán sanciones y clausuras en caso de irregularidades en la capacitación.

✓ Realizar acciones de fomento, para un mejor conocimiento de la legislación sanitaria relativa a farmacias y medicamentos a través del curso en línea (SICAD).

✓ Promover y fomentar el Mejor desempeño del personal que labora en la farmacia.

✓ Dentro de las visitas que realiza el personal de Verificación sanitaria, ayudar a la disminución del incumplimiento por desconocimiento de la legislación, a través de la capacitación y del fomento de la capacitación en línea SICAD.

✓ Disminución del alto índice de rotación de personal con una mejor valoración de sus funciones, a través de esta capacitación los propietarios de las farmacias contarán

con personal calificado en el funcionamiento de los diferentes grupos de medicamentos, manejo, conservación y dispensación.

✓ Mejora del servicio proporcionado por la farmacia.

✓ Vinculación y comunicación permanente con los líderes jurisdiccionales del proyecto, para seguimiento y apoyo de las acciones realizadas.

✓ Promover la participación de los responsables de programa en cada jurisdicción sanitaria en cursos de capacitación y difundir spots de radio, mensajes, trípticos y carteles en los municipios, sobre la automedicación y la importancia en la dispensación que tienen los empleadores de farmacias, boticas y droguerías.

✓ Establecimiento de un esquema eficiente de flujo de información, para el seguimiento de las acciones a desarrollar en cada una de las jurisdicciones sanitarias.

✓ Vinculación permanente con el sector salud para la implementación del taller en farmacias Intrahospitalarias, con las jurisdicciones sanitarias para farmacias en cadena, las comerciales y comunitarias; y la gestión permanente para la organización de los cursos.

5.12.6 pasos de la salud con prevención

Objetivo General

Prevenir en la población Chiapaneca, riesgos sanitarios relacionados con factores físicos, químicos y biológicos del agua y los alimentos para la prevención de las enfermedades del rezago.

Estrategias

- ✓ El programa de los Seis Pasos con la Salud con Prevención se encuentra establecido en las 10 Jurisdicciones del Estado de Chiapas, con cobertura para los 122 municipios del Estado.

- ✓ Chiapas enfrenta grandes retos para alcanzar su desarrollo, que brinde oportunidades igualitarias, progreso económico y justicia social en un entorno caracterizado por su diversidad cultural y lingüística, que en conjunto, lo hacen diferente al resto del país; por ello es muy importante que las políticas en salud vayan encaminadas a mejorar la calidad de vida de los chiapanecos.

5.13 Programa México Sano (PROMESA)

Objetivo General

Adherir a nuestro Estado la Estrategia Mundial Sobre Alimentación Saludable, actividad física y salud para la prevención de enfermedades crónicas.

Estrategias

- ✓ Afiliar restaurantes, comedores industriales y otros a PROMESA como replicadores de hábitos alimenticios saludables y actividades físicas.

- ✓ El manejo del plato del buen comer y la jarra del bien beber y los 5 pasos por la salud en el Estado.

- ✓ Negociaciones vinculatorias y afiliatorias con asociaciones y cámaras restauranteras con el propósito que los establecimientos ofrezcan opciones saludables a sus comensales, así como la integración de universidades con licenciatura en nutrición para el análisis del menús.

- ✓ Difusión por medio de la comunicación sobre la adopción de hábitos alimenticios saludables.

5.14 Riesgo Ocupacional por exposición Radiológica

Objetivo General

Garantizar la protección a la salud de pacientes y trabajadores expuestos en el uso médico de fuentes generadoras de radiación ionizante, asegurando la existencia de programas de seguridad radiológica y de calidad, así como proteger a la población general de riesgos derivados de la exposición a radiaciones ionizantes y campos electromagnéticos.

Estrategias

✓ Cumplimiento a la Norma Oficial Mexica NOM-229-SSA1-2002 “Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.”

✓ Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de servicios de salud para la reducción de riesgos.

✓ Asesoría en condiciones físico sanitarias y administrativas previas a la Verificación Sanitaria a petición del interesado.

✓ Intensificar y fortalecer las acciones regulatorias concluyendo el procedimiento administrativo desde la verificación sanitaria hasta la aplicación de medidas de seguridad.

✓ Verificación físico sanitaria a establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

5.15 Humo de tabaco

Objetivo

Proteger a la población de la exposición involuntaria al humo de tabaco, garantizando ambientes 100% libres de humo de tabaco en lugares públicos y privados, mediante acciones de fomento sanitario y vigilancia sanitaria, así como la aplicación de medidas de seguridad de acuerdo a la Ley General para el control del Tabaco y su Reglamento.

Estrategias

✓ Vinculación con la Comisión Estatal Contra Adicciones e Instituciones Educativas para realizar un trabajo en conjunto con el fin de promover Espacios 100% libres de Humo de Tabaco, mediante acciones de promoción a la Salud y dando a conocer las consecuencias del tabaquismo, desfiguración y la muerte prematura especialmente en adolescentes, con el apoyo del Departamento de Fomento Sanitario.

✓ Difusión en medios de comunicación de promoviendo los espacios 100% libres de Humo de Tabaco.

✓ Coordinación con los empresarios de las Restaurantes, Hoteles, Bares, Autoridades Municipales, Oficinas Gubernamentales, Instituciones Educativas, Unidades Médicas, Asociaciones Civiles y Sociedad Civil: dando a conocer los beneficios de contar con Espacios libres de humo de tabaco.

✓ Verificaciones en edificios públicos y /o privados, restaurantes, hoteles y bares, aplicando la Ley General para el control del Tabaco y su Reglamento.

✓ Lograr la Certificación del Estado 100 % libre de humo de tabaco.

5.16 Inocuidad de alimentos

Objetivo General

Evaluar el grado de contaminación de alimentos potencialmente peligrosos y de las condiciones sanitarias en las que son procesados a efecto de enfocar las acciones de control sanitario para reducir el número de casos de enfermedades transmitidas por alimentos.

Estrategias

✓ Seguimiento a cada uno de los establecimientos verificados, para observar el avance de anomalías establecidas en cada verificación.

✓ Seguimiento a muestras contaminadas para analizar la aplicación de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad (BPHS) en la preparación de alimentos.

✓ Intensificar y fortalecer las acciones regulatorias concluyendo el procedimiento administrativo desde el muestreo hasta la aplicación de medidas de seguridad.

✓ Fortalecer y sensibilizar las acciones de promoción y fomento sanitario en la aplicación de las BPHS en los establecimientos procesadores y expendedores de alimentos, para disminuir la contaminación microbiológica en alimentos.

✓ Seguimiento de brotes y el monitoreo regular de alimentos, orientando la toma de muestras de estos productos y realizando estudios para verificar la presencia de microorganismos específicos.

✓ Orientación de acciones no regulatorias dirigido a prevenir infecciones e intoxicaciones alimentarias reportadas.

✓ Establecer un sistema de capacitación y supervisión a verificadores sanitarios, sobre la norma oficial mexicana NOM-251-SSA1-2009 Prácticas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. Complementándose esta con las Normas Oficiales Mexicanas específicas, según el producto del que se trate.

*Las metas están sujetas a los acuerdos y capacidad analítica anual del Laboratorio Estatal de Salud Pública y de las políticas que establezca anualmente la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

5.17 Sal yodada fluorurada

Coadyuvar a la prevención de los casos de bocio en la edad adulta, el cretinismo en los niños y el retraso mental al nacimiento, así como contribuir a la disminución de casos de caries dental, sin causar daños de fluorosis en la población chiapaneca, a través del consumo de sal yodada fluorurada.

Estrategias

✓ Identificar los establecimientos en donde se expenda y/o distribuya sal yodada fluorurada.

✓ Capacitar a los líderes jurisdiccionales del proyecto sobre las acciones a realizar en el proyecto, así como de la importancia del adecuado consumo de sal.

✓ Realizar actividades de fomento al público en general sobre la importancia del consumo de sal yodada fluorurada.

✓ Entrega de material de difusión dando a conocer la importancia en la salud del consumo de sal.

✓ Dar a conocer a los establecimientos que expendan y/o distribuyan sal en el estado la normatividad a cumplir.

✓ Aplicación de medidas regulatorias en los establecimientos que expendan y/o distribuyan sal yodada que no cumplan con la normatividad vigente.

5.18 Harinas de trigo fortificadas

Objetivo General

Coadyuvar a incrementar la ingesta de hierro y ácido fólico en la población y contribuir con ello a la reducción de la prevalencia de deficiencias de estos nutrimentos, especialmente en los niños y mujeres en edad reproductiva, así como contribuir a la reducción de los casos de defectos del tubo neural al nacimiento, a través de la adición de hierro y ácido fólico en la harina de trigo.

Estrategias

✓ Actualizar el padrón de plantas harineras en el estado.

✓ Identificar los establecimientos en donde se expenda y distribuya harinas fortificadas.

✓ Realizar actividades de fomento al público en general sobre la importancia del consumo de harinas fortificadas.

✓ Entrega de material de difusión dando a conocer la importancia en la salud del consumo de harinas fortificadas.

✓ Dar a conocer a los establecimientos que expendan y/o distribuyan harinas en el estado la normatividad a cumplir.

✓ Aplicación de medidas regulatorias a plantas harineras que no cumplan con la normatividad.

5.19 Vigilancia Sanitaria

La vigilancia sanitaria se refiere al conjunto de acciones para llevar a cabo la constatación física o inspección de productos, procesos o servicios a lo largo de la cadena de producción y comercialización, y su comparación contra los requisitos establecidos en la normatividad correspondiente para evaluar su cumplimiento.

Objetivos Específicos:

✓ Constatar el cumplimiento de la normatividad sanitaria vigente, mediante las visitas de verificación a los establecimientos de bienes, servicios e insumos para la salud, sujetos al control sanitario, y en caso de detectar anomalías críticas que pongan en riesgo a la salud de la población, implementar medidas inmediatas para su protección.

✓ Evaluar el comportamiento de los establecimientos de bienes, servicios e insumos para la salud, sujetos al control sanitario, a través de los procedimientos administrativos que se generan durante la vigilancia sanitaria en las diferentes etapas del proceso, desde su obtención hasta su venta o suministro al público, o la prestación del servicio.

Estrategias:

✓ Actualizar el padrón de establecimientos de bienes, servicios e insumos para la salud, sujetos al control sanitario.

✓ Programar y realizar visitas de verificación sanitaria a establecimientos de bienes, servicios e insumos para la salud, sujetos al control sanitario, para constatar el cumplimiento de la normatividad aplicable vigente.

✓ Realizar toma de muestras de productos, durante las visitas de verificación, para su análisis en el Laboratorio Estatal de Salud Pública o un Laboratorio Tercero Autorizado; o bien, para dictamen de etiqueta.

✓ Dar seguimiento a las actas de verificación que resulten de las visitas, a través del procedimiento de dictamen sanitario, hasta el cumplimiento de la corrección de las anomalías sanitarias detectadas, ordenando si es necesario la medida de seguridad correspondiente para evitar riesgos a la salud de la población en general o de la población ocupacionalmente expuesta.

✓ Concluir con el procedimiento de la vigilancia sanitaria a través de una resolución administrativa, ya sea con una sanción para el infractor, de acuerdo a la Legislación Sanitaria vigente, o mediante un exhorto para el cumplimiento de la normatividad aplicable vigente.

5.20 Verificación Sanitaria

Una visita de verificación es el acto mediante el cual se vigila que los establecimientos, actividades, productos y servicios no representen riesgos a la salud de los consumidores o usuarios.

Objetivos Específicos

- Vigilar que los establecimientos, actividades, productos y servicios, sujetos a control sanitario, cumplan con las condiciones y especificaciones señaladas en la normatividad aplicable vigente, y no representen riesgos para la salud de la población en general o de la población ocupacionalmente expuesta.

- Visitar a los establecimientos donde se realicen actividades, se procesen los productos y/o se presten los servicios, sujetos a control sanitario, y detectar de manera oportuna riesgos inminentes que pongan en peligro la salud de la población en general y de la población ocupacionalmente expuesta, para la implementación de medidas sanitarias inmediatas que procuren su protección, incluyendo las medidas de seguridad que establece la Legislación Sanitaria vigente.

Estrategias

✓ Actualizar el padrón de establecimientos donde se realicen actividades, se procesen los productos y/o se presten los servicios, sujetos a control sanitario.

✓ Programar y realizar visitas de verificación sanitaria a establecimientos donde se realicen actividades, se procesen los productos y/o se presten los servicios, sujetos a control sanitario.

✓ Realizar toma de muestras de productos, durante las visitas de verificación, para su análisis en el Laboratorio Estatal de Salud Pública o un Laboratorio Tercero Autorizado; o bien, para dictamen de etiqueta.

5.21 Control sanitario de bebidas alcohólicas

El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas es un factor que puede llegar a ocasionar graves repercusiones y daños a la salud de las personas, así mismo este provoca una descomposición del tejido social siendo uno de los principales factores de la desintegración familiar, consumo en menores de edad, ausentismo laboral, uso de otro tipo de drogas, sufrir o provocar lesiones (por caídas, accidentes automotrices, suicidio, homicidio, etc.); aumenta la propensión a participar y cometer delitos; tener problemas de salud (cirrosis, cáncer, gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, etc.) y/o psiquiátricos (depresión, ansiedad, etc.), entre muchos otros; por lo que el control sanitario de bebidas debe ir orientado a la moderación en su consumo.

El control y la verificación sanitaria de estos establecimientos constituyen una útil y eficaz herramienta en la consecución de la salud de la población, observando que este tiene como finalidad establecer los mecanismos de vigilancia e inspección en dichos establecimientos.

Objetivo General

Ejercer la regulación, el control, la vigilancia sanitaria y el fomento sanitario comprendiendo las actividades de orientación, educación, muestreo, verificación y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, en base a lo que establecen las el Reglamento de la Ley de Salud del Estado de Chiapas en materia de control sanitario de establecimientos que expendan o suministren bebidas alcohólicas.

Estrategias

- ✓ Priorización de establecimientos a vigilar:

1. Denuncias.
2. Cambios de Licencia (Domicilio, razón social, giro comercial).
3. Vigilancia aleatoria de establecimientos.

5.22 Muerte materna

Objetivo General

Coadyuvar en la disminución de la incidencia de muertes maternas en periodo perinatal en el estado de Chiapas, principalmente en las zonas de difícil acceso por la situación geográfica del estado en donde se presenta la más alta incidencia de muertes maternas.

Estrategias

✓ Acciones intensivas de verificación en unidades de segundo nivel con atención obstétrica, ponderando las áreas de mayor riesgo: urgencias, áreas toco –quirúrgicas y de expulsión, Unidad de Cuidado Intensivo de Adultos (UCIA), Unidad de Atención neonatal, unidad de Atención a Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), banco de sangre, laboratorio, sistema de referencia contra referencia incluyendo unidades para transportación de pacientes y atención pre – hospitalaria.

✓ Control Sanitario dirigido a los establecimientos públicos y privados que sean de su competencia y en las cuales ocurran muertes maternas, así como valorar el componente de atención neonatal.

✓ Evaluación del cumplimiento de la normativa correspondiente, y en su caso, aplicar las medidas de seguridad conducentes, o iniciar el procedimiento correctivo que corresponda, buscando el enfoque de prevención de riesgos a través del dictamen sanitario.

✓ Consolidar la participación de las áreas de protección contra riesgos sanitarios en los comités estatales de muerte materna.

✓ Notificar a COFEPRIS en relación a los hospitales en los que se presenten muertes en forma repetitiva.

✓ Participación en las reuniones del comité de estatal de evaluación de muertes maternas.

5.23 Regulación y vigilancia de sangre segura

Objetivo General

Realizar la vigilancia sanitaria de establecimientos dedicados a el manejo, almacenamiento y disposición de sangre, así como sus derivados, mediante visitas de verificación sanitaria

Estrategias

✓ Realizar la vigilancia sanitaria a los establecimientos públicos y privados dedicados al manejo, almacenamiento y disposición de sangres, así como sus derivados que prestan el servicio de atención a la salud de la población Chiapaneca.

✓ Revisión de lineamientos de operatividad al momento de realizar la visita de verificación respecto al control de las acciones operativas en cada procedimiento de primer contacto con la población de donadores de sangre, al igual con el personal médico, personal de enfermería y todo aquel personal que tenga contacto a lo que se refiere con la medicina transfusional desde su obtención hasta su disposición final.

✓ Evaluar los procedimientos realizados mediante el cotejo de la evidencia documental realizada en el ejercicio de sus funciones de los procedimientos que realizan con el fin de verificar el control de calidad desde la obtención hasta la disposición final con el objetivo de conseguir, manejar, almacenar proporcionar y disponer sangre segura.

5.24 Infecciones Nosocomiales

Objetivo General

Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales a través de la identificación y control de los riesgos sanitarios de infección en establecimientos hospitalarios tanto del sector público, privado y social.

Estrategias

✓ Vigilancia sanitaria en materia de infecciones asociadas a la atención de salud (infecciones nosocomiales).

✓ Establecer objetivos institucionales pertinentes, que sean compatibles con otros objetivos estatales de atención de salud.

✓ Formular y actualizar continuamente las pautas de vigilancia de la atención de salud y de prevención y las prácticas recomendadas.

✓ Participar en el sistema Estatal para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud y evaluar la eficacia de las intervenciones.

✓ Armonizar los programas de capacitación inicial y continua de profesionales de salud.

✓ Instar a los establecimientos de atención de salud a vigilar las infecciones asociadas a la atención de salud, con la retroalimentación pertinente a los profesionales interesados.

5.25 Atención de emergencias sanitarias

En Chiapas prevalece el clima cálido subhúmedo con lluvias en verano, siendo ligeramente más fresco y húmedo en las estribaciones de la Sierra Madre, del Altiplano y de las Montañas del Norte.

Por la biodiversidad que presenta el estado de Chiapas se constituye como una de las entidades federativas del país con mayor riesgo de ser afectada prioritariamente en orden de importancia por desastres de tipo:

Hidrometeorológicos, Geológico, Sanitario-Ecológico, Físico-Químico, Socio-Organizativo, Emergencias complejas; Chiapas ha sido escenario de múltiples desastres naturales por lo que ha sido necesario redoblar esfuerzos para actuar de manera rápida, eficiente y oportuna con brigadas itinerantes disminuyendo los riesgos sanitarios de las poblaciones expuestas.

Objetivo General

Garantizar que los sistemas, procedimientos y recursos sean aplicados con eficiencia y eficacia, para proporcionar en caso de emergencias o desastres asistencia rápida y efectiva a la población evitando así su exposición a riesgos sanitarios.

Estrategias

- ✓ Enlace directo con el Nivel Federal para la gestión de recursos y equipos, así como capacitación continua en la materia.
- ✓ Enlace con las diversas corporaciones e instituciones que participen en las emergencias para actuar en las contingencias sanitarias en el nivel Jurisdiccional, Estatal y Federal.
- ✓ Resolver todos y cada uno de los eventos sanitarios que se presenten en el Estado en coordinación con las demás corporaciones estatales y/o federales.

5.26 Atención a migrantes

Las migraciones, concebidas como vastas dinámicas de movilidad de poblaciones humanas con miras a la satisfacción de diversas necesidades –económicas, sociales, políticas, culturales, entre otras–, son uno de los procesos espaciales y socioeconómicos presentes a lo largo de la historia del género humano y en muchas latitudes del planeta.

Según el concepto de seguridad nacional, los migrantes irregulares son considerados como un factor de riesgo para la población nacional de los países donde transitan y a los que arriban, debido a que se cree que pueden ser portadores de infecciones y enfermedades.

Actualmente por las condiciones geográficas del estado de Chiapas y al considerarse un estado Fronterizo, La DIPRIS a través del CREVS, realiza actividades de Fomento Sanitario y saneamiento Básico en las estaciones migratorias del estado en pleno ejercicio de su derecho a la salud, para ofrecerles atención humanitaria, ya que por lo general vienen en condiciones adversas.

5.27 Cambio climático

Objetivo General

La estrategia Nacional de Cambio Climático es el instrumento rector de la política nacional en mediano y largo plazo para enfrentar los efectos de cambio climático y transitar hacia una economía competitiva, sustentable y de bajas emisiones de carbono.

Definir y desarrollar un conjunto de indicadores de salud que permita identificar y evaluar tempranamente los riesgos sanitarios relacionados con el cambio climático, a fin de priorizar y orientar eficazmente las políticas de adaptación en el sector salud. En el estado de Chiapas se está comenzando a trabajar sobre el cambio climático para poder identificar los indicadores de salud ambiental; con el fin de identificar riesgos potenciales a la salud de la población.

Estrategias

✓ Adaptación al cambio climático:

- Reducir la vulnerabilidad y aumentar la resiliencia del sector social ante los efectos de cambio climático.

- Reducir la vulnerabilidad y aumentar la resiliencia de la infraestructura estratégica y sistemas productivos ante los efectos del cambio climático.

- Conservar y usar de forma sustentable los ecosistemas y mantener los servicios ambientales que proveen.

✓ Desarrollo bajo de emisiones /mitigación:

- Fomentar y acelerar la transición energética hacia fuentes de energía limpia.

- Reducir la intensidad energética mediante esquemas de eficiencia y consumo responsable.

- Reducir emisiones de contaminantes climáticos de vida corta y propiciar cobeneficios de salud y bienestar.

5.28 Control sanitario de la publicidad

Control sanitario de la publicidad tiene dos vertientes, la evaluación y autorización, y la vigilancia sanitaria de la publicidad que se emita dentro del territorio estatal.

Objetivo

Verificar que la publicidad que sea difundida dentro de territorio chiapaneco a través de los medios masivos de comunicación cumpla con la legislación sanitaria en materia de publicidad.

Estrategias

✓ Incrementar la vigilancia sanitaria de la publicidad a través del monitoreo de medios masivos de comunicación.

✓ Iniciar procedimientos jurídicos administrativos generados por publicidad irregular detectada como resultado del monitoreo de medios masivos de comunicación.

✓ Realizar cursos de capacitación sobre control sanitario de publicidad a estudiantes de las licenciaturas de prestadores de servicios de salud, así como de mercadotecnia y publicidad.

✓ Difundir el reglamento de la ley general de salud en materia de publicidad en medios masivos de comunicación de reciente creación o edición.

✓ Impartir cursos de capacitación sobre control sanitario de publicidad entre prestadores de servicios de salud agremiados a asociaciones y colegios médicos en la entidad.

✓ Coordinar la implementación de los operativos de búsqueda intencionada de publicidad requeridos por la COFEPRIS.

✓ Informar en tiempo y forma a la COFEPRIS la información que se genere como resultado de las búsquedas intencionadas de publicidad que ordene la misma.

5.29 Ventanilla de trámites

Objetivo General

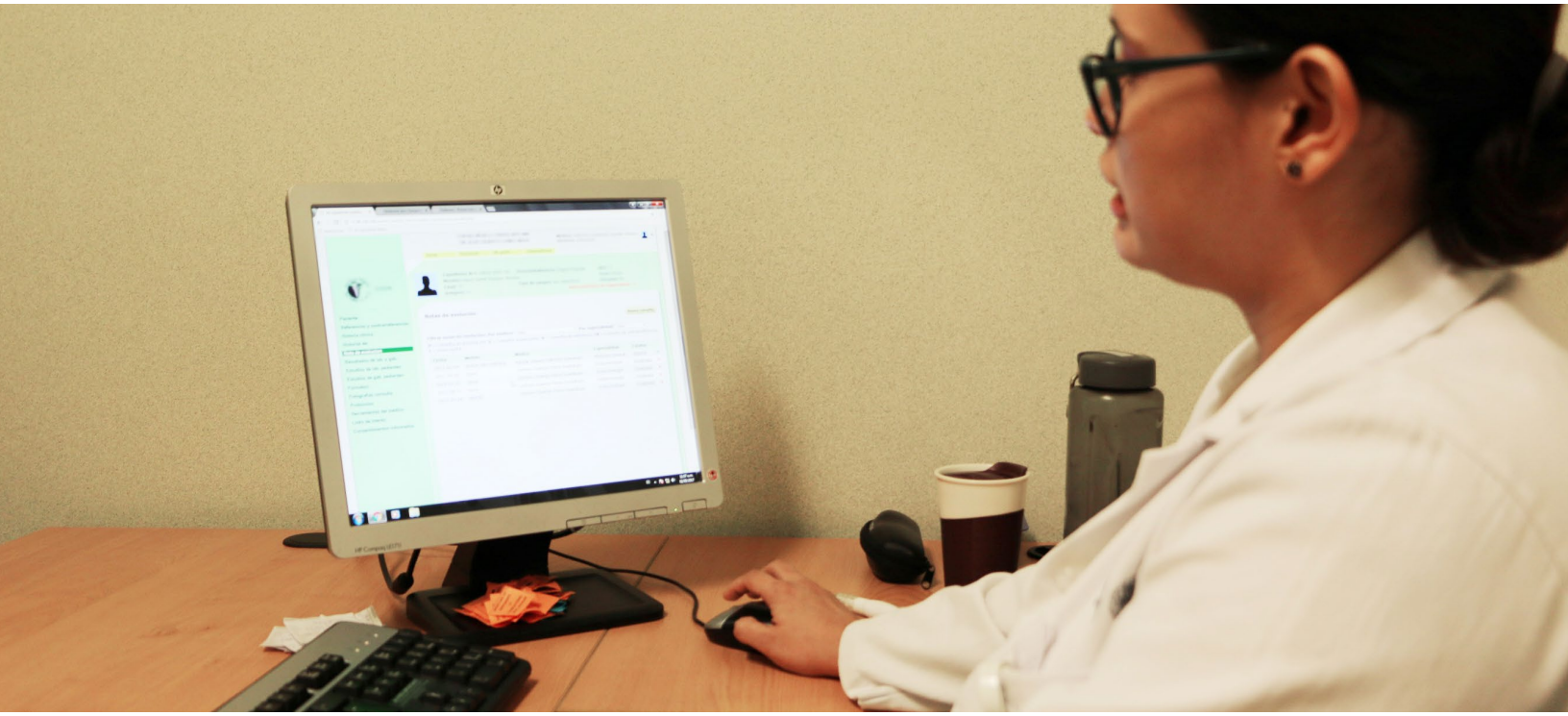
Cumplir con la Ley General de Salud y el Acuerdo de Colaboración de la Federación con el Estado, en los cuales el objetivo primordial es captar al mayor número de establecimientos Públicos y Privados en sus diferentes modalidades sujetos a Regulación Sanitaria, para que posteriormente se apliquen las Leyes, Normas y Procedimientos a través de la vigilancia sanitaria para contribuir a la Protección de la Salud a la población en general.

Estrategias

✓ Cumplir con los lineamientos establecidos por el ente regulador de la Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios, correspondientes a los Requisitos y Formatos Oficiales con los que deben cumplir los usuarios a Regularse.

lenovo
Lenovo

Capítulo 6
Sistemas de Información Institucional



La gestión de datos e información de salud en un sistema único facilita y fortalece la vigilancia de la salud, agilizando la toma de decisiones en todos los niveles, por medio de las cuales se logran alcanzar las metas propuestas por el sector.

El Sistema Institucional de Información, tiene un enfoque gerencial estratégico, con el propósito de contar con todos los elementos de información posibles para la orientación de acciones encaminadas al mejoramiento del estado de salud de la población, fomentando el desarrollo de la capacidad y cultura del análisis e interpretación de los datos.

La oportunidad y eficacia de las acciones de Salud, dependen de la disposición, veracidad y buena gestión de la información. Asimismo, juega un rol crítico en la detección, prevención, control y mitigación de los principales problemas de salud de la población. La información generada en los servicios de salud y en la atención sanitaria debe ser utilizada como sustento para la toma de decisiones, y debe ser gestionada de forma integral y homogénea, con una metodología acorde a los requerimientos de ésta en los diferentes niveles de la administración de los servicios.

En cada uno de estos niveles, se encuentran datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar procesos de análisis que facilite tomar decisiones, el sistema institucional de información es un instrumento integrador para la conversión de dichos datos en información y conocimientos necesarios para apoyar el análisis y la planificación de los servicios y la movilización de los recursos en forma estratégica y equitativa.

Es de vital importancia contar con una herramienta integradora donde se disponga de la información de forma adecuada para la esquematización y análisis, que permita describir las condiciones de salud de la población, y que facilite planificar acciones y tomar decisiones considerando la factibilidad y viabilidad de las mismas, por lo que se propone la reorientación de la gestión de datos e información en forma estratégica, en donde se analicen y proporcionen elementos suficientes y oportunos que se traduzcan en acciones pertinentes y se alcancen las metas en la prestación de servicios de salud con calidad y calidez.

Objetivos

General

Sustentar formal e institucionalmente el desarrollo y operación de la Información, garantía de la sostenibilidad de la información en el tiempo, fortaleciendo la capacidad institucional y de los sistemas de información existentes.

Específicos

-Sustentar de manera formal e institucional el desarrollo y operación de las actividades sustantivas y adjetivas del Instituto de Salud.

-Garantizar la sostenibilidad del Salud en el tiempo y funcionando (24x365).

-Crear una memoria institucional de información.

-Fomentar la cultura de la gestión de información.

-Disponer de información veraz y oportuna.

-Diseñar y desarrollar aplicaciones modulares que robustezcan y fortalezcan el Sistema de Información Institucional de forma constante y permanente.

-Monitorear permanentemente el desarrollo de las funciones sustantivas, y el avance de las metas propuestas.

-Monitorear el uso y explotación/aplicación de los recursos disponibles.

-Generar productos de información sustento para la toma de decisiones.

-Generar líneas de investigación en gestión de información, y tecnologías de información y comunicación.

-Evaluar el desempeño de los programas operativos y de las acciones emprendidas.

-Fomentar la cultura en el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación.

Recursos físicos

Consultorios

El estado cuenta con 3,039 consultorios para el primer nivel de atención, de estos 1,878 son para población no asegurada (61.80%), 591 para población derechohabiente (19.45%), con un indicador global de cinco mil 189 habitantes por consultorio, tres mil 342 para población con seguridad social y mil 848 para población no asegurada. El valor estándar es de tres mil a seis mil habitantes por consultorio.

Núcleos Básicos

El Instituto de Salud del Estado de Chiapas para la atención primaria de salud a población no asegurada se rige bajo el modelo operativo del Núcleos Básico, integrado por un médico, una enfermera y un promotor, quienes se encargan de instrumentar los programas médicos preventivos a la población del área de responsabilidad y cuyo número debe ser suficiente para proporcionar una cobertura adecuada, siendo esta de 500 familias o dos mil 500 a tres mil habitantes. De acuerdo al Registro Nacional de Infraestructura en Salud (SINERHIAS 2018), el Instituto de Salud cuenta con mil 213 núcleos básicos para una población de responsabilidad calculada en dos mil 861 habitantes.

Otros recursos físicos

Cama no censable

El número de camas no censables en todo el sector es de mil 401, de las cuales 481 son para población asegurada. 920 para la no asegurada, con una relación estatal.

- En relación con el número de consultorios, estos son tres mil 252, de los cuales 62.70% es de primer nivel, el 17.22% de segundo y 1.91% de tercer nivel. Su distribución por tipo de población es la siguiente: 1416 para población no asegurada (75.6%) y 591 para seguridad social (24.36%).

- La oferta de camas censables de segundo nivel para todo el estado es de 2850 de las cuales 1523 son para población no asegurada, 659 para seguridad social y se tiene 180 para tercer nivel de atención.

La distribución de las unidades de primer nivel de atención para población no asegurada es la siguiente: la Jurisdicción II con sede en San Cristóbal de las Casas concentra 15.38% del total. Con 196 unidades y 184 consultorios; le sigue la Jurisdicción I, de Tuxtla Gutiérrez, con 167 unidades y 162 consultorios: mientras que las Jurisdicciones de Tonalá y Villaflores cuentan con 55 unidades respectivamente, suman 214 consultorios lo que representa en conjunto el 4.32%.

Por lo que respecta a las unidades de segundo nivel de atención se tomara como indicador el número de camas censables, dado que este indicador puede dar mejor idea para la atención a los problemas de salud de la población.

- ✓ La jurisdicción sanitaria número I Tuxtla Gutiérrez dispone de 365 camas distribuidas en ocho unidades;
- ✓ la Jurisdicción sanitaria número II, San Cristóbal, con 209 camas distribuidas en siete unidades;
- ✓ La jurisdicción sanitaria número III Comitán de Domínguez cuenta con 203 camas y seis unidades;
- ✓ la jurisdicción sanitaria VII, Tapachula, 192 camas en tres unidades;
- ✓ la jurisdicción sanitaria VI, Palenque, 146 camas en cinco unidades;
- ✓ la jurisdicción sanitaria V, Pichucalco, 112 camas en cinco unidades;

En orden descendente, con menos de 100 camas, le siguen jurisdicción sanitaria IV, Villaflores, 92 camas en 3 unidades; la jurisdicción sanitaria VIII, Tonalá, 72 camas en tres unidades; jurisdicción sanitaria IX, Ocosingo 66 camas en tres unidades, Motozintla, 58 camas en dos unidades. Es pertinente mencionar que las unidades de segundo nivel egresan más de 100 mil personas anualmente únicamente del Instituto de Salud.

El porcentaje de ocupación es de 85-90%; sin embargo, los nosocomios: Hospital Chiapas nos Une Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza, Hospital general Dr. Rafael Pascasio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Hospital general Tapachula, Hospital de la Mujer Comitán, Hospital general Huixtla, Hospital de la Mujer de San Cristóbal, Hospital las Culturas, de San Cristóbal y el hospital Juárez, de Arriaga, mantienen el porcentaje de ocupación por arriba del 100%. Se hace la observación que tres de estos hospitales están enfocados a la atención de la mujer (gineco-obstétrica) exclusivamente.

SALUD	CHIAPAS	Porcentaje
Población Total	**5,217,908**	**100.00**
Subtotal b/	**4,296,631**	**82.34**
IMSS Ordinario	645,564	12.37
ISSSTE e ISSTECH	283,807	5.44
PEMEX, Defensa o Marina.	40,351	0.77
Seguro Popular o para una Nueva Generación c/	4,283,356	82.09
Institución privada	41,072	0.79
Otra institución d/	65,549	1.26
No afiliada	**901,638**	**17.28**
No especificado	**19,639**	**0.38**

Nota: La Encuesta Intercensal 2015 fue un levantamiento de derecho o jure, lo que significa enumerar a la población en su lugar de residencia habitual. Las unidades de observación fueron las viviendas particulares habitadas y sus residentes habituales. El tamaño de muestra mínimo por municipio para obtener estimaciones con precisión y confianza adecuada fue de aproximadamente 1 300 viviendas particulares habitadas, por lo que se determinó censar a todos los municipios que en el 2010 contaban con igual o menor número de viviendas; también se censaron algunos municipios y localidades con población vulnerable, en atención a los requerimientos de información por parte de los usuarios, entre las poblaciones se encuentran principalmente: los 100 primeros municipios con población en extrema pobreza, municipios con rezago social muy alto, algunas localidades con población afro mexicana, algunas localidades con población hablante de lengua indígena y en particular donde se habla alguna lengua indígena en riesgo de desaparecer.
El periodo de levantamiento de la información fue del 2 al 27 de marzo de 2015.
Los límites de confianza se calculan al 90 por ciento.
a/ La distribución porcentual de la condición de afiliación a servicios de salud se calcula respecto de la población total.
b/ El porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo con respecto de la población afiliada. La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a las personas que están afiliadas en más de una institución de salud.
c/ Incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).
d/ Comprende otras instituciones de salud públicas y privadas del país.
Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Encuesta Intercensal 2015. www.inegi.org.mx (19 de febrero de 2016).

INSTITUCIÓN	UNIDADES				CAMAS			CONSULTORIOS			
	1er N	2º. N	3er N	Total	2º. N	3er N	Total	1er N	2º N	3er N	Total
POBLACIÓN NO ASEGURADA											
	(1)	(2)									
INSTITUTO DE SALUD	669	33	2	704	1,210	180	1,202	1,250	377	62	1,689
IMSS OPORTUNIDADES	605	10	0	615	313	0	313	628	99	0	727
SUBTOTAL	**1,274**	**43**	**2**	**1,319**	**1,523**	**180**	**1,515**	**1,878**	**476**	**62**	**2,416**
SEGURIDAD SOCIAL											
IMSS	27	4		31			302				271
ISSSTE	44	4		48			163				183
ISSTECH	6	6		12			117				111
SEDENA		1		1			54				21
SEDEMAR	1	1		2			23				5
SUBTOTAL	**78**	**16**	**0**	**94**	**0**	**0**	**659**	**0**	**0**	**0**	**591**
INICIATIVA PRIVADA											
SUBTOTAL (3)	**161**	**84**	**0**	**245**	**676**	**0**	**676**	**161**	**84**	**0**	**245**
TOTAL, EN EL ESTADO	**1,513**	**143**	**2**	**1,658**	**2,199**	**180**	**2,850**	**2,039**	**560**	**62**	**3,252**

JURIDICIÓN SANITARIA	NÚMERO DE UNIDADES POR INSTITUCIÓN		TOTAL DE UNIDADES	PORCENTAJE DE UNIDADES /b	NÚMERO DE CONSULTORIOS ISECH
	ISECH /a	IMSS-OP			
Jurisdicción Sanitaria No. I, Tuxtla Gutiérrez	90	77	167	13.11	162
Jurisdicción Sanitaria No. II San Cristóbal	126	70	196	15.38	184
Jurisdicción Sanitaria No. III Comitán	58	88	146	11.46	148
Jurisdicción Sanitaria No. IV, Villaflores	23	32	55	4.32	68
Jurisdicción Sanitaria No. V Pichucalco	64	50	114	8.95	128
Jurisdicción Sanitaria No. VI Palenque	95	62	157	12.32	150
Jurisdicción Sanitaria No. VII Tapachula	50	106	156	12.24	116
Jurisdicción Sanitaria No. VIII Tonalá	35	20	55	4.32	62
Jurisdicción Sanitaria No. IX Ocosingo	98	48	146	11.46	172
Jurisdicción Sanitaria No. X Motozintla	30	52	82	6.44	60
	669	**605**	**1274**	**100.00**	**1250**

Inventario del subsistema de población no asegurada del primer nivel de atención por jurisdicción 2018. Fuente: Dirección de Planeación y Desarrollo Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas.
a/ No incluye Casa de Salud, se consideran Unidades Médicas Móviles, UNEMES y Clínicas de Especialidad, Hosp de especialidades.
b/ Porcentaje en relación al total de unidades.

JURISDICCIÓN SANITARIA	NÚMERO DE UNIDADES POR INSTITUCIÓN			NOMBRE Y TIPO DE HOSPITAL	CAPACIDAD EN CAMAS CENSABLES	NÚMERO DE CONSULTORIOS
	ISECH	IMSS OP	TOTAL			
Jurisdicción Sanitaria No. I, Tuxtla Gutiérrez	6	2	8	H. B. C. DR. MANUEL VELASCO SUAREZ ACALA	12	9
				H. B. C. DE CINTALAPA DE FIGUEROA	12	7
				H.B.C. DE CHIAPA DE CORZO	12	5
				HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO 12 CAMAS "BERRIOZÁBAL"	12	7
				HOSPITAL GENERAL DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA	60	36
				HOSPITAL CHIAPAS NOS UNE DR. JESÚS GILBERTO GÓMEZ MAZA	180	41
				HOSPITAL RURAL OCOZOCOAUTLA DE ESPINOSA	47	12
				HOSPITAL RURAL VENUSTIANO CARRANZA	30	11
Jurisdicción Sanitaria No. II San Cristóbal	6	1	7	H. B. C. DE CHALCHIHUITÁN	12	7
				H. B. C. DE LARRAINZAR	12	7
				H. B. C. DE SAN JUAN CHAMULA	12	8
				H. B. C. DE TEOPISCA	8	7
				HOSPITAL DE LA MUJER SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS	60	9
				HOSPITAL DE LAS CULTURAS SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS	60	16
				HOSPITAL RURAL SAN FELIPE ECATEPEC	45	11
Jurisdicción Sanitaria No. III Comitán	5	1	6	H. B. C. DE FRONTERA COMALAPA	20	9
				H. B. C. DE LAS MARGARITAS	12	8
				H. B. C DE TEOPISCA	8	7
				HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN	60	12
				HOSPITAL GENERAL MARÍA IGNACIA GANDULFO COMITÁN	90	10
				HOSPITAL RURAL GUADALUPE TEPEYAC	13	8
Jurisdicción Sanitaria No. IV Villaflores	3		3	H. B. C. DE ÁNGEL ALBINO CORZO	12	7
				H. B. C. DE REVOLUCIÓN MEXICANA	20	7
				HOSPITAL GENERAL BICENTENARIO VILLAFLORES	60	11
Jurisdicción Sanitaria No. V Pichucalco	4	1	5	H. B. C. DE TAPILULA	12	8
				H. B. C. DE OSTUACÁN	12	9
				HOSPITAL GENERAL DE REFORMA	30	10
				HOSPITAL GENERAL PICHUCALCO	30	10
				HOSPITAL RURAL BOCHIL	28	9
Jurisdicción Sanitaria No. VI Palenque	4	1	5	H. B. C. DE SANTO DOMINGO	20	8
				H. B. C. DE TILA	20	2
				HOSPITAL GENERAL PALENQUE	60	12
				HOSPITAL GENERAL YAJALÓN "DR. JOSÉ MANUEL VELASCO SILES"	30	8
				BENEMÉRITO DE LAS AMÉRICAS	16	9
Jurisdicción Sanitaria No. VII Tapachula	2	1	3	HOSPITAL GENERAL HUIXTLA	30	10
				HOSPITAL GENERAL TAPACHULA	120	25
				HOSPITAL RURAL MAPASTEPEC	42	11
Jurisdicción Sanitaria No. VIII Tonalá	3		3	H. B. C. DR. RAFAEL ALFARO GONZÁLEZ PIJIJIAPAN	12	8
				HOSPITAL GENERAL DR. JUAN C. CORZO TONALÁ	30	11
				HOSPITAL GENERAL JUÁREZ ARRIAGA	30	15
Jurisdicción Sanitaria No. IX Ocosingo	1	2	3	H.B.C. DE OCOSINGO	20	6
				HOSPITAL RURAL ALTAMIRANO	16	7
				HOSPITAL RURAL OCOSINGO	30	9
Jurisdicción Sanitaria No. X Motozintla	1	1	2	H.B.C. DEL PORVENIR	12	5
				HOSPITAL RURAL MOTOZINTLA DE MENDOZA	46	12
	35	10	45		1,515	476

Inventario del sistema de población no asegurada del segundo nivel de atención por jurisdicción 2018.
Fuente: Dirección de Planeación y Desarrollo, Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas.

JURIDICCIÓN	NÚMERO DE NÚCLEOS BÁSICOS	COBERTURA POR NÚCLEO BÁSICO (HABITANTES)
Jurisdicción Sanitaria No. I, Tuxtla Gutiérrez	220	2,923
Jurisdicción Sanitaria No. II San Cristóbal	194	2,928
Jurisdicción Sanitaria No. III Comitán	163	2,604
Jurisdicción Sanitaria No. IV Villaflores	94	2,199
Jurisdicción Sanitaria No. V Pichucalco	93	3,471
Jurisdicción Sanitaria No. VI Palenque	87	3,676
Jurisdicción Sanitaria No. VII Tapachula	173	2,294
Jurisdicción Sanitaria No. VIII Tonalá	74	1,247
Jurisdicción Sanitaria No. IX Ocosingo	81	3,993
Jurisdicción Sanitaria No. X Motozintla	34	5,092
TOTAL, ESTATAL	1213	2,861

Cobertura de población de los servicios de salud de chiapas por núcleo básico 2018 (Institucional).
Fuente: Dirección de Planeación y Desarrollo, Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas.
En relación a la población afiliada del Seguro Popular.

TIPO DE POBLACIóN	CAMAS NO CENSABLES	QUIRóFANOS	GABINETES DE RAYOS X	SALAS DE EXPULSIóN
Población no asegurada	920	97	54	43
Población con seguridad social	481	36	35	14
iniciativa privada (1)				
Total, Estatal	1,401	133	89	57

Otros recursos físicos del estado por tipo de población 2018. Fuente: Dirección de Planeación y Desarrollo, Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas. Anuario Estadístico 2018.
(1) No disponible.

POBLACIÓN	NÚMERO DE MÉDICOS	MÉDICOS / MIL HABITANTES
Población con seguridad social	2,079	0.00105
Población no asegurada	5,724	0.00165

Número de médicos por mil habitantes de responsabilidad 2018.
Fuente: Dirección de Planeación y Desarrollo, Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas.
Estándar: 0.333 por mil habitantes. Nota: Médicos en Contacto con el Paciente.

POBLACIÓN	NÚMERO DE ENFERMERAS	MÉDICOS / MIL HABITANTES
Población con seguridad social	2,612	0.00132
Población no asegurada	10,281	0.00296

Número de enfermeras por mil habitantes de responsabilidad 2018.
Fuente: Dirección de Planeación y Desarrollo, Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Chiapas.
Estándar: 0.333 por mil habitantes. Nota: Enfermeras en Contacto con el Paciente.

SAVION

Plataforma Comunitaria en Salud
SECRETARÍA DE SALUD

Capítulo 7
Iniciativa Salud Mesoamérica

El proyecto **Salud Mesoamérica 2015 México** (SM2015), es una innovadora asociación público privada que busca reducir las brechas de equidad en salud que enfrentan las personas que viven en situación de extrema pobreza en la región mesoamericana. Se implementa en el estado mexicano de Chiapas a través del Instituto de Salud (ISECH) quien funge como ejecutor.

El proyecto tiene como **Objetivo General,** contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en los 30 municipios más pobres del estado, a través de una estrategia global de atención de salud integral que mejore el acceso, la calidad, y la utilización de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez.

De acuerdo a los términos de la Iniciativa Salud Mesoamérica, cada Operación contó con USD 2,585,906 para el Tramo de Inversión y USD 3,878,857 de la Contraparte gubernamental (Tabla 1), a través de un modelo de financiamiento basado en resultados. Chiapas en el 2012 contaba con 4,796,580 habitantes y las áreas focalizadas por la Iniciativa incluyen a 142,773 niños menores de 5 años y 270,242 mujeres en edad reproductiva.

El proyecto buscaba fortalecer la oferta, mejorar la calidad e incrementar el uso de los servicios materno-infantiles, fortalecer los servicios de vacunación, fortalecer y modernizar los sistemas de información en salud del estado e incrementar y fortalecer los servicios de nutrición preventivos. Con este propósito el ISECH y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) acordaron 8 indicadores de proceso. La Primera Operación tuvo una duración de 24 meses, comenzando en septiembre de 2012 y finalizando en septiembre de 2014.

La ejecución de la primera operación estuvo centrada en cubrir las brechas de todo lo necesario para tener una oferta adecuada de servicios de salud materno - infantil, así como el desarrollo de modelos que permitan asegurar la calidad de la atención.

Concepto	Por Cada Operación
Tramo de Inversión (TI) – MHF	2,585,905
Aporte Local (AL)	3,878,857
Subtotal Inversión (TI+AL)	6,464,762
Tramo de desempeño (TD) – MHF	1,939,429
Total (TI+TD+AL)	8,404,191

Fuente: Plan Estratégico del Proyecto, 2012.

Los principales avances fueron:

Con la finalidad de fortalecer la oferta, mejora de la calidad y aumento del uso de los servicios materno-infantil se mejoró la provisión y promoción para la utilización de los servicios de salud materno-infantil bajo la perspectiva de redes de atención, aplicando la estrategia Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE); para esto se adquirieron más de 8 mil equipos dentro de los que destacan lámparas de chicote, instrumental (atención de parto, inserción de DIU, equipo de legrado), estetoscopio (sencillo, cápsula doble, neonatal, pediátrico), mesa de exploración (ginecológica y universal), negatoscopio sencillo, nebulizador, esfigmomanómetro (neonatal y pediátrico), laringoscopio, martillo para reflejos, esta dímetro pediátrico, cinta CLAP, esterilizador de vapor, fono detector portátil, reanimador (neonatal y de adulto), estuche con laringoscopio, báscula con esta dímetro, báscula pesa bebé electrónica, infantómetro, lámpara (xenón e examinación de LEDS) y campos sencillos.

La Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EsIAN) fortaleció a través de equipo médico a las unidades participantes, principalmente, con las básculas y estadímetros.

Asimismo, Se adquirieron diversos medicamentos e insumos:

a) 63,391 medicamentos salvavidas para la atención de las emergencias obstétricas.

b) 22,485 insumos para fortalecer la terapia de rehidratación oral.

c) 443,637 dosis de desparasitantes para adultos y niños.

d) 150 mil pruebas rápidas de embarazo, VIH, uroanálisis y de lípidos para las Unidades de primer nivel de atención.

e) Impresión de 1,299,261 formatos, principalmente, carpetas de expediente clínico, expediente individual, historias clínicas, hojas frontales, notas médicas, recetarios, hoja diaria de trabajo social, línea de vida de embarazadas de 1ª vez y subsecuente, línea de vida de puerperio, censos nominales de niño, censos nominales de mujeres en edad fértil, partogramas, manuales CONE y PF, trípticos, guías de prácticas clínica.

f) Se adquirieron 24 equipos de radio comunicación con la finalidad de fortalecer a las Caravanas de Salud, así mismo se compró una repetidora digital para la JS II San Cristóbal de las Casas.

g) También se entregaron 986 vales a parteras, vales de transporte para atención de parto y vales de atención a puerperio a mujeres, para aumentar la cobertura de atención de partos institucionales.

h) Para el fortalecimiento de los servicios de inmunización se creó la Tarjeta Electrónica en Salud, cuyo objetivo era optimizar el Padrón, la disponibilidad de vacunas y la entrega del servicio de vacunación.

i) Dentro de las acciones se adquirieron 703 insumos para el fortalecimiento de la Cadena de frío de las cuatro jurisdicciones participantes, principalmente: Termos (9 y 45 L); anticongelantes; canastillas; kit de calibración; charolas para refrigeración; datalogger. Así como 25 refrigeradores para vacunas y 5 congeladores para la red.

Al cierre de la operación de habían capacitado cerca de 2500 personas entre prestadores de servicios de salud y administrativos de las jurisdicciones sanitarias y de oficinas centrales, en diversos temas, como fueron. Estrategia CONE y PF; Vacunación, cuantificación de PF, insumos de laboratorio, medicamentos; Procesos logísticos; Buenas Prácticas de almacenes; Diplomado en Gestión y Calidad; Desarrollo Humano; Mantenimiento correctivo a la Cadena de Frio; entre otros.

Se realizaron seis estudios para diseñar e implementar diversas estrategias:

a) Estudio de Redes

b) Estudios de Oferta y demanda de los servicios de salud

c) Estudio de políticas en salud

d) Estudio de costos de intervenciones

e) Estudio de costo-efectividad

f) Cadena de Suministro

Se contrataron a 30 consultores para apoyar la ejecución del proyecto y la implementación de las estrategias en las Jurisdicciones Sanitarias.

A partir del 2016, se suscribió con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el *Segundo Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable del Fondo Mesoamericano de la Salud (GRT/HE-15373-ME,GRT/HE-15374-ME),* para la ejecución de la *Segunda Operación Individual*, con una inversión de 6 millones 464 mil 762 dólares, siendo 2 millones 585 mil 905 dólares, recursos de donación y 3 millones 878 mil 857 dólares la aportación del estado, para trabajar en un lapso de 24 meses a partir del 5 de mayo de 2016 en 10 indicadores relacionados con: la disminución de la demanda insatisfecha de Planificación Familiar, aumento de la calidad en el control prenatal y puerperal, aumento del parto institucional, manejo de la complicación obstétrica y neonatal de acuerdo a la normatividad, mejora en los registros hospitalarios de las mujeres en puerperio inmediato, manejo integral (control de la diarrea, micronutrientes y vacunación) en niños menores de cinco años.

Al final de la *Segunda Operación* de una inversión estimada de 6 millones 464 mil 762 dólares, la aportación de los donantes ascendió a 2 millones 585 mil 905 dólares US y la aportación estatal a 1 millón 640 mil 127 dólares U.S.

Con los recursos de la ISM durante la *Segunda Operación* se adquirieron 51,029 dosis de vacunas contra sarampión-rubeola-paperas (SRP) para dar cobertura a todos los menores de cinco años de los 30 municipios con menor índice de desarrollo antes seleccionados.

Se capacitaron 3,200 trabajadores de salud en temas de emergencia obstétrica, ultrasonido, reanimación, *Estrategia para fortalecer la Anticoncepción Postevento Obstétrico* APEO, Hydeon, mantenimiento de equipos, operación de plataformas tecnológicas, gestión logística, conservación de insumos, consejería en Planificación Familiar, dispensación de medicamentos, entre otros.

Se compraron 345,982 sobres de suero oral y 678,480 medicamentos esenciales para la atención materno-infantil entregados a las unidades de salud, además se distribuyeron más de 1´000,000 de formatos y material impreso para el control de embarazo, plataformas comunitarias en salud y planificación familiar a las cuatro Jurisdicciones Sanitarias de la cobertura de la ISM.

Se desarrollaron e implementaron cinco sistemas informáticos institucionales para: abasto y gestión logística; indicadores de calidad; red de frío y vacunas; gestión de la emergencia obstétrica y un tablero de control.

Se adquirieron 2,176 pruebas rápidas para estudios de control prenatal en los servicios de primer nivel de atención, 196 equipos informáticos para la operación de los cinco nuevos sistemas de información, 836 nuevos equipos médicos adquiridos para la atención obstétrica, 2,048 utensilios y 536 mobiliarios para la operación de 15 casas maternas de los municipios de en Chalam, Chamula, Chanal, Chilón, Larrainzar, Las Rosas, Ocosingo, Romerillo, San Cristóbal de Las Casas, San Juan Cancuc, Sitalá, Tila, Yabteclum, Yajalón y Zinacantán; además de 1,800 kits puerperales para incentivar el control del embarazo y post parto.

Así también, se otorgaron 900 vales de transporte para traslado de las embarazadas con la finalidad de incentivar el parto institucional en 59 micro regiones con población tzeltal y chol. Se conformaron 800 plataformas comunitarias en salud con el propósito de ampliar la cobertura y aumentar la demanda de los servicios de salud materno-infantil, a través de la participación voluntaria de diversos actores sociales a nivel comunitario en la oferta de una cartera de servicios

de promoción y prevención de la salud, relacionada con la planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto y puerperio, la atención al neonato y al menor de cinco años. Se realizaron 12,817 atenciones post evento obstétrico y 372 visitas de supervisión de recursos y proceso en calidad.

En 2019 el Instituto de Salud a través del Secretario de Salud celebró un acuerdo de Asistencia Técnica con la Iniciativa Salud Mesoamérica y el Banco Interamericano de Desarrollo para su contribución en el plan de reducción de muerte materna (2019-2024). Este acuerdo permitirá continuar con la expansión de las estrategias de la Iniciativa para reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal en el estado. Durante el 2019 se utilizarán los recursos del tramo de desempeño de la segunda operación para financiar el proyecto.

2A. SEMANA NACIONAL DE SALUD
MIENTRAS TU LOS QUIERES,
LAS VACUNAS LOS PROTEGEN.
LAVADO DE MANOS

Sangrado

Capítulo 8
Infraestructura en Salud

Wolf

Las acciones de conservación y mantenimiento a unidades médicas de primer y segundo nivel de atención están integradas por tres divisiones de necesidades.

La primera es la ***Dignificación de la Unidad Médica*** la cual tiene como propósito obtener instalaciones dignas, modernas y confortables de las áreas de primer contacto con el usuario, a través de la rehabilitación y modernización de espacios, incorporando los siguientes conceptos:

- ✓ Impermeabilización.
- ✓ Arreglo de fachadas.
- ✓ Rehabilitación de sala de espera y consultorios.
- ✓ Mejoramiento y modernización de baños.
- ✓ Señalización.
- ✓ Acceso a personas con discapacidad.
- ✓ Imagen institucional.

El segundo es la ***Rehabilitación de instalaciones y casa de máquinas***, se propone lograr el óptimo funcionamiento a fin de otorgar los servicios de calidad, seguridad, continuidad, eficiencia y economía. Se aplicará en los siguientes conceptos:

- ✓ Mantenimiento preventivo y/o correctivo a las instalaciones eléctricas, hidráulicas, sanitarias y de gases medicinales.
- ✓ Rehabilitación de los equipos electromecánicos: generadores de vapor, aire acondicionado, subestación eléctrica, planta de emergencia, planta de tratamiento de agua, sistema de transportación vertical y sistema de tierras.

Por último, está la Rehabilitación de servicios sustantivos, la cual tiene como propósito, optimizar su funcionalidad de acuerdo con los procesos técnicos-médicos. Atendiendo diversas áreas como:

- ✓ Urgencias.
- ✓ Quirófanos.
- ✓ Terapia Intensiva.
- ✓ Imagenología.
- ✓ Laboratorio clínico y patología.
- ✓ Central de Equipos y Esterilización (C.E.y E.).
- ✓ Hospitalización.

Durante el sexenio 2013-2018 se efectuaron 367 acciones de conservación y mantenimiento a unidades médicas con una inversión de más de 352 millones de pesos. Mediante los siguientes programas de inversión:

- ✓ Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud.
- ✓ Fondo de Fortalecimiento de la Calidad.
- ✓ Programa Nacional de Conservación y Mantenimiento a Unidades Médicas (PRONACOMA).
- ✓ Dignificación de unidades de salud de primer nivel.
- ✓ Aportación Solidaria Estatal (ASE).

AJ 5808
OPRIMAR TECLA
DE COMIENZO
VOLUMEN
ENTREGADO: 0.0m
VOLUMEN
LIMITE: 60.2m
85.1
HELLCOR
ANGEL

Capítulo 9

Instituto de Protección Social y Beneficencia Pública del Estado de Chiapas

Antecedentes

El 13 de diciembre de 1995, se crea la Administración de la Beneficencia Pública del Estado de Chiapas, como Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaria de Salud, mismo que en pleno funcionamiento contribuyera con los Sistemas Nacional y Estatal de Salud, a ampliar la cobertura regional y a elevar la calidad de los servicios médico- asistenciales.

Mediante decreto del ejecutivo del Estado, publicado en el Periódico Oficial número 16 de Gobierno del Estado, el 07 de marzo del 2007, se crea el Instituto de Protección Social y Beneficencia Pública del Estado de Chiapas, como Órgano Administrativo Desconcentrado jerárquicamente subordinado a la Secretaria de Salud del Estado, quedando abrogado el decreto de creación de la Administración de la Beneficencia Pública del Estado de Chiapas.

Objetivo

Apoyar a la población vulnerable en materia de salud, promoviendo diversas acciones, entre los grupos sociales y las regiones vulnerables, principalmente en la población infantil, adultos mayores, mujeres de las zonas rurales, personas de escasos recursos, personas con discapacidad, indígenas y migrantes. Buscando con ello la Eliminación Puntual de discapacidades en Comunidades Indígenas y Marginadas del Estado de Chiapas".

Misión

Proporcionar apoyos a grupos vulnerables que carecen de seguridad social, a través de normas y políticas y programas de Beneficencia Pública, a fin de mejorar la calidad de vida de los Chiapanecos.

Visión

Ser una Institución incluyente y solidaria, que brinda protección social a grupos vulnerables, a través de programas de apoyo, de forma eficiente, respetuosa y honesta que permitan el desarrollo integral de la población del Estado.

Presupuestos e indicadores estratégicos 2013 - 2018

El presupuesto designado para los ejercicios 2013-2018, en lo correspondiente al capítulo 40000, partida 44101 **"Ayudas Sociales"**.

Ejercicio	Presupuesto
2013	$1,799,130.56
2014	$1,867,497.52
2015	$3,553,096.27
2016	$3,077,454.64
2017	$2,369,506.35
2018	$1,500,000.00

		TRIMESTRE						TOTAL	
Año	PROGRAMADO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	ALCANZADO	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
2013	800	0	179	157	192	528	66.00%	283	245
2014	850	106	323	152	194	775	91.18%	336	439
2015	2400	388	470	830	898	2586	107.75%	1141	1445
2016	1820	191	362	384	420	1357	74.56%	584	773
2017	900	106	202	171	421	900	100.00%	360	540
2018	600	71	180	239	110	600	100.00%	263	337

Apoyos programados en los ejercicios que se detallan y los alcanzados,
así como al número de hombres y mujeres Beneficiadas 2013-2018.

9.1 Programas aplicados

Ayudas otorgadas durante el ejercicio 2013-2018 beneficiando a 28,077 chiapanecos, siendo estas las siguientes:

Ayudas técnicas

Prótesis Oculares, Equipos de Aféresis, Nebulizadores, Cajas de diálisis, Sesiones de hemodiálisis, Camas Hospitalarias, Colchón de Agua, Pañales, Medicamentos, Bolsas para colostomía y material de osteosíntesis, etc.

Ayudas Funcionales

Sillas de rueda adulto, Sillas de rueda infantil, Andaderas, Muletas, Bastones, Collarín, Faja inguinal, Twister y Zapatos ortopédicos, sillas especiales PCI, PCA, Auxiliares auditivos, diademas óseas, etc.

Estudios Especializados

Resonancia Magnética, Tomografías, Gama gramas, Biopsias, Eco-Estrés, Estudios de Laboratorio, Radiografías y Ultrasonidos.

Traslados

Pasajes para beneficiario y acompañante a Hospitales de 3er. Nivel.

PROGRAMA “Moviendo Vidas”. Donativo realizado por la fundación de Servicios Caritativos SUD, A.C.”, en el año 2015

Se realizó la entrega de **200 sillas de ruedas;** en el mes de septiembre del año 2018 se activó el programa otorgando **110 sillas de ruedas adulto e infantiles, 40 auxiliares auditivos y 2 diademas óseas.**

PROGRAMA “Un granito de Mostaza”

Entrega de más de **3000** despensas a personas con discapacidad en los diversos programas que lleva a cabo este Instituto.

PROGRAMA “Ayúdame a Llegar sin que me Cargues”

Por primera vez en el Estado de Chiapas se implementó y logró por tres años consecutivos la aplicación de esta acción a beneficio de personas con parálisis cerebral adulto e infantil, otorgándose **618 sillas especiales PCI, PCA e INFANTILES**, para niños, niñas, adolescentes y adultos. Aun sin haber campaña de este programa, durante el sexenio se han entregado este tipo de apoyo.

PROGRAMA “Te Veo y Me Ves”

Por primera vez en el Estado de Chiapas se implementó en el año 2018, cirugías para pacientes con retinopatía diabética, otorgando 30 cirugías y 200 anteojos.

Este Instituto trabaja en coordinación con la **Administración de la Beneficencia Pública Nacional**, recursos que son gestionados a través de convenios de colaboración, en los cuales se ha logrado gestionar programas que han impactado en beneficio de la población chiapaneca.

Este Instituto recibe canalizaciones de solicitud de apoyo por parte de la oficina del Gobernador, Secretaria General de Gobierno, Atención Ciudadana, Jurisdicciones Sanitarias, Delegaciones de los Dif estatal, municipal, Hospital Regional, Hospital Pediátrico, Seguro Popular, Hospital de Espacialidades Pediátricas, Crit Teletón, Asociaciones Civiles, Voluntariados, Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas y el Centro de Reinserción Social “El Amate”, personas que se encuentran en estado vulnerable y sin seguridad social.

Presupuesto y metas 2019 – 2024

Para el ejercicio 2019, le fue asignado un presupuesto de la Secretaría de hacienda en el capítulo 4 000, partida 44101 “**Ayudas a Organizaciones y personas (Ayudas Culturales y Sociales)” un presupuesto de $1, 500,000.00 (Un millón Quinientos Mil Pesos 00/100 MN)**., para ser otorgado en apoyos para beneficio de la población más necesitada carentes de seguridad social. El Estado de Chiapas se encuentra integrado por **125 municipios** muchos de ellos de difícil acceso**,** por lo que el recurso designado es insuficiente, para poder llegar a esa población más vulnerable en materia de salud**.**

En el presente ejercicio 2019, derivado de las Gestiones realizadas ante la Beneficencia Pública Nacional, se consiguió el **Proyecto Colaborativo Multi-sectorial de Salud Comunitaria en Chiapas con las siguientes acciones: "Cirugías de Cataratas" "Auxiliares Auditivos" "Lentes de Armazón", prótesis de cadera, de rodilla, dentales, Expansores Mamarios, Sillas de rueda (adultos, infantiles PCI, PCA,), andaderas, muletas, bastones** Con una inversión Total, mixta de $13, 490,040.40 (Trece Millones Cuatrocientos Noventa Mil Cuarenta 40/100 M.N), de los cuales este Instituto de beneficencia pública aportara un aproximado de $1,500,000.00 pesos.

Objetivo del Proyecto

Beneficiar a la población de diversos municipios con alto grado de marginación y en extrema pobreza trabajando en conjunto todos los organismos del Gobierno del Estado de Chiapas, con un programa de intervención comunitaria de alto impacto social con enfoque en adaptación local, para direccionar necesidades apremiantes de salud en comunidades de 1,000 -3,000 habitantes (alta marginación) con intervención mixta: Gobierno Federal, Estatal y Municipal; para la disminución de lo antes mencionado de manera transversal para el año 2019-2020.

A través de la Beneficencia Pública Nacional y la Beneficencia Pública Estatal, se está llevando este año en el Estado este Proyecto, con los siguientes insumos a través de las siguientes acciones:

ACCIONES 2019			
ACCIÓN	**CANTIDAD DE APOYOS**	**ACCIÓN**	**CANTIDAD DE APOYOS**
Auxiliares Auditivos	**1150**	Lentes Intraoculares	**275**
Prótesis de Rodilla	**150**	Lentes de Armazón	**1500**
Prótesis de Cadera	**100**	Sillas de Ruedas	**500 PCI y PCA 31**
Prótesis Dentales	**40**	Andaderas	**86**
Expansores Mamarios	**5**	Bastones	**100**
		Muletas	**115**
Monto económico:	**$13,490,040.40**	**Total de apoyos:**	**4,052**

Apoyos programados en los ejercicios que se detallan y los alcanzados, así como al número de hombres y mujeres Beneficiadas 2013-2018.

Las necesidades a cubrir son: atención a discapacidad visual, auditiva, bucal y motriz. Otorgando: Sillas de ruedas, bastones, muletas, andaderas y prótesis, cirugías de catarata, lentes Intraoculares, aparatos auditivos, prótesis bucales, prótesis de rodilla y cadera y lentes de armazón.

Avances 2019

Con el "Proyecto Colaborativo Multi-sectorial de Salud Comunitaria en Chiapas" con la Acción de 275 "Cirugías de Cataratas", se llevaron a cabo del 23 al 27 de junio del año 2019, a personas originarias de los municipios de San Juan Cancuc, Mitontic, Chamula, San Cristóbal, Aldama, Chenalhó, Pantelhó, Zinacantan y Larrainzar. Lo anterior en coordinación con la Beneficencia Pública Nacional, Secretaria de Salud Estatal, Secretaria Para el Desarrollo Sustentable de los

Pueblos Indígenas, Sistema Dif Chiapas y con las alianzas de la Fundación Cinépolis a través del Instituto de la Visión Chiapas y Fundación Sala Uno.

Donaciones

Entre las funciones, metas y objetivos de este Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado, se encuentran las de generar y canalizar recursos para la atención en salud de aquellas personas que viven en condiciones de vulnerabilidad.

Derivado de las gestiones de la suscrita, ante diversas Organizaciones, se han conseguido donaciones con Empresas, Instituciones, Organismos, entre otros los cuales se detallan a continuación:

Acciones que se enumeran

1. Un equipo ventilador para pacientes atendidos por el servicio de inhalo terapia con un valor de $ 335,218.52 (trescientos treinta y cinco mil doscientos dieciocho pesos 52/100 m. n.) donado por la empresa RESPIRART S. A. DE C. V.

2. Sillas de rueda, andaderas, muletas, por un valor aproximado de $ 1,000,000.00 (un millón de pesos 00/100 m. n.), donados por SERVICIOS CARITATIVOS S.U.D.

3. 38 cirugías para parálisis cerebral hespastica, con el método ULZIBAT (técnica rusa), con un valor aproximado de 4,000,000.00 (cuatro millones de pesos 00/100 m. n.), donado por ASOCIACIÓN RUSA.

Acciones enfocadas a seguir a poyando a una mayor cantidad de personas de nuestro estado o a personas carentes de seguridad social que acuden a esta noble institución pública.

Desde su creación el Instituto de Protección Social y Beneficencia Pública del Estado de Chiapas, ha servido como un órgano de enlace y atención del Gobierno del Estado, con los grupos vulnerables y la población chiapaneca que se encuentra en desventaja social, económica, brindado la asistencia Social en el Estado, a través de la implementación de programas y proyectos de apoyos y subsidios.

Continuando con la búsqueda que en el Estado de Chiapas se obtengan los mayores apoyos para las chiapanecas y chiapanecos, este Instituto, se buscará continuar con la implementación de los programas, proyectos y donaciones de recursos y de apoyos, con diversas Instituciones públicas y privadas, durante la presente administración de los ejercicios 2019 a 2024.

Indicadores

Programa Estatal de Salud 2019-2024

Atención Médica

	Fórmula		Meta Estatal 85 unidades PFAM
Consulta general	(20 días x 14) (11 meses)	x5	1564200
Consulta de primera vez en el año	Total de población objetivo (ANEXO 6)	x6	662775
Consulta de primera vez por padecimiento	(Total de la consulta general) .35	x5	547470
Consulta subsecuente	(total de la consulta general) .65	x5	1016730
Acciones de promoción y prevención	(consulta general x 3)	x5	2082960
Talleres comunitarios	(2 talleres por semana) (11)	x5	28360
Niños a recuperar de desnutrición	26% de los niños desnutridos	x5	2900
Casos nuevos de esperados de Diabetes Mellitus	27% del total de población mayor a 20 años (Anexo 6)	x5	894
Detecciones de Diabetes Mellitus	33% del total de la población mayor a 20 años	x5	109,100
Casos nuevos esperados de Hipertensión Arterial Sistémica	25% del total de población mayor a 20 años (Anexo 6)	x5	1,328
Detecciones de Hipertensión Arterial Sistémica	33% del total de la población mayor a 20 años	x5	174,560
Casos nuevos esperados de Obesidad	29% del total de población mayor a 20 años (Anexo 6)	x5	1,036
Detecciones de Obesidad	33% del total de la población mayor a 20 años	x5	109,100
Casos nuevos esperados de Dislipidemias	21% del total de población mayor a 20 años (Anexo 6)	x5	563
Detecciones de Dislipidemias	33% del total de la población mayor a 20 años	x5	88,400
Casos nuevos de Síndrome metabólico	12% de la población >20ª (Anexo6)	x5	395
Detecciones oportunas de cáncer cérvico uterino (PAP) esperados	55% del total de mujeres de 25 a 34ª	x5	23,857
Detecciones de Virus de Papiloma Humano (Híbridos) esperados	20% del total de mujeres de 35 a 64ª	x5	15,105
Exploración clínica de mama	60 % del total de mujeres de 25 a 39 años	x5	41,844
Embarazos esperados	15 % del total de mujeres de 15 a 49ª	x5	29,726
Ingresos esperados a PF	30% del total de mujeres de 15 a 49ª	x5	14,880
Consulta odontológica	(8 consultas por día) (209 DÍAS LABORADOS)	x5	66,880
Acciones preventivas odontológicas	(8 (acciones) (consultas esperadas)	x5	535,040
Acciones curativas odontológicas	(2 acciones) (consultas esperadas)	x5	133,760
Meta de vacunación en embarazadas	90% de embarazadas esperadas	x5	23,011
Meta de vacunación en menores de 9 años	60% del total de menores de 9ª	x5	145,389

Educación y enseñanza en salud

CAPACITAR A LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD									
	INDICADOR	FORMULA		META AL AÑO 2019	META AL AÑO 2020	META AL AÑO 2021	META AL AÑO 2022	META AL AÑO 2023	META AL AÑO 2024
Componente	Porcentaje de trabajadores capacitados en diferentes temáticas de salud	Número de trabajadores que reciban capacitación/Número programado de personal capacitado	X 100	1,350	1,400	1,385	1,400	1,450	1,385
Actividad	Porcentaje de eventos realizados para mejorar el desempeño de los trabajadores.	Número de eventos de capacitación realizados/Numero de eventos de capacitación programados	X 100	40	45	42	45	48	42
Actividad	Porcentaje de apoyo a Médicos en la formación académica, becas, congresos y uniformes	Número de apoyos otorgados/Número de apoyos programados a otorgar	X 100	73	73	73	73	73	73

	INDICADOR	FORMULA		META AL AÑO 2019	META AL AÑO 2020	META AL AÑO 2021	META AL AÑO 2022	META AL AÑO 2023	META AL AÑO 2024
Componente	Porcentaje del personal capacitado en diferentes temáticas de salud.	Número de personal capacitado/Número de personal programado a capacitar.	X 100	5,228	5,500	5,000	4,870	5,280	5,100
Actividad	Porcentaje de eventos de capacitación.	Número de eventos de capacitación realizados/Número de eventos de capacitación programados.	X 100	125	132	120	118	127	110

*Proyección en caso de que continúe el seguro popular.

Unidad de Gestión y Calidad

Comités de Calidad en salud

Indicador Evaluación	Formula		Metas al 2024
Comités de Calidad instalados con 4 subcomités sesionando y con plan de Mejora Continua en ejecución en las 10 jurisdicciones sanitarias y en todos los	Comités / Total de Unidades con tipología aplicable	X100	90%
establecimientos de Atención Médica con tipología aplicable			

Acreditación de establecimientos y servicios de atención medica

Indicador Evaluación	Formula		Metas al 2024
Unidades con Acreditación CAUSES vigente	Total, de unidades con tipología acreditable / Unidades con Acreditación CAUSES vigente	X100	90% de unidades con tipología acreditable tienen acreditación CAUSES vigente

Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato adecuado y Digno

Indicador Evaluación	Formula	Metas al 2024
Porcentaje de satisfacción de Trato Adecuado y Trato Digno	Plataforma del SESTAD	85% de Satisfacción, de Trato Adecuado y Digno

Aval Ciudadano

Indicador Evaluación	Formula		Metas al 2024
Unidades con tipología aplicable con aval instalado	Unidades con tipología aplicable con aval instalado / Total de Unidades con tipología aplicable con aval instalado	X100	90%
Unidades con tipología aplicable con aval instalado y participando en COCASEP y actividades establecidas	Unidades con tipología aplicable con aval instalado y participando en COCASEP y actividades establecidas / Total de Unidades con tipología aplicable con aval instalado y participando en COCASEP y actividades establecidas	X100	90%

Salud Pública

Entornos y comunidades saludables

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Comunidades certificadas como saludables	Número de localidades Certificadas como saludables/Número de localidades programadas	X 100	50
Escuelas validadas como promotoras de la salud en el nivel básico y media superior	Número de escuelas validadas como Promotoras de la Salud/Número de escuelas validadas como Promotoras de la Salud programadas	X 100	175
Talleres comunitarios de promoción de la salud dirigidos a la población	Número de talleres comunitarios realizados/Número de talleres comunitarios programados	X 100	19,040

Promoción de la salud y determinantes Sociales

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Porcentaje de eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua potable en diferentes entornos.	Número de eventos educativos realizados / Número de eventos educativos programados	X 100	9,310
Porcentaje de eventos educativos para la promoción de la actividad física en diferentes entornos.	Número de eventos educativos realizados / Número de eventos educativos programados	X 100	7,448
Número de campañas educativas sectoriales de promoción de estilos de vida saludables	Número de campañas realizadas / Número de campañas programadas	X 100	6
Porcentaje de sesiones educativas sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y complementaria	Número de eventos educativos realizados / Número de eventos educativos programados	X 100	5,054
Porcentaje de eventos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional	Número de eventos educativos realizados / Número de eventos educativos programados	X 100	2,660
Número de cursos de capacitación para fortalecer las competencias del personal de salud	Número de cursos realizados / Número de cursos programados	X 100	24
Número de visitas de supervisión de las actividades del programa	Número de supervisiones realizadas / Número de supervisiones programadas	X 100	24
Cuestionarios de hábitos de alimentación y actividad física aplicados	Número de cuestionarios aplicados/ Número de cuestionarios programados	X 100	177,012

Determinantes sociales de los Pueblos indígenas

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
% de visitas con enfoque intercultural de los pueblos indígenas a través de la sensibilización	Número de visitas realizadas. / Número de visitas programadas.	X 100	96
% de reuniones interinstitucionales con el personal institucional y comunitario.	Número de reuniones realizadas. / Número de reuniones programadas a realizar en todo el año.	X 100	84

Mortalidad materna

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Razón de Mortalidad Materna	Número total de Muertes Maternas notificadas/Nacidos vivos registrados en certificado de nacimiento.	X100, 000	Disminuir al 46.52
Oportunidad Prenatal	Número total de consultas de 1ra vez otorgadas en el primer trimestre del embarazo/Total e consultas de 1ra vez otorgadas a embarazadas.	X 100	Incrementar al 80%
Tasa de Mortalidad Neonatal	Número total de Mujeres Neonatales/ Número de Recién Nacido Vivos.	X 10, 000	Disminuir al 7.58

Panificación Familiar

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Usuarias activas de PF	Usuarias activas de métodos anticonceptivos/Total de mujeres en edad fértil unidas de 15 a 49 años de edad.	X 100	Incrementar en un 53.55%

Cáncer de la mujer

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	Total de defunciones por cáncer de cuello uterino entre total de mujeres de 25 años y más.	X 100,000	Disminuir 20%
Tasa de mortalidad por cáncer de mama	Total de defunciones por cáncer de mama entre total de mujeres de 25 años y más.	X 100,000	Disminuir 10%
Cobertura de detección de cáncer de cuello uterino	Total de defunciones por citologías y VPH en mujeres de 25 a 64 años entre total de mujeres de 25 a 64 años de edad de responsabilididad de la secretaría de salud.	X 100	70% de la población de responsabilidad de la SSA

Violencia familiar y de género

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Herramientas de detección aplicadas a mujeres de 15 años y más	Número total de mujeres de 15 años y más / % de población de riesgo en Chiapas	100	32.7%
Herramientas de detección aplicadas que resultan positivas.	% de mujeres de 15 años en riesgo/ Herramientas de detección aplicadas	100	25%
Atención especializada	Porcentaje estatal de mujeres de 15 años o más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultó positiva /	100	26%
Referencias	No. de mujeres atendidas en servicios especializados/ No. de mujeres en situación de violencia con aviso al MP.	100	70%

Igualdad de género en salud

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Porcentaje de personal sensibilizado en temas de Equidad de Género	Número de personal capacitado/Número de personal programado a capacitar.	X 100	100% 100% (3500 personal capacitado) (3500 personbal capacitado)
Porcentaje de campañas realizadas en salud con perspectiva de género	Número de campañas realizadas/Número de campañas programadas a realizar.	X 100	78

Prevención y atención integral del VIH/SIDA
Afasspe

AFASPE			
Indicador	**Fórmula**		**Meta 2019**
1) Condones distribuidos para la prevención en personas con VIH e ITS	Condones distribuidos a personas con VIH e ITS en Servicios Especializados/Personas de 18 a 60 años en TAR registradas en el SALVAR	Unidades por persona	112
2) Porcentaje de inicio tardío a TAR.	Paso 1. Para el cálculo de porcentaje de inicio tardío a TAR observado: Personas seropositivas no tratadas anteriormente cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ul en la SS/Personas seropositivas no tratadas anteriormente que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el año en la SS* Paso 2. Para el cálculo de avance o retroceso respecto a la meta: (((Meta anual de porcentaje de inicio tardío a TAR-Porcentaje de inicio tardío a TAR observado)/(Meta anual de porcentaje de inicio tardío a TAR))+(100%))	*100	30%
3) Porcentaje de personas con VIH en supresión viral.	Número de personas con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida en los últimos 12 meses (<1,000 copias/ml) / Número de personas con VIH en tratamiento ARV	*100	90%
4) Porcentaje de personas en TAR que se refirieron a tratamiento para TB activa	Personas con VIH en TAR que se refirieron a tratamiento para la TB activa en la Secretaría de Salud/ Personas con TB y VIH en la Secretaría de Salud	Personas con TB y VIH en tratamiento	100%
5) Porcentaje de consultas de ITS realizadas.	Consultas de ITS de primera vez en la SS/ Población estimada de 15 a 49 años que le correspondería Atender a la SS (no derechohabiente)	*100 000	988
6) Porcentaje de cumplimiento del cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH y sida por transmisión vertical	Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH y sida por transmisión vertical/Meta de porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH y sida por transmisión vertical	Casos nuevos de VIH y sida por transmisión vertical	2
7) Porcentaje de cumplimiento del cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de sífilis congénita	Porentajede cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de sífilis congénita/Meta de porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de sífilis congénita	Casos nuevos de sífilis congénita	0

CAMEX del VIH/SIDA e ITS

INDICADORES CAMEX			
1) Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH en TAR.	Mujeres embarazadas con VIH que recibieron TAR o la ILE* en la SS/Estimación de mujeres embarazadas con VIH a atender en la SS	*100	80
2) Porcentaje de personas con diagnóstico de infección por VIH.	Personas que han sido diagnosticadas con VIH y Sida, notificadas y que siguen con vida en la SS en el año/ Personas con VIH y Sida que se estima le correspondería detectar a la SS	*100	96 50
3) Porcentaje de inicio tardío a TAR.	Paso 1. Para el cálculo de porcentaje de inicio tardío a TAR observado: Personas seropositivas no tratadas anteriormente cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ul en la SS/Personas seropositivas no tratadas anteriormente que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el año en la SS* Paso 2. Para el cálculo de avance o retroceso respecto a la meta: (((Meta anual de porcentaje de inicio tardío a TAR-Porcentaje de inicio tardío a TAR observado)/(Meta anual de porcentaje de inicio tardío a TAR))+(100%))	*100	30 %
4) Porcentaje de consultas de ITS realizadas.	Consultas de ITS de primera vez en la SS/ Población estimada de 15 a 49 años que le correspondería Atender a la SS (no derechohabiente)	*100 000	98 8
Porcentaje de personas con VIH en supresión viral.	Número de personas con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida en los últimos 12 meses (<1,000 copias/ml) / Número de personas con VIH en tratamiento ARV	*100	90 %

Sífilis congénita, Binomio Sida/Tb

INDICADORES VIGILANCIA EPIDEMIOLóGICA			
Sífilis congénita	Casos probables notificados en las primeras 24 hrs de su identificación por las unidades médicas/Total de casos probables notificados	*100	100%
Binomio Sida/Tb	Casos nuevos notificados en menos de 10 días hábiles posteriores a su fecha de diagnóstico/Total de casos nuevos de VIH y Sida Notificados	*100	100%

Seguridad vial y prevención de accidentes y lesiones

Indicador	Fórmula	Meta al año 2019
Personas capacitadas como primeros respondientes	Total de personas capacitadas como primer respondiente/Total de población programada para capacitar en el año X 100	100% de las personas capacitadas conforme a la meta programada
Sensibilización en seguridad vial	Total de población que ha recibido pláticas de sensibilización sobre seguridad vial/Total de población X100	1.3% de la población total sensibilizada en seguridad vial.
Municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría	No. de municipios prioritarios que aplican controles de Alcoholimetría/Total de municipios prioritarios x 100	100% de los municipios prioritarios cuenten con controles de Alcoholimetría al final del año.
Porcentaje de municipios seleccionados con medición de factores de riesgo.	Sumatoria de los porcentajes asignados a cada actividad realizada para cada una de las mediciones programadas en los municipios seleccionados.	Realizar la medición de un factor de riesgo establecido en los municipios seleccionados, incluyendo el sustento documental de los cinco puntos previstos en la metodología establecida por el STCONAPRA para lograr el 100% de cumplimiento.
Observatorios estatales de lesiones	Sumatoria de los porcentajes asignados a cada rubro establecido para la operación de los observatorios estatales de lesiones (OEL). Obtendrán una calificación sobresaliente (100%) aquellas entidades que entreguen cuatro minutas de trabajo (40%) y el análisis semestral de accidentes viales del OEL obtendrá una calificación satisfactoria de (30% por cada semestre).	Operar el observatorio estatal de lesiones conforme a los criterios establecidos por el STCONAPRA para lograr 100% de cumplimiento.
Auditorías de seguridad vial	Sumatoria de los porcentajes asignados a cada actividad realizada para cada una de las auditorías de seguridad vial realizadas e implementadas.	Tres auditorías de seguridad vial realzadas, gestionadas e implementadas y comprobación de la conformación del subcomité de infraestructura segura y envió de la minuta de la primera sesión realizada.

Salud Bucal

Indicador	Fórmula	Meta al año 2024
Infraestructura	Población sin seguridad social/9,000=U/O necesarias	70%
	Número de unidades con odontólogos existente/U/O necesarias	
Eficacia Intramuros		90%
Productividad intramuros	Total, de Consultas odontológicas /Total de unidades funcionando con Odontólogo por Turno /días laborables al año/horas diarias trabajadas en sillón dental /1.33x100	
Tratamiento Integral Terminado	Tratamiento Integral Terminado/Consultas de 1ª. Vez/0.003	
Limitación del daño	Actividades Restaurativas/total de Actividades Mutilantes /0.05	
Educativo Preventivo Intramuros		100%
Educativo Intramuros	Control de Placa Bacteriana/Total de Consultas Odontológicas x 100	
	Sesiones de Salud Bucal/Total de Consultas Odontológicas de 1ª. Vez x 100	
Preventivo Intramuros	Profilaxis/Consultas Odontológicas de 1ª vez x 100	
	Odontoxesis/Total de Consultas de 1ª vez x 0.35 x 100	
	Aplicación Tópica de Fluor/ Total de Consultas de 1ª vez x 100	
	Revisión de Tejidos Bucales/ Total de Consultas Odontológicas x 100	
Indicador de Preescolares y Escolares		100%
1)Productividad Extramuros	Total de alumnos atendidos de 1ª vez/ Total de odontólogos en el estado/4.320	
2)Eficacia extramuros		
Preescolar	-total de detec. De placa bacteriana en preescolares/Total de alumnos atendidos por 1ª vez/ 0.04	
	- Total de técnicas de cepillado/Total de alumnos atendidos de 1ª vez/.04	
	-Total de sesiones de salud bucal/Total de alumnos atendidos de 1ª vez/0.04	
Escolar	-Total de técnicas de cepillado/Total de alumnos atendidos de 1ª vez/0.04	
	-Total de detec. De placa bacteriana/ Total de alumnos atendidos de 1ª vez/0.04	
	-Total de sesiones de salud bucal/Total de alumnos de 1ª vez/0.04	
	-Total de técnicas de uso de hilo dental/ Total de alumnos de 1ª vez/0.04	
	Total de enjuagues c/fluor /Total de alumnos atendidos de 1ª vez/0.14	
Sistema de Atención Gradual.	Libre de caries+obturados sin caries (Detección final) / Total de alumnos examinados (detección inicial) / 0.008	

Atención a la salud de la infancia y adolescencia

Nombre del programa: Programa de atención de salud a la adolescencia			
Indicador	**Fórmula**		**Meta al año 2024**
Porcentaje de Sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes.	No. de sesiones informativas de PVA dirigidas a Adolescentes realizadas (SES14)/No. de sesiones informativas de PVA dirigidas a Adolescentes programadas (Plan anual de Trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%
Porcentaje de Adolescentes asistentes a las Sesiones Informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia.	No. de asistentes sesiones informativas de PVA (SES20)/No. de Adolescentes asistentes a las sesiones informativas de PVA programadas (Plan anual de Trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%
Porcentaje de Sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Madres, padres y/o tutores..	No. de sesiones informativas de PVA dirigidas a madres, padres y/o tutores realizadas (SES15)/No. de sesiones informativas de PVA dirigidas a madres, padres y/o tutores programadas (Plan anual de Trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%
Porcentaje de Madres, padres y/o tutores asistentes a las Sesiones Informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia.	No. de madres, padres y/o tutores asistentes a las sesiones informativas de PVA (SES21)/No. de madres, padres y/o tutores Adolescentes asistentes a las sesiones informativas de PVA programadas (Plan anual de Trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%
Porcentaje de Intervenciones de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a la Familia y a la comunidad.	No. de intervenciones de PVA dirigidas a la familia y la comunidad realizadas (SES22 y 23)/No. de intervenciones de PVA dirigidas a la familia y la comunidad programadas (Plan anual de Trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%
Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).	No. de GAPS en operación en el Estado 2019/No. de GAPS programados a operar en el Estado en 2019.	X 100	Incrementar en un 25%
Reuniones del Grupo Estatal de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GEAIA).	No. de reuniones del grupo estatal de atención integral para la salud de la adolescencia realizadas (Minutas)/Total de reuniones del Grupo de atención integral para la salud de la adolescencia programadas (Plan anual de trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 15%
Jurisdicciones Sanitarias que realizaron la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA).	No. de reuniones del grupo estatal de atención integral para la salud de la adolescencia realizadas (Minutas)/Total de reuniones del Grupo de atención integral para la salud de la adolescencia programadas (Plan anual de trabajo 2019).	X 100	Este indicador se cumple al 100%
Porcentaje de supervisiones realizadas en cada entidad federativa.	No. de supervisiones realizadas a nivel estatal, jurisdiccional y a unidades de salud. (Informe de supervisión)./No. de supervisiones programadas (Plan anual de trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%
Personal operativo y/o de salud capacitado en la operación del Programa de Atención de salud a la Adolescencia.	No. de personas en la operación del PASA capacitado (Informe de Evaluación) /No. de personas programadas a capacitarse en la operación del PASA (Plan anual de trabajo 2019).	X 100	Incrementar en un 25%

Prevención del maltrato infantil

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Sesiones informativas otorgadas a madres, padres o tutores del menor de diez años sobre prevención del maltrato infantil en el ámbito familiar.	Número de sesiones informativas sobre prevención del maltrato infantil realizadas en el año/número de sesiones informativas sobre prevención del maltrato infantil programadas en el año.	X 100	Lograr la meta del 70% *Programa que se incorpora en el Estado en el año 2016.

Estimulación temprana

Nombre del programa: Vigilancia del Desarrollo en la Primera Infancia			
Indicador	**Fórmula**		**Meta al año 2024**
Porcentaje de niños menores de 5 años evaluados con la prueba EDI en consulta de primera vez en la vida	N. De niños menores de 5 años que se les aplico la edi por 1 er vez en su vida (edi 13, edi14, edi15, edi19, edi20 Y edi 21)	X 100	Incrementar en un %
	N. De niños menores de 5 años atendidos en consulta del niño sano de 1er vez en el año (cns08, cns02y cns03)	X 100	100%
Porcentaje de niños menores de 5 años que acudieron a consulta de primera vez en el año a talleres de estimulación temprana	Número de niños que acudieron a los talleres de estimulación temprana por primera vez en el año (est03 y est 04)	X 100	100%
	Niños con resultado normal verde y rezago en la prueba EDI (EDI 13, EDI14, EDI19 Y EDI 20 X 100)		
Porcentaje de madres, padres o cuidadores capacitadas en estimulación temprana por primera vez en el año	Numero de madres, padres o cuidadores aprobados en los talleres de capacitadas en estimulación temprana que acudieron al taller de capacitación en estimulación temprana de primera vez en el año. (mac04)	X 100	100%
	Número de niños menores de 5 años de edad que asisten a los talleres de estimulación temprana por primera vez en el año (est03 y est04)		

Atención a la salud del adulto y del adulto mayor

	INDICADOR	FORMULA		META ANUAL
FASSA C	Casos nuevos detectados de Diabetes Mellitus.	No. de casos nuevos detectados de diabetes/total de casos nuevos esperados.	X100	1,538
	Personas a las que se les efectuó cuestionario de factores de riesgo para detección de diabetes.	No. de personas a las que se les aplico cuestionario de factores de riesgo para detección de diabetes/Total de personas programadas a la aplicación de cuestionario de factores de riesgo para diabetes.	X100	283,207
	Casos nuevos detectados de Hipertensión Arterial.	No. de casos nuevos detectados de hipertensión/total de casos nuevos esperados.	X100	1,317
	Personas mayores de 20 años a las que se les efectuó detección de hipertensión arterial mediante la toma de tensión arterial.	No. de personas a las que se les aplico cuestionario de factores de riesgo para detección de hipertensión/Total de personas programadas a la aplicación de cuestionario de factores de riesgo para hipertensión.	X100	334,210
FASSA P	Otorgar tratamientos a pacientes con diabetes mellitus.	No. de tratamientos para diabetes otorgados/Total, de tratamientos requeridos		161,931
	Otorgar tratamientos a pacientes con hipertensión arterial.	No. de tratamientos para hipertensión otorgados/Total de tratamientos requeridos	X100	151,877
DIABETES	Pacientes con detección oportuna de complicaciones de pies.	Pacientes con DM en tratamiento a los que se realizó una exploración de pies/Pacientes con DMen tratamiento, con exploración de pies programadas.	X100	73,540
	Pacientes con detección oportuna de complicaciones crónicas de microalbuminuria.	Pacientes con diabetes mellitus a quienes se les realiza mediciones de microalbuminuria / Total de pacientes en tratamiento con diabetes mellitus	X100	6,139

Envejecimiento

	INDICADOR	FORMULA		META ANUAL
ENVEJECIMIENTO	Detecciones de Síndromes Geriátricos en adultos mayores.	Detecciones realizadas de síndromes geriátricos / Detecciones programadas de síndromes geriátricos	X100	15,125
	Detecciones de sintomatología próstata en hombbres de 45 años y más.	Detecciones realizadas de sintomatología prostática / Detecciones programadas de sintomatología prostática	X100	6,915

Prevención y control de la Tuberculosis

Nombre del Indicador	Fórmula		Metas 2019
	Numerador	Denominador	
Cobertura de diagnóstico	Número de casos nuevos registrados de TBP	Número de casos de TBP esperados	**≥90 %**
Curación	Casos nuevos de TBP BK+ del periodo, curados	Casos nuevos de TBP BK+ del periodo que iniciaron tratamiento primario acortado (del año inmediato anterior)	**≥86 %**
Calidad de la muestra	Número de muestras de diagnóstico adecuadas	Vúmero de muestras de diagnóstico recibidas	**≥80 %**

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Detección de VIH en pacientes con TB TF de 15 y más años de edad	Número de casos nuevos de TBTF de 15 y más años de edad	Número de casos diagnosticados de TBTP de 15 y más años de edad, menos los casos nuevos de TBTF de 15 y más años de edad registrados con la comorbilidad	**≥ 90 %**
Detección de Diabetes Mellitus en pacientes con TB Todas las Formas (TBTF) de 20 y más años, de edad	Detección de Diabetes Mellitus en pacientes con TB Todas las Formas (TBTF) de 20 y más años de edad	Número de casos nuevos de TBTFde 20 y más año de edad, con resultados de la prueba de (detección) de Dm con resultado de la prueba (detección) de VIH	**≥ 90 %**
Oportunidad diagnóstica	Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar, método diagnóstico por baciloscopia con 1 a 9 bacilos + y ++	Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar, método diagnóstico por baciloscopia	**≥ 80 %**
Detección de farmacorresistencia en casos previamente tratados	Total de casos previamente tratados (reingresos, recaídas y fracasos) con cultivo y prueba de sensibilidad	Total de casos previamente tratados /reingresos, recaídas y fracasos)	**≥ 50 %**

Prevención y control de enfermedades respiratorias

Detección oportuna de enfermedades respiratorias crónicas, Asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).	Número de personas con factores de riesgo para Asma y EPOC estudiadas con espirometría.	Incrementar en un 5%
Pacientes con diagnóstico confirmado de asma en tratamiento con broncodilatadores y corticoides al menos con 3 meses de seguimiento.	Número de pacientes con diagnóstico de asma en tratamiento mínimo por 3 meses y cuentan con espirometría de control	Incrementar en un 5%
Detectar casos de influenza (enfermedad tipo influenza/Infección respiratoria aguda grave/influenza) en pacientes que acuden a consulta en el primer nivel de atención.	Pacientes diagnosticados con influenza, ETI e IRAG.	Incrementar en un 2%

Prevención y control de la Rabia

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Dosis contra la rabia	Total de vacunas contra la rabia a perros y gatos aplicadas/Meta anual programada	X 100	Se programa aplicar en el primer trimestre el 80 por ciento de la meta anual
Tratamientos antirrábicos iniciados a personas agredidas	Total de tratamientos antirrábicos iniciados/ personas agredidas	X 100	Se debe inmunizar a igual o menos del 20% de las personas agredidas

Prevención y control de la Brucelosis

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Porcentaje de pacientes probables a brucelosuis que reciben tratamientos	Total de pacientes probables con tratamiento/total de pacientes probables que solicitan atención	X 100	Otorgar tratamiento al 100 por ciento de los pacientes probables que solicitan atención médica

Prevención y control de Leishmaniasis

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Casos nuevos	Casos nuevos acumulados/Meta prospectada de casos nuevos.	X 100	Reducir en un 25%. De acuerdo a la proyección estimada tendremos un 85%.
Cobertura de tratamiento	Total, de casos confirmados con inicio de tratamiento/total de casos confirmados por laboratorio reconocidos por el INDRE.	X 100	Se estima la oportunidad de tratamiento 100% de casos nuevos

Prevención y control del Tracoma

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Casos nuevos de Tracoma folicular Tf	Número de casos de triquiasis tracomatosa	X1000 (Sobre Población endémica Total	Mantener un porcentaje Cero en casos nuevos de ceguera por tracoma.

Prevención y control de Chagas

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Cobertura de tratamiento	Total de casos confirmados con inicio de tratamiento/total de casos confirmados reconocidos por el INDRE	X100	Incrementar en un ---% se estima tratar el 100% de casos nuevos
Oportunidad de tratamiento	Total de casos confirmados con inicio de tratamiento en un tiempo menor a 90 días posterior al diagnóstico por laboratorio/Total de casos positivos confirmados por laboratorio.	X100	Se estima la oporunidad de tratamiento 100% de casos nuevos

Prevención y control del Paludismo

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Vigilancia Epidemiológica	Total de muiestras examinadas/Total de muestras tomadas	X100	Se estima examinar el 100% de muestras tomadas
	Muestras tomadas por notificantes voluntarios A,B,C,D y E / Muestras Tomadas	X100	Se estima examinar el 100% de muestras tomadas
Oportunidad de Diagnostico	Casos con resultados en menos de 72 horas a partir del inicio de fiebre/total de casos registrados	X100	Se estima dar el 100% de los resultados en menos de 72 horas
Comité Técnico Estatal.	Sesiones realizadas/sesiones programadas	X100	Se estima realizar el 100% de las sesiones programadas
	Número de acuerdos con seguimientos/ Número de acuerdos generados	X100	Se estima realizar el 100% de los acuerdos programadas
Participación Comunitaria.	Localidades trabajadas EMHCAS/ Localidades en el universo de riesgo	X100	Se estima trabajar el 100% de las localidades del universo de riesgo
	Criaderos trabajados en EMHCAS/ Número de criaderos existentes	X100	Se estima trabajar el 100% de los criaderos del universo de riesgo
Vigilancia entomológica.	Localidades trabajadas en estudios entomológicos previos/Localidades en el universo de riesgo.	X100	Se estima trabajar el 100% de las localidades del universo de riesgo
	(Caladas positivas en Estudio entomoógicos previos-caladas positivas posteriores) / Caladas positivas en estudios entomológicos previos	X100	Se estima reducir el 100% de las caladas positivas en estudios entomológicos

Prevención y control de la Oncocercosis

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Realizar reuniones Informativas y monitoreo a la población.	Total, de la población endémica programada en cuatro rondas al año/Total de Población endémica visitada en las cuatro rondas	X 100	Cubrir el 100 % de la población programada.
Realizar Visitas a las Localidades	12 visitas programas al año en las 4 Jurisdicciones Sanitarias/visitas realizadas a las 4 Jurisdicciones Sanitarias en el año	X 100	Cubrir las visitas a las localidades establecidas en la programación

Prevención y control de la Lepra

Indicador	Fórmula		Meta al año 2019
Confirmación de casos nuevos Lepra	Casos nuevos de lepra notificados por la DGE./ Meta de casos nuevos de Lepra	X 100	4
Casos Nuevos de Lepra sin Discapacidad	Total de casos nuevos de lepra sin discapacidad/Total de casos notificados	X 100	0
Oportunidad en el inicio de tratamiento.	Número de casos nuevos que ingresan a tratamiento en menos de 30 días respecto a la fecha de diagnóstico./ Total de casos que ingresaron a tratamiento	X100	0
Examen de contactos	Número de contactos examinados/Número de contactos registrados	X100	132
Término de tratamiento de casos multibacilares	Número de casos MB que terminaron tratamiento/Total de casos que ingresaron a tratamiento MB 2 años atrás al año actual que se está evaluando.	X100	1
Vigilancia pos tratamiento	Total de casos en vigilancia postratamiento examinados por clínica y baciloscopía./ Total de casos en vigilancia postratamiento registrados.	X100	10
Capacitación de lepra	Número de eventos de capacitación realizados en el año./ Número de eventos de capacitación programados en el año	X100	1

Prevención y control de las arbovirosis

Indicador	Meta	Construcción del indicador
Cobertura de Control Larvario	100 (85)	Que toda acción de control larvario tenga una cobertura mayor a 70% y estudios entomológicos pre y post.
Cobertura Y Oportunidad de Rociado a Casos Probables	100	Bloquear el 100% de los casos probables en un lapso de 10 dias a partir del inicio de síntomas.
Cobertura de Rociado Espacial en Localidades de Riesgo	100	Cumplir con hectáreas nebulizadas en las loc. Programadas.
Vigilancia Entomológica con Ovitrampas Veo	100 (90)	Cumplir con al menos 48 semanas de lectura y un porcentaje de lectura mayor al 90%
Vigilancia Entomovirológica	100	Cumplir con el monitoreo mensual y envío de muestras de la loc. Programada.

Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Indicador	Fórmula	Meta al año 2019
Activación de Comité estatal para la seguridad en salud.	La meta implica la formación y las reuniones ordinarias 1 por trimestre completando 4 reuniones al año.	1
No. De Comités Jurisdiccionales Para la seguridad en salud Activos	La meta implica la formación e información de las reuniones ordinarias, 1 por trimestre completando 4 reuniones al año.	10
Revisión de refugios temporales designados por Protección Civil, a través de equipos organizados en el marco del Comité Jurisdiccional para la Seguridad en Salud.	Este indicador se programará al momento en que Protección civil designe que instalaciones son consideradas como refugios temporales y se verificaran como mínimo el 90% de dichas instalaciones.	90%
Realizar el monitoreo, notificación, alerta temprana y seguimiento de emergencias en salud (Notas de monitoreo).	Cada jurisdicción tiene la obligación de realizar monitoreo de riesgo e informar a nivel estatal en nota diaria cualquier eventualidad	365
Realizar eventos de capacitación para el personal involucrado en la operación del programa.	El estado realizara 2 eventos de capacitación dirigidos a personal operativo de Urgencias epidemiológicas y desastres.	2
Integración de las reservas estratégicas de insumos para urgencias epidemiológicas, desastres e influenza pandémica	Se adquirirán 3 kits de emergencias, para el manejo de brotes epidemiológicos ante Desastres. Respecto a Influenza pandémica la federación cubrirá los insumos.	3
Atención oportuna de emergencias en salud <48 hrs.	Aplica para emergencias en salud, así como Notificación y seguimiento de brotes epidemiológicos (base de brote y actividades de brigadas F4)	100%
Supervisión a jurisdicciones sanitarias.	Se realizará supervisión por parte del Estado a cada jurisdicción sanitaria, evaluando cada indicador mencionado.	10

Programa de Prevención y control de las Adicciones

Indicador	Meta 2019	Porcentaje por año	Meta al año 2024
Reconocimientos de Espacios Libres de Humo de Tabaco.	200	10%	321
Estrategia no venta de alcohol a menores de Edad.	200	10%	321
Tamizaje	15,444	10%	24,873
Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones para la prevención de adicciones	50,330	10%	81,057

Donación y Trasplante de órganos y tejidos

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Porcentaje de trasplantes Realizados	Número de eventos quirúrgicos de trasplantes realizados	Total, de eventos quirúrgicos de trasplantes programados	5.00
Porcentaje de campañas 2019 de sensibilización en materia de donación y trasplantes	Número de campañas de sensibilizaciones realizadas	Total, de campañas de sensibilización programadas	170
Porcentaje de capacitación a médicos	Número de médicos capacitados	Total, de médicos programados	270

Protección contra Riesgos Sanitarios

Calidad del agua para uso y consumo humano

Indicador Evaluación	Fórmula		Metas al 2024
Porcentaje eficiencia de cloración	Determinaciones de cloro residual libre > 0.2 mg/L Total, de determinaciones realizadas en el mes	X100	95%

Agua de Calidad Fisicoquímica

Indicador Evaluación	Formula		Metas al 2024
Muestreo Fisicoquímico	Total de muestreos realizados en el mes Total de muestreos programados en el mes	X100	95%

Indicador Evaluación	Formula		Metas al 2024
Positividad de Muestreo fisicoquímico	Total de muestreos fuera de norma Total, de determinaciones realizadas en el mes	X100	95%

Vibrio cholerae

Vibrio Cholerae	
1	% eficiencia de muestras ambientales Total de muestras realizadas en el mes
2	Mapas de riesgos
3	Positividad de muestras por Jurisdicción

Reducción a la exposición laboral por el uso de plaguicidas

Indicador Evaluación	Formula		Metas al 2024
Visitas de verificación sanitaria a establecimientos con venta de Plaguicidas	No. de verificaciones realizadas al mes	X100	95%
	Total, de Verificaciones anual		

Marea roja “florecimientos algales nocivos (fan)”

Indicador	Formula		Metas al 2024
Identificación y cuantificación de fitoplancton tóxico	Número de muestras recolectadas y analizadas / Número de muestras anuales programadas	X100	95%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Determinación de saxitoxinas en carne de moluscos bivalvos	Número de muestras recolectadas y analizadas / Número de muestras anuales programadas	X100	95%

Programa mexicano de sanidad de moluscos bivalvos

Indicador	Formula		Metas al 2024
Determinación de patógenos en carne de moluscos bivalvos	Número de muestras recolectadas y analizas	X100	95%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Determinación de biotoxinas marinas en carne de moluscos bivalvos	Número de muestras recolectadas y analizadas / Número de muestras anuales programadas	X100	95%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Determinación de coliformes fecales en muestras de agua de mar	Número de muestras recolectadas y analizadas / Número de muestras anuales programadas	X100	95%

Indicador	Formula		Metas al 2024
% eficiencia de cloración	Determinaciones de cloro residual libre > 0.2 mg/L / Total de determinaciones realizadas en el mes	X100	95%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Estudio sanitario	Número de Estudios Sanitarios realizados / Número de Estudios Sanitarios anuales programados	X100	95%

Agua de mar para uso recreativo con contacto primario

Indicador	Formula		Metas al 2024
Determinación de enterococos fecales en muestras de agua de mar	Número de muestras recolectadas y analizadas / Número de muestras anuales programadas	X100	95%

Clenbuterol

Indicador	Estándar	Formula
Número de rastros municipales muestreados de acuerdo al calendario	90 %	No. de Rastros Programados / No. de rastros Muestreados de acuerdo al calendario

Indicador	Estándar	Formula
No. de muestras Tomadas en base a la meta	90%	No. de muestras programadas / No. de muestras tomadas

Indicador	Estándar	Formula
Seguimiento a muestras positivas	100 %	No. de muestras Positivas / No. de resultados Notificados y medidas aplicadas

Zoonosis y brucelosis

Indicador
Disminución de de positividad en muestras de lácteos

Denuncias sanitarias

Indicador
Atender el 100% de las denuncias y dar la atención correspondiente

Marca Chiapas México original

Indicadores
Atender y dar seguimiento al 100% de las solicitudes para ostentar el sello distintivo Marca Chiapas

Farmacovigilancia

INDICADOR	FORMULA	META
Difusión de Reacciones Adversas a Medicamentos	Actividades de Difusión de reacciones adversas a medicamentos realizados / Actividades de Difusión de reacciones adversas a medicamentos programados	100 % de población informada de las reacciones adversas a medicamentos

INDICADOR	FORMULA	META
% de profesionales de la salud	No. de profesionales de la salud capacitados / No. de profesionales de la salud programados 600	100%

INDICADOR	FORMULA	META
% reacciones adversas	No. de reacciones adversas reportadas / No. de reacciones adversas programados 150	100%

Manejo y dispensación de medicamentos (MYDMF)

Indicador
Fomentar de forma permanente la aplicación en línea del SICAD, y capacitar al público usuario sobre la aplicación e importancia en el Manejo y Dispensación de medicamentos en Farmacias

6 pasos de la salud con prevención

INDICADOR	ESTÁNDAR	FÓRMULA
% de Capacitaciones	100%	No. Personas capacitadas / No. De personas Programadas

INDICADOR	ESTÁNDAR	FÓRMULA
No. De Horas Programadas	100%	No. De horas impartidas / No. de Horas Programadas

Programa México Sano (PROMESA) De Proceso

INDICADOR	FÓRMULA	META
Porcentaje de restaurantes afiliados al PROMESA	No. Restaurantes con PROMESA / No. del censo estatal de restaurantes	100%

Programa México Sano (PROMESA) De Impacto

INDICADOR	FÓRMULA	META
Variabilidad por enfermedades Crónicas no transmisibles	Morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles	95%

Riesgo ocupacional por exposición radiológica

Indicador	Estándar	Formula
Vigilancia a Establecimientos con uso de Rayos X.	95.60 %	No. de establecimientos existentes
		No. de establecimientos verificados

Indicador	Estándar	Fórmula
Establecimiento con autorización sanitaria	75%	No. de establecimientos públicos y privados existentes
		No. establecimientos con licencia sanitaria autorizada

Humo de tabaco

Indicador	Fórmula		Meta al 2024
Cobertura de verificación sanitaria de establecimientos con Venta y consumos de productos del Tabaco	No. de establecimientos Programados	X 100	100%
	No. de establecimientos Verificados		

Inocuidad de alimentos

Indicador	Fórmula		Metas al 2024
Verificación a establecimientos con venta alimentos 2019	No. de verificaciones realizadas	x100	100%
	No. de verificaciones programadas		

Indicador	Fórmula		Metas al 2024
Porcentaje de cumplimiento de muestras tomadas	No de muestras realizadas	x100	100%
	No. de muestras programadas		

Sal yodada y fluorada

Indicador	Estándar	Fórmula
Número de muestras de sal DN tomadas	80%	No. de muestras con yodo dentro de especificación.
		No. de muestras con flúor dentro de especificación.

Indicador	Formula	Meta al 2019
Número de muestras de sal tomadas	No. de muestras tomadas.	100%
	No. de muestras programadas.	

Harina de trigo fortificada

Indicador	Fórmula	Meta al 2024
Número de plantas harineras que cumplen con la normatividad	No. de plantas harineras verificadas / No. de plantas harineras que cumplen con la adición de micronutrientes.	100%

Indicador	Fórmula	Meta al 2024
Cumplimiento de verificación de plantas harineras	No. de verificaciones realizadas a plantas harineras / No. de verificaciones a plantas harineras programadas.	100%

Vigilancia Sanitaria

Indicador	Fórmula		Metas al 2014
Verificaciones a establecimientos de bienes, servicios e insumos para la salud	Número de establecimientos programados / Número de establecimientos verificados	X100	100

Indicador	Formula		Metas al 2024
Muestras tomadas de productos sujetos a control sanitario	Número de muestras tomadas / Número de muestras programadas	X100	100%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Muestras tomadas de productos sujetos a control sanitario, fuera de especificaciones	Número de muestras fuera de especificaciones / Número de muestras tomadas	X100	100%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Muestras tomadas de productos sujetos a control sanitario, dentro de especificaciones	Número de muestras dentro de especificaciones / Número de muestras tomadas	X100	100%

Indicador	Formula		Metas al 2024
Muestras tomadas de etiquetas	Número de muestras que cumplen con requisitos / Número de muestras tomadas	X100	100%

Verificación Sanitaria

Indicador	Formula		Metas al 2024
Verificaciones a establecimientos donde se realicen actividades, se procesen los productos y/o se presten los servicios, sujetos a control sanitario	Número de establecimientos programados / Número de establecimientos verificados	X100	100%

Indicador	Fórmula		Metas al 2024
Muestras tomadas de productos sujetos a control sanitario	Número de muestras tomadas / Número de muestras programadas	X100	100%

Indicador	Fórmula		Metas al 2024
Muestras tomadas de etiquetas	Número de muestras tomadas / Número de muestras programadas	X100	100%

Control Sanitario de Bebidas Alcohólicas

Indicador	Formula		Metas al 2024
Verificación a establecimientos con venta de bebidas alcohólicas 2019.	No. de verificaciones realizadas al mes / Total, de Verificaciones anual	X100	95%

Muerte Materna

Indicador	Fórmula		Meta al 2024
Cobertura de verificación sanitaria de establecimientos con muerte materna	No. de establecimientos Programados / No. de establecimientos Verificados	X 100	0%

Regulación y Vigilancia de sangre segura

Indicador	Fórmula		Meta al 2024
Verificación de establecimientos dedicados al manejo, almacenamiento y disposición de sangres, así como sus derivados	Número de establecimientos programados / Número de establecimientos verificados	X 100	100%

Infecciones nosocomiales

Indicador	Formula	Meta 2024
Verificación a Hospitales	Establecimientos hospitalarios programados / Establecimientos Verificados	

Atención de emergencias sanitarias

Indicador	Fórmula		Meta al 2024
Porcentaje de eventos de emergencias sanitarias	Número de eventos atendidos / Número de eventos ocurridos en el estado	X 100	100 % de Atención
Porcentaje de eventos de emergencias atendidos por Jurisdicción	Número de eventos atendidos / Números de emergencias monitoreados en Jurisdicción	X 100	100 % de Atención

Cambio climático

Efectos del cambio climático	Resultados sanitarios
Temperaturas extremas	Mortalidad diaria (ingresos hospitalarios)
Fenómenos metereológicos extremos	Defunciones, ingresos hospitalarios, datos de vigilancia de enfermedades infecciosas
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	Morbilidad por enfermedades infecciosas
Enfermedades transmitidas por vectores	Población de vectores distribuidores temporalis y geográficas

Control Sanitario de la Publicidad

Indicador	Fórmula		Meta al 2024
Disminución en la difusión de publicidad irregular	Número de procedimientos jurídicos administrativos iniciados / Número de procedimientos jurídicos administrativos programados	X 100	90%

Ventanilla de trámites

Indicador
Atender en tiempo y forma al público usuario

Iniciativa Salud Mesoamérica

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Número de Jurisdicciones Sanitarias con Mesoredes integradas en Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, conformadas y funcionando.	Numerador. Número de Jurisdicciones Sanitarias con Mesoredes integradas en Cuidados Obstétricos y Neonatales	Denominador. Número de Jurisdicciones Sanitarias programadas para implementar Mesoredes integradas en Cuidados	8*
	Esenciales, conformadas y funcionando.	Obstétricos y Neonatales Esenciales.	

Infraestructura en Salud

Indicador	Fórmula		Meta al año 2024
Conservación y mantenimiento a unidades médicas de primer nivel de atención	Número de unidades médicas de primer nivel atendidad/Número de unidades médicas totales de primer nivel)x100	(350 / 500) x 100	70% de las unidades médicas de primer nivel atendidad por algún programa de conservación y mantenimiento
Conservación y mantenimiento a unidades médicas de segundo nivel de atención	Número de unidades médicas de segundo nivel atendidad/Número de unidades médicas totales de segundo nivel)x100	(35 / 38) x 100	90% de las unidades médicas de primer nivel atendidas por algún programa de conservación y mantenimiento

Legado en materia de Salud

La salud es un derecho humano, una obligación del Estado y elemento fundamental para brindar a la población un progreso sostenible, al garantizar una vida sana que promueva el desarrollo de sus capacidades.

El sistema de salud orientará sus estructuras y funciones en los valores de equidad y solidaridad, sin distinción de idiosincrasia, condición económica o social, con respeto e inclusión de grupos étnicos.

Los principales retos que esta administración enfrenta, son asegurar la cobertura universal de servicios y fortalecer un sistema de atención primaria integral, que deben traducirse en una cultura del autocuidado. Bajo esa premisa el C. Gobernador del estado de Chiapas, Dr. Rutilio Escandón Cadenas, asume el reto de transformar el actual sistema de salud para nuestro estado y en apego estricto al Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024, instruye al Sr. Secretario de Salud Dr. José Manuel Cruz Castellanos, para que bajo su Directriz y Liderazgo se estructure El Programa Estatal de Salud 2019-2024, en el que se encuentren contenidos los Programas, retos, objetivos y estrategias que guiarán las acciones de nuestra administración en materia de salud y que, en cumplimiento a las citadas políticas públicas al final de la presente administración contemos con un sistema de salud sumamente fortalecido que responda a las necesidades y expectativas de la población chiapaneca, que sea de calidad, equitativo, transparente y con un amplio respeto a la equidad de género y a la interculturalidad.

El combate a la corrupción será permanente en todo el Sector Salud en apego al mandato de nuestros gobernantes; el Sr Presidente constitucional de los Estados unidos mexicanos, Lic. Andrés Manuel López Obrador y Sr. Gobernador constitucional del Estado de Chiapas, Dr. Rutilio Escandón Cadenas.

CHIAPAS de Corazón

Elaborado por el
Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Impreso en
Talleres Gráficos de Chiapas.
Octubre de 2019.

http://saludchiapas.gob.mx/

CHIAPAS
GOBIERNO DEL ESTADO